

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Odontología

LESIONES ORALES EN EL PACIENTE INFANTIL

Madrid, curso académico 2024/2025

RESUMEN

Introducción: Las lesiones orales que afectan a los tejidos blandos en pacientes odontopediátricos son frecuentes y pueden tener diversas causas. Su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado son fundamentales para evitar complicaciones, aliviar el malestar y mejorar la calidad de vida del paciente, así como para prevenir recurrencias.

Objetivo: Estudiar la prevalencia y efectividad de los tratamientos de las lesiones orales que afectan a los tejidos blandos en la población infantil.

Metodología: La búsqueda bibliográfica se realizó a través de plataformas como Pubmed, Medline, Dentistry & oral science source, la biblioteca CRAI Dulce Chacón de la universidad europea. Se establecieron criterios de exclusión e inclusión específicos para obtener una muestra representativa de artículos de los últimos 10 años relevante con el trabajo.

Resultados: En niños de 2 a 17 años, las lesiones más comunes fueron las aftas, los mucocelos y la lengua geográfica, mientras que, en neonatos, predominaron las perlas de Epstein y los nódulos de Bohn. En cuanto al tratamiento existe un consenso en varias patologías respecto al manejo clínico y farmacológico.

Conclusión: La frecuencia de lesiones orales en el paciente infantil se ve modificada significativamente según la edad y contexto geográfico, requiriendo un enfoque diagnóstico y terapéutico personalizado que considere estas variables.

PALABRAS CLAVE

“Odontología”, “Pediatría”, “Lesiones orales”, “Tejidos blandos”, “Tratamiento”, “Prevalencia”.

ABSTRACT

Introduction: Oral soft tissue lesions in pediatric dental patients are common and can have various causes. Early diagnosis and appropriate treatment are essential to prevent complications, relieve discomfort, and improve the patient's quality of life, as well as to avoid recurrences. **Objective:** To study the prevalence and effectiveness of treatments for oral soft tissue lesions in the pediatric population. **Methodology:** A literature review was conducted through databases such as PubMed, Medline, Dentistry & Oral Science Source, and the CRAI Dulce Chacón library of the European University. Specific inclusion and exclusion criteria were established to obtain a representative sample of relevant articles from the last 10 years. **Results:** In children aged 2 to 17 years, the most common lesions were aphthous ulcers, mucocelles, and geographic tongue, whereas in neonates, Epstein pearls and Bohn's nodules were predominant. Regarding treatment, there is a consensus on clinical and pharmacological management for several conditions. **Conclusion:** The frequency of oral lesions in pediatric patients varies significantly depending on age and geographical context, requiring a personalized diagnostic and therapeutic approach that considers these factors.

KEYWORDS

"Dentistry", "Pediatrics", "Oral lesions", "Soft tissue", "Treatment", "Prevalence".

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Paciente infantil	1
1.1.1	Impacto de las lesiones orales en la calidad de vida de los niños	2
1.2	Tipos de lesiones orales.....	3
1.2.1	Infecciones bacterianas	5
1.2.1.1	Escarlatina	5
1.2.1.2	Difteria	5
1.2.1.3	Sialoadenitis bacteriana	6
1.2.1.4	Tuberculosis	6
1.2.1.5	Sífilis	7
1.2.2	Lesiones virales.....	7
1.2.2.1	Virus del herpes simple	7
1.2.2.2	Herpangina y enfermedad boca-mano-pie	8
1.2.2.3	Varicela.....	9
1.2.2.4	Sarampión (rubeola)	9
1.2.3	Infecciones fúngicas	10
1.2.3.1	Candidiasis bucal, muguet o algodoncillo	10
1.2.4	Lesiones traumáticas de la mucosa oral y lengua geográfica	10
1.2.4.1	Mucosa mordisqueada (morsicatio buccarum)	10
1.2.4.2	Lengua geográfica.....	11
1.2.5	Tumores benignos de tejidos blandos.....	11
1.2.5.1	Mucocele	11
1.2.5.2	Épulis congénito / célula granular/ Newmann	12
1.2.6	Otras condiciones de la mucosa oral.....	12
1.3	Justificación	13
2	OBJETIVO.....	14
3	MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
4	RESULTADOS	16
5	DISCUSIÓN.....	20
6	CONCLUSIONES.....	24
7	SOSTENIBILIDAD	25
8	BIBLIOGRAFÍA	26
9	ANEXOS.....	28

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Paciente infantil

El paciente infantil presenta unas características específicas que lo diferencian del paciente adulto. Los pacientes odontopediátricos se encuentran en constante cambio y desarrollo por lo que es importante conocer cómo manejarlos en cada momento del transcurso de su vida.(1)

La capacidad del odontólogo de adaptarse a estos cambios y manejar de manera empática y resolutive las situaciones que pueden surgir en la consulta es fundamental para el éxito del tratamiento.(1)

El manejo del paciente infantil tiene gran relevancia en el ámbito odontológico, ya que poder controlar la situación durante el tratamiento en el gabinete puede ser crucial a la hora del éxito del procedimiento.(1)

A lo largo de esta etapa de la vida, existen múltiples diferencias fisiológicas entre los niños y las niñas que influyen en su desarrollo y en cómo se manifiestan sus necesidades odontológicas. A medida que avanzan las distintas fases de crecimiento, tanto el ritmo como la maduración varían según el sexo, afectando de manera distinta el desarrollo de los maxilares y de los dientes.(2)

El desarrollo de la dentición temporal y la permanente siguen un patrón muy similar entre niños y niñas en etapas infantiles. Sin embargo, al acercarse la pubertad, ambos sexos se ven influenciados por los cambios hormonales, siendo más notable en las niñas debido a los ciclos menstruales, los cuales pueden provocar alteraciones en el hueso y en las encías. En niños, estos cambios hormonales suelen tener menos impacto.(2)

El paciente pediátrico en la consulta dental suele mostrar una mezcla de curiosidad y temor, ya que es común que los niños sientan miedo ante lo desconocido o por experiencias previas desagradables. Algunos niños pueden desarrollar comportamientos colaborativos y estar tranquilos, mientras que otros pueden oponerse a nosotros o mostrar ansiedad. Sin embargo, con una buena comunicación, técnicas de

manejo de conducta y un ambiente amigable, los odontólogos tienen la capacidad de mejorar la experiencia clínica, haciendo que el niño este cómodo y participe de manera positiva durante el tratamiento.(3)

Es importante que el odontólogo tenga los conocimientos necesarios para poder tratar las lesiones orales más comunes que se manifiestan durante los primeros años de la vida, como son las aftas, las úlceras, las mordeduras etc. Estas lesiones pueden llegar a provocar al paciente dolor y malestar tanto para hablar como para comer, por lo que es fundamental que el odontólogo realice un buen diagnóstico y proporcione un tratamiento efectivo para aliviar los síntomas y prevenir posibles infecciones. (2)

La prevalencia de estas lesiones varía dependiendo del entorno, los hábitos, la higiene y los alimentos. Por eso siempre debemos informar a los padres de los posibles métodos de prevención. (4)

1.1.1 Impacto de las lesiones orales en la calidad de vida de los niños

En el campo de la salud dental pediátrica, se ha demostrado que la presencia de lesiones orales tiene una relación significativa con la calidad de vida del paciente. Este tema se ha desarrollado en diferentes estudios clínicos, donde también se han incluido síntomas que refieren los niños con repercusión a nivel personal y familiar.(5)

La investigación indica que los niños que tienen caries dentales o que han tenido en algún momento de su desarrollo, presentan una calidad de vida relacionada con su salud bucal significativamente inferior a los que no han tenido caries.

