



ACADEMIA  
NACIONAL DE  
MEDICINA

COMITÉ DE  
EVALUACIÓN  
CLÍNICA  
TERAPÉUTICA

**Coordinador:**

Nahum Méndez Sánchez

Jesús Carlos Briones Garduño  
Jorge Alberto Castañón González  
Julio Granados Arriola  
Gerardo Guinto Balanzar  
Gerardo Heinze Martín  
Enrique Hong Chong  
Mario Antonio Mandujano Valdés  
Armando Mansilla Olivares  
Roberto Medina Santillán  
Nahum Méndez Sánchez  
Manuel Morales Polanco  
Jorge Moreno Aranda  
Adalberto Mosqueda Taylor  
Ricardo Plancarte Sánchez  
Francisco T. Rodríguez Covarrubias  
Miguel Ángel Rodríguez Weber  
Juan José Luis Sienna Monge  
Juan Verdejo Paris

# Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXXII, NÚMERO 5 SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2023

## Contenido

Atención obstétrica en urgencias Triage y código MATER .....	1
Herpes zoster .....	5
La mucosa bucal del neonato y el lactante. ¿qué ver y que hacer? .....	6

## Atención obstétrica en urgencias Triage y código MATER

### Introducción

La historia de las muertes maternas en nuestro país no ha cambiado, hemos contemplado el pasado con respeto, el presente requiere entusiasmo creciente y contagioso, para lograrlo debemos integrar objetivos definidos y metodologías de carácter multidisciplinario, el futuro obligadamente requiere lucidez, con la esperanza de ser mejores cada día y disminuir este lastre social que es la muerte materna, la cual se inicia como una cadena de eventos de orden multifactorial que comprende; la educación en salud a la población femenina, la asistencia técnica mediante el control prenatal, el desempeño fundamental del médico durante el evento obstétrico, contemplando una infraestructura tecnológica hospitalaria indispensable, bajo el enfoque de políticas de salud saludables dirigidas a «eslabonar esta cadena de eventos» con el propósito de disminuir la muerte materna. Toda esta cascada de eventos es directamente proporcional a las políticas de salud en un periodo de tiempo establecido, lo que en forma expedita repercute en la atención de las mujeres y que se refleja en estadísticas de muerte materna.

### Triage obstétrico: protocolo de atención de

primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar en forma semaforizada la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia y tratamiento resolutivo del embarazo (código mater).

**Código MATER Concepto:** Es un sistema de atención de respuesta inmediata, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (como hipertensión arterial, sangrado, sepsis y cualquier emergencia médica, quirúrgica u obstétrica).

**Código MATER:** Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (gineco-obstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido), capacitados previamente

en urgencias obstétricas.

**Objetivo:** Prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal, mediante tres acciones (**A identificar, B tratar y C trasladar**).

**Justificación:** La falla para reconocer de manera temprana el deterioro en la condición clínica de un paciente que la pone en peligro de muerte, se llama “falla para rescatar”, este concepto no implica negligencia o falta de profesionalismo, sino la poca experiencia del personal de salud hospitalario o la sobrecarga de trabajo que impiden reconocer los signos tempranos de deterioro y responder rápidamente para resolverlos de manera integral, esta es la base de la creación de los “equipos de respuesta inmediata” que tienen la finalidad de reducir las muertes evitables, a través de un protocolo de acción que incluye la valoración integral de cinco signos de alarma: taquicardia, taquipnea, hipotensión o hipertensión, desaturación y cambios en el estado de conciencia.

## RUTA CRÍTICA

1. Ingresa la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia.
2. Es valorada por personal **Triaje** y semaforizada en rojo, activa **código MATER** mediante alarma sonora.
3. Inicia tratamiento de acuerdo a guías clínicas en sala de urgencias-admisión.
4. Traslada para manejo complementario a Unidad de Choque o Cuidados Intensivos Obstétricos, o bien a quirófano o la Unidad de Toco-Cirugía.
5. Retroalimentación permanente del sistema, mediante

capacitación continua, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica.

