

Estomatitis en la infancia

por el

DR. VALENTÍN R. SUÁREZ RUBÍ

INTRODUCCION

Las enfermedades de la boca, desde los primeros días de nuestras vidas hasta los últimos, presentan suficientes peculiaridades y problemas, todo lo cual justifica su estudio y discusión separadamente en relación con la edad, pues es sabido lo frágil que el niño es a cualquier enfermedad y sus posibles complicaciones.

Las peculiaridades de los tejidos de la boca en el niño son debido a los diferentes estadios de desarrollo y crecimiento, su susceptibilidad por ciertas enfermedades y su intensa demanda funcional hecha por ellos en ese período crítico de su vida.

Por causas no justificadas el pediatra está más en contacto que el dentista con estas enfermedades de la boca de la primera infancia, así como de otras manifestaciones orales asociadas a las enfermedades generales de esa edad, a no ser que se trate de dentistas miembros del staff de algún hospital infantil, y aún en tales casos, muchas veces, es el pediatra el que tiene que responsabilizarse con el tratamiento de tales afecciones bucales, pues, en estos casos, el odontólogo hace dejación de algo que él tiene verdadera responsabilidad.

Pero esto es debido, a que en la mayoría de las veces los odontólogos que ocupan esos cargos, no son verdaderos especialistas dedicados a la odontopediatría, y así es que le interesa más la práctica general, que ésta especialidad, además, como la responsabilidad en el tratamiento del niño ha sido enormemente exagerado, comparado con los adultos, esto hace que muchos no se sientan en condiciones de dirigir tales tratamientos, de ahí que sea el pediatra quien usualmente esté encargado de realizarlo.

Para muchos, el cuidado dental del niño comienza con la erupción dentaria y no piensa que antes de eso, han transcurrido varios meses de vida en los cuales suele presentarse una variada gama de manifestaciones bucales, muchas de las cuales pueden constituir, unos estados patológicos potenciales, y otros verdaderas enfermedades de la boca. Por todo esto, es que el odontopediatra verá más lesiones bucales en los niños pacientes que en los mayores, y su responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento, por eso está enormemente aumentado, debido a que ciertos factores del desarrollo y del medio ambiente están presentes en la cavidad bucal en los niños, los cuales pueden predisponerlos a ciertas enfermedades, así como también modificar el curso de esas enfermedades haciéndolas más peligrosas en el transcurso de esa edad. Así tenemos que el pH. de la cavidad bucal en ellos, es mucho más bajo y sus mucosas carecen de una superficie protectora bien queratinizada. Además, existen también numerosos problemas asociados y relacionados con la dentición y los cuales no se presentan en los adultos.

En las enfermedades de la boca de la infancia, por lo general, su importancia se encuentra enormemente aumentada debido a su interferencia con la nutrición y desarrollo de los niños más que a la enfermedad en sí.

Antes de que comiencen los dientes a brotar, las enfermedades de la boca de los niños son usualmente de origen exógeno (moniliasis), las aftas de Bednar, etc., así tenemos, por ejemplo: el estomatitis gonococcica, etc.

La estomatitis de Vincent, el noma (cancrum oris), etc., son infecciones poco frecuentes en niños que todavía no le hayan brotado sus dientes.

Con la erupción de los dientes en el niño, las condiciones bucales locales se asemejan ya más a las del adulto, respecto a su flora bacteriana y el pH. salival. En cambio, la mucosa oral y los tejidos adyacentes, siguen careciendo de una cubierta bien protegida, las cuales son susceptibles al ataque bacterial y a las irritaciones mecánicas. Ya en este período de la infancia, las enfermedades de la boca son más a menudo producidas por factores de origen endógeno. En ellos, las causas más comunes

de las enfermedades de la boca son aquellas estomatitis debido a factores mecánicos, tales como por la erupción dentaria, la falta de una buena higiene bucal, las manifestaciones bucales asociadas con el escorbuto y otras deficiencias de carácter nutricional, etc.

Por esto, cuando se habla de enfermedades de la boca, hay queh acerlo con referencia a la edad, pues de acuerdo con ella sus manifestaciones varían, igualmente que su importancia.

En este trabajo de las distintas estomatitis que se suelen presentar durante la infancia (tales como la catarral, gonococica, Vincent, muguet, etc.) sólo me voy a referir a las ulceraciones aftosas, que suelen presentarse con suma frecuencia, de acuerdo como se producen y se tratan en las distintas edades de la infancia, esto es, considerándolas desde el nacimiento a los seis meses; de aquí a los dos años; de esta edad, a los seis y de aquí, a los doce años.

GENERALIDADES

Estomatitis aftosa.

Esta enfermedad, que ya en tiempo de Hipócrates se conocía y que por él fué descrita con detalles, y que es de todos muy conocida en la forma de pequeñas úlceras sueltas en número de una o dos, las cuales suelen presentarse en algunos individuos bastante periódicamente y que en ellos no tienen una mayor importancia en su aspecto clínico, a no ser lo molesta que resultan, pero sí aquellas que por su intensidad o número llegan a constituir, por su manifestaciones, un verdadero estado de estomatitis aftosa o ulcerosa, o, sobre todo, en los niños pequeños, en los cuales pueden tener una gran importancia, por los trastornos que suelen producir. A ellos, especialmente, me voy a referir.

Etiología.

Debido a la falta de conocimiento exacto de la etiología de esta enfermedad, resulta, hasta cierto punto, algo confusa, pues todavía en nuestros días ella continúa siendo dudosa, y aunque existe una serie de teorías para su explicación, de ahí es el motivo de la gran diversidad de nombres que los distintos autores le han ido asignando. No obstante, actualmente existe

la creencia que esta afección es de las que pertenecen al tipo alérgico, especialmente las llamadas formas recidivantes o habituales.