Existen otros factores como la maloclusión, la cual también tiene relevancia en la vida del niño, sin embargo, las lesiones orales tienen un papel clave y de mayor interés en sus condiciones de salud general.(5)

Esto nos lleva a la conclusión que las lesiones orales no solo son un indicador de problemas de salud, sino que también pueden derivar en dificultades que afecten a la calidad de vida del niño, al bienestar físico y emocional. De aquí deriva la importancia de abordar este problema de manera eficaz.(5)

1.2 Tipos de lesiones orales

Las lesiones orales en niños representan un área importante dentro de la odontología. A pesar de ser muy importantes, suelen pasar desapercibidas y estar mal diagnosticadas, o no recibir el tratamiento adecuado, todo desencadenado por la falta de recursos y el desconocimiento de los padres. Estas lesiones suelen estar limitadas a una zona, a veces asintomáticas y de carácter benigno, pero otras veces nos dan señales sobre problemas sistémicos de mayor gravedad. En recién nacidos, muchas enfermedades se presentan a través de cambios en la mucosa oral, generalmente se resuelven espontáneamente y sin necesidad de intervención quirúrgica.(4)

Sin embargo, es muy importante que el odontólogo presente un amplio conocimiento sobre estas afecciones, realice un buen examen clínico para llegar al diagnóstico correcto y proponga un buen plan de tratamiento además de guiar a los padres para los cuidados necesarios.(4)

La cavidad oral es fundamental para diversas funciones fisiológicas, incluyendo la digestión, la respiración y el habla. Además, como hemos indicado antes sirve como indicador de la salud y como un sistema de alarma ante enfermedades sistémicas.(6)

Las lesiones orales en odontopediatría son muy variables, y pueden tener diferente origen como infecciosas, traumáticas, inflamatorias, congénitas...etc. Las lesiones traumáticas están más relacionadas con caídas, golpes o hábitos orales como chuparse el dedo o bruxismo y tienen diferentes presentaciones de manera local. Por otro lado, dentro de las infecciosas, tenemos la candidiasis, muy común en neonatos por la falta de inmadurez en su sistema inmunológico, que pueden llegar a producir ciertas molestias. Siempre intentaremos buscar la naturaleza de la lesión con el fin de reducir su recurrencia y mejorar la calidad de vida del niño.(7)

Además, está bien conocer ciertas lesiones o enfermedades que son características de una edad en concreto como puede ser el érpilis o la candidiasis en recién nacidos, o algunas un poco más complejas como puede ser la gingivoestomatitis herpética o la enfermedad mano-boca-pie, estas requieren más de atención para aliviar los síntomas que pueden llegar a producir y así prevenir complicaciones futuras. (7)

El fin es analizar cualquier alteración de la cavidad oral y tener en cuenta factores como son la edad, los hábitos y el estado de salud general.

Las lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral presentan diferentes manifestaciones clínicas:

- **Nódulo:** Lesión sólida, elevada y bien delimitada. (>5mm) puede ser benigno o maligno.
- **Ampolla:** Parecida a una vesícula, pero más grande (> 5mm normalmente) y llena de líquido.
- **Pápula:** Elevación pequeña y sólida normalmente menor de 5mm de diámetro. Sin líquido.
- **Vesícula:** Pequeña burbuja llena de líquido, menor de 5mm. Puede doler.
- **Placa:** Lesión elevada (>5mm), puede ser lisa o rugosa.
- **Pústula:** Pequeña lesión elevada que contiene pus.
- **Mácula:** Lesión plana, circunscrita y no elevada. Puede presentar varios colores y tamaño.
- **Mancha:** Lesión plana de coloración anormal.
- **Erosión:** Pérdida superficial de la mucosa, menos profunda que las úlceras.
- **Úlcera:** Pérdida de continuidad de la mucosa, puede ser profunda y contiene un área necrótica. Puede ser dolorosa y a veces sangra. (8)

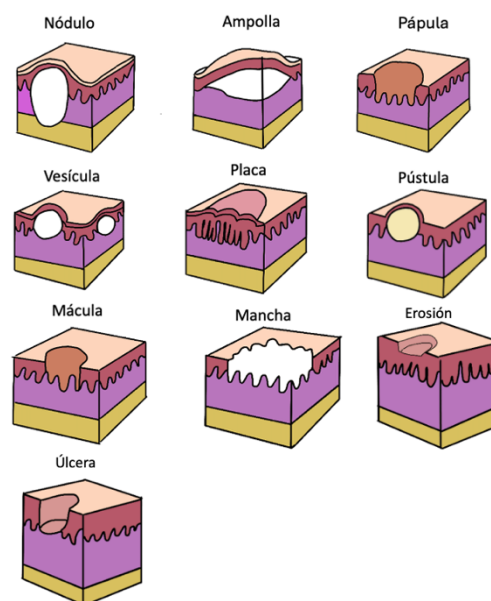


Figura 1: Lesiones (elaboración propia).

Un examen adecuado de la mucosa oral ofrece herramientas valiosas para diagnosticar condiciones de desarrollo, neoplásicas, infecciosas o inflamatorias. La formulación de un diagnóstico diferencial es clave, en él se abarcan las posibles enfermedades y condiciones que podrían explicar un conjunto particular de signos y síntomas orales.(6)

1.2.1 Infecciones bacterianas

1.2.1.1 Escarlatina

Originada por una bacteria, el *Streptococo hemolítico grupo A*, es una enfermedad infectocontagiosa aguda que afecta a la infancia (< 10 años). Sus síntomas son fiebre, faringo-amigdalitis, exantema y descamación, “Sarpullido escarlata”, “lengua de fresa”. La transmisión de la escarlatina ocurre a través del aire, por las gotitas de saliva (gotas de flügge), también pueden contagiar las personas portadoras a través de objetos o alimentos (aunque con menos frecuencia). Su diagnóstico diferencial debe considerar enfermedades virales como el sarampión, varicela o la enfermedad de mano-pie-boca. El tratamiento incluye la ingesta de abundante líquido, reposo durante el periodo febril, analgésicos y antitérmicos. Antibióticos (penicilinas y amoxicilina) en caso de alergias (cefalosporina). (6,9,10)

1.2.1.2 Difteria

Originada por una bacteria, *Corynebacterium diphtheriae*, es una enfermedad infecciosa, aguda y potencialmente mortal con afectación en piel y mucosa oral. Sus síntomas se desarrollan de 1 a 5 días después de la exposición, incluye fiebre baja, cefalea, malestar general, anorexia, dolor de garganta y vómitos. En la mucosa oral aparece una pseudomembrana grisácea que puede aparecer en la parte posterior de la garganta, paladar blando, amígdalas y faringe. Suelen ser difíciles de remover, a veces provocan sangrado al intentarlo. Además de la pseudomembrana, la infección puede causar eritema y edema de la mucosa oral. En casos graves lleva a la denominada “Difteria de cuello de toro”, debido al agrandamiento de los ganglios linfáticos y el cuello. Su diagnóstico diferencial debe considerar otras enfermedades como faringitis estreptocócica, epiglotis aguda y gingivitis ulcerativa necrotizante aguda. El tratamiento incluye la utilización de antibióticos como la penicilina o la eritromicina, en caso de alérgicos a penicilinas se administra eritromicina como alternativa. (6,11)

1.2.1.3 *Sialoadenitis bacteriana*

Originada por bacterias, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Haemophilus influenza*, etc. Las infecciones bacterianas suelen aparecer por obstrucción de los conductos o disminución del flujo salival, lo que facilita la propagación de bacterias en el sistema de conductos, la más afectada es la glándula parótida.

Sus síntomas principales son inflamación, dolor, fiebre y eritema sobre las glándulas afectadas, puede ser tanto bilateral como unilateral, en caso de ser bilateral uno de los lados suele ser más notable. Hay dolor durante la masticación o deglución y además trismos. Se puede observar moco purulento en la glándula y la infección puede propagarse a la mandíbula.

El diagnóstico diferencial debe considerar otras enfermedades como la parotiditis viral y la sialolitiasis. El tratamiento incluye antibiótico, hidratación, analgésicos y estimulación salival, si se produce un absceso se debe realizar una incisión y drenaje, en caso de obstrucción grave sería necesario una intervención quirúrgica.(6)

1.2.1.4 *Tuberculosis*

Originada por la bacteria, *Mycobacterium tuberculosis*, infección grave común en niños menores de 5 años y adolescentes. Tiene alta tasa de mortalidad, se transmite por vía aérea cuando una persona inhala partículas que contienen este bacilo, llegando al pulmón.

