

Atención estomatológica en la población pediátrica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE). Período enero de 2000 a junio de 2010

Lidia E Valle,¹ Marcelo Fernández,² Claudia A Cavillón,³ María de los A Fitz Maurice,⁴ Mariana L Juchli,⁵ Zaida Ramírez⁶

¹ Profesora Universitaria en Medicina. Consultora Servicio Dermatología HMIRS. Jefa Unidad Dermatología Pediátrica HGNPE 1994-2010. Presidente SDBA-AMA.

² Odontólogo. Jefe Sección Odontología. HGNPE.

³ Fonoaudióloga. Fonoaudióloga de planta. Unidad Fonoaudiología. HGNPE.

⁴ Médica otorrinolaringóloga. Jefa División Otorrinolaringología. HGNPE.

⁵ Médica pediatra otorrinolaringóloga infantil. Médica de planta. División Otorrinolaringología. HGNPE.

⁶ Médica cirujana otorrinolaringóloga. Médica de planta. División Otorrinolaringología. HGNPE.

HGNPE: Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Av Montes de Oca 40 (1270). CABA. Argentina. TE: 4363 2200/2100.

HMIRS: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Esteban de Luca 2171 (1246). CABA. Argentina. TE: 4943-5028 / 5580 / 4036.

SDBA-AMA: Sociedad de Dermatología de la Ciudad de Buenos Aires de la Asociación Médica Argentina. Av Santa Fe 1171. CABA. Argentina. TE: 5276-1057.

Resumen

Introducción. Las lesiones en cavidad oral representan un amplio espectro de afecciones: variaciones anómalas y del desarrollo; microtraumas; lesiones por agentes físicos, químicos; infectocontagiosas; inmunoalérgicas; enfermedades sistémicas; desórdenes nutricionales y tumorales. **Objetivo.** Presentar la experiencia de la atención estomatológica en la población pediátrica, en 10 años de trabajo interdisciplinario. **Diseño.** Estudio retrospectivo, descriptivo, corte transversal. **Material y método.** Revisamos, historias clínicas estomatológicas, período enero de 2000 a junio de 2010. Consideramos como variables de estudio edad; sexo; antecedentes personales; familiares; lesiones elementales; localización; síntomas y hallazgos patológicos en estudios complementarios. Expresamos los resultados en promedios y porcentajes. **Resultados.** Consignamos 499 pacientes; 221 (47,02%) masculinos y 277 (58,94%) femeninos; en un paciente no se consignó sexo. Agrupamos las patologías, en un intento de clasificación, por lesiones elementales; encontramos: 264 casos de tumores (52,91%); 58 vegetación, verrugosidad (11,62%); 55 pérdidas de sustancia (11,02%); 49 vesículas, ampollas (9,82%); 48 manchas, pseudomanchas (9,62%); 21 hiperplasia, hipertrofia (4,21%), 4 otras patologías (0,80%). Localizaciones preferentes: labio inferior, lengua, piso de boca, paladar, bermellón; mucosa yugal y labio superior. Con-

clusión. Encontramos predominio en sexo femenino; la patología tumoral fue la más frecuente, representada en especial por el mucocele. Consideramos que el eje de la prevención estomatológica en la población pediátrica, es el diagnóstico temprano; el examen de la cavidad oral debe ser sistemático; el manejo de las patologías en interdisciplina es lo más adecuado.

Palabras claves. Estomatología, cavidad oral, niños.

