

Tipo de trabajo: Caso Clínico

Úlcera de RIGA FEDE en paciente institucionalizado con parálisis cerebral: reporte de caso clínico con abordaje interdisciplinar

Autores: Strubing, Bianca; Sánchez Nicolai, Mariquena y De la Serna, Agustina.

Residencia de Odontopediatría. Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra".

RESUMEN

El presente caso clínico expone una lesión conocida como Úlcera de Riga Fede, ulceración traumática que ocurre en la ¹ superficie ventral de la lengua, mucosa bucal, encía o piso de la boca en recién nacidos con dientes natales o neonatales según la clasificación de Massler y Savara y en infantes durante la erupción de incisivos inferiores temporarios.

La lesión fue observada en una paciente de sexo femenino, que llamaremos "M" de 15 meses de edad, con encefalopatía epiléptica, parálisis cerebral mixta a predominio espástico, atendida en el Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra". El objetivo de este trabajo es describir, desde la Unidad de Residencia en Odontopediatría, las características clínicas de la úlcera de Riga-Fede y el abordaje interdisciplinario realizado para su tratamiento.

Palabras clave: Úlcera de Riga-Fede - lengua - traumatismo-interdisciplina.

Descriptor: ULCERAS BUCALES - GRUPO DE ATENCION AL PACIENTE - ENFERMEDADES DE LA LENGUA - ENCEFALOPATIAS - INFORMES DE CASOS.

Cómo citar:

Strubing, B; Sánchez Nicolai, M y De la Serna, A (2026). Úlcera de RIGA FEDE en paciente institucionalizado con parálisis cerebral: reporte de caso clínico con abordaje interdisciplinar. Sbarra Científica, 8 (13). Disponible en: [Citado: fecha].

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Riga-Fede es una patología reactiva no infecciosa de la mucosa que se produce como resultado del traumatismo repetitivo de la lengua contra los dientes primarios anteriores durante los movimientos de protrusión y retrusión¹, como se observa en la figura 1.

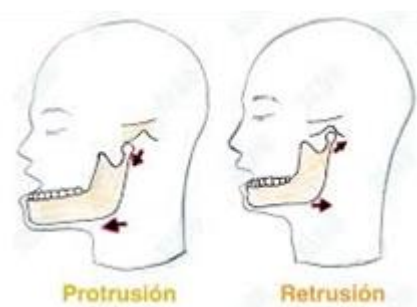


Figura 1. Movimiento de protrusión y retrusión

La prevalencia de aparición de estas lesiones está asociada en un 6 a 10% a los dientes natales o neonatales. Los dientes natales aparecen desde el nacimiento y los neonatales, durante los primeros treinta días, según la clasificación de Massler y Savara. Además, esta ulceración puede aparecer en lactantes en los que el trauma crónico de los incisivos temporales, durante el amamantamiento y el proceso instintivo de succión, origina una masa exofítica ulcerada y granulomatosa cubierta por una pseudomembrana amarillenta².

Clínicamente, en estadios iniciales, aparece como una úlcera localizada en la lengua (60% de las lesiones), aunque también aparece en otras áreas como labio, paladar, encía, mucosa vestibular y piso de la boca. Ambos sexos son igualmente afectados. El trauma constante puede provocar una ulceración lo suficientemente grande como para interferir en la adecuada succión y alimentación, lo que provocaría un riesgo de deficiencias nutricionales, deshidratación e infecciones².

Las úlceras en la lengua pueden tener otras etiologías que ³ incluyen alergias, infecciones bacterianas, trastornos inmunológicos y condiciones metastásicas. A la úlcera de Riga-Fede, por su componente traumático, también se le atribuye una etiología neurológica y/o sindrómica donde los pacientes presentan un desorden mental y conductas autolesivas que pueden producir injurias en la mucosa oral; en esta categoría se encuentran el síndrome de Riley-Day, síndrome de Lesch-Nyhan, parálisis cerebral, síndrome neurohematológico, enfermedad de Gaucher, disfunción autonómica congénita, microcefalia y síndrome de Tourette².

La parálisis cerebral infantil (PCI) implica un desorden motor persistente, debido a una interferencia no progresiva con el desarrollo del cerebro, que ocurre antes de la formación total del sistema nervioso central³.