Sus síntomas incluyen tos crónica, dificultad respiratoria leve, fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos y falta de crecimiento, las lesiones orales que se presentan son úlceras dolorosas y rasgadas en la lengua y el paladar.

La prueba por excelencia de diagnóstico de la tuberculosis sería la prueba de Mantoux. Su diagnóstico diferencial debe de considerar. El tratamiento de la tuberculosis en los niños depende de su edad, los medicamentos de primera línea son Isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol o estreptomycin, en caso de resistencia tendríamos los de segunda línea, ethionamida y cicloserina. Además de los medicamentos, también debemos tener en cuenta la prevención de la transmisión.(6,12)

1.2.1.5 Sífilis

Enfermedad infecciosa crónica de transmisión sexual, originada por la bacteria, *Treponema pallidum*, la transmisión ocurre por contacto sexual, transfusión de sangre, transmisión vertical de madres a niños. La sífilis en niños cursa con cuatro etapas; en la sífilis primaria, aparece un chancro indoloro que es una úlcera de base lisa y bordes elevados en la cavidad oral; en la sífilis secundaria, hay síntomas como fiebre, malestar, pérdida de peso y linfadenopatía, aparecen manifestaciones orales como placas mucosas, lesiones grisáceas y condilomas planos, que son lesiones verrugosas; la sífilis terciaria es menos común en niños, aparece a los 10-20 años de la infección primaria; La sífilis congénita es la que se transmite de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Su diagnóstico diferencial debe considerar el chancro oral, liquen plano, candidiasis, etc.

El tratamiento de la sífilis se basa en el empleo de la penicilina G parenteral, es de elección en todas las etapas de la sífilis, incluyendo la congénita. En caso de alergia, Doxiciclina. (6,13)

1.2.2 Lesiones virales

1.2.2.1 Virus del herpes simple

Enfermedad viral aguda, bastante común en niños y adultos, sus variantes son *VHS-1* Y *VHS-2*, estos virus pueden quedar latentes después de la infección primaria y reactivarse posteriormente. El *VHS-1* se asocia principalmente a boca, faringe, cara, ojos mientras el *VHS-2* al área anogenital.

La manera de presentarse puede variar en función de la transmisión, la edad y la inmunocompetencia del paciente. Las manifestaciones orales aparecen como vesículas con una base eritematosa y úlceras, son muy dolorosas y sangran al roce. Los síntomas incluyen fiebre, malestar, linfadenopatía y ardor.

Tenemos diferentes tipos de infección; En primer lugar y la más frecuente, la gingivoestomatitis herpética (*VHS-1*) que presenta múltiples úlceras en paladar, lengua y encías. Al ser muy dolorosa lleva a que los niños rechacen el alimento, aumentando el riesgo de desnutrición; en segundo lugar, tenemos al herpes labial (*VHS-1*), también conocido como “calenturas”, ampollas que se forman en los labios que después se ulceran y forman costras; en tercer lugar, tenemos el eritema multiforme (*VHS-1*),

afectando a la piel y a la mucosa, nos encontramos lesiones cutáneas en "diana" y erosiones en el paladar y las encías. Preferencia por mucosa no queratinizada (lengua y labio). Suele resolverse espontáneamente.

El diagnóstico diferencial debe considerar la periodontitis ulcerativa necrosante o el pénfigo vulgar, liquen plano erosivo y cándida. El tratamiento constaría de antipiréticos y analgésicos. Nunca corticoides o antibiótico. También se utilizan antivirales, el aciclovir es el principal en niños. Se recomienda ingesta de líquidos, dieta blanda, así como evitar alimentos ácidos o salados. (6,14–16)

Tabla 1. Diferentes tipos de infección (elaboración propia).

	Lesiones	Zona de afectación	Duración	Desencadenantes
Gingivoestomatitis herpética	Úlceras múltiples y dolorosas.	Mucosa oral, encía.	10-14 días.	Estrés, fiebre, sol.
Herpes labial	Vesículas y úlceras con costras.	Borde de los labios y piel de alrededor.	7-10 día.	Infección por (VHS-1).
Eritema multiforme	Lesiones en "diana"	Boca, mano y pies.	Variable.	Reactivación.

VHS-1/2: *Virus Herpes Simple*.

1.2.2.2 *Herpangina y enfermedad boca-mano-pie*

El *Enterovirus-virus de Coxsackie*, es un género de virus de ARN monocatenario, El virus de Coxsackie se divide en dos grupos A y B, habiendo varios serotipos de cada uno. A nivel orofaríngeo puede producir dos enfermedades: herpangina y enfermedad mano-boca-pie, ambas muy comunes en la infancia.

Su transmisión ocurre por vía oral-fecal, saliva infectada, gotas respiratorias o contacto con fluido de vesículas con un periodo de incubación de 3 a 5 días. En cuanto a la herpangina, se producen úlceras dolorosas de 3-4mm en paladar blando, amígdalas y faringe posterior, con fiebre alta, dolor de garganta, malestar y odinofagia. La

enfermedad de boca-mano-pie se manifiesta como exantema, máculas y pápulas en palmas y plantas, generalmente no doloroso, con síntomas parecidos, entre los cuales destaca la deshidratación. Su diagnóstico diferencial debe considerar enfermedades como la varicela, sarampión o síndrome de Stevens-Johnson.

El tratamiento sería sintomático, no hay vacunas ni tratamientos específicos. En caso de dolor se recomienda ibuprofeno o paracetamol y mantener una buena hidratación. Ambas enfermedades suelen resolverse espontáneamente con cuidados adecuados. (6,17)

1.2.2.3 Varicela

Enfermedad provocada por el virus *Varicela-zoster*, un tipo de herpes. La varicela es muy contagiosa, afecta principalmente a niños de 3-6 años no vacunados, la infección ocurre por contacto directo o por gotas. Presenta erupción vesicular generalizada, iniciándose en cuero cabelludo y tronco, se extiende al resto del cuerpo.

Las lesiones características son pápulas rojas que evolucionan a vesículas en forma de lágrima sobre base eritematosa, luego se rompen y forman costras. Puede afectar a la mucosa oral asociadas a dolor. Los síntomas son fiebre, malestar, anorexia, cefalea y dolor de garganta. Su diagnóstico diferencial debe considerar enfermedades como el sarampión, rubeola, síndrome de Steven-Johnson, boca-mano-pie o escarlatina.

El tratamiento consta de terapia de soporte con hidratación, analgésicos, antipiréticos y reposo. En algunos pacientes especiales, se podría aplicar terapia antiviral de aciclovir.(6)

1.2.2.4 Sarampión (rubeola)

La rubeola es provocada por el *Paramixovirus*, enfermedad exantémica infecciosa. Sus síntomas son: fiebre, tos seca, goteo de nariz, dolor de garganta y sarpullido con manchas grandes y planas. El contagio se produce por contacto. En la cavidad oral nos encontramos manchas blancas diminutas con centro blanco azulado y fondo rojo. La localización más frecuente es en la cara interna de la mejilla, estas lesiones también se denominan manchas de Koplik.

Su diagnóstico diferencial debe considerar enfermedades como: varicela, rubeola, escarlatina y síndrome de Steven-Johnson. No existe un tratamiento, pero la vacuna contra sarampión-paperas-rubéola puede prevenirlo. (6,18)

1.2.3 Infecciones fúngicas

1.2.3.1 *Candidiasis bucal, muguet o algodoncillo*

Infección oral micótica producida por el hongo *Cándida Albicans*. La pseudomembranosa, un tipo bastante frecuente, cursa con placas elevadas fácilmente desprendibles, color blanco-nacarado que al ser retiradas dejan una superficie hemorrágica. Su localización suele ser en el dorso de la lengua, mucosa yugal y encías. Muy frecuente en periodo neonatal. Su contagio se da por infecciones de la mucosa vaginal materna durante el parto o durante la lactancia (piel o tetinas mal esterilizadas). Tiene más incidencia en lactancia artificial que en materna. Las defensas inmaduras del huésped y el incompleto establecimiento de la flora normal gastrointestinal favorecen su aparición.