A esta afección se le ha designado de distintas maneras, según la forma en que se presenten, y así tenemos las aftas de Bednar en los niños, las aftas crónicas recidivantes o de Mikulicz, las aftas habituales y solitarias, conocidas con el nombre de úlceras dispépticas de los individuos que sufren trastornos digestivos; la estomatitis aftosa o ulcerativa' que se presenta principalmente en los niños, aunque también pueden contraerla los adultos jóvenes y sujetos debilitados.

Y así existe una gran variedad de designaciones más, que hacen verdaderamente confuso su terminología.

Sintomatología.

Esta es variada, según sea el tipo de lesión a que pertenece pues puede presentarse en forma de una úlcera, que su base está marcadamente deprimida de color entre amarillo y blanco; está marcadamente deprimida de color entre amarillo blanquecino y amarillo, la cual está circundada de un halo o reborde rojo oscuro, muy estrecho y una zona hiperémica de forma más o menos redonda u ovalada, y que sólo deja de presentar estas formas cuando las condiciones topográficas no lo permiten; por ejemplo, cuando el afta se encuentra en un pliegue de la mucosa o en un surco, entonces suele tomar la forma de canal. Su tamaño puede variar desde 2 mm. a 8 mm. Estas úlceras están cubiertas por un exudado amarillento y su base está marcadamente deprimida.

Se presenta, según los casos, en número variable, pudiendo estar localizadas en los distintos casos: en los labios, en la mucosa del carrillo, en el paladar duro y blando, en el dorso y borde de la lengua y también en el suelo de la boca, a menudo se oculta debajo de la lengua siendo un punto preferente la localización, los pliegues vestibulares de la boca.

Cada úlcera va precedida de una vesícula que dura sólo algunas horas y que forma úlcera. Dicho estadio vesicular tiene una duración tan corta que, generalmente, el enfermo se viene a dar cuenta cuando ya la lesión se encuentra en el estadio ulcerativo.

En este período inicial de su desarrollo, la lesión produce un exudado fibrinoso en las capas más superficiales de la mucosa, entremezclado con epitelios desprendidos y células redondas. En ella se encuentran bacterias habituales de la boca patógenas y saprofitas.

En los casos de evolución típica aparece la mucosa un poco prominente en los alrededores de la úlcera, existiendo en esa zona una pequeña área de estomatitis catarral.

El afta en sí constituye una lesión en sumo dolorosa y bastante sensible, esa sensación de dolor suele extenderse por todo el lado de la cara en que se encuentra dicha lesión. Estos dolores son aumentados por los movimientos de los labios y de la lengua y muy especialmente a los alimentos ácidos, lo cual produce dificultad para masticar y deglutir, presentándose en estos estados verdaderos cuadros de sialorrea y glositis, la saliva se hace espesa y viscosa y el aliento es desagradable.

Todo lo cual hace que la ingestión de alimentos sea dificultosa y produce digestiones defectuosas y estados de anorexia.

Las aftas se pueden presentar según sea el tipo de enfermedad; aisladamente, en pequeño número, o extendido por toda la cavidad bucal. Puede en estos casos establecerse la coalescencia de dos o más aftas, originándose pérdidas de sustancia epiteliales más profundas, de curación difícil. Ordinariamente, bajo el revestimiento fibrinoso, se extiende de nuevo muy pronto el epitelio sobre la pérdida primaria de la sustancia, de manera que no deja cicatriz aparente. Pero cuando las aftas, a consecuencias de su situación, o por un tratamiento inadecuado no se dejan en reposo, se forman entonces ulceraciones claramente circunscritas, con bordes finamente dentados.

Cuando este tipo de lesión aparece extendido en amplias áreas de la cavidad bucal, la mucosa aparece generalmente inflamada y muy roja, y en estos casos se produce fiebre, infarto ganglionar y malestar general; el rostro puede estar tumefacto. En los adultos, estos síntomas son poco intensos, pero en los niños, los síntomas alcanzan una mayor intensidad, hay temperatura moderada en algunos casos, intranquilidad, salivación abundante, fetidez del aliento, rechazan los alimentos, masticación y degución difícil y anorexia.

Histopatología.

Según investigaciones realizadas por Cohn, al examen microscópico, se observa en las aftas una vesícula en el estrato granuloso del epitelio, producida por edema intraepitelial, la cual contiene suero y células epiteliales degeneradas. Al desarrollarse completamente el afta, se observa un área de ulceración que interrumpe el epitelio normal. En la superficie así ulcerada, se encuentran elementos celulares que forman la membrana blancuzca. Y en la capa papilar del corión existe una infiltración de células redondas, habiendo también una infiltración del pequeño sistema neurovascular del corión y subcorión, lo que nos explica la razón del porqué exista un grado tan grande de sensibilidad y la neuritis que suele producir esta lesión.

Al frotis se ha encontrado numerosos piocitos y bacterias, y en cultivos se han encontrado estafilococos aureos, estreptococos y bacilos fusiformes.

Diagnóstico diferencial.

El afta, típicamente desarrollada y con su sintomatología bien marcada, permite que no sea confundida con ninguna otra enfermedad, pues se distingue de las cauterizaciones, a las que en cierto modo se asemeja, por la depresión del afta; del muguet, porque éste puede desprenderse y el afta no, pero además el muguet no presenta bordes rojos y tiene contornos festoneados y no bien delimitados. La estomatitis aftosa se diferencia de la ulcerosa en que el aliento de aquélla, aunque es fétido, no llega a constituir la fetidez del aliento de la ulcerosa en la cual el olor es a materia putrefacta.

