

Enfoque Integral en el Manejo Odontopediátrico de la Úlcera de Riga-Fede.

Paula García Tormo
Máster Odontopediatría Moderna



**Universidad
Europea**



Universidad Europea

Título: Enfoque Integral en el Manejo Odontológico de la Úlcera de Riga-Fede

Tipología del Proyecto: Revisión narrativa

Nombre estudiante: Paula García Tormo.

Lugar y fecha: Valencia, 29 de Junio del 2025

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 Historia de la lesión	3
1.2 Histología	4
1.3 Sintomatología.....	4
1.4 Causas principales	5
1.6 Tratamiento	9
1.7 Pronóstico	11
2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	12
2.1 Justificación.....	12
2.2 Hipótesis.....	13
3. OBJETIVOS	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS	15
4.1 Pregunta PIO	15
4.2 Criterios de elegibilidad	16
4.3 Fuentes de información y estrategia de la búsqueda.....	17
5. RESULTADOS	19
5.1 Selección de los estudios. Diagrama de Flujo.....	19
5.2 Resultados de los estudios.	21
6. DISCUSIÓN	31
7. CONCLUSIÓN	38
8. BIBLIOGRAFÍA	39

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Riga-Fede (RFD) es una condición reactiva, no infecciosa y poco común pero significativa que afecta principalmente a recién nacidos y lactantes. La causa principalmente es por trauma crónico de origen dentario. Su abordaje en odontopediatría requiere un diagnóstico temprano y un manejo clínico adecuado para evitar complicaciones en la alimentación y el desarrollo oral del niño.

Objetivos: Abordar su etiología, diagnóstico y tratamiento, así como su relación con la presencia de dientes natales o neonatales y con la anquilosis como factores predisponentes.

Material y métodos: Se llevó a cabo una extensa revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scopus para recopilar y analizar todos los casos clínicos publicados sobre la RFD.

Resultados: Se seleccionó un total de 27 casos clínicos de pacientes menores de tres años diagnosticados con RFD. Para evaluar el manejo odontológico de la lesión, se consideraron variables como el sexo, la edad de aparición, la localización de la úlcera, la presencia de dientes natales o neonatales, el tipo de tratamiento aplicado, los resultados obtenidos y las conclusiones de cada caso.

Conclusiones: El diagnóstico de la RFD es clínico, y el tratamiento se basa en eliminar el factor traumático mediante la modificación de hábitos, protección dental o extracción en casos graves. Se confirma una asociación significativa entre la presencia de dientes natales/neonatales y el desarrollo de la lesión. Aunque no se establece una relación directa con la anquilosis, su posible papel como factor predisponente abre una línea de investigación futura.

ABSTRACT

Introduction: Riga-Fede disease (RFD) is a reactive, non-infectious, and uncommon but clinically significant condition that primarily affects newborns and infants. It is mainly caused by chronic trauma of dental origin. Its management in pediatric dentistry requires early diagnosis and appropriate clinical intervention to prevent complications in feeding and oral development.

Objectives: To address the etiology, diagnosis, and treatment of RFD, as well as its relationship with the presence of natal or neonatal teeth and ankyloglossia as potential predisposing factors.

Materials and Methods: An extensive literature review was conducted using PubMed and Scopus databases to collect and analyze all published clinical cases related to RFD.

Results: A total of 27 clinical cases involving patients under the age of three diagnosed with RFD were selected. To evaluate the dental management of the lesion, variables such as patient sex, age of onset, ulcer location, presence of natal or neonatal teeth, type of treatment applied, treatment outcomes, and study conclusions were analyzed.

Conclusions: The diagnosis of RFD is clinical, and treatment focuses on eliminating the traumatic factor through habit modification, dental protection, or tooth extraction in severe cases. A significant association between the presence of natal/neonatal teeth and the development of the lesion was confirmed. Although a direct relationship with ankyloglossia has not been established, its potential role as a predisposing factor suggests a relevant hypothesis for future research.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Riga-Fede (RFD) es una condición reactiva, no infecciosa y poco común pero significativa que afecta principalmente a recién nacidos y lactantes. Históricamente, el término se ha utilizado para describir una lesión traumática que se produce en la superficie ventral de la lengua, mucosa bucal, encía o suelo de la lengua de lactantes debido al trauma mecánico repetitivo, frecuentemente asociado con dientes natales o neonatales de bordes afilados o anquiloglosia¹.

Clínicamente se manifiesta como una úlcera rojiza de bordes irregulares, acompañada de inflamación y dolor que obstaculiza la alimentación del lactante, lo que puede ocasionar irritabilidad, deshidratación, deficiencias nutricionales y retardo en el crecimiento del niño². Asimismo, constituye un riesgo para desarrollar infecciones y como secuela puede resultar una deformidad o mutilación de la lengua.³

Su diagnóstico temprano es fundamental para evitar complicaciones y establecer un tratamiento adecuado.

1.1 Historia de la lesión

La lesión fue descrita por primera vez en 1881 por Antonio Riga, un médico italiano.

Posteriormente, en 1890, Fede, considerado el fundador de la pediatría italiana, describió la histología y casos adicionales, consolidando el conocimiento sobre esta condición⁴. Por esta razón, se le conoce como "Enfermedad de Riga-Fede".

1.2 Histología

La histología de esta lesión presenta características propias de una ulceración traumática crónica.

Se observa un epitelio ulcerado o erosionado, acompañado en la lámina propia de una infiltración de células inflamatorias tanto agudas como crónicas, producto de la irritación continua. Además, en la región epitelial es notable la presencia de infiltración de eosinófilos⁵.

En los casos de mayor duración, pueden aparecer signos de reparación, como la formación de tejido de granulación que incluye fibroblastos y colágeno. Sin embargo, con traumatismos repetidos, la lesión puede evolucionar hacia una masa fibrosa aumentada de tamaño, que adquiere la apariencia de un granuloma ulcerativo con necrosis superficial².

1.3 Sintomatología

La úlcera de Riga-Fede presenta una variedad de signos y síntomas característicos, que pueden afectar tanto la mucosa oral como el estado general del lactante:

- Úlcera dolorosa: se observa una zona ulcerada de color rojizo o amarillento, generalmente en la cara ventral de la lengua, aunque también puede aparecer en la mucosa labial o bucal si el trauma es generado por dientes natales o neonatales. Los bordes de la úlcera suelen ser irregulares, con una base inflamada⁶.
- Dificultad para alimentarse: debido al dolor y la fricción constante, el bebé puede rechazar el pecho o el biberón, lo que provoca tomas cortas y poco efectivas.
- En ocasiones puede aparecer sangrado: en casos severos, la fricción repetida puede provocar pequeñas hemorragias locales.
- Irritabilidad o llanto excesivo: el malestar constante, genera un estado de inquietud en el lactante especialmente durante las tomas.

- Pérdida de peso: como consecuencia de la disminución en la ingesta de alimentos el bebé puede ver mermado su peso.
- Alteración del patrón de sueño: el dolor y la irritación pueden dificultar el sueño reparador del lactante⁴.

La evolución de los síntomas puede empeorar si no se interviene de manera temprana, aumentando el riesgo de complicaciones, como infecciones secundarias. Por ello, el reconocimiento temprano de esta sintomatología es fundamental para garantizar un tratamiento adecuado y mejorar el confort del paciente⁷.

1.4 Causas principales

La úlcera de Riga-Fede tiene un origen multifactorial, siendo el trauma mecánico repetitivo la causa principal. Las causas más relevantes son:

- Dientes natales/ neoantales
- Anquiloglosia

Dientes natales o dientes neonatales.

Los dientes natales son aquellos que están presentes al momento de nacimiento. Es decir, el bebé ya nace con uno o más dientes visibles en su boca.