## Procedimiento para el personal administrativo o de vigilancia (10 pasos)

- 1.- **Recibe a la paciente**, quien puede llegar por sus propios medios o en ambulancia.
- 2.- **Si la paciente deambula**, orienta respecto a la ubicación del servicio de Triaje obstétrico.
- 3.- **Orienta al familiar** respecto de la ubicación del área de admisión para su registro.
- 4.- **Si la paciente no puede deambular** buscará de manera expedita un medio de transporte adecuado (silla de ruedas o camilla) que facilite el ingreso de la paciente al área de Triaje.
- 5.- **Apoyan en el traslado** de la paciente. Responsable del Triaje
- 6.- **Recibe a la paciente** obstétrica en el área de Triaje.
- 7.- **Valora a la paciente y determina la transferencia** al área correspondiente dependiendo del código asignado:

**Rojo:** activa Código Mater.

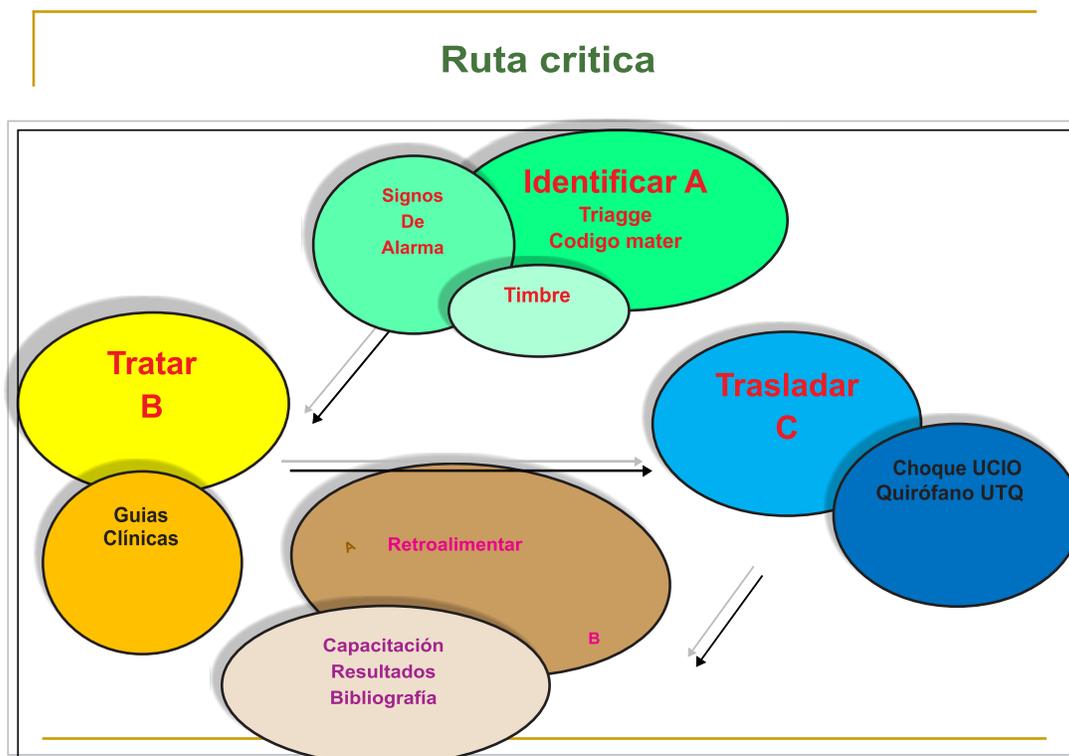
**Amarillo:** entrega personalmente a la paciente para su valoración obstétrica integral por el personal médico.

**Verde:** orienta y pasa a la paciente a sala de espera para recibir atención por personal médico de acuerdo a turno de llegada.

8.- **Registra las acciones y datos requeridos** en el formato del sistema de evaluación del Triaje obstétrico y en el censo de pacientes.

9.- **Integra el formato** del sistema de evaluación del Triaje obstétrico al expediente clínico.

10.- Fin del proceso



Briones GJC, Díaz de León PM. MATER Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Inte 2009; 24(3): 108-109.

**La atención del evento obstétrico:** puede exhibir formas graves como la preeclampsia-eclampsia, o complicadas como la hemorragia obstétrica aguda, haciendo que la atención médica y quirúrgica tenga un impacto decisivo sobre la evolución del mismo, subrayando que el factor de responsabilidad comúnmente involucrado con la muerte es el juicio clínico o quirúrgico errado, por lo que es recomendable el enfoque multidisciplinario, resaltando que el monitoreo o vigilancia en áreas críticas como urgencias, la unidad de tococirugía, recuperación post quirúrgica, terapia intensiva y quirófano, debe incluir periódicamente la valoración del estado neurológico, hemodinámico, Hematológico, hepático-metabólico, renal, y perinatal.