El diagnóstico diferencial debe considerar enfermedades como: leucoplasia, liquen plano y lupus eritematoso. Existen varios tratamientos, en primer lugar, se debe actuar sobre los factores predisponentes como la esterilización de biberones, chupetes o limpieza de lesiones orales con bicarbonato de sodio 3-4 veces al día. En segundo lugar, el empleo de fármacos específicos como nistatina o miconazol está recomendado.(6)

1.2.4 Lesiones traumáticas de la mucosa oral y lengua geográfica

1.2.4.1 *Mucosa mordisqueada (morsicatio buccarum)*

Lesiones dolorosas blancas cubiertas de fibrina delimitadas por una zona eritematosa. Ubicadas en la mucosa yugal o borde de la lengua son producidas por mordisqueo o succión continua. En la clínica nos podemos encontrar diferentes presentaciones como la línea alba (hiperqueratosis lineal) que sigue la línea del plano de oclusión o úlceras por mordisco accidental (anestesia y epilepsia) o hábito.

Su diagnóstico diferencial debe considerar otras lesiones blancas como leucoplasia, liquen plano y candidiasis. Su tratamiento es sintomático y radica en eliminar hábitos. También es recomendable seguir una dieta blanda y fría, el empleo de analgésicos, incluso tópicos, como clorhexidina tópica y ácido hialurónico, están recomendados.(6)

1.2.4.2 *Lengua geográfica*

La lengua geográfica es una lesión exfoliativa o una descamación benigna y transitoria que afecta a la lengua, especialmente al dorso en zonas centrales y laterales. También aparece en la parte ventral, pero en menor medida. Es característica la pérdida de epitelio en diferentes puntos superficiales mencionados anteriormente. En pediatría, es frecuente y podemos ser los primeros en diagnosticarla, apareciendo en torno a los 2 años. Diversos estudios demuestran que tiene una etiología desconocida, aunque puede tener diversos factores asociados como: estrés, déficit de vitaminas y alergias. Su diagnóstico diferencial debe considerar enfermedades como candidiasis, lengua fisurada, sífilis o liquen plano. Al ser una condición benigna y autolimitada, no requiere tratamiento. (6,19)

1.2.5 Tumores benignos de tejidos blandos

1.2.5.1 *Mucocele*

El mucocele es un quiste salival de las glándulas menores que se genera por extravasación de moco, generalmente inducido por un trauma local, cuando un conducto salival se rompe permitiendo la acumulación de moco en los tejidos circundantes.

Estas lesiones pueden aparecer en cualquier zona de la mucosa oral que contenga glándulas salivales o mucosas. A menudo, su tamaño se reduce debido a su ruptura y liberación del fluido, seguido de una rápida y nueva acumulación. Clínicamente, el mucocele se manifiesta como una tumoración de partes blandas, siendo una de las lesiones más frecuente en la boca. Por lo general, no es doloroso y se presenta como una mucosa de aspecto normal de color rosa o azulado debido a la congestión vascular y al contenido mucoso. Su tamaño puede ser de entre 1-2 cm de diámetro.

Su diagnóstico diferencial debe considerar quistes superficiales, tumores de las glándulas salivales y hemangioma cavernoso profundo. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica de la lesión, aunque hay que tener en cuenta que existe una alta tasa de recidiva. En niños con problemas de comportamiento, este tratamiento puede ser un desafío importante. A pesar de ello, hay otras opciones que pueden ser valorables como son la criocirugía o la inyección intralesional de corticoesteroides. (6,20–22)

1.2.5.2 *Épulis congénito / célula granular/ Newmann*

El épulis congénito también llamado “tumor de Newmann” es una lesión benigna y exofítica que aparece al nacer. Se trata de una masa uni o multilocular, pediculada, que generalmente mide entre 1 y 2 cm. Se presenta predominantemente en sexo femenino. Suele localizarse en el reborde alveolar del maxilar superior especialmente en las áreas correspondientes a los caninos e incisivos, siendo menos común en la mandíbula. Aunque su incidencia es baja, puede ocasionar problemas relacionados con la deglución o la respiración según su ubicación y su tamaño. Una vez que el bebé nace, la lesión deja de crecer y tiende a experimentar una involución espontánea, desapareciendo en cuestión de meses sin necesidad de tratamiento adicional.

Su diagnóstico diferencial debe considerar otros tumores benignos de la patología oral en niños. En caso de que no desaparezca por sí solo o este alterando tanto la deglución como la respiración, se recomienda realizar una biopsia excisional quirúrgica para su manejo, este sería su tratamiento. (6,23,24)

1.2.6 Otras condiciones de la mucosa oral

Otro tipo de lesiones de menor relevancia, pero de gran prevalencia clínica son los nódulos de Böhn y las perlas de Epstein. Calificados como quistes de inclusión, por un lado, derivan de epitelio atrapado durante la fusión de los procesos palatinos (perlas de Epstein) y por otro, de restos de tejido glandular mucoso (nódulos de Böhn). En el caso de las primeras, las podemos encontrar a lo largo del rafe medio palatino, mientras que los nódulos, los encontramos en rebordes alveolares, bucal y lingual/palatino. Ambos no requieren tratamiento. Sin embargo, pueden despertar preocupación en padres por su alta prevalencia entorno al 50-70% de los recién nacidos.(7)

Las aftas orales recurrentes también son comunes en población infantil, pequeñas vesículas que aparecen en mucosa bucal no queratinizada. Resultan molestas en niños y pueden relacionarse con condiciones sistémicas variables.(7)

1.3 Justificación

La importancia del odontólogo en el diagnóstico de enfermedades sistémicas es crucial. A menudo, la primera manifestación de una alteración sistémica aparece en la cavidad bucal.

Una problemática que nos encontramos hoy en día es que el tratamiento de la caries y las lesiones dentales es su principal prioridad, dejando a un lado este tipo de lesiones orales de gran relevancia.

Sin embargo, hay muchas otras con condiciones benignas que no requieren tratamiento. Por ello, es esencial que los odontólogos conozcan la prevalencia y los tipos de lesiones orales en la población infantil para garantizar un diagnóstico preciso.

A pesar de su gran importancia las lesiones orales en el paciente infantil son menos estudiadas que las lesiones orales en adultos. La solución a este problema radica en que el odontólogo realice un examen clínico detallado y tengan un sólido conocimiento de todas las diversas afecciones que se presentan en la cavidad bucal. Esto les permitirá proporcionar un buen diagnóstico clínico y un tratamiento eficaz. Además, es fundamental que los odontólogos asesoren y formen a los padres en la gestión de estos aspectos.

Como se ha mencionado anteriormente, la salud bucal en niños es fundamental para su bienestar.

Finalmente, recomendaremos mantener un contacto constante con el pediatra y estar pendientes de posibles signos de alerta. Un método muy eficaz para los odontólogos es tener siempre actualizada la historia clínica del paciente, lo que facilita identificar signos y síntomas presentes en cada caso.

2 OBJETIVO

-Objetivo: Estudiar la prevalencia y efectividad de los tratamientos de las lesiones orales que afectan a los tejidos blandos en la población infantil.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica, utilizando plataformas como Pubmed, Medline, Dentistry & oral science source, la biblioteca CRAI Dulce Chacón de la universidad europea. Los términos de búsqueda empleados fueron: “Dentistry”, “Pediatrics”, “Oral lesions”, “Soft tissue”, “Treatment”, “Prevalence”.

Los criterios de **inclusión** fueron:

- Artículos publicados dentro de los 10 últimos años
- Publicaciones en inglés.
- Estudios que incluyan pacientes menores de 18 años.
- Investigaciones centradas en lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral.

Los criterios de **exclusión** fueron:

- Investigaciones centradas en enfermedades sistémicas sin impacto directo en la cavidad oral.
- Publicaciones que analicen exclusivamente tratamientos sin describir la etiología o evolución de las lesiones.
- Estudios basados únicamente en modelos experimentales sin evaluación en pacientes.