Los dientes neonatales son los dientes que erupcionan durante el primer mes de vida. Aunque no están presentes al nacer, aparecen muy temprano en comparación con la erupción normal de los dientes, que suele comenzar entre los 6 y 10 meses⁸.

La incidencia se estima aproximadamente entre 1 de cada 1,000 a 3,500 nacimientos, con una mayor afectación de los incisivos inferiores (85% de los casos), mientras que los incisivos centrales superiores se encuentran en el 11% de los casos, y los dientes restantes representan el 4%⁹.

En su mayoría, estos dientes no son supernumerarios, por lo que en el 90-99% de los casos pertenecen a la dentición temporal¹⁰.

Estos dientes suelen presentar un desarrollo incompleto, con una capa de esmalte delgada y una estructura irregular o defectuosa, lo que les da un aspecto opaco. Además, frecuentemente poseen bordes afilados debido a la falta de desgaste natural, lo que puede causar irritación en los tejidos blandos⁹. Su raíz suele estar poco formada o incluso ausente, lo que los hace menos estables y con mayor tendencia a la movilidad¹¹.

El trauma que provoca estos dientes al rozar contra las superficies blandas de la boca del bebé, como la lengua o el suelo de la boca, puede causar la formación de úlceras dolorosas¹².

Anquiloglosia.

La anquiloglosia es una anomalía congénita caracterizada por la inserción corta del frenillo lingual, restringiendo la movilidad de la lengua y dificultando la capacidad del recién nacido para alimentarse¹³.

Presenta una incidencia que oscila entre el 1.7 al 5% de los recién nacidos, y de entre el 25 al 44% manifiestan dificultades para alimentarse¹⁴.

Varios autores han desarrollado diferentes clasificaciones para evaluar el grado de anquiloglosia en cada paciente.

A continuación, se presentan dos de las más utilizadas: la primera fue propuesta por Kotlow en 1999, y la segunda corresponde a la clasificación de Coryllos, publicada en 2004:

a) Clasificación de **KOTLOW**¹⁵ en función de la longitud de la "lengua libre":

Rango normal y clínicamente aceptable	Superior a 16 mm
Clase I: leve	12- 16 mm
Clase II: moderada	8 -11 mm
Clase III: severa	3-7 mm
Clase IV: completa	Menos de 3 mm

Tabla 1. Clasificación de Kotlow¹⁵.

b) Clasificación de **CORYLLOS**¹⁶ en función de la ubicación del frenillo:

Tipo I	Frenillo fino y elástico; la lengua se ancla desde la punta hasta el reborde alveolar y se encuentra en forma de corazón.
Tipo II	Frenillo fino y elástico; la lengua se ancla a 2-4 mm de la punta cerca del reborde alveolar.
Tipo III	Frenillo grueso, fibroso, no elástico; la lengua se ancla desde su parte media hasta el piso de la boca.
Tipo IV	El frenillo no se puede ver pero se palpa; tiene un anclaje submucoso fibroso y/o grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el piso de la boca.

Tabla 2. Clasificación de Coryllos¹⁶.

1.5 Diagnóstico y diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de la úlcera de Riga-Fede se basa principalmente en una combinación de evaluación clínica detallada, historia clínica y observación de características específicas de la lesión en la mucosa oral.

a) Historia Clínica

- Presencia de dientes natales / neonatales y/o anquilosis.
- Antecedentes de dificultades en la lactancia.
- Evaluación de factores anatómicos predisponentes.

b) Evaluación clínica

- Lesión ulcerada en la cara ventral de la lengua, con bordes irregulares y base eritematosa o blanquecina.
- Presencia de dientes natales o neonatales con bordes afilados o irregulares.
- Movilidad lingual reducida.
- Signos de dolor durante el examen clínico.

c) Características específicas de la lesión

- La lesión se caracteriza por la presencia de una masa exofítica ulcerada y granulomatosa uni o multifocal de aproximadamente 1 a 2 cm, de bordes indurados, en ocasiones sobreelevados y con un fondo fibrinoso. Esta misma lesión es descrita por otros autores describen como una membrana o pseudomembrana blanquecina amarillenta serosa, a consecuencia del exudado de la lesión, y que tiende al sangrado espontáneo¹⁷.

En casos necesarios, se realiza una radiografía para determinar si los dientes natales/neonatales pertenecen a la dentición primaria o temporal, o si son dientes supernumerarios.

El diagnóstico diferencial abarca tanto enfermedades infecciosas como patologías de origen neoplásico (*Tabla 3*)¹⁸.

Estas condiciones deben considerarse cuidadosamente en la evaluación clínica inicial para evitar diagnósticos erróneos o retrasos en el tratamiento.

INFECCIOSAS	Infecciones fúngicas (candidiasis ulcerosa) Tuberculosis Citomegalovirus
NEOPLÁSICAS	Linfoma Sarcoma Leucemia Mioblastoma de células granulares
OTRAS	Aftas recurrentes Enfermedad de Behçet Anemia perniciosa Quemaduras químicas Agranulocitosis

Tabla 3. Diagnósticos diferenciales¹⁸

Se recomienda realizar un seguimiento estrecho de los síntomas y la respuesta al tratamiento durante las primeras dos semanas¹⁸. Si después de este periodo no se observa una mejoría clínica significativa, es imprescindible proceder a estudios diagnósticos complementarios que permitan identificar la causa subyacente con mayor precisión.

1.6 Tratamiento

El tratamiento de la úlcera Riga-Fede tiene como objetivo principal eliminar el trauma mecánico responsable de la lesión y facilitar la cicatrización de la mucosa oral⁸.

Los criterios para la elección del tratamiento son¹⁹:

- Grado de movilidad del diente.
- Correcto diagnóstico de dientes supernumerarios o dientes de la dentición primaria.
- Severidad del traumatismo en la mucosa oral.
- Estado de salud general del bebé.
- Preferencias y comprensión de los padres tras la explicación del procedimiento.

Las opciones de manejo son:

Tratamiento conservador (no invasivo): Este tratamiento se realiza cuando los dientes no son supernumerarios (son dientes temporales) y no presentan movilidad.

En este caso, se pulen los bordes de los dientes o se aplican materiales de resina compuesta para cubrirlos y reducir el trauma²⁰.

Para facilitar la cicatrización se aplican geles de ácido hialurónico.

Tratamiento quirúrgico (invasivo): Este tipo de intervención se realiza cuando los dientes presentan movilidad excesiva y hay riesgo de aspiración.

Se procede a la extracción de los dientes natales o neonatales y con posterior aplicación de antisépticos para prevenir infecciones²¹.

Cuando se recomienda la exodoncia de los dientes natales, es necesario esperar un período de 10 días para permitir que el recién nacido sintetice vitamina K de forma natural o verificar si ha recibido esta suplementación en el hospital, ya que este factor es crucial para la adecuada formación del coágulo post-extracción, minimizando los problemas de sangrado tras la misma²¹.

Tratamiento de la anquiloglosia: Si, además, el caso se asocia con una anquiloglosia, se realiza la frenotomía o frenectomía para mejorar la movilidad de la lengua.

Ambos procedimientos están relacionados con la corrección de alteraciones del frenillo, pero presentan diferencias en su técnica y objetivo:

Frenotomía

- Es un procedimiento menos invasivo, que consiste en un corte parcial o liberación del frenillo sin su extracción completa.
- Se usa en neonatos y lactantes con anquiloglosia leve o moderada que presentan dificultades en la lactancia.
- No siempre requiere anestesia local ni suturas, y la cicatrización es rápida²².