Summary

Introduction. Oral cavity lesions, representing a broad spectrum of conditions: abnormal variations and development; microtrauma; injury by physical, chemical, infectious, immune, systemic diseases, nutritional disorders and tumor. **Objective.** Present experience dental care in the pediatric population, in 10 years of interdisciplinary work. **Design.** A retrospective, descriptive, cross-sectional. **Materials and methods.** We review, dental records, period in January 2000, June 2010. We consider study variables age, sex, medical history, family, elementary lesions, location, symptoms and pathological findings in further studies. We express the results in averages and percentages. **Results.** Consign 499 patients, 221 (47.02%) male and 277 (58.94%) female, in a patient sex was not recorded. Pathologies grouped in an attempt classification, by elementary lesions; found: 264 tumor cases (52.91%); 58 vegetation warty (11.62%) loss of substance 55 (11.02%); 49 vesicles, blisters (9.82%), 48 spots, pseudomanchas (9.62%), 21 hyperplasia, hypertrophy (4.21%), 4 other pathologies (0.80%). Pre-

Correspondencia: Dra Lidia Ester Valle
Av Rivadavia 3740 – 1° Piso (CP 1204)
Tel: 49822484 - Cel: 15 5 0132321
E-mail: lidiavalle@hotmail.com

ferential localization: lower lip, tongue, floor of mouth, palate, vermilion, buccal mucosa and upper lip. Conclusion. Found predominantly in females, the disease was the most frequent tumor, represented especially by the mucocoele. We believe that the axis of dental prevention in the pediatric population is early diagnosis, the oral cavity examination should be systematic, management of diseases in interdisciplinary is most appropriate.

Key words. Dentistry, oral cavity, children.

Introducción

Las lesiones que aparecen en la boca representan un espectro de afecciones muy amplio que comprenden las alteraciones del desarrollo de la cavidad oral (gránulos de Fordyce, lengua fisurada, lengua pilosa, torus). Frecuentemente son la expresión directa de microtraumas ocasionados por las alteraciones en su funcionamiento, las variaciones anómalas de sus componentes y las variantes temporarias o definitivas del recambio dentario; por los efectos de agentes físicos (exposición solar, tratamiento radiante); agentes químicos (tabaco, alcohol, drogas); los desórdenes nutricionales como la falta de vitaminas y proteínas en la alimentación y/o trastornos en su absorción y metabolismo. Asimismo, pueden ser la primera manifestación de enfermedades sistémicas, infectocontagiosas, inmunoalérgicas y tumorales (granuloma de células gigantes, linfomas). Con respecto a su forma de presentación como lesión elemental, pueden ser máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos, pérdida de sustancia, vegetación, verrugosidad y tumores, entre otras. En general las lesiones se observan modificadas por el medio húmedo en que asientan y por el constante e inevitable traumatismo.¹⁻⁶

El diagnóstico temprano de las afecciones estomatológicas es de importancia y en especial en la edad pediátrica. El examen de la boca debe comprender la inspección, palpación y olfacción de las distintas áreas que la componen, así como la palpación de los ganglios regionales. El interrogatorio y la historia clínica deben ser minuciosos para interrelacionar las lesiones observadas con la clínica pediátrica y con la dermatología en particular.^{1,6-8}

El estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la boca se realiza preferentemente en interdisciplina con profesionales de las otras especialidades médicas orientados en estomatología.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal en el período comprendido entre enero 2000 a junio del 2010. Se revisaron las historias clínicas de 499 pacientes con lesiones estomatológicas del Equipo Estomatología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Se consideraron como variables

de estudio la edad al momento de la consulta, sexo, presencia de antecedentes personales y familiares de la patología, lesión estomatológica, localización, presencia de síntomas acompañantes, así como hallazgos patológicos en los estudios complementarios.