De las enfermedades propias de la mucosa bucal, son las ulceraciones aftosas las que más pudieran ser confundida con las lesiones sífilíticas, dando lugar a diagnósticos erróneos. Especialmenet en aquellos niños en los que sabemos que existe una lúes congénita en estado latente, lo cual es motivo de alarma, tanto para nosotros como para los familiares.

Pero en estos casos el diagnóstico diferencial no resulta difícil, pues el afta se diferencia de las lesiones luéticas notablemente por el contorno rojo bien marcado. Además, por lo regular, a los 5 ó 6 días termina el proceso aftoso. Otro

dato de importancia es que el afta, desde su aparición, tiene ya su tamaño completo, de manera que cada elemento o afta carece de crecimiento periférico, sin que ésto excluya la posibilidad de que elementos vecinos confluyan y constituyan una sola ulceración.

Uno de los síntomas característicos es el dolor, que nunca falta y que en caso de extensión del proceso aftoso hace imposible la ingestión de alimentos sólidos. El dolor es, precisamente, el síntoma que más distingue las aftas de las placas mucosas luéticas, que, por otra parte, no son tan rápidas en su aparición ni en su curso, que es mucho más crónico; su color es blanquecino, siempre la coloración es más débil que en las aftas, manifestaciones flegmáticas más débiles también, poseyendo, en cambio, al revés de las aftas, crecimiento periférico. De todos modos, hay que reconocer que en algunos casos puede ser difícil el diagnóstico diferencial, y como se da con frecuencia el caso de que en niños con sífilis latentes se presenten aftas que clínicamente sea imposible diferenciar de las manifestaciones específicas, habrá que recurrir al examen bacteriológico, que en caso de demostrarnos la existencia del *treponema pálido* resolverá la duda.

Las aftas propias de los niños lactantes son difícil de confundir con la sífilis. Las falsa membranas blancas, de crecimiento rápido, sobre una mucosa inflamada, en la que ocupan gran extensión, precisamente en forma irregular, ya puntiforme, ya estriadas, ya unidas más a otras, son fáciles de diagnosticar. Además, no es difícil evidenciar la presencia del micelio correspondiente.

Pronóstico.

Esta enfermedad, cuando es del tipo habitual única, es leve y cede fácilmente al tratamiento, o desaparece sola después un epitelio nuevo, sin dejar cicatriz. Pero a menudo este tipo habitual se reproduce diferentes veces durante la vida del paciente; no así en los otros tipos, los cuales adquieren mayor intensidad, y su pronóstico está subordinado a la causa que la produce.

Tratamiento.

Consiste, principalmente, en encontrar y suprimir las causas, y de lo cual trataré cuando me refiera a cada una de ellas en los distintos tipos de lesiones.

Localmente, he tenido buen éxito con la aplicación tópica de lápiz de nitrato de plata, por medio de aplicaciones en las cuales se haga un contacto ligero con el lápiz en la ulceración, la cual formará una cauterización superficial de aspecto blanco, que hace desaparecer la intensa sensibilidad dolorosa, por regla general basta con una sola aplicación; bajo la escara formada se verifica rápidamente la epitelización.

Al hacer esas aplicaciones con el lápiz de nitrato de plata, no debe dejarse apoyado en la ulceración, pues entonces se producen cauterizaciones profundas, que curan dejando una cicatriz más o menos considerable. La ventaja principal de este medio es que en el momento de la cauterización desaparece inmediatamente el dolor.

También se puede emplear con buenos resultados las aplicaciones tópicas del astringente Forhans, aunque es muy doloroso durante algunos minutos, y enjuagatorios suaves de soluciones tibias de agua bicarbonatada, o agua boricada.

Igualmente se obtiene buenos resultados con toques con soluciones de proteinato de plata, fenol, pero con este medicamento hay que tener gran cuidado al usarlo, por el peligro que significa su uso en exceso, así como también que el paciente intente usarlo después en otras ocasiones. Hoy día puede usarse medicamentos coadyuvantes, tales como las sulfamidas y la penicilina (en pastillas), para combatir cualquier infección concomitante.

La alimentación en los niños en estos casos, difícil y penosa, deberá instituirse un tratamiento dietético apropiado y darse productos vitamínicos, tales como ácido ascórbico, tiamina, ácido nicotínico, riboflavina, ya sea solos o combinados entre sí en exceso de los requerimientos mínimos diarios de cada paciente.

En todos los casos de aftas crónicas recidivantes en que por los métodos habituales no se consigue resultado, la exploración minuciosa comprueba la existencia de otra afección cau-

sal, que tan pronto se trata se obtiene una mejoría; tal ocurre en los trastornos de la función ovárica por la administración de preparados de extractos ováricos y hormonales.

Hecho este estudio de esta lesión de una manera superficial generalizada, pasaré a estudiar esta afección en las distintas formas en que se presenta, de una manera más detallada en relación con la edad del niño, y el comportamiento a seguir en las distintas edades de la infancia. Para lo cual los dividiré en cuatro períodos.

ESTOMATITIS EN LA INFANCIA

Primer período.—Del nacimiento a los seis meses.

En este período tiene un gran interés para el odontopediatra, pues existe una serie de anomalías que el niño puede presentar, unos de origen congénito, hereditarios, etc., tales como labio leporino, paladar fisurado, anquiloglosia y otras deformidades bucofaciales, los cuales pueden ser reconocidos al nacer. De ahí, que hoy día el examen bucal del recién nacido constituya una sabia rutina del médico partero, pero grandes anomalías de desarrollo muy a menudo pasan desapercibido en esa época temprana, hasta que la presencia de otros síntomas hacen llamar más la atención. Ejemplo de esto, tenemos casos de anquilosis mandibular, la cual es reconocida por la dificultad que ellos presentan para poder amamantarse. Igualmente, tenemos el caso de niños en los cuales se les presentan a menudo ataques de cianosis, lo cual es un síntoma de un defecto en la lengua, que ellos representan debido a que ésta cae hacia atrás impidiendo de este modo el paso del aire a las vías respiratorias.