Frenectomía

- Es la extirpación completa del frenillo lingual o labial, incluyendo su inserción en el tejido adyacente.
- Se recomienda en casos donde la anquiloglosia (lengua anclada) o la restricción del movimiento del labio afectan funciones como la succión, el habla o la higiene oral.
- Se realiza mediante bisturí, electrocirugía o láser, y generalmente requiere suturas para cerrar la herida²².

1.7 Pronóstico

El pronóstico de las úlceras de Riga-Fede es generalmente bueno, ya que la mayoría de las lesiones sanan de forma espontánea con el tiempo. Sin embargo, en el caso de complicaciones, hay que abordarlas según las necesidades específicas de cada una de ellas.

2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

2.1 Justificación

La úlcera de Riga-Fede es una lesión traumática poco frecuente pero clínicamente relevante en la población pediátrica, especialmente en lactantes. Su aparición suele estar asociada con dientes natales o neonatales, así como con condiciones anatómicas como la anquiloglosia. Esta afección puede tener un impacto significativo en la alimentación, el confort y el desarrollo del niño, siendo también una preocupación para los padres debido al dolor y las dificultades asociadas.

La justificación de este trabajo radica, por tanto, en recopilar y analizar toda la evidencia científica disponible y identificar las estrategias terapéuticas más eficaces y seguras en el manejo odontopediátrico de la úlcera de Riga-Fede. De este modo, se podría proporcionar una guía clínica para estandarizar el manejo de esta condición.

2.2 Hipótesis

El presente estudio establece como hipótesis de trabajo, si realmente el manejo clínico de la úlcera de Riga-Fede requiere un abordaje integral y personalizado, en el que la intervención temprana y la selección adecuada entre tratamientos conservadores o quirúrgicos son determinantes para su resolución efectiva y la prevención de complicaciones.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

1. Analizar de manera integral la **etiología, diagnóstico y tratamiento** de la úlcera de Riga-Fede optimizando el manejo clínico de esta condición en odontopediatría.

Objetivos específicos

2. Revisar la incidencia y relación clínica de los dientes natales y neonatales, su con el desarrollo de la úlcera de Riga-Fede.
3. Explorar la relación entre la anquiloglosia y la aparición de la úlcera de Riga-Fede debido a restricciones en el movimiento lingual.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una extensa búsqueda bibliográfica las Bases de datos PubMed y Scopus para seleccionar los estudios más relevantes.

Inicialmente, se consideró la posibilidad de realizar una revisión sistemática sobre el manejo odontológico de la úlcera de Riga-Fede. Al no encontrarse artículos que cumplieran los criterios necesarios para llevar a cabo una revisión sistemática, ya que la literatura disponible se compone principalmente de series de casos y reportes individuales, el presente trabajo se centró en la recopilación y análisis de todos los casos clínicos publicados sobre la úlcera de Riga-Fede. Se seleccionaron y examinaron los casos disponibles, evaluando los enfoques terapéuticos empleados, los resultados obtenidos y las posibles causas subyacentes en cada uno.

4.1 Pregunta PIO

En aquellos artículos que lo permitían se siguió la lista de verificación de declaraciones de elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA)²³.

Para desarrollar el proyecto se formuló la pregunta de investigación siguiendo el modelo “PICO” que se muestra en la Tabla 4:

P (paciente)	Lactantes diagnosticados con úlcera de Riga-Fede
I (intervención)	Manejo odontopediátrico mediante tratamientos conservadores o quirúrgicos.
O (resultados)	Resolución de la lesión y mejora del bienestar del paciente.

Tabla 4. Parámetros de la búsqueda bibliográfica.

Por consiguiente, la pregunta PIO sería: ¿Cuál es el manejo odontopediátrico más efectivo para la resolución de la úlcera de Riga-Fede en pacientes lactantes?

4.2 Criterios de elegibilidad

Antes de realizar la búsqueda se determinaron los siguientes criterios de inclusión:

- Tipo de Estudio: Se incluyeron estudios experimentales, como ensayos clínicos aleatorizados controlados, estudios de cohortes retrospectivos, estudios longitudinales, reportes de casos y series de casos. Se consideraron investigaciones realizadas en seres humanos, con seguimiento de cualquier duración. Se aceptaron publicaciones en inglés, español, italiano y brasileño, sin restricción de año de publicación, hasta febrero de 2025.
- Tipo de Paciente: Bebés y niños menores de 3 años diagnosticados con úlcera de Riga-Fede.
- Tipo de Intervención: Cualquier tipo de tratamiento dirigido a la úlcera de Riga-Fede, incluyendo abordajes médicos, quirúrgicos, ortopédicos (uso de protectores orales o dispositivos intraorales), terapias farmacológicas (analgésicos, antiinflamatorios, cicatrizantes), modificaciones en la lactancia o alimentación, y tratamientos alternativos.
- Tipo de Variables de Resultados: Estudios que proporcionen datos sobre la efectividad del tratamiento en la resolución de la lesión y en la reducción del dolor y mejoría en la alimentación o lactancia. Y como variables secundarias el tiempo de cicatrización y los posibles efectos adversos o complicaciones del tratamiento.

Para delimitar la selección de estudios y garantizar la relevancia de la evidencia analizada, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Tipo de Estudios No Considerados: se descartaron revisiones, metaanálisis, comentarios o cartas al editor.
- Población no relevante: estudios que incluyan pacientes adultos o niños mayores de 3 años sin referencia a casos de úlcera de Riga-Fede o pacientes con lesiones orales de distinto origen.
- Resultados no pertinentes: Estudios que no reporten datos sobre la evolución de la lesión, alivio del dolor, impacto en la alimentación o posibles complicaciones del tratamiento. Además, los estudios que no contribuyesen al logro de nuestros objetivos.
- No se impusieron restricciones según el año de publicación.

4.3 Fuentes de información y estrategia de la búsqueda.

Los estudios elegidos fueron sacados a partir de una búsqueda electrónica en las bases de datos principales: PubMed/Medline y Scopus.

Primero se realizó una búsqueda para obtener información general acerca de la úlcera de Riga Fede, su diagnóstico y sus posibles tratamientos. Con la información obtenida se elaboró la introducción y los objetivos de este trabajo.

La segunda búsqueda se enfocó en artículos relevantes para la revisión, con la intención de recopilar la información necesaria para cumplir con los objetivos planteados.

Las palabras clave utilizadas en las diferentes búsquedas fueron:

“Riga Fede disease”, “Riga Fede ulcer”, “Lingual ulceration” y “Newborn”.

Estas palabras clave se combinaron con los operadores booleanos “OR” y “AND” para lograr los mejores y más amplios resultados de búsqueda.

Inicialmente, se consideró la posibilidad de realizar una revisión sistemática sobre el manejo odontológico de la úlcera de Riga-Fede. Al no encontrarse artículos que cumplieran los criterios necesarios para llevar a cabo una revisión sistemática, ya que la literatura disponible se compone principalmente de series de casos y reportes individuales; el presente trabajo se centró en la recopilación y análisis de todos los casos clínicos publicados sobre la úlcera de Riga-Fede. Se seleccionaron y examinaron los casos disponibles, evaluando los enfoques terapéuticos empleados, los resultados obtenidos y las posibles causas subyacentes en cada uno.

5. RESULTADOS

5.1 Selección de los estudios. Diagrama de Flujo.

Tal y como se observa en el siguiente diagrama de flujo (Figura 1), el proceso de búsqueda de artículos implicó una metodología rigurosa y exhaustiva para identificar los artículos que respaldaran la investigación. Las Bases de Datos utilizadas fueron PUBMED y SCOPUS.

Tras la búsqueda en las bases de datos, se identificaron un total de 124 artículos en PubMed y 119 en Scopus, sumando un total de 243 estudios. No obstante, 27 de estos artículos estaban duplicados, por lo que se procedió a su eliminación, quedando 216 artículos únicos para su análisis inicial.