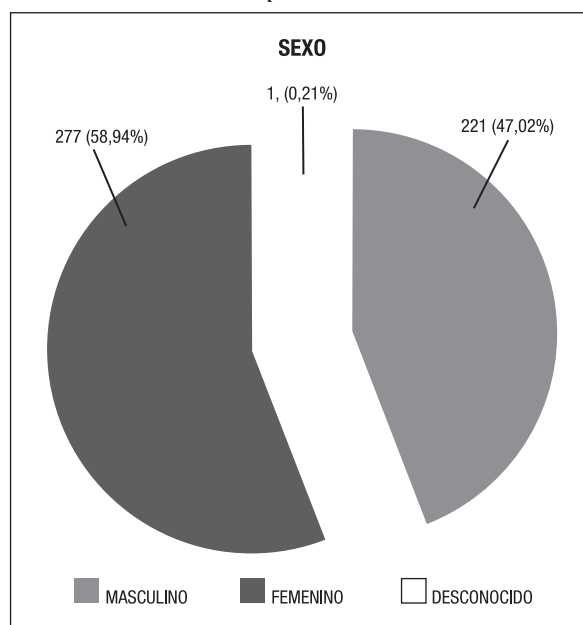
Los resultados se expresaron en promedios y porcentajes.

Resultados

De los registros de historias clínicas se encontraron 499 casos con diagnóstico clínico de patología estomatológica; 221 pacientes (47,02%) fueron de sexo masculino y 277 (58,94%) de sexo femenino; en un paciente no se consignó sexo (Gráfico 1).

La edad de consulta se halló comprendida desde el nacimiento y hasta los 20 años de edad, hallán-

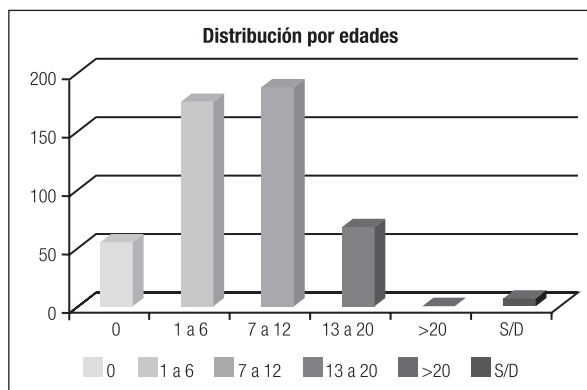
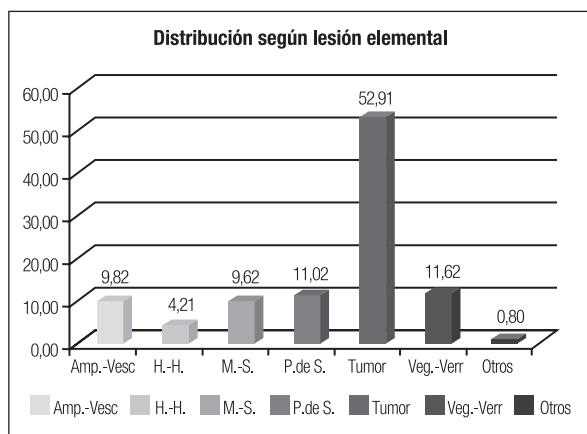
Gráfico 1. Distribución por sexo.



dose el grupo más numeroso entre los 7 a 12 años, 189 pacientes (37,88%); seguido de los niños de 1 a 6 años, 176 pacientes (35,27%); luego los de 13 a 20 años, 69 pacientes (13,83%); y por último, el menos numeroso fue el de 0 a 11 meses, 56 pacientes (11,22%); en 8 pacientes no estaba consignada la edad (1,60%) y hubo sólo 1 paciente mayor de 20 años (0,20%) (Gráfico 2).

En cuanto a las patologías, agrupadas por lesiones elementales, se encontraron: a) 264 casos de tumores (52,91%); b) 58 casos de vegetación, verrugosidad (11,62%); c) 55 casos de pérdida de sustancia (11,02%); d) 49 casos de vesículas, ampollas (9,82%); e) 48 casos de manchas, pseudomanchas (9,62%); f) 21 casos de hiperplasia hipertrofia (4,21%); y g) 4 otros casos (0,80%) (Gráfico 3).¹

Las lesiones se distribuyeron con preferencia en labio inferior, cara dorsal y ventral de lengua, piso

Gráfico 2. Distribución por edades.**Gráfico 3.** Distribución por lesión elemental.

de boca, paladar, bermellón, mucosa yugal, gingiva vestibular superior e inferior y el menos afectado fue el labio superior.