Se realizó una estrategia de búsqueda con términos MESH en la base de datos de Pubmed, con los criterios de inclusión desde 2014 a 2024. En la búsqueda se utilizó la ecuación: (((mouth[MeSH Terms]) OR (oral[MeSH Terms])) AND (lesion[MeSH Terms])) OR (lesions[MeSH Terms])) AND (child[MeSH Terms]) OR (children[MeSH Terms]) OR (childrens[MeSH Terms]) OR (childs[MeSH Terms])) AND (soft tissue[MeSH Terms]) OR (tissue[MeSH Terms])

Para orientar la búsqueda de información se estableció como pregunta de investigación: ¿Qué prevalencia tienen las lesiones orales en la población infantil y cuál es la efectividad de los tratamientos usados con respecto a otras alternativas o ausencia de tratamiento para ciertas lesiones? Con esta pregunta se pretende encontrar evidencia real de la efectividad de los tratamientos y la prevalencia de las diferentes lesiones orales que tienen mayor impacto en la población infantil.

4 RESULTADOS

Al comenzar la búsqueda obtuvieron 2,083,673 resultados. Aplicando los filtros correspondientes a los criterios de inclusión y exclusión seleccionados (“full text”, “artículos publicados dentro de los 10 últimos años”, “Publicaciones en inglés”, “estudios que incluyan pacientes menores de 18 años”, “Investigaciones centradas en lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral”. El número de artículos que hemos obtenido es de 16.

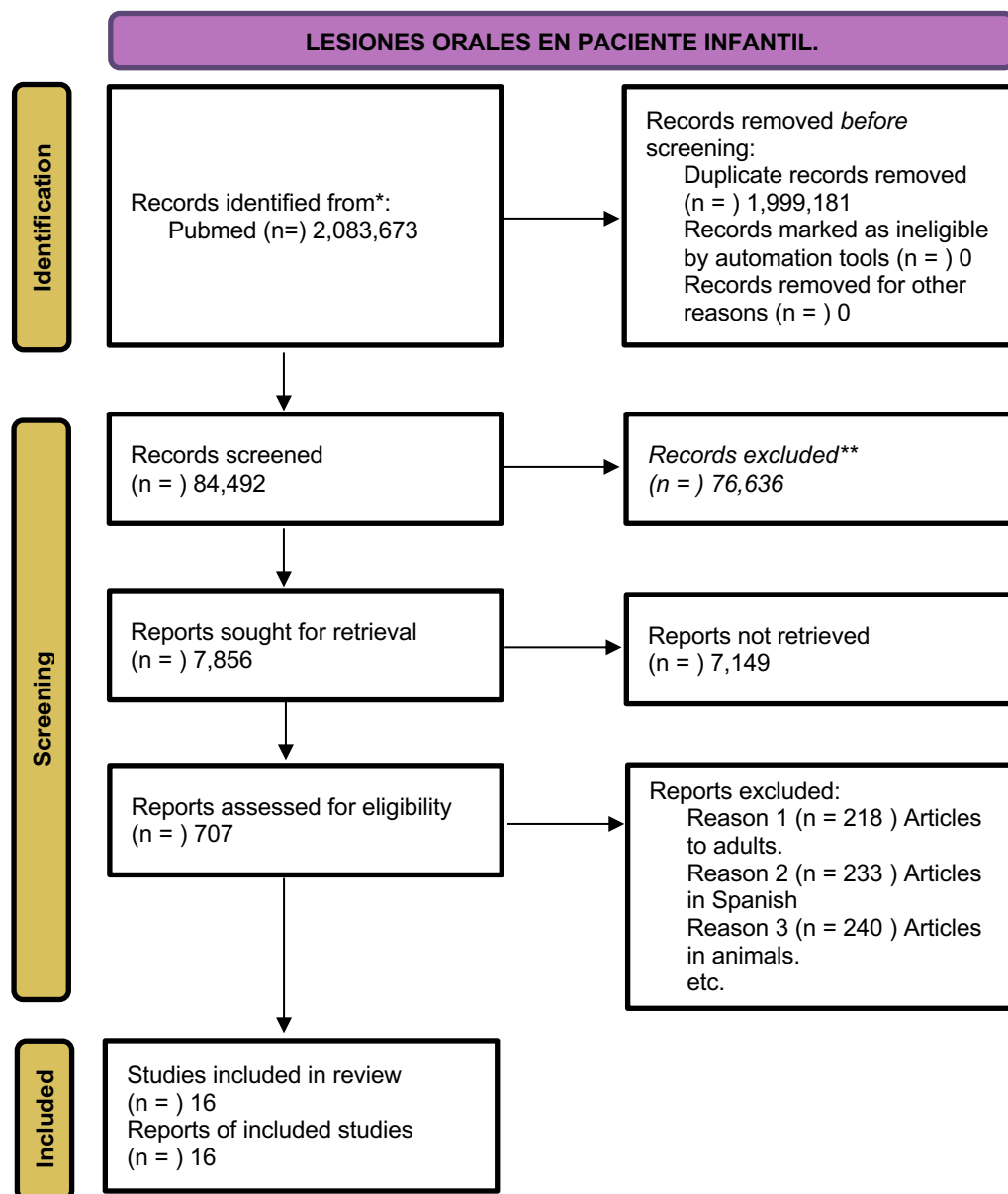


Figura 2. Diagrama PRISMA. (36)

Tabla 2. Tabla de recogida de datos sobre la prevalencia de las lesiones orales.

AUTORES	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	RANGO DE EDAD	TIPO DE LESIÓN ORAL	MUESTRA	RESULTADOS PRINCIPALES
PADOVANI et al., 2014 (25)	Prevalence of oral manifestations in soft tissues during early childhood in Brazilian children	Observacional, Transversal y descriptivo	Rango de edad de 0 a 36 meses	-Perlas de Epstein. -Nódulos de Bohn. -Quistes de la lámina dental. -Gingivitis. -Anquiloglosia. -Candidiasis. -Lesiones traumáticas. -Lengua geográfica. -Hematomas eruptivos. -Herpes primario. -Úlceras aftosas. -Queilitis angular.	586 niños en total. De los cuales 316 niños y 270 niñas.	Prevalencia total de manifestaciones orales: 34.8%. Regiones más afectadas: paladar (16.7%), seguido de encía (11.4%), reborde alveolar (8.9%) y lengua (7.8%). Lesión más frecuente: perlas de Epstein (14.8%) Gingivitis: Prevalencia general de 6.8%, siendo más común en niños de 12-24 meses (15.9%). Anquiloglosia: 4.1%, más frecuente en niños (5.4%).
OWCZAREK-DRABINSKA et al., 2022 (7)	The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients	Retrospectivo	-Preescolares (0-6 años): 38.5% de la muestra. -Escolares (7-13 años): 40.6%. -Adolescentes (14-17 años): 20.9%.	-Aftas. -Mucocela. -Morsicatio buccarum. -Lengua geográfica. -Fibroma. -Lengua pilosa. -Papiloma. -Erosiones y úlceras traumáticas. -Granuloma piógeno.	143 niños en total. De los cuales 60 niñas y 83 niños.	Prevalencia global de lesiones de la mucosa oral: 5.21%. Lesiones más comunes: -Aftas: 18.9%. -Mucocela: 10.5%. -Morsicatio buccarum: 9.1%. -Lengua pilosa: 7%. -Fibroma: 6.3%. Variación por edad: -Lengua geográfica fue más común en preescolares. -Morsicatio buccarum aumentó con la edad, siendo más frecuente en adolescentes.
HONG et al., 2019 (26)	World Workshop on Oral Medicine VII: Relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review	In Vitro	-	Lesiones clínicamente comunes: -Úlceras aftosas (1.82%) -Lesiones asociadas a trauma (1.33%) -Lesiones asociadas al virus del herpes simple (1.33%) -Lengua geográfica (glositis migratoria, 1.29%) -Candidiasis (1.20%) -Queilitis angular y labial -Lengua fisurada (0.3%-4.0%) Lesiones identificadas mediante biopsias: -Mucocelas (17.12%) -Lesiones fibrosas (9.06%) -Granulomas piogénicos (4.87%) -Inflamaciones crónicas y lesiones de células gigantes Lesiones malignas poco frecuentes: -Rabdomiosarcoma (frecuente en tejidos blandos) -Linfoma no Hodgkin, carcinoma adenoide quístico y fibrosarcoma.	85,976 pacientes	Lesiones benignas: -La mayoría de las lesiones fueron benignas y transitorias. -Las lesiones por trauma, lengua fisurada y úlceras fueron las más comunes (entre 0.3%-4.8%). Lesiones malignas: -Muy raras en niños, siendo el rabdomiosarcoma el más frecuente.
VÉLEZ-LEÓN et al., 2024 (27)	Intraoral Soft Tissue Lesions in 6-Year-Old Schoolchildren in Regions of Southern Ecuador: An Epidemiological Study	Observacional, Transversal y descriptivo	Niños de 6 años	-Úlceras -Gingivitis -Traumatismo labial -Lengua geográfica -Queilitis -Lesiones pigmentadas	600 niños	Prevalencia general: -Niños con lesiones en tejidos blandos: 41.17%. -Niños sin lesiones: 58.83%. Prevalencia por tipo de lesión: -Úlceras: 38.58% -Gingivitis: 30.66% -Traumatismo labial: 7.72% -Lengua geográfica: 8.9% -Queilitis: 6.92% -Lesiones pigmentadas: 7.22%