Posteriormente, tras la lectura de los títulos y resúmenes, se excluyeron 172 artículos por no ser relevantes para el tema de estudio. Además, 13 artículos fueron descartados debido a que tenían una metodología débil sin justificar sus resultados adecuadamente.

De los 31 artículos restantes, se realizó una segunda fase de cribado, en la que se excluyeron 4 estudios por no aportar información sobre el tratamiento odontológico de la úlcera de Riga-Fede y, por tanto, no ser relevantes para la presente revisión.

Finalmente, el análisis se centra en 27 casos clínicos que abordan el manejo odontológico de la RFD, permitiendo evaluar los distintos enfoques terapéuticos empleados y su efectividad.

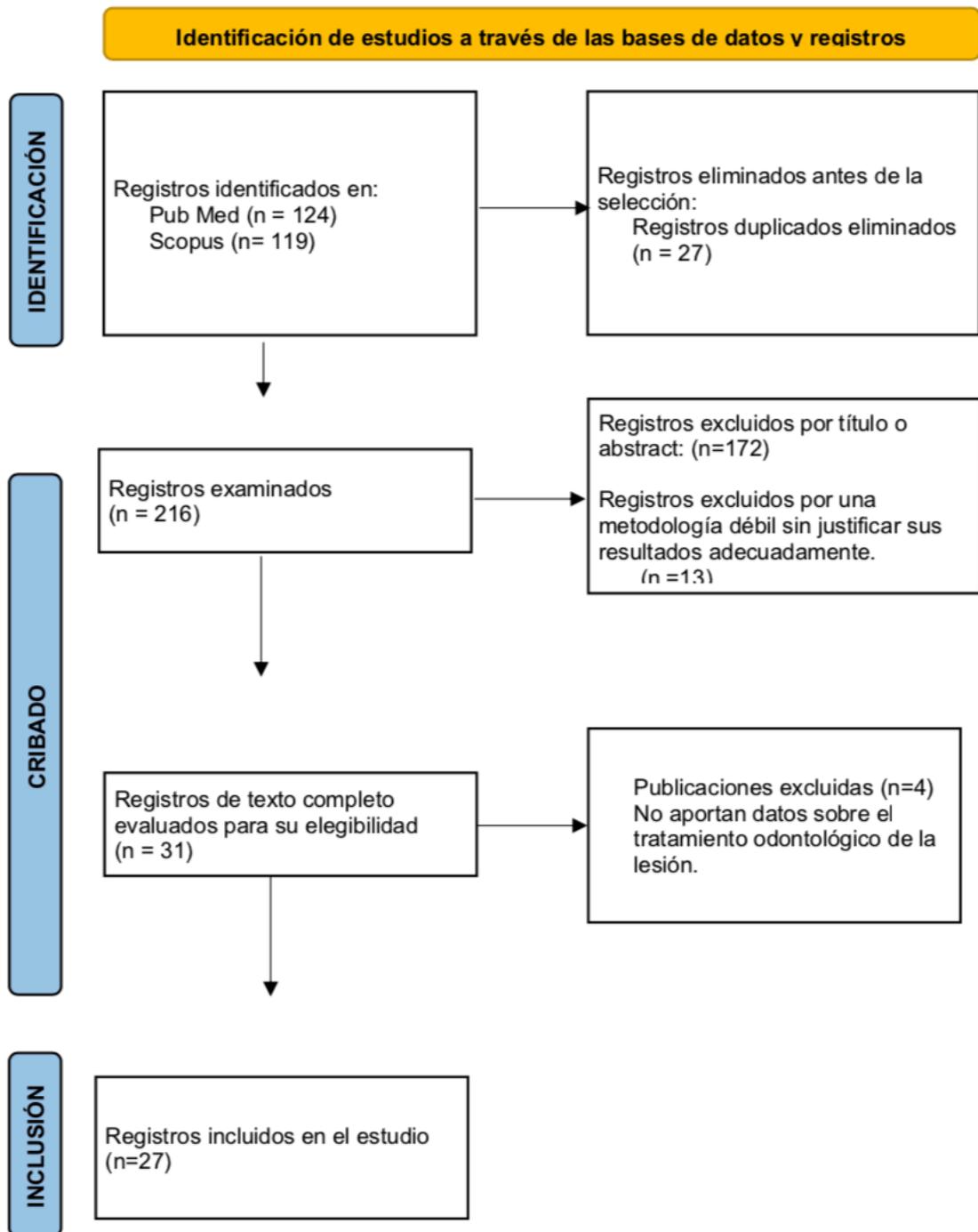


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y proceso de selección de títulos durante la revisión sistemática.

5.2 Resultados de los estudios.

Dado que los objetivos de esta revisión narrativa son analizar de manera integral la etiología, diagnóstico y tratamiento de la RFD, procedemos a examinar toda la literatura seleccionada de las bases de datos pertinentes.

La *Tabla 6* presenta una recopilación exhaustiva de los artículos seleccionados para discernir los resultados más cruciales de esta revisión. Estos 27 artículos (1, 4, 12, 18, 24-42), se destacan como los más influyentes en la búsqueda de información. No obstante, es importante remarcar que también se han considerado otros estudios que han contribuido con perspectivas adicionales y complementarias a nuestro análisis.

Todos los artículos incluidos corresponden a casos clínicos de pacientes menores de tres años diagnosticados con RFD.

Para obtener una visión clara sobre el manejo odontológico de esta lesión, los estudios seleccionados han sido analizados en función de las siguientes variables:

- Sexo del paciente
- Edad de presentación
- Localización de la lesión
- Presencia de dientes natales o neonatales
- Tipo de tratamiento aplicado
- Resultado del tratamiento
- Conclusiones del estudio.

Este enfoque permite una evaluación estructurada y comparativa de los diferentes abordajes terapéuticos descritos en la literatura.