Los estudios complementarios realizados, laboratorio de rutina, serología, punción con aguja fina, citología y anatomía patológica confirmaron la presunción diagnóstica clínica.

Sólo el 0,40% de los pacientes (2 casos) presentaban antecedentes familiares de la patología.

La etiología más fuertemente asociada a las lesiones halladas fue el trauma. En orden de frecuencia le siguen las vinculadas a infecciones virales: herpes simple, papiloma virus humano y varicela zóster. Luego las micosis por *Candida albicans* en su forma aguda pseudomembranosa del lactante y las secundarias al uso de antibióticos, "pufs" de corticoides y broncodilatadores. Observamos asimismo queilitis angulares. Finalmente, las lesiones relacionadas a enfermedades sistémicas como leucemia linfoblástica, eritema polimorfo y lupus eritematoso.⁹

La terapéutica implementada fue adecuada al diagnóstico de cada caso en particular, y se basó en el tratamiento médico, odontológico, quirúrgico, de reeducación foniatría y el manejo del aspecto psicoemocional en aquellos pacientes que así lo requirieron.⁹

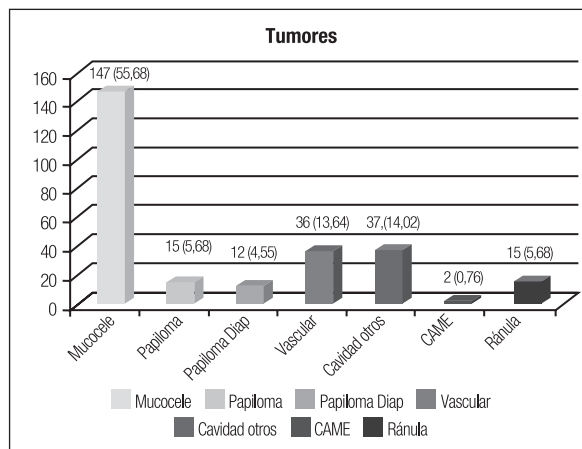
Discusión

En la actualidad la mayoría de los trabajos de patología de los tejidos blandos de la boca en niños y adolescentes están enfocados desde el punto de vista exclusivamente odontológico. Podemos comparar nuestro trabajo con pocos publicados dado que el mismo es un enfoque multidisciplinario en la tarea diaria y continuada durante 10 años.

En nuestra casuística encontramos predominio de sexo femenino con una edad de prevalencia desde el año a los 12 años (73,15%); las lesiones se ubicaron preferentemente en labio inferior, cara dorsal y ventral de lengua y piso de boca; no similar a lo publicado por Jiménez Palacios y colaboradores, quienes en el año 2005, en su trabajo sobre 245 pacientes comprendidos entre los 2 y 17 años de edad constataron 1,82% con lesiones estomatológicas con un ligero predominio del sexo masculino (56,52%); la edad de mayor prevalencia fue entre 16 y 17 años (49,27%) y la localización anatómica más frecuente fue carrillo y reborde (28%) seguido por labio (25%) y lengua (16%).¹⁰

Diagnosticamos 264 tumores (52,91%), de los cuales 226 casos fueron benignos (85,61%); 36 malformativos vasculares (13,64%) y 2 malignos (0,76%). Los benignos se distribuyeron en 147 mucocelos (55,68%), 15 papilomas virales (5,68%), 12 papilomas diaprénicos (4,55%), ránula 15 (5,68%) y otros tumores 37 (14,02%): quistes salivales, mucinosis focal, schwannoma, neurinoma, coristoma. Dentro de malformativos incluimos los de origen vascular: angioma cavernoso, hemangiolinfangioma quístico. Dos tumores malignos de glándula salival menor en paladar y labio superior carcinoma mucoepidermoide semidiferenciado y otro bien diferenciado respectivamente (Gráfico 4).