La PCI es una patología que afecta a 2 de cada 1000 niños nacidos vivos. Hoy en día se considera la causa más frecuente de discapacidad física en los niños. En Latinoamérica debido a la alta presencia de factores de riesgo como la prematurez, bajo peso, desnutrición materno infantil y escaso control del embarazo, las cifras se elevan hasta 3 casos por cada 1000 nacidos vivos.

Las manifestaciones clínicas que pueden presentar estos pacientes son:

- Retraso mental 60%.
- Crisis convulsivas 50%.
- Déficit sensorial 35%, trastorno del habla y contracturas articulares.

Los niños con PCI manifiestan rigidez muscular, movimientos involuntarios, temblores, falla de coordinación de los movimientos voluntarios o una combinación de las anteriores. Existen cuatro categorías de parálisis cerebral según el tipo⁴ de perturbación en el movimiento, que es la espástica, discinética, atáxica y formas combinadas³.

En cuanto los hallazgos dentales no existen anomalías intraorales exclusivas de pacientes con parálisis cerebral. Sin embargo, varias patologías orales son más frecuentes como enfermedad periodontal, caries por la mala higiene y al régimen alimenticio, hipoplasia del esmalte, mordida abierta, mala oclusiones, bruxismo, respiración bucal, disfagia, sialorrea, entre otros; asimismo se pueden manifestar además lesiones auto infligidas debidas a espasmos orofaciales las cuales pueden presentarse durante crisis convulsivas o por ansiedad³.

Autores como Saemundsson afirman que los porcentajes de pacientes discapacitados que presentan autolesiones se encuentran entre el 7.7% y 22.8%. Schroeder los ubica entre

el 5% y 17%. Estas conductas se asocian directamente al grado de retraso mental que suelen tener estos pacientes³.

La lesión autoinfligida puede causar la destrucción parcial o total de los tejidos bucales y peribucales. Las lesiones principales en la cavidad bucal son el traumatismo en la lengua y en los labios³.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir a través de un caso clínico las características clínicas de la úlcera de Riga-Fede y el abordaje interdisciplinario realizado para su tratamiento en el Hospital Noel H. Sbarra.

Objetivos de las Prácticas:

- Destacar la importancia del abordaje interdisciplinario en el diagnóstico y tratamiento oportunos de las lesiones bucales en pacientes pediátricos, ejemplificado⁵ a través del análisis de la úlcera de Riga-Fede en una paciente institucionalizada.
- Describir la relevancia del conocimiento y reconocimiento temprano de la Úlcera de Riga Fede para establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

DESARROLLO

En 1881, el médico militar italiano Antonio Riga de la Universidad de Nápoles, describió una lesión ulcerativa en el vientre lingual relacionada con traumatismo crónico por los órganos dentales de erupción atípica prematura. No fue hasta

el año de 1890 que Francesco Saverio Fede, padre de la Pediatría italiana, realizó la primera publicación de la entidad patológica, razón por la cual es catalogada como enfermedad de Riga-Fede⁴.

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 eosinófilos.

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 apariencia⁶ de un granuloma ulcerativo con necrosis superficial¹.

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.

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, la fricción constante provoca pequeñas hemorragias locales.

Irritabilidad o llanto excesivo, el malestar constante genera un estado de inquietud, tensión en el lactante.

Pérdida de peso, como consecuencia de la disminución en la ingesta.

Alteración del patrón de sueño.

La evolución de los síntomas puede empeorar si no se interviene de manera temprana, aumentando el riesgo de complicaciones, como infecciones secundarias¹.

Causas principales

Tiene un origen multifactorial, siendo el trauma mecánico repetitivo la causa principal. Las causas más relevantes son los dientes natales/ neonatales. Están presentes al momento de nacimiento (natales), o al mes de nacido (neonatales). 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 ⁷ los dientes restantes representan el 4%. Suelen presentar un desarrollo incompleto y frecuentemente poseen bordes afilados debido a la falta de desgaste natural, lo que causa la irritación en los tejidos blandos. Su raíz suele estar poco formada o incluso ausente, lo que los hace menos estables y con mayor tendencia a la movilidad, exfoliación y posterior aspiración.