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 1	F	8 m	Base ventral de la lengua Frenillo sublingual	2 incisivos inferiores	Historia clínica Ex. intraoral Biopsia	Ameloplastia	A los 2 días aumenta ingesta oral. Resolución completa a los 2 meses.	La RFD es una causa bien descrita de ulceración sublingual en bebés que no se asocia con maltrato ²⁴ .
Caso 2	F	10 m	Ápice lingual	2 incisivos inferiores	Historia clínica Ex. Intraoral Muestras de hisopos	Ameloplastia	Resolución a los 10 días.	La RFD se debe a un traumatismo dental y desaparece al tratar los dientes involucrados ²⁵ . La biopsia no es necesaria ²⁵ .
Caso 3	F	11 m	Región antero-superior del maxilar	2 incisivos inferiores	Historia clínica Ex. intraoral	Gel analgésico y antiinflamatorio.	Resolución a las 2 semanas.	El dx. diferencial es importante dado que la RFD suele simular muchos tumores malignos orales ²⁶ . Se debe evitar un tratamiento radical innecesario ²⁶ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 4	F	1 m	Superficie ventral de la lengua.	2 dientes natales inferiores.	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción del incisivo izquierdo (por movilidad grado II). Cemento de IV sobre el borde del incisivo derecho.	Resolución completa a los 15 días.	El diagnóstico temprano es fundamental para asegurar un tratamiento adecuado y prevenir la desnutrición y la deshidratación infantil ²⁷ .
Caso 5	F	2 m	Superficie ventral de la lengua.	2 incisivos neonatales en la región anterior mandibular.	Historia clínica Ex. Intraoral	Extracción de ambos dientes (por movilidad grado II) con anestesia local tópica.	Resolución completa a las 4 semanas.	Se recomienda la detección temprana de la RFD porque dichas lesiones pueden inducir deformidad o mutilación de la lengua, deshidratación, ingesta inadecuada de nutrientes por parte del lactante y retraso del crecimiento ²⁸ .
Caso 6	F	2 m	Superficie ventral de la lengua.	2 incisivos neonatales en la región anterior mandibular.	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción de ambos dientes (por presentar movilidad).	Resolución completa al mes.	Se tiene que eliminar el origen del traumatismo para permitir la curación de la lesión ²⁹ . Se debe realizar una biopsia escisional si la lesión persiste ²⁹ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 7	M	1 m	Superficie ventral de la lengua.	1 incisivo central mandibular natal derecho móvil, cónico y amarillento (diente supernumerario).	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción bajo anestesia general (por la severidad del dolor).	Resolución completa a los 3 meses.	El tratamiento es conservador (pulido, resina), excepto en caso de dientes supernumerarios o movilidad excesiva ³⁰ . El diagnóstico patológico solo es necesario cuando no hay curación tras el fracaso del tratamiento adecuado, para buscar otro diagnóstico ³⁰ .
Caso 8	M	6 m	Superficie ventral de la lengua.	2 dientes neonatales en la región mandibular anterior.	Historia clínica Ex. Intraoral Biopsia excisional	Biopsia excisional bajo anestesia general.	Resolución completa a los 3 meses.	La historia clínica y las características suelen ser tan típicas que rara vez se requiere un examen histopatológico adicional ⁴ . La RFD generalmente se trata únicamente con medidas conservadoras ⁴ .
Caso 9	F	12 m	Superficie ventral de la lengua.	2 incisivos centrales mandibulares.	Historia clínica Ex. intraoral	Ameloplastia Biopsia en quirófano.	Resolución completa al mes.	La falta de diagnóstico de la lesión puede provocar deshidratación, deficiencias nutricionales o una evaluación innecesaria por una aparente neoplasia erosiva ³¹ . Se recomiendan opciones de tratamiento conservador ³¹ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 10	F	11 m	En la punta de la lengua	2 incisivos centrales inferiores	Historia clínica Ex. intraoral Hisopos microbiológicos Biopsia	Después de un año de la escisión de la lesión salieron 2 úlceras más y se realizó la extracción de los incisivos inferiores.	Pequeña depresión en la punta de la lengua con resolución completa a los 10 años.	Los casos "tardíos" (seis meses de edad y mayores) ocurren con la dentición primaria, son frecuentemente habituales y pueden estar relacionados con trastornos neurológicos o del desarrollo ¹⁸ .
Caso 11	M	8 m	Superficie ventral de la lengua (hasta el frenillo)	2 incisivos centrales inferiores	Historia clínica Ex. Intraoral	Resina compuesta para alisar los bordes incisales de los incisivos inferiores. Corticosteroides en orabase para tratar síntomas.	Resolución completa a las 2 meses.	Es razonable intentar inicialmente un tratamiento conservador, i si no logra la cicatrización de las heridas, puede ser necesario optar por un tratamiento radical, como la extracción de los dientes, el tratamiento de la lesión con radioterapia o la extirpación de la lesión ³² .
Caso 12	F	2 m	Superficie ventral de la lengua	1 incisivo inferior natal con movilidad grado I	Historia clínica Ex. intraoral	Ameloplastia. Corticosteroides en orabase para tratar síntomas.	Resolución completa al mes.	Es razonable intentar inicialmente un tratamiento conservador, i si no logra la cicatrización de las heridas, puede ser necesario optar por un tratamiento radical, como la extracción de los dientes, el tratamiento de la lesión con radioterapia o la extirpación de la lesión ³² .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 13	F	1 m	Superficie ventral de la lengua	1 diente neonatal inferior con movilidad grado II.	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción con anestesia local	Herida sana a los 2 días.	La extracción es una opción viable si la pieza dental presenta movilidad o si existen complicaciones asociadas ¹² .
Caso 14	F	1 día	No había lesión aún	1 incisivo natal inferior con hipermovilidad.	Historia clínica Ex. Intraoral	Extracción quirúrgica con anestesia local con 0,1 cc de lidocaína al 1%.	El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta a su domicilio con su madre al día siguiente.	Hay que realizar la extracción quirúrgica inmediata de un diente natal hipermóvil para reducir el riesgo de aspiración o lesión alimentaria en caso de que se desprenda espontáneamente ³³ .
Caso 15	F	3 días	Superficie ventral de la lengua	2 incisivos natales inferiores con movilidad grado II.	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción de los dos dientes natales	La herida cicatrizó por completo en 14 días.	La extracción y la ameloplastia son los tratamientos más eficaces para la resolución de la enfermedad de Riga-Fede asociada a dientes natales/neonatales ¹ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 16	F	14 días	Zona sublingual cerca del diente.	1 incisivo neonatal inferior con movilidad de grado II.	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción del diente neonatal y la extirpación quirúrgica de la lesión gingival exofítica.	Resolución completa a los 10 días.	La extracción y la ameloplastia son los tratamientos más eficaces para la resolución de la RFD asociada a dientes natales/neonatales ¹ .
Caso 17	M	10 m	Frenillo lingual y la punta ventral de la lengua.	2 incisivos centrales inferiores.	Historia clínica Ex. Intraoral	Ameloplastia para eliminar los bordes afilados. Aplicaciones tópicas de acetónido de triamcinolona en emoliente.	Resolución completa a los 5 días.	El pulido dental permitió la cicatrización de la lesión y confirmó el diagnóstico de RFD, previamente tratada sin éxito con antibióticos, resaltando la importancia de un diagnóstico preciso ³⁴ .
Caso 18	M	14 m	Superficie ventral de la lengua.	1 incisivo inferior natal (con movilidad grado I).	Historia clínica Ex. intraoral Biopsia	Ameloplastia	La biopsia mostró hiperplasia papilomatosa sin signos de malignidad.	Se requiere un manejo temprano y adecuado para evitar biopsias excesivas y el impacto en la calidad de vida del niño ³⁰ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 19	M	10 m	Mucosa interna del labio inferior, frenillo lingual y superficie ventral de la lengua.	No	Historia clínica Ex. intraoral Biopsia Pruebas neurológicas	-	-	La RFD dio lugar a diagnosticar una disfunción autonómica congénita con pérdida universal del dolor ³⁵ .
Caso 20	M	11 m	Superficie ventral de la lengua.	2 incisivos centrales inferiores.	Historia clínica Ex. intraoral Pruebas neurológicas	Composite protector sobre los bordes afilados. Colutorio (clorhexidina al 0,2%). Anillo de dentición.	Resolución completa a las 3 semanas.	La ulceración traumática relacionada con la dentición es muy poco frecuente en lactantes, por lo que la falta de experiencia puede resultar en un diagnóstico fallido ³⁶ .
Caso 21	F	12 m	Superficie ventral de la lengua y frenillo lingual.	4 incisivos inferiores.	Historia clínica Ex. intraoral	Composite protector sobre los bordes afilados. Gel analgésico para facilitar la cicatrización de la herida.	Úlcera epitelizada casi por completo a los 14 días. Tras 24 horas la niña succionaba con normalidad y dormía sin molestias.	El diagnóstico precoz de este cuadro clínico es vital para evitar periodos de dolor más extensos y prolongados, así como una posible deshidratación ³⁷ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 22	M	1 m	Superficie ventral de la lengua.	1 incisivo neonatal inferior	Historia clínica Ex. Intraoral Ex. Radiográfica	Ameloplastia.	Resolución completa a los 15 días.	La presencia de dientes natales/neonatales, aunque poco común en los recién nacidos, a menudo pueden estar asociados a problemas clínicos y traumas psicológicos ³⁸ .
Caso 23	M	15 m	Borde distal anterior de la lengua.	2 incisivos centrales inferiores	Historia clínica Ex. intraoral Pruebas neurológicas Análisis sistémico	Antibióticos tópicos y sistémicos y fluconazol. Acetonido de triamcinolona en orabase durante 4 semanas.	No hubo mejoría con los antibióticos ni antifúngicos. Ulceración de la lengua completamente curada al año.	La falta de diagnóstico y tratamiento adecuados de estas lesiones puede provocar una ingesta inadecuada de alimentos, retraso del crecimiento y deformidad lingual permanente ³⁹ .
Caso 24	M	8 m	Masa en superficie ventral de la lengua y suelo de la boca.	2 incisivos centrales inferiores.	Historia clínica Ex. intraoral	Escisión quirúrgica. Aparato protector de acrílico.	Resolución completa a los 3 meses.	La recurrencia de la lesión se evita reduciendo el traumatismo dental mediante la modificación de la mecánica de alimentación, el uso de aparatos de protección o la extracción dental ⁴⁰ .