- **Estado Neurológico:** La valoración del fondo de ojo, revisión de reflejos osteotendinosos, calificación con la escala Glasgow, interrogar datos clínicos de encefalopatía hipertensiva y medición de flujometría Doppler transcraneal.
- **Perfil Hemodinámico:** mediante medición de PVC, prueba de Max Harry Weil, Bioimpedancia torácica o con equipo USCOM con medición de gasto cardiaco y resistencias vasculares sistémicas, saturación venosa central, oximetría periférica, capnografía, cálculo de taller gasométrico, cálculo de presión coloidosmótica e índice de Briones.
- **Patrón Hematológico:** biometría hemática con cuenta de plaquetas, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación con fibrinógeno y fibrinólisis (dímero D).
- **Función Hepático-metabólico:** cuantificación de aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, bilirrubinas, glicemia, colesterol total, proteínas totales y albumina.
- **Estado acido-base, bioquímico - electrolítico:** Gasometría arterial-venosa, sodio, potasio, calcio, fósforo, ácido úrico y creatinina séricos y urinarios para cálculo de taller renal.
- **Condición Perinatal:** Ultrasonido obstétrico con flujometría Doppler de arterias uterinas, umbilical y cerebral media con índices de resistencia vascular, inserción placentaria y apreciación del líquido amniótico

### Funciones específicas

**Gineco-obstetra:** se encarga de realizar una valoración integral materno - fetal

- Estado de conciencia utilizando la escala de Glasgow
- Evaluación del estado cardiopulmonar utilizando estetoscopio

- Revisa los reflejos osteotendinosos en busca de hiperreflexia y/o clonus
- Realiza o indica un frotis de sangre periférica en busca de microangiopatía
- Realiza o indica hacer un rastreo ultrasonográfico básico (evaluando vitalidad embrionaria-fetal, localización e inserción placentaria y cuantificación y calidad del líquido amniótico)
- Realiza una exploración pelvi-genital integral y da inicio de tratamiento acorde con el diagnóstico apoyado en las guías clínico-terapéuticas correspondiente
- Es el responsable de la resolución obstétrica quirúrgica.

**Enfermera:** toma los signos vitales, instala una venoclisis y toma de muestras sanguíneas de laboratorio e instala una sonda de Foley para cuantificar gasto renal

- Toma de presión arterial
- Toma de frecuencia cardiaca
- Toma de frecuencia respiratoria
- Toma de temperatura y saturación de oxígeno
- Toma muestras laboratorio (BH, QS básica, gasometría, enzimas, coagulación)
- Instala venoclisis con 1,000 mL de solución mixta
- Inserta sonda de Foley N° 16 con bolsa recolectora
- Se encarga de los cuidados generales de enfermería.

**Intensivista – internista:** Encargado de realizar valoración neurológica, hemodinámica y metabólica

- Aplicación e interpretación de la escala de Glasgow
- Medición de gasto cardiaco y resistencias vasculares periféricas (bioimpedancia, bioreactancia, USCOM, ecocardiografía)
- Interpretación clínica de la función hepatorenal (pruebas de laboratorio hepático y renal)
- Interpretación clínica hidroelectrolítica y ácido-base (electrolitos séricos y gasometría)
- Interpretación clínica de los niveles de glicemia, ácido úrico y creatinina
- Evaluación integral del estado de ventilación y capnografía
- Ofrecer el apoyo órgano-funcional y tratamiento multiorgánico integral

**Pediatra:** Deberá conocer las condiciones fetales y preparar la reanimación neonatal individualizando cada caso.

- Aplicación de surfactante exógeno en caso requerido
- Ofrecer el tratamiento con apoyo ventilatorio mecánico
- Realizar o coordinar la reanimación básica y avanzada
- Responsable del tratamiento integral del recién nacido

**Anestesiólogo:** conocer las condiciones maternas y fetales y adecuar el tratamiento anestésico.

- Decidir y realizar Intubación oro o naso traqueal
- Ofrecer y coordinar la anestesia general inhalatoria
- Aplicar anestesia loco regional en su caso
- Ofrecer y coordinar las reanimaciones hemodinámica con cristaloides, coloides y hemoderivados durante el proceso anestésico-quirúrgico

**Trabajadora social:** Se encarga de realizar y tramitar mediante vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.

- Ofrecer Información sobre estado de salud
- Recabar y propiciar el consentimiento informado para diversos procedimientos
- Agilizar todos los trámites administrativos diversos
- Establecer una vinculación dinámica con centros hospitalarios o servicios en otras unidades médicas

**Laboratorio y banco de sangre:** El personal laboratorista o químico se compromete a realizar exámenes solicitados con

carácter de urgencia.

- Biometría hemática con cuenta de plaquetas
- Pruebas de coagulación (tiempos de protrombina, trombina, tromboplastina parcial, fibrinógeno y dímero D)
- Determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica.
- Aminotransferasas y deshidrogenasa láctica
- Gasometría arterial o venosa
- Electrolitos séricos (sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio, fosforo)
- Pruebas de compatibilidad sanguíneas, grupo sanguíneo y factor Rh

**Ultrasonido e Imagenología:** El personal técnico y médico de Imagenología realizara rastreo abdominal, pélvico y en casos especiales neurológico mediante Tomografía axial computarizada (TAC).