Muchos de los defectos congénitos, hereditarios y anomalías de desarrollo que afectan a los dientes permanentes, no se manifiestan clínicamente hasta que dichos dientes no hacen erupción.

La agencia dental, ya sea parcial o total, la cual algunas veces está asociada con displasias ectodérmicas hereditarias del tipo anhidrótico, puede ser descubierta por el examen radiográfico antes del tiempo de la erupción de estos dientes. Asimismo las hipoplasias asociadas con el raquitismo pueden similarmente ser demostradas por ese medio, pero usualmente esas

anomalías o cambios de desarrollo que se producen en los dientes permanentes los cuales no se hacen manifiestos hasta que el diente hace su erupción.

Pero esto es en lo que se refiere a procesos de desarrollo o hereditario, pero existe una serie de manifestaciones o lesiones que suelen presentarse en esta edad, que, sin duda, son de gran interés para nosotros, pues ya que somos los llamados a tratar esas afecciones, dado la importancia que ellas representan para el niño.

De esas lesiones son las ulceraciones aftosas, las que, como ya dije anteriormente, estudiaremos en esos pequeños pacientes.

AFTAS DE BEDNAR

Etiología.

En los niños de esta edad, la forma de afta que suelen presentárseles es el tipo llamado de Bednar, que se presentan en estos lactantes casi siempre desnutridos y lactados artificialmente, o en aquellos que usan tetetas, tienen como característica principal que su origen es traumático producido por la presión de la lengua o de las tetetas no esterilizadas o lesión al limpiar la boca, así como un sinnúmero de objetos que los niños de esta corta edad suelen llevarse a la boca, debido a que ellos sienten dolor en las encías, producido por los dientes que están al brotar, queriendo con ello atenuar dicha molestia. En estos casos puede existir una causa fundamental, como es la carencia vitamínica o una enfermedad hemática.

Signos y síntomas.

Se presentan estas aftas en el tercio posterior o en el centro del paladar duro y en la membrana mucosa que recubre la apófisis pterigoides, en ambos lados del rafe medio en disposición simétrica, en los puntos que dichos objetos han hecho contacto traumatizando esa región.

De forma redondeada y circunscrita, de color amarillento o grisáceo. Producen dolor atenuado, anorexia y la sensación de malgastar, pues el niño se muestra intranquilo y lloroso.

La diarrea es común en estos niños, y el vómito es frecuente. Presentan gran palidez grisácea, tóxica, sin necesaria anemia.

Los ganglios cervicales no están tomados. No presentan fiebre.

En estos casos, la gastroenteritis es una complicación extremadamente seria en ellos.

De los niños observados por mí, 14 en total, más de la mitad (10) eran hembras.

Tratamiento.

Estas úlceras alcanzan su culminación en cuatro a seis días, y luego curan, a no ser que persista la causa o que aparezca una infección más grave. Pero la finalidad del tratamiento de estas lesiones es debido a que estos niños se desnutren con facilidad y pierden de peso con rapidel. Pues el niño en esa edad debe ganar una onza diaria de peso, y en estos casos no sólo llegan a no ganar peso alguno, sino que en algunos casos observados llegaron a perder en ocho días hasta cuatro onzas de peso, lo cual significa un peligro para esas criaturas.

El tratamiento consiste en suprimir las causas traumáticas, esterilizar las teteras y todo objeto que el niño se lleve a la boca, y desinfectar con antisépticos tópicos suaves y aplicaciones locales de una solución acuosa al 11 por 100 de violeta genciana o tintura de metaphen al 1:200, y cuidar, como ya dije anteriormente, que el estado de anorexia sea atendido, debido a la importancia que tiene para estos niños la alimentación, nutrición, dar, al mismo tiempo, un tratamiento vitamínico adecuado. La vitamina C es de gran ayuda en ellos.

Con esto, la sintomatología se alivia rápidamente.

Segundo período.—De seis meses a dos años.

En este período se caracteriza por la evolución del proceso fisiológico de la erupción de los dientes deciduos, y el cual está asociado muchas veces a una serie intensamente en la salud general del niño.

Durante la erupción de los dientes deciduos, el niño se vuelve más irritable, cansado y rechaza ser alimentado, así como mayor dificultad para dormir y descansar propiamente, debido a que estos procesos están asociados frecuentemente a estados verdaderamente dolorosos local con reflejos en toda la cabeza.

En ellos la secreción salival está intensamente aumentada, lo cual produce un constante babeo, que muchas veces produce en la piel, alrededor de la boca, una gran irritación.

En estos casos, esos síntomas locales son debidos a la presión ejercida por el diente en erupción sobre las fibras densas de los tejidos de las encías, lo cual produce una gran irritabilidad de los mismos, favoreciendo, de este modo, a distintos procesos patológicos, siendo estos trastornos más intensos en los meses de invierno que en el verano.

Estos trastornos de la dentición en esta edad, dan lugar a una serie de complicaciones de índole local, así como también a asociaciones con otros trastornos generales, que en orden, según a la frecuencia con que se suelen presentar, son: rinitis, fiebre, anorexia, vómito, tos, irritabilidad, amigdalitis, diarrea, otitis media, constipación, babeo, laringitis, aftas-ulceraciones, convulsiones, dolores de estómago, poliuria, somnolencia, adenitis cervical, halitosis, sed, sudoración, dermatitis.