	Sexo	Edad	Localización de la lesión	Presencia de dientes natales o neonatales	Estudios	Tratamiento aplicado	Resultados	Conclusión
Caso 25	M	15 m	Masa de 1 cm en la lengua ventral superficial con ulceración.	4 incisivos inferiores.	Historia clínica Ex. Intraoral	Escisión quirúrgica. Aparato protector de acrílico.	Resolución completa a los 6 meses.	La recurrencia de la lesión se evita reduciendo el traumatismo dental mediante la modificación de la mecánica de alimentación, el uso de aparatos de protección o la extracción dental ⁴⁰ .
Caso 26	F	1 m	Borde anterior de la lengua hasta el frenillo lingual.	1 incisivo inferior natal con movilidad grado II.	Historia clínica Ex. intraoral	Extracción del diente natal bajo anestesia tópica.	Cicatrización completa de la úlcera a los 4 días.	Aunque la ulceración traumática lingual causada por un diente natal/ neonatal es poco frecuente, se debe conocer la etiología, la evolución clínica y las modalidades de tratamiento ⁴¹ .
Caso 27	F	8 m	Superficie ventral de la lengua	2 incisivos centrales inferiores.	Historia clínica Ex. Intraoral Ex. Radiográfica	Antisepsia de la úlcera con agua oxigenada y solución fisiológica. Ameloplastia.	Dientes de la dentición primaria. Resolución completa a los 15 días.	Llevar un seguimiento estomatológico durante los 1º meses de vida antes de la aparición de dientes en boca ayuda a prevenir lesiones traumáticas y otras alteraciones en cavidad oral asociadas ⁴² .

6. DISCUSIÓN

Las lesiones mucosas de la cavidad oral son frecuentes en niños. Sin embargo, la aparición repentina de mucosa ulcerada/hiperplásica en la lengua o el suelo de la boca de un niño lactante o con retraso del desarrollo debe alertar al personal sanitario sobre la enfermedad de Riga-Fede⁴⁰.

La RFD es una lesión ulcerativa crónica y traumática, de aparición infrecuente pero con implicaciones clínicas significativas en el ámbito odontopediátrico. La relación de esta lesión con la presencia de dientes natales o neonatales y, en menor proporción, con trastornos neurológicos que generan movimientos linguales repetitivos y resalta la necesidad de una evaluación clínica exhaustiva y multidisciplinar. Aunque inicialmente se presenta como una ulceración benigna, su evolución puede dar lugar a una masa hiperplásica, dolorosa o con sangrado, que en algunos casos puede imitar clínicamente una neoplasia maligna⁴.

A través de la revisión de los casos clínicos publicados en las principales bases de datos científicas, se ha logrado identificar patrones comunes en cuanto a la localización, el contexto etiológico (como la erupción precoz de dientes natales o neonatales, o ciertas condiciones neurológicas), así como los enfoques diagnósticos y terapéuticos aplicados. Esta recopilación sistemática permite no solo establecer un marco clínico más claro para su identificación temprana, sino también orientar al profesional odontopediátrico hacia una toma de decisiones más eficaz y basada en la evidencia. Con el propósito de responder al objetivo principal de esta revisión encontramos un total de 27 casos clínicos.

En cuanto a la epidemiología y etiología de la RFD, Costacurta M³⁸ señala que, aunque no se ha observado una predilección por género, algunos estudios apuntan a una ligera prevalencia en mujeres.

Diversos autores coinciden en destacar una mayor incidencia en lactantes durante los primeros meses de vida, especialmente en aquellos que presentan dientes natales o neonatales. En este contexto, Bafna Y³⁷ y Nguyen CG⁴⁰

proponen una clasificación etiológica que distingue entre casos «tempranos» y «tardíos». Los casos «tempranos», que ocurren antes de los seis meses de edad, se asocian a dientes natales o neonatales, los cuales suelen presentar esmalte hipoplásico y raíces inmaduras, lo que favorece su movilidad. Por otro lado, los casos «tardíos» tienen lugar a partir de los seis meses de edad, en el marco de la erupción de la dentición primaria.

La úlcera de Riga-Fede, aunque inicialmente considerada una lesión benigna de origen traumático, ha demostrado tener una estrecha asociación con una amplia variedad de patologías sistémicas y trastornos del neurodesarrollo.

Los autores J. Marie²⁵, Choi SC³² y Ceyhan AM³⁹ destacan la necesidad de un examen neurológico cuidadoso ante su diagnóstico, ya que puede ser el primer signo clínico de enfermedades como el síndrome de Lesch-Nyhan, el síndrome de Gilles de la Tourette, la microcefalia o incluso la insensibilidad congénita al dolor.

En la misma línea, Volvato²⁷ sugiere que la etiología de la RFD puede estar vinculada no solo a factores mecánicos, sino también a condiciones como infecciones, deficiencias nutricionales, fiebre, trastornos endocrinos o alteraciones en el desarrollo de los gérmenes dentales. Graillon³⁰ advierte que la RFD puede formar parte de trastornos neurológicos graves, especialmente cuando se presentan úlceras extensas y asintomáticas.

Finalmente, Nguyen CG⁴⁰ pone énfasis en el riesgo elevado que presentan los niños con trastornos del neurodesarrollo, como el síndrome de Down o la parálisis cerebral, de desarrollar RFD debido a hábitos repetitivos como la protrusión lingual o la succión continua.

Todo ello pone de manifiesto la importancia de una evaluación multidisciplinar ante la presencia de esta lesión, más allá de su aparente origen traumático.

En relación con las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de la úlcera de Riga-Fede, la mayoría de los casos revisados coinciden en que la localización más habitual de la lesión es la cara ventral y/o el ápice de la lengua. No obstante, en

algunos casos concretos como los reportados en los estudios de Lee JJ²⁴, Baghdadi ZD³⁴, Zaenglein AL³⁵ y Malhotra⁴¹ se observa una extensión de la lesión que alcanza incluso el frenillo lingual. Asimismo, en el caso descrito por Çavuş Ş²⁶, la úlcera se localiza de forma atípica en la región anterosuperior del maxilar.

En cuanto al aspecto clínico de la RFD, los diferentes autores coinciden en describirla como una lesión ulcerada, de bordes bien definidos e indurados, generalmente recubierta por una pseudomembrana de color blanquecino.