- Monitorear frecuencia cardiaca fetal, movimientos somáticos, presentación y situación
- Sitio de inserción placentaria y características morfológicas de la misma
- Apreciación semicuantitativa del líquido amniótico
- Valoración de hemodinamia fetal-placentaria mediante flujometria en arterias uterina, umbilical y cerebral media fetal.
- Telerradiografía de tórax (Rx) o tomografía axial computarizada (TAC)

Rojo	Criterios de valoración
observación	Px somnolienta, estupros o inconsciente, hemorragia o convulsiones.
Interrogatorio	Antecedentes recientes de convulsiones. perdida de visión y los signos de alarma.**
S.V.	TA:160-110* 89-50 FC:<45-125> T:39°C

Amarillo	Criterios de valoración
observación	Px Consciente, salida y ansiosa
Interrogatorio	Manifiesta datos relacionados con actividad uterina regular. Responde positivo a más de uno de los signos de alarma obstétrica.**
S.V.	TA:159-109+ FC: <50-100> T:37.5°C

verde	Criterios de valoración
observación	Px consciente, no hay signos graves de alarma
Interrogatorio	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.
S.V.	Se encuentra dentro de la normalidad

---

## Referencias

1. Marrón PM. Directrices anestésicas: Preeclampsia-eclampsia, choque hipovolémico y trauma. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2010; 33(S1):S33-S39.
2. Briones GJC, Díaz de León PM. MATER equipo multidisciplinario de respuesta rápida en obstetricia crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2010; 24(3):110-113.
3. Briones GJC, Díaz de León PM, Gutiérrez VMC, Rodríguez RM. Los paradigmas en la muerte materna. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2010; 24(34):185-189.
4. Briones GJC, Díaz de León PM. Equipo de respuesta rápida en urgencias obstétricas, Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía, México 2013, Editorial Alfíl.



## Herpes zoster

Los virus del grupo Herpes son ocho DNA virus que cuando infectan a los humanos producen diversos síndromes clínicos. Destaca que después de la primoinfección tienen una latencia de por vida, con posibilidades de reactivación y potencial oncogénico, ya que se alojan en los ganglios nerviosos (*Virus Herpes simplex 1 y 2* y el *Varicela-zoster*); en las células B (*Virus Epstein-Barr*); en los monocitos, linfocitos, células endoteliales y epiteliales (*Citomegalovirus*); en células T (*Herpes Virus 6 (6A y 6B)* y *Herpes virus 7*); y en Células B y células endoteliales (*Herpes Virus 8*).

Los Herpes Virus se pueden transmitir por contacto físico o sexual durante la infección activa del huésped, o a través de la diseminación asintomática del virus en semen, saliva y secreciones cervicales uterinas. Otras vías de infección son: hemotransfusión, trasplante de órganos y transmisión materno-fetal.

El *Virus Varicela-Zoster* es el único virus del grupo Herpes que se puede transmitir por vía aérea al ser inhalado (gotas de Flugge) y colonizar la vía aérea con una diseminación subsecuente por viremia a hígado, bazo, piel y ganglios sensitivos. Es el único que tiene vacunas que producen inmunidad humoral.

La primoinfección o reactivación del *Virus Varicela-zoster* puede producir básicamente dos síndromes:

- Varicela en los niños afectados que presentan una dermatosis febril con erupción vesicular prurítica que afecta la piel y mucosas. Inicia en cara y tronco y progresa a las extremidades. Las lesiones se encuentran en diferente estadio como máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras. Los adultos afectados pueden desarrollar hepatitis, neumonía, encefalitis y ataxia cerebelosa.

- Herpes Zoster en el adulto con afección de pares craneales o a dermatomas bien definidos, en donde destaca que nunca cruzan la línea media. Se caracteriza por un inicio insidioso con sensación de quemadura, prurito y parestesias en la zona afectada que dan paso a una erupción eritematosa seguida de vesículas y pústulas agrupadas y muy dolorosas. En pacientes inmunodeprimidos se pueden afectar múltiples dermatomas o producir afección en forma generalizada.

Cuando afecta la cara, en caso de lesiones en la punta de la nariz, el paciente deberá ser evaluado por Oftalmología para descartar la posibilidad de Herpes Zoster oftálmico con potencial perforación de córnea y ceguera. Cuando afecta el conducto auditivo externo, produce el síndrome de Ramsay-Hunt caracterizado por parálisis facial periférica ipsilateral con alteraciones del gusto, auditivas y vestibulares. La principal complicación del Herpes zoster es la neuralgia postherpética que ocurre entre un 10 y 30 por ciento de los casos.