Dierna A y Bittar M en su trabajo de evaluación de la consulta estomatológica en la infancia, Jiménez C y colaboradores, y otros autores coinciden con nuestra casuística con respecto a que la patología más frecuente es el mucocelo.¹¹⁻¹⁴

Gráfico 4. Distribución de lesiones tumorales.

Con respecto a los pacientes que presentaron vegetación-verruginosidad, constatamos 58 casos (11,62%) y correspondieron a hiperplasia epitelial focal 12 (20,69%), verrugas vulgares 13 (22,41%), condilomas acuminados 7 (12,07%), asociados a trauma 5 (8,62%), lesiones inflamatorias inespecíficas (otros) 21 (36,21%) y 1 caso de disqueratosis congénita (Gráfico 5).

Los pacientes que presentaron pérdida de sustancia fueron 55 (11,02%); representados por aftas 31 (56,36%), ulceración, erosión, fisura traumática 7 (12,73%), donde se incluyeron las úlceras de Riga-Fede, queilitis angular 2 (3,64%) y otras 15 (27,27%) (Gráfico 6).^{9,15}

Gráfico 5. Distribución de lesiones vegetación-verruginosidad.

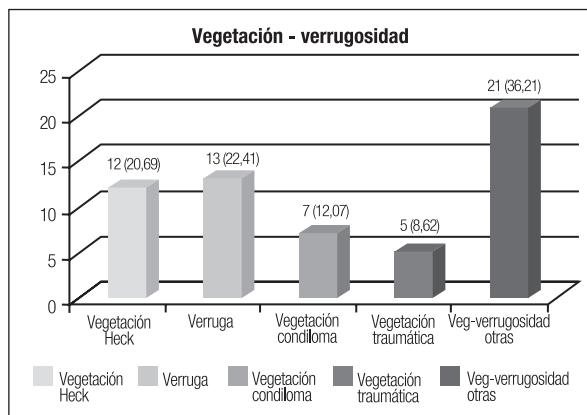
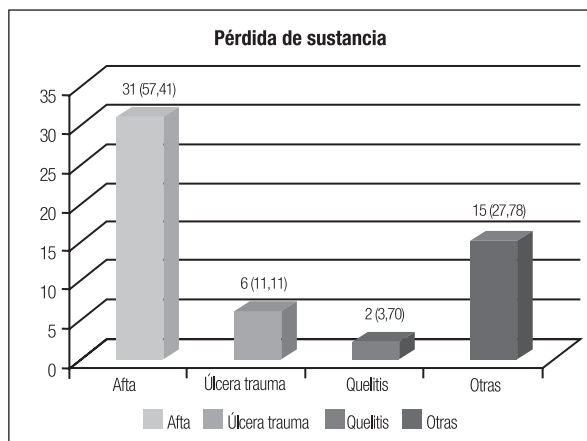


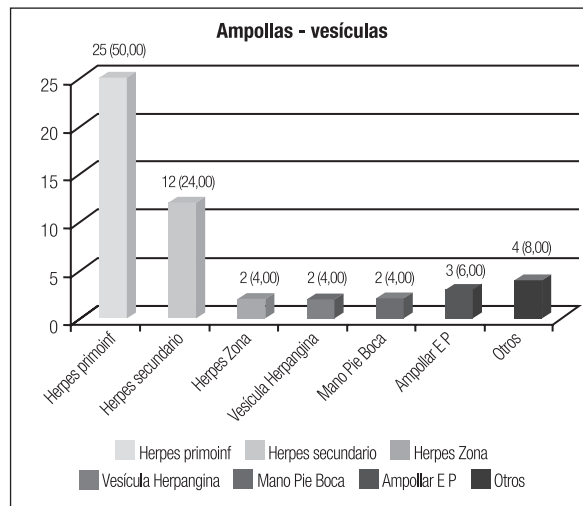
Gráfico 6. Distribución de lesiones con pérdida de sustancia.