Para confirmar el diagnóstico, algunos autores como Van der Meij EH⁴, Eley A¹⁸ y Yacovone L³¹ optaron por realizar una biopsia escisional. En estos casos, el análisis histopatológico reveló la presencia de paraqueratosis, ulceración con tejido de granulación e inflamación aguda, observándose una mejoría clínica casi inmediata tras la intervención⁴. Sin embargo, otros autores como Dunlop²⁹, Graillon N³⁰ y Choi SC³² decidieron no realizar biopsia, argumentando que la edad del paciente, la localización característica de la lesión y la presentación clínica eran suficientes para establecer el diagnóstico. Del mismo modo, Graillon³⁰ sostiene que la biopsia solo resulta necesaria en casos en los que no se observa mejoría tras un tratamiento adecuado, con el objetivo de descartar otras posibles etiologías.

También resulta pertinente analizar el papel del desarrollo dentario en la etiopatogenia de la RFD. El autor Rao y Mathad¹ a señalado que la erupción de los dientes natales o neonatales, puede estar directamente relacionada con la aparición de esta lesión traumática. Sin embargo, el mantenimiento de los dientes natales y neonatales en la arcada dentaria sigue siendo el objetivo principal, ya que la pérdida prematura de estos dientes, que en el 90-99 % de los casos pertenecen a la serie temporal, puede provocar una pérdida de espacio como resultado de un desarrollo alterado de las arcadas y, por lo tanto, predisponer a la maloclusión¹.

Un aspecto crucial destacado de forma recurrente en la literatura revisada es la importancia de realizar un diagnóstico diferencial preciso. Tal como señala Şule Çavus²⁶, la úlcera de Riga-Fede puede confundirse fácilmente con una variedad de lesiones, tanto benignas como malignas como candidiasis ulcerativa, infecciones fúngicas y bacterianas, sífilis primaria, tuberculosis, linfoma, sarcoma y agranulocitosis debido a la similitud en sus características clínicas y microscópicas²⁶.

En esta línea, resulta relevante el caso descrito por Jonathan J. Lee⁴², quien enfatiza la necesidad de conocer la RFD en el ámbito pediátrico, ya que la presencia de lesiones sublinguales en lactantes no ambulatorios puede ser indicativa de abuso infantil. En particular, las lesiones en el frenillo lingual de bebés están fuertemente asociadas con casos de maltrato infantil⁴².

Por otro lado, en varios casos clínicos se observa que los pacientes fueron tratados inicialmente con antibióticos, lo cual refleja la confusión diagnóstica inicial. En el caso de J. Marie²⁵, se sospechó inicialmente que la lesión lingual era secundaria a una neumonía bacteriana intercurrente, por lo que se instauró un tratamiento antibiótico dirigido al neumococo. No obstante, pese a la resolución de la infección respiratoria, la úlcera persistió durante semanas, lo que permitió establecer finalmente el diagnóstico de úlcera de Riga-Fede²⁵. En el caso descrito por Baghdadi ZD³⁴, un niño de 10 meses fue derivado por un otorrinolaringólogo debido a una lesión inflamatoria lingual que no respondió a la penicilina³⁴. Del mismo modo, Ceyhan AM³⁹ trató a su paciente con antibióticos tópicos y sistémicos, así como fluconazol, sin observarse mejoría clínica. En un primer momento se atribuyó la lesión a infecciones bacterianas o candidiásicas, y en el diagnóstico diferencial se valoraron también el chancro sífilítico primario y la tuberculosis, aunque las pruebas serológicas para sífilis resultaron negativas³⁹.

El abordaje terapéutico descrito en los distintos casos clínicos varía en función de la causa subyacente y de la severidad de la lesión. En aquellos cuadros asociados a la presencia de dientes natales o neonatales, el enfoque está

estrechamente ligado al grado de movilidad que estos dientes presenten. En este sentido, Brummund D expone la **clasificación de Hebling**³³, en la que se categoriza la erupción y estabilidad de los dientes natales de la siguiente manera:

- **Clase 1:** diente natal con la corona completamente erupcionada, móvil, escasamente fijado a la encía y sin raíz.
- **Clase 2:** diente natal con la corona completamente erupcionada, fijado al alvéolo, con una raíz corta.
- **Clase 3:** sólo el borde incisivo del diente ha atravesado la encía.
- **Clase 4:** diente aún no erupcionado, con presencia de edema en la encía suprayacente.

Complementariamente, autores como Volpato²⁷, Iandolo A¹ y Choi SC³² proponen clasificar el **grado de movilidad dental** para orientar el tratamiento más adecuado. Esta clasificación incluye:

- **Grado 0:** sin movilidad aparente (movimiento fisiológico normal).
- **Grado I:** movilidad leve, inferior a 1 mm en sentido horizontal.
- **Grado II:** movilidad moderada, superior a 1 mm en sentido horizontal, sin desplazamiento vertical.
- **Grado III:** movilidad severa, con desplazamiento horizontal mayor a 1 mm y movimiento vertical (el diente puede ascender o descender dentro del alveolo).

En base a estas clasificaciones, se considera indicada la extracción de dientes natales o neonatales que correspondan a **clase 1 o 2** según Hebling, o que presenten **grado I o II** de movilidad, debido al riesgo potencial de aspiración que conllevan.

En cuanto al procedimiento de extracción, se ha documentado que en dos de los casos se utilizó anestesia local mediante la administración de 0,1 cc de lidocaína al 1%^{12, 33}. En el caso 16, sin embargo, la extracción se realizó tras la aplicación tópica de gel de lidocaína al 2%¹.

Como bien explican Rahul M³⁸ y Şule Çavuş²⁶, en contextos donde la extracción dental está indicada, se recomienda esperar hasta que el recién nacido tenga al menos 10 días de vida³⁸. Esto se debe a que, al nacer, el neonato no produce vitamina K de forma autónoma, y dicho período permite el establecimiento de una flora intestinal comensal capaz de sintetizarla. La vitamina K es esencial para la síntesis de protrombina en el hígado y para una adecuada coagulación sanguínea²⁶.

En aquellos casos en los que los dientes no presentaban movilidad o pertenecían a la dentición temporal, el tratamiento empleado fue la esmaltoplastia, técnica que consiste en una ligera modificación del esmalte dental para suavizar los bordes cortantes y prevenir nuevos traumatismos²⁴. En el caso clínico descrito por Volpato²⁷, se optó por añadir una pequeña cantidad de cemento de ionómero de vidrio para recubrir el borde incisal del diente afectado y así favorecer la cicatrización de la lesión lingual²⁷. De forma similar, en el caso de Choi SC³² utilizó resina compuesta para alisar los bordes de los incisivos inferiores³².

Por otro lado, Baghdadi ZD³⁴ propuso el uso de corticoesteroides tópicos como el Acetónido de Triamcinolona en orabase, con el fin de acelerar la cicatrización de la úlcera y proporcionar una barrera protectora que contribuya a disminuir temporalmente el dolor asociado³⁴.

Finalmente, independientemente del tipo de tratamiento empleado, ya sea conservador mediante esmaltoplastia, protección con materiales restauradores o extracción dental en casos de alta movilidad, los resultados clínicos reportados en la literatura muestran una evolución favorable. En todos los casos revisados, se observa una mejora progresiva de la lesión a partir de los primeros 4 días posteriores a la intervención. Esta evolución clínica positiva culmina con una resolución completa de la úlcera en un periodo que varía entre los 15 días y un mes desde el inicio del tratamiento.

Este patrón de recuperación confirma que, una vez eliminado el agente traumático y siempre que se realice un seguimiento adecuado, la mucosa oral

en los lactantes presenta una excelente capacidad de cicatrización. Por tanto, el pronóstico de la úlcera de Riga-Fede es generalmente muy bueno, lo que refuerza la importancia de una detección precoz, un diagnóstico certero y una intervención oportuna y adaptada a cada caso particular.