Estos trastornos se caracterizan porque su aparición comienza al producirse la proximidad de la erupción dentaria, y se hacen rebeldes a todo tratamiento habitual hasta que el diente haya hecho su erupción, desapareciendo entonces en toda su intensidad, para quizás más tarde reaparecer al producirse la erupción de otro diente.

En estos pequeños pacientes el status dietético y nutricional todo parece indicar que no juega ningún papel en los trastornos de la dentición, pues observaciones cuidadosas han dado por resultado que ellos ocurren en la misma proporción, tanto en los casos escrupulosamente atendidos como en los que no. Y todas las investigaciones, y muy especialmente las realizadas por el doctor John C. Brauer, de la Universidad del Estado de Iowa, tienden a demostrar que la erupción dentaria prematura o tardía es influenciada grandemente por estados de disfunción de las glándulas endocrinas.

Para estos pacientes es necesario producirle un grado de sedación a su intenso estado de irritabilidad y dolor, para lo cual nos resulta una medida terapéutica de bastante efectividad el empleo de fenobarbital, y así como algún analgésico de

acción rápida y duradera, el cual carezca de efectos secundarios desagradables o peligros reaccionales.

La infección de los tejidos bucales circundantes de los dientes próximos a brotar suelen presentarse con cierta frecuencia, y siendo necesario en estos estados dolorosos la intervención quirúrgica. En tales infecciones moderadas de las encías, el aumento de irritabilidad del paciente da por resultado, en definitiva, un aumento considerable de la temperatura, algunas veces hasta más de 40° C. La gingivitis o estomatitis puede acompañar muchas veces estos trastornos de la dentición, los cuales son probablemente producto de trastornos funcionales.

Dentro de este cuadro de la dentición temporal propia de la edad de este período, vamos a considerar las lesiones aftosas que en ellos se suelen presentar, ya sea algunas veces en relación con la misma o complicada con ella y en otros casos no.

En esta edad suele presentarse en el niño unas variedades de ulceraciones que, según los distintos autores, le dan el nombre de estomatitis ulcerativa y de estomatitis aftosa o herpética.

ESTOMATITIS ULCERATIVA

El desarrollo de esta estomatitis en los niños representa una fase inicial de la infección, la cual se caracteriza por un rápido desarrollo de dolorosas lesiones vesiculares, las cuales, muchas veces, no llegan a ser observadas, pasando así rápidamente a su segunda fase ulcerativa.

En esta enfermedad, toda la mucosa bucal del niño se encuentra intensamente inflamada, y las pequeñas úlceras que se presentan son de forma irregular. El número de estas úlceras es grande, pudiendo invadir toda la boca. Este tipo de infección ocurre principalmente en los niños de uno a cuatro años.

Etiología.

Esta afección parece ser causada por infecciones bacterianas provocadas algunas veces por estreptococos, estafilococos, coexistiendo a la vez otros organismos habituales de la boca, tales como micrococcus catarralis, diplococos y bacilos, etc.

Aunque también puede haber causas predisponentes, tanto generales como locales. Sus causas generales pueden ser debidos a trastornos intestinales, infecciones agudas que sirven de causa predisponente, así como también por lesiones locales, tales como erosiones, abrasiones e influencias neurotróficas.

Signos y síntomas locales.

La boca presenta el cuadro de una estomatitis simple. La mucosa está tumefacta y rojiza. Los labios se hallan abultados y suelen sangrar las encías. Las vesículas numerosas varían de tamaño (frecuentemente de unos 5 mm. de diámetro), que mas tarde se ulceran y en forma de pequeñas úlceras irregulares, con un exudado blanquecino en el fondo, el cual está deprimido y es bastante profundo. Estas ulceraciones están circundadas por un reborde rojo intenso. Aparecen generalmente en grupos y acompañadas de fiebre. Se presentan con más frecuencia en los labios (incluyendo el borde externo), en el carrillo, encías, paladar y lengua.

La duración de estas ulceraciones es por lo regular de unos cuantos días; pero a la masticación se hacen muy dolorosas, y más a medida que la úlcera crece. La saliva se hace espesa viscosa y el aliento es desagradable.

Signos y síntomas generales.

En esta enfermedad, los niños menores de dos años presentan caracteres y síntomas generales bien distintos de los mayores, aunque también presentan síntomas comunes en ambos grupos, así tenemos el dolor, anorexia y sensación de malestar, que son los síntomas generales más comunes. La diarrea es frecuentemente en los niños menores. El vómito es también muy frecuente en este grupo de niños, igualmente que la fiebre, la cual va acompañada de una marcada leucocitosis, con una monocitosis relativa y absoluta en muchos casos de estomatitis y en todas las edades. Es característica, pero su causa es desconocida.

La gastroenteritis es una complicación frecuente en los más pequeños. Los ganglios linfáticos se encuentran aumentados.

Tratamiento.

Consiste principalmente en suprimir si existe alguna causa general que haya servido de predisponente a tal infección. Al mismo tiempo, en este tipo de estomatitis he obtenido buen resultado con las pastillas de penicilina (para chupar) de 5,000 U., aplicaciones tópicas de tintura de Metaphen al 1:200, enjuagatorios alcalinos y mantener una buena higiene de la boca, y administrar 500 mgrs. de ácido ascórbico diariamente. El vientre se debe mantener al corriente.

En caso de fiebre mayor de 38° C., a la terapia ya mencionada, he agregado la inyección intramuscular de 25,000 U. de penicilina cada tres horas; también el empleo de las sulfas en tabletas de Diazil Dulcets, o Triazyl Dulcets, dosificadas de acuerdo con la edad y peso del niño. Con este tratamiento cede favorablemente este tipo de lesión.