El diagnóstico por lo general es clínico, pero se puede efectuar también por PCR (prueba de reacción en cadena de la polimerasa) de una muestra de la base de una vesícula.

El tratamiento consiste en administrar antivirales como el Aciclovir, Valaciclovir o Famciclovir que disminuyen el dolor de la neuralgia y aceleran la recuperación del huésped, sobre todo cuando se administran durante los primeros tres días de la enfermedad.

Existen dos vacunas, una que contiene una cepa silvestre atenuada de varicela; que es la que se aplica a los niños entre los 12 y 15 meses de nacidos. Ésta vacuna está disponible como antígeno único o en combinación como MMRV (paperas, sarampión, rubeola y varicela). La otra vacuna es

la que se produce con tecnología de ADN recombinante, y es la que se aplica a los adultos mayores de 50 años para prevenir el herpes zoster.

Para la profilaxis post exposición al virus en adultos inmunocompetentes está indicada la vacuna. Y para los pacientes inmunodeprimidos y mujeres embarazadas, se administrará la gamaglobulina hiperinmune para varicela zoster.

Todo Paciente adulto mayor de 50 años se debe de vacunar con la vacuna recombinante, sobre todo aquellos de mayor riesgo que tienen comorbilidad asociada como Diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y enfermedades

cardiovasculares. La historia de Herpes Zoster previo no contraindica la vacunación. El paciente debe de recibir dos dosis de vacuna para herpes zoster recombinante, con la finalidad de reducir la incidencia de herpes zoster y neuralgia postherpética. La vacuna se administra por vía intramuscular en dos dosis, con intervalos de dos a seis meses entre las dosis.

### Bibliografía

K Galil, PW Choo, JG Donahue, R Platt. Arch Intern Med 1997;157:1209-13.

Cohen I Cohen. N Engl J Med 2013;369:255-63.



## La mucosa bucal del neonato y el lactante. ¿qué ver y que hacer?

A la exploración intrabucal, la mayoría de los recién nacidos presentan alguna alteración en el aspecto de la mucosa, ya sea como parte de una variación en la normalidad de la misma, por trastornos transitorios del desarrollo de estructuras anexas (dientes, glándulas salivales o frenillos) o debidas a lesiones poco comunes y exclusivas de esta etapa de la vida que ameritan un diagnóstico preciso y a menudo requieren de tratamiento.

### Leucoedema

A diferencia de lo que se observa en el niño mayor, la mucosa de los carrillos y labios del recién nacido con mucha frecuencia suele estar turgente y presenta una imagen superficial de velo blanco-grisáceo que desaparece

transitoriamente a la tracción, conocida como leucoedema. Esto se debe a que el epitelio está engrosado a expensas de mayor acúmulo intracelular de glucógeno, lo que aleja la superficie del lecho vascular subyacente y crea ese fenómeno de blanqueamiento (**Figura 1**), por lo que al estirarla se adelgaza y adquiere el color rosado normal pero de manera transitoria. Esta variación de la normalidad es bilateral y simétrica y no se debe confundir con las lesiones blancas hiperqueratósicas que aparecen ocasionalmente en algunas genodermatosis como el nevo blanco esponjoso, la disqueratosis congénita y otras enfermedades raras de la infancia, en las que las lesiones no desaparecen al traccionar o frotar. El leucoedema disminuye gradualmente con el crecimiento y solo algunos adultos lo presentan de manera significativa, pero no requiere tratamiento.

Figura 1.



Presencia de Perlas de Epstein y nódulo de Bohn en zona posterior de paladar duro y leucoedema en mucosa del carrillo

## Quistes gingivales y palatinos

Un hallazgo relativamente común en el reborde alveolar, a pesar de que pocos médicos registran su presencia, son los quistes gingivales del recién nacido, los cuales aparecen como neoformaciones esferoidales solitarias o múltiples de color blanco-amarillento y miden entre 1 y 5 mm (**Figura 2**). Estos quistes se originan de la proliferación de los remanentes epiteliales de la lámina dentaria que quedaron atrapados en el espesor del tejido conjuntivo de la futura encía, los cuales crecen por acumulación de queratina (lo que le da el color blanco-amarillento) durante el desarrollo intrauterino y son claramente evidentes al nacimiento. Se estima que al crecer la cavidad quística, se produce la fusión de su revestimiento con el epitelio bucal, liberando el contenido y produciendo su descompresión y desaparición en algún momento dentro de los dos o tres meses de edad. Es muy importante su diagnóstico, a fin de no confundir con lesiones infecciosas o cúspides de dientes en erupción, y de este modo evitar tratamientos innecesarios.