Tabla 3. Tabla de recogida de datos sobre tratamientos más frecuentes.

AUTOR Y AÑO	HERPES SIMPLE	CANDIDIASIS	ESC ARL ATINANA	EPULIS	BOCA-MANO-PIE	MUCOCELE	MUESTRA	TIPO DE ESTUDIO	TRATAMIENTO
Huang et al., 2020 (14)	X	-	-	-	-	-	185	In vivo	Aciclovir puede reducir los síntomas si se administra dentro de las 72 a 96 horas posterior al inicio de la enfermedad, en este estudio el uso de aciclovir no mostró un impacto significativo.
Aloyouny et al., 2021 (16)	X	-	-	-	-	-	1	In vivo	Acyclovir intravenoso (20mg/kg cada 6 horas durante 5 días) mientras se administraba acetaminofén (80mg cada 8 horas durante 5 días) para reducir la fiebre. Además de jarabe de difenhidramina (12.5 mg/5ml, 2.5ml por vía oral 1 vez por la noche 5 días) a los 5 días paciente completamente recuperada
Slebioda et al., 2020 (10)	-	-	X	-	-	-	2	In vivo	Caso 1: amoxicilina con ácido clavulánico (400mg +57mg)/5ml, por 10 días) lesiones cutáneas desaparecen en 1 semana. Caso 2: fenoximetilpenicilina (750mg/5ml) tres veces al día, 10 días
Stencel-Gabriel et al., 2023 (28)	-	-	X	-	-	-	2	In vivo	Caso 1: ceftriaxona: 50mg/kg/día intravenoso. Debido a la falta de respuesta inicial, se inició un tratamiento con vacomicina 10mg/kg/dosis intravenosa, cuatro veces al día durante tres días. Tras identificar al s.pyogenes se administró fenoximetilpenicilina 1,000,000UI oral, dos veces al día por 10 días. Además de hidratación. Caso 2: ceftriaxona: 50mg/kg/día intravenoso. Hasta el día 8. Tras identificar al s.pyogenes se administró fenoximetilpenicilina 1,000,000UI oral, dos veces al día. Hasta alta hospitalaria.
Chaudhry et al., 2021. (29)	-	-	-	X	-	-	2	In vivo	El tratamiento del épulis congénito es sobre todo quirúrgico, siendo la excisión completa la opción más recomendable en grandes lesiones. En caso de tumores muy pequeños, se ha observado recidiva, por lo que estas situaciones se recomienda observación continua.
Padhy et al., 2020. (30)	-	-	-	X	-	-	1	In vivo	En este artículo, debido a la dificultad de alimentarse, se optó por la excisión quirúrgica, donde no se han demostrado recidivas.
Bagher et al 2018. (31)	-	-	-	-	-	X	3	In vivo	Tratamiento de eliminación del mucocelo mediante láser de diodo, ofreciendo un procedimiento rápido, sin sangrado, con mínima inflamación y molestias postoperatorias.

Tabla 3. Tabla de recogida de datos sobre tratamientos más frecuentes.

AUTOR Y AÑO	HERPES SIMPLE	CANDIDIASIS	ESC ARL ATINANA	EPULIS	BOCA-MANO-PIE	MUCOCELE	MUESTRA	TIPO DE ESTUDIO	TRATAMIENTO
Magalhães et al., 2020. (32)	-	-	-	-	-	X	1	In vivo	El tratamiento más indicado para el mucoccele es la excisión quirúrgica total de la lesión con remoción de las glándulas accesorias menores, sobre todo para evitar recidivas.
Agrawa et al., 2023 (17)	-	-	-	-	X	-	1	In vivo	Tratamiento sintomático, hidratación y manejo del dolor. El dolor y la fiebre puede tratarse con antiinflamatorios y acetaminofén. Además, recomienda también hacer gárgaras con ibuprofeno y difenhidramina líquida que ayuda a aliviar el dolor y cubre las úlceras. En caso de infección secundaria, usar antibióticos o antivirales.
Chen et al., 2017 (33)	-	-	-	-	X	-	5	In vivo	Inicialmente, se administró antibióticos de forma preventiva para descartar una infección bacteriana. Una vez comprobado las pruebas sobre dicha enfermedad, se suspendieron. Para el manejo de estos casos se siguió dando lactancia materna para tener al bebe hidratado y además se aplicaban bolsas de agua cuando subía la fiebre.
Femilian et al., 2022 (34)	-	X	-	-	-	-	1	In vivo	Nistatina en suspensión oral de 100,000UI/ml y se citó al paciente 10 días después y se observó que las lesiones habían desaparecido, aun así se recomendó al paciente seguir 2 semanas más con el mismo tratamiento.
Sachdeva et al., 2017 (35)	-	X	-	-	-	-	1	In vivo	Nistatina (micostatin): 100,000 UI (2 gotas) 4 veces al día durante 10-14 días. Clotrimazol como antifúngico alternativo.

5 DISCUSIÓN

En un estudio publicado en el año 2014, se analizó una muestra de 586 niños brasileños, con edades comprendidas entre 0 y 36 meses. En cambio, Owczarek-Drabińska y cols., en el año 2022, examinó a 143 niños de 0 a 17 años. La diferencia de edades es clave para la correcta interpretación de los artículos ya que muchas de las lesiones tienen una aparición específica según la etapa del desarrollo. En el caso de las perlas de Epstein y los nódulos de Bohn, son muy comunes en el periodo neonatal, mientras otras, como las aftas y los mucocelos, tienden a edades más avanzadas. (7,25)

Los resultados de ambos estudios muestran una discrepancia importante en la prevalencia de las múltiples lesiones orales. Padovani y cols. registra una prevalencia del 34.8% en la población infantil, mientras que Owczarek-Drabińska y cols., nos indica que su prevalencia global es de 5.21%. Esta diferencia puede deberse a diversos factores como el entorno geográfico o incluso la forma de evaluar las lesiones, ya que una muestra estuvo compuesta por pacientes de origen brasileño y la otra del suroeste de Polonia.(7,25)

Con respecto a la frecuencia, en el estudio llevado a cabo por Padovani y cols., la lesión más frecuente fue la perla de Epstein (14.8%), alteración común en neonatos, en contraposición a la frecuencia dada por Owczarek-Drabińska y cols., donde las lesiones más comunes fueron las aftas (18.9%) y los mucocelos (10.5%), que se presentan con mayor frecuencia en niños más mayores. Estas variaciones reflejan las transformaciones de la mucosa oral a lo largo del crecimiento, así como la influencia de factores externos como higiene y alimentación.(7,25)