En los casos tratados he podido observar que esta afección se presenta más frecuentemente en las niñas que en los niños. De 17 casos tratados, 11 eran hembras.

ESTOMATITIS HERPETICA O AFTOSA

Los niños de esta edad pueden contraer esta enfermedad, la cual es contagiosa y se presenta en los niños de ambos sexos, y muy particularmente de uno a dos años de edad.

Etiología.

Esta enfermedad es producida por el virus del herpes simple y se presenta casi siempre precedida por fiebre, malestar general y pérdida del apetito y peso. Se afirma que el niño atacado una vez por este virus, es muy probable que sufra ataques sucesivos. Mientras la resistencia histológica es elevada, el virus está latente y se manifiesta tan sólo durante los episodios de menor resistencia, tales como traumatismos, fiebre y trastornos gástricos, etc. Ciertos alimentos pueden también iniciar un ataque, e incluso la exposición a la luz solar puede constituir causa desencadenante.

Síntomas locales.

Las vesículas de herpes verían desde el tamaño de 2 a 8 milímetros, ulcerándose más tarde. Los tejidos bucales se pre-

sentan congestionados y se inflaman toda la mucosa. En algunos casos, se forman aftas en número considerable; éstas son pequeñas lesiones grisáceas rodeadas de un característico halo rojizo, y son generalmente dolorosas.

Se presentan con más frecuencia en los labios, de preferencia en su borde limítrofe con la piel, pero pueden también presentarse en la lengua, en las membranas mucosas bucal y sublingual, en el paladar, tonsilas, así como también en la piel de la cara. Las encías son asiento de una inflamación aguda y sangran espontáneamente, existiendo la sensación de quemazón y escozor. Las lesiones aparecen generalmente en grupos, acompañadas de fiebre. Al principio, el contenido de las vesículas es claro y transparente, pero más tarde adquiere una consistencia más espesa y se seca en unos días, dejando una serie de costras pronunciadas, que si se extirpan, se presentan de nuevo.

Duran generalmente de diez a catorce días, pues esta enfermedad es autolimitada, desapareciendo espontáneamente, después de seguir su curso.

Esto se deriva del desarrollo de anticuerpos herpeneutralizantes en la sangre. Pero algunos casos pueden hacerse crónicos o presentar recaída de vez en cuando.

Este tipo de ulceración resulta ser muy doloroso durante la masticación, y aún más a medida que la úlcera crece. Los niños pequeños se muestran sumamente irritables y rechazan la ingestión de toda clase de alimentos por el dolor que esta lesión les produce.

Síntomas generales.

Esta enfermedad va asociada con fiebre. El niño se pone muy molesto y decaído y es incapaz de comer, lo cual representa un gran peligro para el mismo. A veces puede haber una infección concomitante de las vías respiratorias superiores. La adenitis cervical se presenta en un grado bien marcado.

Histopatología.

Las vesículas son de naturaleza intraepitelial desarrollado en el estratum granuloso. Notándose curiosas células eosinofílicas, las cuales presentan una coagulación fibrinosa y una de-

generación globular, todo lo cual parece indicar que es el resultado de la actividad intracelular del virus. Debajo de la vesícula se encuentra una zona de edema e infiltración inflamatoria en la capa papilar del corium; los elementos celulares que más se encuentran son linfocitos.

Diagnóstico.

El diagnóstico diferencial entre la estomatitis herpética y la infección de Vincent resulta importante. En esta última, las papilas interdientarias están atacadas, mientras que el resto de las encías pueden no estar afectadas. En la lesión herpética, la mucosa se halla muy inflamada, condición que no se observa en la infección de Vincent.

Tratamiento

El tratamiento y la atención de esta afección en nuestros pequeños pacientes es de importancia vital. Por tal razón es recomendable al tratarlos, prestar gran atención, al mismo tiempo que atendemos esa molesta afección, a tonificarlos y procurar por todos los medios, ya sea por la ingestión forzada de líquidos, como por sueros. El empleo de vitaminas en estos casos, resultan de gran valor, debido a las deficiencias del régimen alimenticio de estos pacientes, debiéndose corregir los posibles errores dietéticos.

El tratamiento habitual consiste en la aplicación local de una solución de formaldehído al 10 por 100, o la aplicación frecuente de alcohol, o ungüento de alcanfor mentolado. El acetato de aluminio al 1:500 en agua aplicado con un algodón, resulta también bastante confortable.

La siguiente fórmula es también usada con éxito: ácido salicílico, 1.75 gramos; subcarbonato de bismuto, 4.00 gramos; fenol, 1.00 gramos, y lanolina, 30.00 gramos. Rot.-Uso tópico.

También resulta útil el yodo y glicerina en partes iguales.

Además es necesario suprimir toda clase de infección y la irritación, tonificar la salud general por medio de aire puro y la luz solar.

La frecuencia con que se presenta esta afección, tanto en los niños varones como hembras, no la he podido obtener, debido al número reducido por mí tratados (tres en total).

Tercer período.—De los años a los seis

En este período, por lo general, como ya los dientes deciduos han hecho erupción y los permanentes no comienzan por lo regular hasta los seis años, son de menor frecuencia las afecciones bucales de esta índole. Así vemos que las lesiones gingivales son más frecuentes que las estomatitis difusas, y en esta edad la actividad de las adenopatías cervicales son más frecuentemente observadas. Por este motivo, el odontólogo necesitará hacer a ménudo una diferenciación entre las inflamaciones cervicales, adenopatías de origen dental y aquellas asociadas con enfermedades sistémicas, como, por ejemplo, aquellas inflamaciones de esa región asociadas con amigdalitis agudas, paratoiditis, tuberculosis, infecciones mononucleósicas, enfermedad de Hodgkin, leucemia, sarampión; todas las cuales deben ser diferenciadas de aquellas adenopatías de origen dental.