Existen otras lesiones clínicamente idénticas a los quistes gingivales pero localizadas en el centro y zona posterior del paladar duro, sobre el rafe palatino, que también pueden ser únicas o múltiples, denominadas “Perlas de Epstein”, las cuales corresponden a quistes derivados de restos epiteliales atrapados durante la fusión de los procesos palatinos laterales (**Figura 1**). Al igual que los gingivales, no requieren tratamiento pues suelen involucionar al cabo

de algunos meses sin complicaciones. Otros quistes menos frecuentes son los “Nódulos de Bohn”, que tienen el mismo aspecto que los anteriores, aunque suelen ser mas pequeños y menos numerosos, y se localizan a un lado de la línea media en paladar duro posterior, cerca de la unión con paladar blando, por lo que se considera que se originan de epitelio residual del proceso de formación de las glándulas salivales menores de la zona. Se debe evitar confundirlos con candidosis u otras lesiones blancas y tampoco requieren tratamiento pues involucionan espontáneamente en los primeros meses de vida.

## Linfangioma del reborde alveolar

Una entidad de muy baja frecuencia que puede observarse solamente en esta etapa de la vida es el linfangioma del reborde alveolar, descrita casi exclusivamente en individuos Afrodescendientes. Se presenta al nacimiento como una elevación cupuliforme translúcida, de color rosado o ambarino, fluctuante a la palpación, la cual puede ser múltiple (**Figura 3**), mas común en hombres y en la región mandibular. Es asintomático, pues no interfiere con la alimentación y suele involucionar espontáneamente en los primeros meses de la vida, ya que a diferencia de los linfangiomas de otras regiones bucomaxilofaciales, no se ha reportado en niños mayores o adultos. Es muy importante saber que a pesar de su localización, esta lesión no guarda relación con la corona de un diente y por lo tanto no debe confundirse con un quiste de la erupción.

Figura 2.



Quistes gingivales del recién nacido en reborde alveolar superior.

Figura 3.



Linfangiomas del reborde alveolar.

## Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede

Se ha estimado que la incidencia de dientes natales (presentes al nacimiento) oscila entre 1:2,000 y 1:3,500, con una frecuencia algo mayor en mujeres que en hombres,

y son extremadamente raros en niños prematuros. La mayoría de estos dientes pertenecen a la dentición normal (dientes primarios), pero hay casos que corresponden a dientes supernumerarios. Se recomienda evaluar si estos dientes tienen morfología y estructura normales y están

bien implantados (sin movilidad) en su alveolo o se encuentran móviles, sin desarrollo radicular, pues de esto depende la decisión de retirarlos, ya que existe el riesgo de aspiración durante la deglución. Independientemente de lo anterior, algunas veces pueden producir lesiones ulcerativas y a veces crecimientos reactivos de tejido de granulación en el vientre lingual por traumatismo directo durante la succión (enfermedad de Riga-Fede o granuloma traumático) (**Figura 4**), en cuyo caso el (los) diente(s) debe(n) ser evaluado(s) por el odontopediatra, a fin de determinar la conveniencia de eliminar los bordes cortantes o realizar la extracción dental (menos recomendable por ser generalmente dientes primarios).

**Figura 4.**



**Ulceración con granuloma traumático en el vientre lingual ocasionado por dientes natales (Enfermedad de Riga-Fede).**

de la zona para confirmar la presencia del diente en su interior y descartar así otras entidades, tales como linfangioma del proceso alveolar o un épolis de células granulares. Una vez confirmado el diagnóstico de quiste de la erupción, la mejor opción terapéutica es derivar al odontopediatra para realizar una mínima incisión horizontal sobre la lesión, a fin de evacuar el contenido y permitir la erupción del diente sin mayor complicación. Posteriormente, una vez erupcionado, se recomienda eliminar cualquier borde agudo del diente para evitar que cause erosiones a otras zonas de la mucosa (lengua o labios) o a la piel del seno materno durante la alimentación.