La patología ampollar y vesiculosa 49 (10,02%) estuvo representada por casos de herpes simple primoinfección 25 (50%), herpes simple recidivante 12 (24%), herpes zóster 2 (4%), herpangina 2 (4%), en-

fermedad mano-pie-boca 2 (4%), eritema polimorfo 3 (6%) y otros 4 (8%) (Gráfico 7).⁹

Gráfico 7. Distribución de lesiones con ampolla-vesículas.



Consideramos a los pacientes con mancha y pseudomancha 48 (9,62%) a los que presentaron: lengua geográfica 14 (29,17%) (no representa una patología en el niño eutrófico), candidiasis 8 (16,67%), pigmentación racial 9 (18,75%), nevos 2 (4,17%) y mancha blanca 15 (31,25%), entre ellas algunas correspondieron a procesos que resolvieron dejando atrofia y otras a fibrosis.

Dentro de los 21 casos (4,21%) con hiperplasia-hipertrofia-hipotrofia mencionamos: macroglosia 6 (28,57%), glándulas salivales menores 3 (14,29%), torus palatino 2 (9,52%) y de papilas linguales 1 (4,76%). Otros 9 (42,86%).

Otros casos que no entran en la clasificación representaron el 0,80%.

No observamos casos de leucoplasia oral precediendo la aparición de un tumor maligno, afección considerada por autores como la lesión premaligna más frecuente en la población de la 4ª y 5ª década.^{1,16-18}

La biopsia de las lesiones estudiadas contribuyó a confirmar el diagnóstico clínico estomatológico y colaboró con la decisión terapéutica clínica, quirúrgica, clínico-quirúrgica y/o de reeducación previa o simultánea al evidenciar la certeza diagnóstica.^{6,8,14}

Dentro de los métodos para monitorear la severidad de las lesiones estomatológicas sugerimos evaluar: (A) la extensión de mucosa afectada y las áreas comprometidas en porcentaje (B) la intensidad de las lesiones (C) tomando como parámetro una lesión representativa y se consignan la presencia de pigmentación/eritema, vesícula, elevación,

pérdida de sustancia, estado de la mucosa vecina; y la presencia de síntomas, factores desencadenantes y/o de aparición concomitante, los que el paciente o sus padres puedan valorar de 0 (ausencia) a 10 (presencia continua). Se lograría tener un acercamiento seguro en la evaluación, evolución de la patología y resultados terapéuticos.

Gonsalves y colaboradores, en su presentación del año 2007, mencionan que una ayuda para el diagnóstico son las características clínicas, localización, duración y síntomas asociados.¹⁸

Con respecto a la distribución de las lesiones, la mayoría de los casos se ubicaron en labio inferior. Estas cifras son semejantes a las que se hallan en la bibliografía.^{1,6,12}

El tratamiento de estos pacientes depende del diagnóstico, causa, extensión del compromiso mucoso y de la patología en sí. Es importante implementar medidas higiénico-dietéticas, evitando sustancias agresivas que producen inflamación y erosión de las zonas mucosas. Los factores con los cuales se debe tener mayor cuidado son: bebidas calientes, ácidas, comidas picantes, alimentos que puedan traumatizar (panes con costras, frutas desecadas, caramelos duros). La terapia con corticoides tópicos puede estar indicada, así como buches con clorhexidina con o sin alcohol, buches compuestos con antiácidos (hidróxido de aluminio-hidróxido de magnesio), antihistamínicos (difenhidramina)

y un antimicótico (nistatina). Sugerimos evitar en lo posible el uso de anestésicos locales pues la desensibilización expondría la zona afectada a los efectos microtraumáticos sobre todo de la masticación, lo que retrasaría la reparación tisular y la absorción a nivel sistémico podría llegar a producir complicaciones a nivel neurológico y/o cardiológico. Estas medidas siempre deben estar controladas por el familiar y el profesional.