En este período se presenta en la boca las afecciones de carácter de aftas ulcerativas, la estomatitis ulcerativa, la estomatitis herpética y el afta solitaria habitual.

ESTOMATITIS ULCERATIVA

Como sobre esta afección ya he tratado anteriormente con detalles, y siendo comunes casi todos los síntomas, sólo voy a mencionar aquí aquellos que se presentan distintos en esta edad.

Así tenemos, que el tamaño de la úlcera en estos niños puede ser un poco más pequeña, pero, en cambio, son más profundas.

En lo que se refiere a la sintomatología, nos encontramos que, aunque la diarrea era común en los niños más pequeños, en cambio, en los de esta edad la constipación es su síntoma.

La fiebre se presenta en estos niños con una curva térmica, considerablemente más alta que en aquellos.

Además, en estos niños suele presentarse las estomatitis de Vincent complicada con estas ulceraciones aftosas, presentadas con inflamación y un olor intenso, habiendo a su vez toma ganglionar.

La frecuencia con que se presenta este tipo de ulceraciones en los niños de esta edad, es casi igual que en el grupo anterior.

ESTOMATITIS HERPETICA

Igualmente, ya se ha tratado sobre esta afección. Sólo me limitaré a indicar aquellos datos particulares propios de esta afección en esta edad.

La estomatitis herpética es la infección bucal aguda más común en este grupo de edad, sus características y síntomas ya han sido detalladamente indicadas. Ocasionalmente, las formas más severas de este tipo de enfermedad, ocurren cuando las lesiones bucales fueron precedidas por varios días por una erupción generalizada del tipo de eritema multiforme con complicaciones conjuntivales (enfermedad de Stevens-Johnson).

El dolor, aunque grande para masticar, no impide al niño que ingiera alimentos, como sucede con los niños menores.

El tratamiento es el mismo del grupo anterior para esta afección.

AFTAS SOLITARIAS LOCALIZADAS

Esta ulceración suele presentarse en los niños de esta edad, aunque no es muy frecuente. Ellas pueden presentarse en varias partes de la boca, aisladas y en número de una o dos en el paladar, carrillos, suelo de la boca, lengua, membrana, mucosa bucal o lingual.

Etiología.

Se produce por una infección local en un punto de la mucosa lesionada o erosionada. Se cree que favorecen su formación los trastornos digestivos y la disminución de la resistencia. También se considera que tienen importante papel los trastornos dietéticos y nutricionales.

Sobre la sintomatología, desarrollo, igualmente que el tratamiento de esta lesión, ya me referí en la parte de este trabajo que trata de generalidades, por lo tanto creo que no es necesario insistir más sobre lo mismo.

Estas aftas se presentan más frecuentemente en las niñas que en los varones. De 44 casos tratados, 31 eran hembras.

Además de estas afecciones, durante este período, se pueden presentar otras lesiones bucales asociadas a enfermeda-

des generales propias de la infancia tales como sarampión, varicelas, escarlatina. La estomatitis de Vincent es más común en esta edad que en la anterior.

En la hemofilia puede conocerse sus primeras manifestaciones durante este período debido a hemorragias asociadas al proceso de exfoliación o extracción de las piezas temporales. Igualmente sucede con otras discracias sanguíneas tales como: púrpura, anemia, etc.

Cuarto período.—De los seis a los doce años.

Durante este período, los tejidos bucales empiezan a asumir las características del adulto. Las lesiones gingivales son las afecciones bucales más comunes, y ellas son debido, en la mayoría de los casos, al proceso de exfoliación de los dientes deciduos y a la erupción de los permanentes.

Las hipoplasias dentales asociadas con la sífilis prenatal y las enfermedades generales comunes de la infancia se hacen manifiestas conjuntamente con la erupción de los dientes permanentes.

Los cálculos salivales son observados, por primera vez, y constituyen un factor importante y predisponente de la gingivitis catarral y fusoespirilar.

Cambios hipertróficos gingivales son frecuentes durante este período. Ellos pueden ser debido en parte a la mala higiene, pero frecuentemente provienen de trastornos hormonales o endocrinos. Muchos de los trastornos periodontales que se suelen presentar en esta edad, son de índole diabético, los cuales están caracterizados por la rápida reabsorción alveolar, lentitud en los procesos de cicatrización y una rápida formación de cálculos salivales.

Los trastornos periodontales del adulto y de la vejez, muy frecuentemente tienen su principio en las alteraciones gingivales o en los malos hábitos para conservar la salud dental, formados durante este período de la vida.

Durante este período, las lesiones ulcerativas que se suelen presentar en estos casos niños son: el afta solitaria localizada, la úlcera neutrófica, y en los niños de once y doce años puede presentárseles el tipo de aftas crónicas recidivantes.

Sobre la afta solitaria localizada, su descripción, así como sus características y tratamiento, es el mismo y mencionado anteriormente, no es necesario insistir sobre ello nuevamente. Aunque se debe mencionar que en esta edad esta clase de ulceraciones es más frecuente.

ULCERAS NEUROTROFICAS

Este tipo de ulceración, aunque no es frecuente en estos niños, puede presentarse en el momento que ellos empiezan a extraérseles sus dientes deciduos, y provienen de alteraciones circulatorias en los tejidos afectados.

Etiología.

Las lesiones ulcerosas se forman a consecuencia de lesiones en un nervio periférico, provocando unas veces por la inyección de anestesia local para bloquear el nervio dentario inferior, o con soluciones muy calientes, o también provocado por trauma sobre dichos nervios periféricos.