### **Épolis congénito del recién nacido**

Otra lesión que puede detectarse sobre el proceso alveolar al momento del nacimiento es el épolis congénito de células granulares (épolis congénito del recién nacido), el cual aparece como una neoformación polipoide de base

### **Quiste de la erupción**

Una complicación muy poco común en dientes natales, pero que es muy conocida en la etapa de erupción normal de los dientes primarios y permanentes es la formación de un quiste alrededor de la corona del diente (quiste de la erupción), originando la elevación de la mucosa suprayacente por acumulación de líquido plasmático (trasudado) entre el tejido gingival y la superficie del esmalte (**Figura 5**). En caso de observarse una neoformación blanda bien localizada en alguna zona del reborde alveolar, especialmente en zona de incisivos inferiores, es importante tener en cuenta este diagnóstico y palpar o tomar una radiografía

**Figura 5.**



**Quiste de la erupción sobre incisivo central primario.**

pediculada, tamaño variable (usualmente menor a 2 cm), del mismo color a la mucosa adyacente o ligeramente más rosado (**Figura 6**). Hasta en el 10% de los casos reportados se ha presentado en forma múltiple, y de manera excepcional se han registrado casos con afección simultánea en lengua. Esta entidad es más frecuente en el proceso alveolar maxilar que en el mandibular, y la mayoría de casos se presenta en la zona correspondiente a incisivos laterales o caninos. Es interesante notar que alrededor de 90% de los casos ocurre en mujeres, lo que sugiere una influencia hormonal; sin embargo, no se han detectado receptores de estrógeno o progesterona en los casos estudiados. El épolis congénito se trata mediante escisión quirúrgica, después de lo cual no se han presentado recidivas, aun con eliminación incompleta. Algunos autores han informado que a partir del nacimiento esta lesión deja de crecer y suele disminuir su tamaño, e incluso existen reportes aislados de casos con involución completa aun sin tratamiento.

Figura 6.



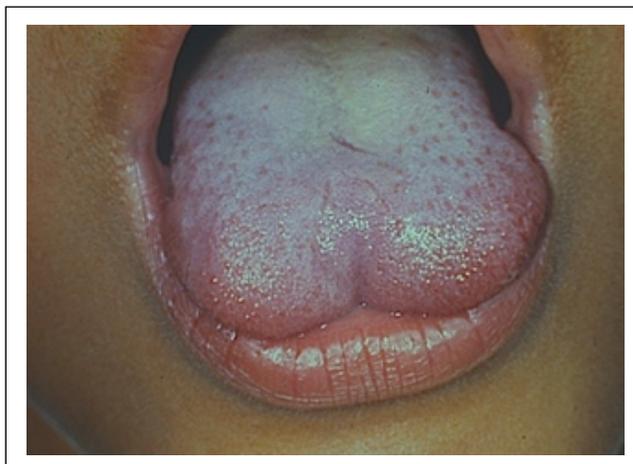
Épulis congénito del recién nacido sobre reborde alveolar inferior.

### Anquiloglosia

Finalmente es conveniente mencionar a la anquiloglosia, una alteración relativamente común en el desarrollo de la lengua que se caracteriza por la presencia de un frenillo corto, firme y engrosado que puede causar limitación en la movilidad de este órgano. Su prevalencia oscila entre 1.5% y 5% de los recién nacidos, y es mucho más frecuente en hombres en proporción de 2 a 4:1. La anquiloglosia varía en

severidad, desde casos muy leves que no producen ninguna alteración clínica evidente, hasta otros en los que se produce tal grado de acortamiento del frenillo que el cuadro clínico simula una fusión de la lengua al piso de la boca, en tanto que cuando su parte superior está insertada en la punta de la lengua se produce un aspecto de lengua bífida al protruir la (Figura 7). En otros casos la parte inferior puede ir más allá del piso de la boca y estar unido sobre la cara lingual del reborde alveolar.

Figura 7.



Anquiloglosia que ocasiona aspecto de "lengua bífida" por unión de frenillo a punta lingual.

De acuerdo con algunos estudios realizados en los Estados Unidos, la importancia de la anquiloglosia reside en que esta condición puede estar asociada a problemas para la alimentación, al no permitir la protrusión de la lengua y su adecuado posicionamiento por encima del reborde alveolar inferior durante la succión, lo que ha sido documentado en estudios que emplearon imágenes de ultrasonido en infantes con diagnóstico de anquiloglosia, los cuales mostraron un proceso de succión alterado que causa

compresión de la base o la punta del pezón, contribuyendo en cierta medida al desarrollo de dolor mamario y a favorecer la interrupción de la lactancia. Asimismo, en estudios recientes realizados en Dinamarca, la incidencia de niños de 0-17 años diagnosticados con anquiloglosia se cuadruplicó en el período 1996-2015, en tanto que en los EUA la cifra para el período 1995-2012 aumentó en 834%. Este incremento posiblemente se deba a que ahora existe una mayor atención a la evaluación de las causas asociadas

a dificultades en la lactancia, en las que se ha considerado a este trastorno del desarrollo lingual como una posible causa y no a que se hayan producido cambios en la anatomía lingual o en las características de las madres de los afectados en dichos períodos.