En los pacientes con sintomatología general y sobreinfección agregada los fármacos de elección son los antibióticos sistémicos adecuados a cada caso. Los antihistamínicos H1 y H2, y los antiinflamatorios no esteroideos, son útiles en aquellos con reacciones por hipersensibilidad. El tratamiento quirúrgico fue implementado en la mayoría de los tumores hallados.^{6,8,14}

La reeducación estomatognática de las disfunciones y la corrección odontológica de las piezas dentarias y de la mordida fueron realizadas en los pacientes en los cuales se constató su necesidad.

Con respecto al pronóstico en general es bueno; más reservado en los pacientes con lesiones tumorales malignas como el carcinoma mucoepidermoide semidiferenciado que en oportunidades requiere varias cirugías con pérdida de piezas dentales y estructura ósea subyacente a la lesión debido al margen de seguridad que debe tenerse en cuenta en el tratamiento quirúrgico.^{6,17}

Foto 1. Mucocele, lesiones múltiples en cara ventral de lengua.



Foto 2. Quiste tirogloso ubicado en línea media por detrás de la V lingual.



Foto 3. Enfermedad de Heck, hiperplasia epitelial focal.



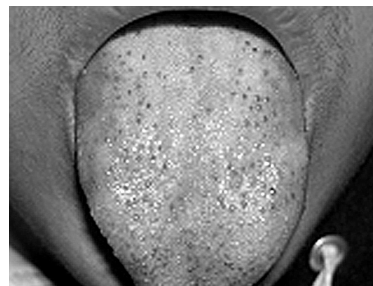
Foto 4. Pérdida de sustancia, afta en labio inferior, síndrome de Behçet.



Foto 5. Primoinfección herpética. Lesiones ubicadas en piel, bermellón, mucosa labio superior e inferior, gingiva y lengua.



Foto 6. Pigmentación racial en papilas fungiformes.



Conclusión

Debemos señalar que la ausencia de reportes similares al presente, respecto a la patología de la mucosa oral en la población pediátrica, en evaluación, manejo y tratamiento conjunto en interdisciplina nos imposibilitó realizar una comparación más específica de la investigación. Los estudios epidemiológicos realizados en la población infantil que valoren la patología bucal en la edad pediátrica son escasos, en general la mayoría de los estudios valoran las caries o el estado gingival.¹⁹⁻²¹

González González y colaboradores, en su trabajo de revisión literaria, destacan como patologías más frecuentes observadas: estomatitis aftosa recurrente, herpes bucal recurrente, candidiasis bucal, lengua geográfica y lesiones traumáticas de los tejidos blandos.²¹ En nuestro trabajo constatamos dentro de las afecciones más frecuentes las tumorales, mucocel; traumáticas; infecciones virales en especial por herpes simple; infecciones por candida; pérdida de sustancia representada por aftas la constatamos en 31 pacientes y lengua geográfica en 14 pacientes.

El examen sistemático de la cavidad oral debe ser considerado dentro del examen clínico; el eje de la prevención estomatológica es el diagnóstico temprano, lo cual lleva a una terapéutica oportuna y una mejor calidad de vida.

Debemos informar a la población general sobre la importancia de concurrir periódicamente al control odontológico. Muchas veces son los odontólogos los que observan las lesiones en forma temprana y realizan la interconsulta oportuna.