Síntomas.

Las úlceras aparecen al día o a los dos días siguientes de haberse provocado la lesión nerviosa; son de contorno bien definido y de aspecto blanco grisáceo de una porción de superficie circunscrita, la cual está superpuesta al tejido epitelial y que no es desprendible, y a veces recubiertas por un exudado fibrinoso de color amarillento. No suelen estar circundadas por una zona inflamatoria. Se presentan unilateralmente.

Su tamaño es variable, alcanzando algunas veces un diámetro algo mayor que 1/4 pulgada. Aunque estas ulceraciones no son por lo regular dolorosas, pueden serlo y tener una duración bastante prolongada de algunas semanas si no son tratadas. El desaparecer no dejan cicatriz.

Con frecuencia son únicas, pero de posible recidiva en aquellos pacientes neuróticos. Se presentan frecuentemente en el labio inferior, paladar, lengua y algunas veces en el carrillo.

Diagnóstico.

Este se basa en el anamnesis; pues el hecho de estar en presencia de una extracción reciente, nos sirve para comprender el

carácter de la lesión; debe excluirse la sífilis por medio de reacciones serológicas y el examen al ultramicroscopio.

Tratamiento.

Estas lesiones responden bastante bien, y como con la aplicación de lavados con agua oxigenada y agua, aplicaciones tópicas de tintur de Metaphen al 1:200 o Mertiolate, y vitamina C, 250 mgrs. diarios.

AFTAS CRONICAS RECIDIVANTES

(Aftas de Mikulicz)

Este tipo de lesión se presenta algunas veces en aquellas niñas que han llegado a la pubertad prematuramente y que, debido, al parecer, a trastornos endocrinos o anemia, se les presentan estas ulceraciones periódicamente.

Etiología.

Aunque la causa no se conoce exactamente, todo parece indicar que estas aftas están relacionadas con la anemia y muy especialmente con la menstruación en estas niñas, pues las lesiones ocurren con frecuencia, coincidiendo siempre con las reglas o pocos días antes y se repite a cada período. Se les cree relacionadas con trastornos de las glándulas de secreción interna.

Síntomas.

Se produce edema de la mucosa, asociado con hiperemia y encías sangrantes.

En el epitelio de la lengua, en las mejillas y en las encías se presentan dos o más pequeñas visículas, que aumentan de tamaño hasta poco menos que 1/4 pulgada en pocos días, y forman a menudo pequeñas úlceras dolorosas rodeadas de un reborde rojo. Más tarde, ceden y dejan una cicatriz dura. Generalmente hay ligera glotisis relacionada con estas lesiones.

Tratamiento.

Es más que nada suprimir las causas generales, para lo cual la paciente debe ser remitida al especialista indicado para su tratamiento general. Localmente el tratamiento se reduce a

aplicaciones tópicas de antisépticos, mantener la higiene bucal y administrar ácido ascórbico en dosis de 250 mgrs. diarios.

De este tipo de ulceración he tratado a tres casos, y en dos, tan pronto el especialista instituyó el tratamiento adecuado, desaparecieron las ulceraciones hasta el momento.

Con esto he terminado de hacer una revisión de las estomatitis de la infancia, del tipo de ulceraciones aftosas, aunque de una manera superficial, pues entiendo que el profesional está bien enterado sobre esta clase de afección en el adulto. Sin embargo, hay una gran necesidad de mayor información sobre los niños. (per. *Odont. Infantil, Hbna.*, 52, 1949).

LIBROS CONSULTADOS

1. *Afecciones sífilíticas y sífiliformes de la Boca.* F. Sinsser. 1922.
2. *Enfermedades de la boca.* Tomo II. S. V. Mead. 1931.
3. *Enfermedades de boca.* L. Hayes. 1935.
4. *Estomatología.* K. H. Thoma. 1946.
5. *Diseases of the Mouth and their Treatment.* Prinz y Grenbaum. 1939.
6. *Oral Pathology.* K. H. Thoma. 1941.
7. *Oral Medicine.* L. W. Burket. 1946.
8. *La Escuela Odontológica Alemana.* Tomo I. C. Partsch. 1936.
9. *Semiología de la boca.* Seigle. 1936.
10. *Terapéutica aplicada a la Estomatología.* I. Clark. 1935.
11. *Tratamiento de Estomatología.* Tomo VII. Gaillard y Nogué. 1928.

BIBLIOGRAFIA

- Brauer, J. C.—*Los factores sistemáticos y locales en problemas periodonticos de la boca de los niños.* J. A. D. A. 30:45-47. Ene. 1943.
- Breese, B. B.—*Apthous Pharyngitis.* A. J. Dis. Child. 61:4. April, 1941.
- Cooper, C.—*Vitamin Deficiency.* Internarist Clin. 4:1. 1937.
- Kromer.—*Wiener, Med. Woch.* 49:991. 1941.
- Landa, J. S.—*Burning Mouth and Dry Mouth.* Dent. Digest. 45:63. 1939.
- Parson, C.—*Estomatitis.* Arch. of Disease in Childhood. March. 1940.
- Shelmire, B.—*Certain Diseases of Oral mucous Membrane and Vermilion Borders of Lips.* Int. J. Orthodontia. 14:817. 1928.
- Smith, C. H. y Johnson, H. B.—*Treatment of Acute Stomatitis.* J. Pediat. 17:1. July 1940.
- Sutton, R. L.—*Tratamiento de aftas recurrentes y dolorosa.* J. A. M. A. 19. Jul. 1941.
- Ziskin, E. E.—*Effects of Certain Hormones on Gingival and Oral Mucous Membranes.* J. A. D. A. 25:422. 1938.