7. CONCLUSIÓN

1. La etiología de la RFD es principalmente traumática producido por el contacto directo de la lengua con los bordes incisales de los dientes natales/neonatales o de leche. El diagnóstico es principalmente clínico, basado en la localización característica de la lesión, su aspecto ulcerado y la historia médica del paciente. En cuanto a su tratamiento, se recomienda eliminar el agente traumático mediante la modificación de hábitos, la protección de los dientes implicados o, en casos más severos, la extracción de los dientes causantes.

2. Existe una clara asociación entre la presencia de dientes natales y neonatales y el desarrollo de la úlcera de Riga-Fede, siendo especialmente relevante el grado de erupción y movilidad del diente como factores predisponentes.

3. Aunque en la literatura revisada no se aborda la posible relación entre la anquiloglosia y la úlcera de Riga-Fede, se considera necesaria la realización de más estudios que analicen esta conexión ya que la restricción del movimiento lingual, característica de la anquiloglosia, podría ser un factor desencadenante en la aparición de esta lesión.

8. IBLIOGRAFÍA

1. Iandolo A, Amato A, Sangiovanni G, Argentino S, Pisano M. Riga-Fede disease: A systematic review and report of two cases. *Eur J Paediatr Dent*. 2021 Dec;22(4):323-331.
2. Munayco ER, Torres G, Huapaya O, Chein SA. Tratamiento odontológico de un paciente con enfermedad de Riga-Fede. Reporte de caso clínico. *Odontol Sanmarquina*. 2018; 21 (3): 223- 228.
3. Landa C, Gómez FJ. Dientes natales asociados con enfermedad de Riga-Fede. Actualización literaria a propósito de un caso. *Revista ADM*. 2018; 75 (5): 290- 294.
4. Van der Meij EH, de Vries TW, Eggink HF, de Visscher JG. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr*. 2012 May 23;38:20.
5. McDaniel RK, Marano PD. Reparative lesion of the tongue. *Oral Surg* 45: 266-272, 1978.
6. Slayton RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Pediatr Dent*. 2000 Sep-Oct;22(5):413-4.
7. Wright JM, Rankin Ky, Wilson SW. Traumatic granuloma of the tongue. *Head Neck Surg* 5: 363-366, 1983.
8. King, N.M.; Lee, A.M. Prematurely Erupted Teeth in Newborn Infants. *J. Pediatr*. 1989, 114, 807–809.
9. Mhaske S et al. Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. *ISRN Pediatr* 2013 Aug 18; 2013: 956269.
10. Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol* 2009 Jan;13(1):41-6.
11. Leung AKC, Robson WLM. Natal teeth: a review. *J Natl Med Assoc*. 2006; 98(2):226–8.

12. Jamani, N.A., Ardini, Y.D. & Harun, N.A. Neonatal tooth with Riga-Fide disease affecting breastfeeding: a case report. *Int Breastfeed J* **13**, 35 (2018).
13. Hillan R. Division of tongue tie: wicked and barbaric? *Pract Midwife*. 2008; 11: 22-5.
14. Messner AH, Lalakea L, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankylo- glossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 126: 36-9.
15. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 1999; 30: 259-262.
16. Coryllos E, Genna C, Salloum A. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *Breastfeeding: Best for Mother and Baby newsletter*. American Academy of Pediatrics Summer 2004;1-6.
17. Angulo-Espinoza MA, De la Teja-Ángeles E, Duran- Gutiérrez A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. *Acta Pediatr Mex*. 2013; 34 (4): 196-204.
18. Karen A Eley, Pauline A Watt-Smith, Stephen R Watt-Smith, Deformity of the tongue in an infant: Riga-Fede disease, *Paediatrics & Child Health*. 2010; 581–582,
19. Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. *BMJ Case Rep*. 2013; 31-3.
20. Cunha RF, Boer FAC, Toriani DD, et al. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 201;23: 158-162.
21. Shivpuri A, Mitra R, Saxena V, Shivpuri A. Natal and neonatal teeth: Clinically relevant findings in a retrospective analysis. *Med J Armed Forces India*. 2021 Apr;77(2):154-157.
22. Tratamiento del frenillo aberrante, frenectomía y frenotomía (2017). *Revista Nacional De Odontología*, 14(26).
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Plos Med*. 2021; 18(3): e1003583.

24. Lee JJ, Sarangam M, Feldman KW, Tieder JS. Riga-Fede Disease: A Case of Sublingual Trauma Not Associated With Abuse. *Pediatr Emerg Care*. 2021 Dec 1;37(12): e1735-e1737.
25. J. Marie, J.-C. Fricain, F. Boralevi. Maladie de Riga-Fede Riga-Fede disease. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2012 Aug-Sept 139: 546-549.
26. Çavuş Ş, Özmen B. Riga-Fede disease in the upper jaw in an infant. *Dermatologic Therapy*. 2017; 30: e12517.
27. Volpato, Luiz Evaristo Ricci, Simões, Cintia Aparecida Damo, Simões, Flávio, Nespolo, Priscila Alves, Borges, Álvaro Henrique, Riga-Fede Disease Associated with Natal Teeth: Two Different Approaches in the Same Case, *Case Reports in Dentistry*, 2015, 234961, 4.
28. Costacurta M, Maturo P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. *Oral Implantol (Rome)*. 2012 Jan;5(1):26-30.
29. Dunlop, Rachel et al. Riga-Fede Disease: A Case Report. *Journal of Pediatric Health Care*, Volume 27, Issue 2, 155 – 157
30. N. Graillon, N. Dumont, L. Guyot. Maladie de Riga-Fede: ulcération traumatique de la langue chez un nourrisson. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*. Apr 2013; 114:113-115
31. Yacovone L, Roberson D, Ng MW. Riga-Fede disease: a rare sublingual traumatic ulcerative lesion in a child. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012 Feb;146(2):333-4.
32. Choi SC, Park JH, Choi YC, Kim GT. Sublingual traumatic ulceration (a Riga-Fede disease): report of two cases. *Dent Traumatol*. 2009 Jun;25(3):e48-50.
33. Brummund D, Chang A, Michienzi J. Pedunculated Natal Tooth: A Case Report. *Cureus*. 2022 Jun 16;14(6):e25992.
34. Baghdadi ZD. Riga-Fede disease: report of a case and review. *J Clin Pediatr Dent*. 2001 Spring;25(3):209-13.

35. Zaenglein AL, Chang MW, Meehan SA, Axelrod FB, Orlow SJ. Extensive Riga-Fede disease of the lip and tongue. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Sep;47(3):445-7.
36. Baroni A, Capristo C, Rossiello L, Faccenda F, Satriano RA. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Int J Dermatol*. 2006 Sep;45(9):1096-7.
37. Bafna Y, Khandelwal V, Bafna M, Nayak PA. Management of sublingual ulceration in a 12-month-old child. *BMJ Case Rep*. 2013 Aug 23;2013: bcr2013200356.
38. Rahul M, Kapur a, Goyal a. *BMJ Case Rep* published online First: 2018 Jul 6;2018: bcr2018225288.
39. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. *Clin Exp Dermatol*. 2009 Mar;34(2):186-8.
40. Nguyen CG, Wikner EE, Gallagher TQ, Birsch LA, Darrow DH. Diagnosis and Management of Riga-Fede Disease: A Case Series. *Laryngoscope*. 2024 Nov;134(11):4803-4805.
41. Malhotra, Yagyeshwar & Malhotra, Parul. Sublingual Tongue Deformity in Infants: *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 3 (2010) 71–75.
42. Tenorio-Rojas TA, Campos-Jaimes LP, Rayón-Buendía R. Manejo odontopediátrico de úlcera de Riga-Fede en un paciente lactante mayor: reporte de caso. *Arch Inv Mat Inf*. 2023;14(2):83-88.