Referencias

- Grinspan D. Enfermedades de la Boca. Primera Edición. Editorial Mundi. Buenos Aires. Argentina. 1977;(1):1-171.
- Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Primera Edición. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericana CA. Caracas. Venezuela. 2001;338.
- Anderson KM, Sedghizadeh P, Allen CM, et al. Enfermedades de la cavidad oral. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. Dermatología. Primera Edición en español. Elsevier España, S.A. Madrid. España. 2004;1079-1098.
- Valle LE. Dermatología general. Enfoque práctico. Segunda Edición. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina. 2012;593-636.
- Cohen BA. Dermatología Pediátrica. Primera Edición en español. Editorial Marbán Libros, S.L. Madrid. España. 2008;235-257.
- Eversole LR, Silverman S. Swellings and Tumors of the Oral Cavity and Face. En: Silverman S, Eversole LR, Truelove EL. Essentials of oral Medicine. Primera Edición. BC Decker Inc. NY. USA. 2002;23:228-244.
- Saint-Jean M, Tessier M-H, Barbarot S, Billet J, et al. Pathologie buccale de l'enfant. Oral disease in children. Ann Dermatol Venereol 2010;137:823-837.
- McNally MA, Langlais RP. Padecimientos peculiares de la lengua. Trastornos que afectan la Cavidad Bucal. Med Clin Norte. McGraw-Hill Interamericana. Philadelphia. Pennsylvania. USA. 1996;(2):267-282.
- Miller CS. Infecciones virales en pacientes sin alteraciones inmunitarias. Med Clin Norte. McGraw-Hill Interamericana. Philadelphia. Pennsylvania. USA. 1996;2:233-250. Doi:10.1016/j.annder.2010.08.016. Consultado 15/04/2011.
- Jiménez Palacios C, Kkilikan R, Ramírez R, Ortíz V, et al. Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescentes del centro odontopediátrico de Carapa, Parroquia Antimano, Caracas, Distrito Capital – Venezuela. Período mayo-noviembre 2005. Acta Odont Venez 2007;45 (4). http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S001636520070004000068&script=sci_arttext&thng=es. Consultado 13/08/11.
- Dierna A, Bittar M. Evaluación de la consulta estomatológica en la infancia. Rev Argent Dermatol 1999;80 (4):206-212.
- Jiménez C, Kkilikan R, Pérez C, Herrera N, Hernández L. Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Período 1992-2006. Rev Latinoam Ortod y Odontop. Ortodoncia. Edición electrónica mayo 2008. www.ortodoncia.ws. Consultado 13/08/11.
- Zeballos Vasconcellos R, Zeballos D. Mucocelos: del Diagnóstico al Tratamiento. Rev Boliv Dermatol 2002;1 (1):53-54.
- Andiran N, Sarikayalar F, Unal O, et al. Mucocel of the anterior lingual salivary glands: from extravasation to and alarming mass with a benign course. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2001;1:61 (2):7-143.
- Ress TD, Binnie WH. Estomatitis aftosa recurrente. Med Clin Norte. McGraw-Hill Interamericana. Philadelphia. Pennsylvania. USA. 1996;2:251-265.
- Gonsalves WC, Chi AC, Neville BW. Lesiones orales comunes: parte II. Tumoraciones y neoplasias. Am Fam Physician 2007;75:509-512. www.aafp.org/aafp/2007/0215/p501.html. Consultado 16/09/11.
- Batsakis J. Tumors of The Head and Neck. Clinical and Pathological Considerations. Segunda Edición. Williams & Williams. Baltimore. London. 1980;572.
- Gonsalves WC, Chi AC, Neville BW. Lesiones orales comunes: parte I. Lesiones superficiales de mucosa. Am Fam Physician 2007;75:501-507. www.aafp.org/aafp/2007/0215/p501.html. Consultado 16/09/11.
- Rioboo CM, Planells P, Rioboo R. Epidemiología de la Patología de la Mucosa Oral más Frecuente en Niños. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10:376-387. <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:91.HYOTFIegQJ:scielo.iseiii.es/pdf/medico>. Consultado 22/09/11.
- García-Pola Vallejo MJ, García Martín JM, González García M. Estudio Epidemiológico de la Patología de la Mucosa Oral en la Población Infantil de 6 Años de Oviedo (España). Med Oral 2002;7 (3):184-191. <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i3>. Consultado 23/09/11.
- González González R, Bologna Molina R, Nérvaes Rascon A, et al. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: revisión literaria. Revista ADM 2011;68 (1):17-24.