En contraposición, Hong y cols., en su revisión bibliográfica publicada en el año 2019, encontraron que las lesiones más frecuentes fueron las úlceras y la lengua geográfica, resultados coincidentes con el estudio publicado por Vélez-León y cols., en el año 2024. A pesar de esto, cabe destacar que, Hong y cols., encontraron también relevantes las lesiones traumáticas, el herpes simple, la queilitis y la candidiasis, en cambio, Vélez-León y cols. destacaron también la gingivitis y las lesiones pigmentadas, lesiones que podrían estar relacionadas con factores locales como las prácticas de higiene bucal o dieta.(26,27)

Es importante resaltar, que a pesar de que Hong y cols., analizaron una muestra de gran tamaño, con 85976 pacientes, en su estudio no aclaran el rango de edad que presentaban sus pacientes pediátricos. Sin embargo, Vélez-León y cols., especificaron en su investigación que todos sus pacientes tenían 6 años de edad. A diferencia de los estudios anteriores, estos autores analizaron una muestra proveniente de diversas regiones y de origen ecuatoriano respectivamente.(26,27)

De esta forma, vemos que las lesiones más comunes pueden variar no solo por la edad, sino también por la región y las condiciones específicas del entorno. Una diferencia importante entre los dos estudios es que solo Hong y cols. (2019), mencionan la presencia de lesiones malignas, aunque aclaran que son poco frecuentes. Esto nos indica que, aunque las lesiones malignas no son comunes, su presencia en una muestra grande de población debe estar vigilada, al igual que hace Hong y cols., en su estudio identificando casos raros.(26,27)

Por lo que se puede observar, el rango de edad analizado en cada investigación, así como el origen de la muestra estudiada, son factores relevantes a la hora de poder comparar los resultados de los estudios publicados, ya que, según la edad del paciente o el origen del mismo, los estudios han encontrado diferentes incidencias en las lesiones estudiadas.(26,27)

Es importante poder estudiar qué tratamiento tiene mayor efectividad a la hora de tratar cada lesión oral. En el caso del herpes simple, se encontró que el aciclovir puede reducir los síntomas si se administra dentro de las 72-96 horas después del inicio de la enfermedad. También se encontró que el aciclovir intravenoso (20mg/kg cada 6 horas durante 5 días) acompañado de acetaminofén (80mg cada 8 horas durante 5 días) puede resultar útil para ayudar a reducir la fiebre, complementado con difenhidramina (12.5 mg/5ml, 2.5ml por vía oral 1 vez por la noche 5 días).(14,16)

Otra enfermedad de interés en el ámbito de las lesiones orales es la escarlatina, sobre su tratamiento, se estudió que la terapia con antibióticos beta-lactámicos resulta ser la de elección. Según la gravedad, los estudios difieren en la vía de administración de dicho tratamiento; siendo la terapia oral la elegida cuando la afectación es leve y la intravenosa de forma inicial cuando es más complicada. En cuanto a la duración del tratamiento, se propone un protocolo estándar de 8-10 días. Tras identificar el

S.pyogenes ,se administra fenoximetilpenicilina 1,000,000UI oral, dos veces al día. En caso de que el paciente este hospitalizado se necesitó un manejo hospitalario previo antes de administrar el tratamiento anterior, el más común resulta ser la ceftriaxona: 50mg/kg/día intravenoso.(10,28)

Con respecto al épulis, las investigaciones analizadas coinciden en que el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, buscando la eliminación total de la masa sin afectar el hueso subyacente ni los gérmenes en desarrollo. Esta es la opción de tratamiento más recomendado, especialmente, en lesiones de mayor tamaño o que interfieran con funciones vitales como puede ser la alimentación o la fonación. Además de un análisis histopatológico para confirmar el diagnóstico, también se observó que, en lesiones pequeñas, existe la posibilidad de recidiva espontánea, lo que hace optar por una observación clínica continuada en determinados casos. Respecto a los cuidados postoperatorios, sendos estudios coinciden en que la recuperación se desarrolla sin complicaciones, recordando hacer revisiones anuales que aseguren la ausencia de recidivas. (29,30)

Otra de las patologías que se pueden observar en el ámbito odontológico es el mucocelo. En cuanto a su tratamiento, se encontraron diferentes formas para abordar dicha lesión, siendo el láser de diodo una alternativa moderna y poco invasiva con muy buenos resultados estéticos y postoperatorios, ideal para pacientes pediátricos. Otra forma común y muy utilizada es la exéresis quirúrgica total, la cual consiste en la extracción de la lesión junto con las glándulas salivales accesorias por medio de una incisión en forma de elipse y una sutura con material vicryl de 6-0, permitiendo un diagnóstico histopatológico preciso y con una tasa baja de recidiva. Su seguimiento postoperatorio se realiza a los 7 días y 8 meses. (31,32)

Por otro lado, abordamos la enfermedad de mano-pie-boca, su tratamiento es fundamentalmente sintomático, a pesar de ser vírica, no se requiere de antivirales en la mayoría de los casos, aunque en situaciones graves podríamos manejar la posibilidad de usar ribavirina, siempre manteniendo al niño bien hidratado. Resulta necesario incidir en la importancia de un diagnóstico temprano, para evitar tratamientos innecesarios y garantizar un mejor manejo de la enfermedad. El enfoque terapéutico se basa en el alivio de los síntomas, incluyendo el uso de antiinflamatorios (AINES) y paracetamol para controlar la fiebre y el dolor. En algunos casos, los enjuagues con ibuprofeno y

diphenhydramine líquida son adecuados para reducir el malestar oral. En los neonatos la lactancia materna juega un papel fundamental en la recuperación, proporcionando anticuerpos para fortalecer el sistema inmune. (17,33)

Para terminar, en el caso de la candidiasis, el tratamiento propuesto se basó en la administración de antifúngicos. En algunos casos se optó por el Nystatin en suspensión oral (100000 i.u/ml), antifúngico de uso común en odontopediatría por su seguridad clínica y efectividad. Este fármaco se suele usar con mayor frecuencia en niños que no sean recién nacidos. Por otro lado, en cuanto a los neonatos, una opción más usada es el clotrimazol en concentración de 1% de aplicación tópica, ofrece una mínima absorción sistémica y es de fácil aplicación. (34,35)

6 CONCLUSIONES

1. Se ha observado que la frecuencia de lesiones orales en el paciente infantil se ve modificada significativamente según la edad y contexto geográfico. Las lesiones más frecuentes en niños con una edad comprendida entre los 2 y 17 años fueron las aftas, los mucocelos y la lengua geográfica mientras que, en neonatos, de 0 a 36 meses, destacan las perlas de Epstein y los nódulos de Bohn.

Existe un consenso en el tipo de tratamiento de ciertas patologías. En el caso del herpes simple, el aciclovir administrado en fases tempranas resulta eficaz; para la escarlatina el fármaco de elección son los beta-lactámicos; y en lesiones como mucocelos o épulis, la cirugía se mantiene siendo la opción más adecuada, a pesar de que técnicas como el láser, actualmente aparece como una opción menos invasiva. En cuanto a patologías como la candidiasis o la enfermedad mano-pie-boca, el tratamiento es sintomático y depende de la edad, puede complementarse con el uso de antifúngicos.

7 SOSTENIBILIDAD

Un mayor conocimiento de las lesiones orales en el paciente infantil puede lograr un diagnóstico más preciso y de mayor rapidez reduciendo el número de visitas al profesional médico. Se evitan, de esta forma, gastos en recursos humanos y materiales para atender las demandas del paciente derivadas de su problema oral. Asimismo, el conseguir un tratamiento de mayor eficacia para la lesión oral diagnosticada, contribuirá a un mejor uso de los medicamentos comercializados para el tratamiento de las mismas y a una mayor calidad de vida del paciente.