También se han observado casos en los que la anquiloglosia favorece el desarrollo de una mordida abierta anterior (incapacidad para ocluir las arcadas dentales), lo cual sería debido a la incapacidad de los pacientes para elevar la lengua y de este modo se altera el patrón de deglución normal que contribuye a estabilizar la oclusión dental. De igual forma se ha considerado como posible complicación el desarrollo de enfermedad periodontal en la zona de inserción del frenillo sobre la encía lingual anterior, donde la tracción causada por la lengua favorecería la recesión gingival de los incisivos centrales, especialmente en presencia de inflamación (gingivitis/periodontitis). Adicionalmente se ha considerado que el frenillo lingual corto es causa común de alteraciones en la fonación, pero en realidad la mayoría de las personas con anquiloglosia solo experimentan dificultades menores para pronunciar algunas palabras, lo cual resuelven al compensar con movimientos adecuados de la lengua; no obstante, es verdad que existen casos en los que los trastornos en la pronunciación mejoran de manera inmediata a partir de la frenilectomía. También se ha especulado, particularmente en estudios en Japón, que algunos casos de anquiloglosia pueden estar asociados a un mayor desplazamiento anterosuperior de la epiglotis y la laringe, y que ello favorecería el desarrollo de diversos grados de disnea.

La necesidad de tratar quirúrgicamente o no la anquiloglosia en la etapa neonatal es un tema que está en discusión, pero la mayoría de autores sugiere que dicho procedimiento debe reservarse para aquellos niños en los que existan claras evidencias de problemas de alimentación atribuibles al tamaño reducido del frenillo, cuya evaluación debe hacerse de manera objetiva mediante herramientas de evaluación adecuadas (por ejemplo la herramienta Hazelbaker para evaluación de la función del frenillo lingual (HATLFF) que representa un instrumento cuantitativo que evalúa el impacto negativo de la anquiloglosia

sobre la lactancia). Sin embargo, debido a que la lengua del recién nacido es normalmente pequeña, resulta difícil de evaluar y poder determinar el grado de limitación funcional causado por la anquiloglosia. Adicionalmente se ha visto que con el crecimiento adquiere mayor tamaño y movimiento, permitiendo autocorregir o por lo menos disminuir los posibles efectos de este trastorno, lo que explica el por qué la frecuencia de anquiloglosia es mucho menor en los adultos y el número de frenilectomías indicadas por las complicaciones antes mencionadas es sustancialmente menor en niños mayores de un año.

### Puntos relevantes

Un elevado porcentaje de recién nacidos presentan algún tipo de alteración de la mucosa bucal. La mayoría son variantes de la normalidad o lesiones benignas transitorias derivadas de trastornos en el desarrollo de la mucosa o de los órganos anexos a la misma (dientes, glándulas salivales, frenillos). Existen algunas entidades que requieren tratamiento, pero la mayoría no, por lo que la importancia principal de su detección reside en poder diferenciarlas de condiciones patológicas con características aparentemente similares, y de esta manera evitar tratamientos quirúrgicos o farmacológicos innecesarios en esta etapa de la vida.

### Referencias complementarias

- Pérez- Aguirre B, Soto-Barreras U, Loyola-Rodríguez JP, Reyes-Macías JF, Santos-Díaz MA, Loyola-Leyva A, et al. Oral findings and its association with prenatal and perinatal factors in newborns. *Clin Exp Pediatr*. 2018;61(9):279-284.
- Cheung JM, Putra J. Congenital Granular Cell Epulis: Classic Presentation and Its Differential Diagnosis. *Head Neck Pathol*. 2020 Mar;14(1):208-211.
- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002; 110 (5): e63.
- Ellehaug E, Schmidt Jensen J, Grønhøj C, Hjuler T. Trends of ankyloglossia and lingual frenotomy in hospital settings among children in Denmark. *Dan Med J*. 2020; 67(5):A01200051



#### Mesa Directiva 2023 - 2024

Dr. Germán E. Fajardo Dolci  
*Presidente*

Dr. Raúl Carrillo Esper  
*Vicepresidente*

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante  
*Secretaría General*

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola  
*Tesorera*

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández  
*Secretario Adjunto*

*Editor*  
Nahum Méndez Sánchez

*Diseño y Formación*  
Luis Roberto Vidal Gómez

*Impresión y Difusión*  
Germán Herrera Plata

R.04-2007-062510263000-106

Boletín  
I.C.T.  
2023  
Vol. XXXII  
No. 5