De esta forma y aplicando los principios expuestos anteriormente, evitamos malgastar citas innecesarias, gastos en transporte del paciente y aseguramos el uso adecuado de cada instrumento puesto a nuestra disposición, en cada momento preciso, a la hora de solventar este tipo de lesiones. Actualmente gracias a las nuevas tecnologías también podemos estudiar y desarrollar secuencias simples y reproducibles que permitan ejecutar los distintos procedimientos de la manera más eficaz y eficiente posible de manera que se reduzcan al mínimo los recursos usados.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Alazmah A, Parekh S, Bhatia S, Ashley P. Developing a child patient satisfaction survey: a quality improvement project. *Eur Arch Paediatr Dent*. abril de 2021;22(2):209-17.
2. Gusberti FA, Mombelli A, Lang NP, Minder CE. Changes in subgingival microbiota during puberty: a 4-year longitudinal study. *J Clin Periodontol*. 1990;17:685-92.
3. Al Homoud RA, Alshellatie AK, Alzumaie AS, Al-Bayati SA. Behavior and anxiety levels in pediatric patient: The behavioral changes and anxiety of pediatric patient in dental clinic. *Clin Exp Dent Res*. diciembre de 2023;9(6):1223-31.
4. Shankargouda P, Roopa SR, Majumdar B, Jafer M, Maralingannavar M, Sukumaran A. Oral Lesions in Neonates. *Int J Clin Pediatr Dent*. junio de 2016;9(2):131-8.
5. De Oliveira LJC, Torriani DD, Correa MB, Peres MA, Peres KG, Matijasevich A, et al. Oral mucosal lesions' impact on oral health-related quality of life in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. diciembre de 2015;43(6):578-85.
6. Masthan KMK. *Textbook of Pediatric Oral Pathology*. 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) LTD; 2011.
7. Owczarek-Drabińska JE, Nowak P, Zimoląg-Dydak M, Radwan-Oczko M. The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 8 de septiembre de 2022;19(18):11277.
8. Schmidt E, editor. *Diseases of the Oral Mucosa: Study Guide and Review* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [citado 1 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-82804-2>
9. Matsubara VH, Christoforou J, Samaranayake L. Recrudescence of Scarlet Fever and Its Implications for Dental Professionals. *Int Dent J*. junio de 2023;73(3):331-6.
10. Ślebioda Z, Mania-Końsko A, Dorocka-Bobkowska B. Scarlet fever – a diagnostic challenge for dentists and physicians: A report of 2 cases with diverse symptoms. *Dent Med Probl*. 31 de diciembre de 2020;57(4):455-9.
11. Truelove SA, Keegan LT, Moss WJ, Chaisson LH, Macher E, Azman AS, et al. Clinical and Epidemiological Aspects of Diphtheria: A Systematic Review and Pooled Analysis. *Clin Infect Dis*. 24 de junio de 2020;71(1):89-97.
12. Schaaf HS, Hughes J. Current Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis in Children. *Indian J Pediatr*. agosto de 2024;91(8):806-16.
13. Nissanka-Jayasuriya EH, Odell EW, Phillips C. Dental Stigmata of Congenital Syphilis: A Historic Review With Present Day Relevance. *Head Neck Pathol*. septiembre de 2016;10(3):327-31.
14. Huang CW, Hsieh CH, Lin MR, Huang YC. Clinical features of gingivostomatitis due to primary infection of herpes simplex virus in children. *BMC Infect Dis*. diciembre de 2020;20(1):782.

- 15.Crimi S, Fiorillo L, Bianchi A, D'Amico C, Amoroso G, Gorassini F, et al. Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL: Systematic Review of Recent Data. *Viruses*. 21 de mayo de 2019;11(5):463.
- 16.Aloyouny AY, Albagieh HN, Al-Serwi RH. Oral and perioral herpes simplex virus infection type I in a five-month-old infant: A case report. *World J Clin Cases*. 26 de enero de 2021;9(3):685-9.
- 17.Warkhankar A. Use of Silver Diamine Fluoride and Glass Ionomer Cement (SMART-Silver Modified Atraumatic Restorative Treatment) In Pediatric Dentistry. *Clin Dent*. 21 de julio de 2023;34599.
- 18.Bhatia S, Goyal A, Dubey M, Kapur A, Ritwik P. Congenital Rubella Syndrome: Dental Manifestations and Management in a 5 year Old Child. *J Clin Pediatr Dent*. 1 de septiembre de 2012;37(1):71-5.
- 19.Nandini DB. Paediatric Geographic Tongue: A Case Report, Review and Recent Updates. *J Clin Diagn Res [Internet]*. 2016 [citado 1 de diciembre de 2024]; Disponible en: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=2&page=ZE05&issn=0973-709x&id=7191
- 20.Bhargava N, Agarwal P, Sharma N, Agrawal M, Sidiq M, Narain P. An Unusual Presentation of Oral Mucocoele in Infant and Its Review. *Case Rep Dent*. 2014;2014:1-6.
- 21.Choi Y, Byun J, Choi J, Jung J. Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocoele. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2019;0-0.
- 22.Piazzetta CM, Torres-Pereira C, Amenábar JM. Micro-marsupialization as an alternative treatment for mucocoele in pediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent*. septiembre de 2012;22(5):318-23.
23. Bang KO, Bodhade AS, Dive AM. Congenital granular cell epulis of a newborn: a case report. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012;9(Suppl 7):S113-6.
24. Conrad R, Perez MCN. Congenital granular cell epulis. *Arch Pathol Lab Med*. 2014 Jan;138(1):128-31. doi: 10.5858/arpa.2012-0306-RS.
- 25.Padovani MCRL, Santos MTBR, Sant'Anna GRD, Guaré RO. Prevalence of oral manifestations in soft tissues during early childhood in Brazilian children. *Braz Oral Res*. 21 de agosto de 2014;28(1):1-7.
- 26.Hong CHL, Dean DR, Hull K, Hu SJ, Sim YF, Nadeau C, et al. World Workshop on Oral Medicine VII: Relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review. *Oral Dis*. junio de 2019;25(S1):193-203.
- 27.Vélez-León E, Albaladejo A, Guerrero E, Galván G, Melo M. Intraoral Soft Tissue Lesions in 6-Year-Old Schoolchildren in Regions of Southern Ecuador: An Epidemiological Study. *Children*. 29 de marzo de 2024;11(4):406.
- 28.Stencel-Gabriel K, Konwant D, Szejnoga-Tułać K. Toxic Streptococcal Infection in Children: Report on Two Cases with Uncharacteristic Course of Scarlet Fever. *Children*. 11 de marzo de 2023;10(3):540.

29. Chaudhry A, Saman R, Nisar MU, Abbas K, Sikander S. Congenital epulis: Report of two cases. *J Pediatr Adolesc Surg*. 28 de julio de 2021;1(2):117-9.
30. Padhy S, Mishra BN, Joshi RK, Pahi PP. Congenital Epulis: A Case Report. *IOSR J Dent Med Sci*. 2020;19(6):124-143. doi: 10.9790/0853-1906124143.
31. Bagher SM, Sulimany AM, Kaplan M, Loo CY. Treating Mucocele in Pediatric Patients Using a Diode Laser: Three Case Reports. *Dent J*. 9 de mayo de 2018;6(2):13.
32. Magalhães LS, Calazans MNDB, Cota ALS, Nemezio MA, Brêda Junior MA. Diagnosis and treatment of mucocele in a pediatric patient: case report. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2020;68:e20200030.
33. Chen WW, Yang ZB, Lian LS, Xu LP. Features of hand, foot and mouth disease in neonates. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(42):e8307. doi: 10.1097/MD.00000000000008307.
34. Femilian A, Masuku WDM, Ayuningtyas NF, Ernawati DS, Mahdani FY, Surboyo MDC. Clinical appearance of acute pseudomembranous candidiasis in children and the importance of good communication, information and education to patients: A case report. *Dent J Maj Kedokt Gigi*. 1 de junio de 2022;55(2):105-8.
35. Sachdeva SK, Dutta S, Sabir H, Sachdeva A. Oral Thrush in an Infant: A Case Report with Treatment Modalities. *Pediatr Dent Care*. 2016;112. doi: 10.4172/pdc.100010.
36. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71

9 ANEXOS