Anquiloglosia

Es una alteración congénita caracterizada por un frenillo lingual corto, grueso o fibroso que limita los movimientos de la lengua. Esta condición puede interferir con funciones orales como la succión, la deglución, la masticación, el habla, la lactancia materna. 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 alimentarse. Puede constituir un factor predisponente para el desarrollo de la úlcera de Riga-Fede, ya que la limitación de los movimientos linguales favorece el contacto repetitivo y traumático de la lengua contra los dientes inferiores.

Incisivos temporarios inferiores: son las primeras piezas dentarias en erupcionar durante la dentición primaria, generalmente entre los 6 y 10 meses de edad. Su posición y borde incisal pueden favorecer el contacto traumático repetido con la superficie ventral de la lengua durante los movimientos linguales¹.

Neurológica - Sindrónica

La úlcera de Riga-Fede, por su componente traumático, también se le atribuye una etiología neurológica y/o sindrónica donde los pacientes presentan un desorden mental y conductas autolesivas que pueden producir injurias en la mucosa oral; en esta categoría se encuentran el síndrome de Riley-Day,⁸ síndrome de Lesch-Nyhan, parálisis cerebral, síndrome neurohematológico, enfermedad de Gaucher, disfunción autonómica congénita, microcefalia y síndrome de Tourette⁵.

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÍSTICO 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. Una vez que el clínico está familiarizado con el diagnóstico de la lesión, la anamnesis y las características clínicas suelen ser tan típicas que rara vez es necesario realizar estudios histopatológicos.

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, con una membrana o pseudomembrana blanquecina amarillenta serosa, a consecuencia del exudado de la lesión, tiende al sangrado espontáneo⁵.

El diagnóstico diferencial incluye diversas lesiones infecciosas, neoplásicas, entre otras, de lengua y mucosa oral en lactantes y pacientes pediátricos. Las principales entidades a considerar son:

Neoplasias locales:

- Tumor de células granulares
- Miofibroma
- Sarcoma
- Linfoma extraganglionar

Infecciones:

- Sífilis congénita
- Tuberculosis

Trastornos hematológicos:

- Agranulocitosis

Lesiones traumáticas

- Mecánicas (donde se encuentra la enfermedad de Riga-Fede)
- Eléctricas
- Químicas

Tratamiento

Se han descrito varios tratamientos para la enfermedad de Riga-Fede, todos ellos orientados a eliminar la fuente de trauma para permitir que se produzca la cicatrización de la

mucosa lingual. El tratamiento debe iniciarse preferentemente con medidas conservadoras, como el alisado de los bordes incisales o la cobertura de los bordes incisales filosos con resina compuesta (composite). Si los métodos conservadores no logran resolver la lesión, el tratamiento de elección será la extracción de las piezas dentarias.

Los criterios para la elección del tratamiento son:

- Grado de movilidad de las piezas dentarias.
- Correcto diagnóstico entre dientes neonatales/natales o dientes de la dentición primaria.
- Severidad del traumatismo en la mucosa oral.
- Estado de salud general del paciente.
- Persistencia de fiebre.
- Preferencias y comprensión de los padres tras la explicación del procedimiento.

Tratamientos conservadores

10

Este tratamiento se realiza cuando los dientes no son neonatales o natales (sino temporarios) y no presentan movilidad, y consecuente aspiración. En este caso, se realiza un pulido de los bordes de las piezas dentarias que están provocando el trauma con aparato rotatorio (turbina/micromotor), se aplican materiales de resina compuesta para cubrirlos o se realizan pequeñas placas de acrílico.

Tratamiento no conservador

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, con posterior aplicación de antisépticos para prevenir infecciones.

Si el pediátrico presentara anquiloglosia, se realiza la frenotomía (consiste en un corte parcial o liberación del frenillo) o frenectomía (extirpación completa del frenillo lingual) para mejorar la movilidad de la lengua. Se realiza mediante bisturí, electrocirugía o láser, y puede requerir o no suturas para cerrar la herida.

Post tratamiento

Se indica higiene en lesión y zona de exodoncias con gasa embebida en clorhexidina 0,12% tres veces al día y medicación vía oral con Ibuprofeno 100 mg/5 ml en suspensión, una cucharadita cada 8 horas por 2 días. Controles según caso clínico.

Pronóstico

El pronóstico de las úlceras de Riga-Fede es generalmente bueno, ya que la mayoría de las lesiones sanan de forma 11 espontánea al tiempo de haber eliminado el trauma crónico. Sin embargo, en el caso de complicaciones, hay que abordarlas según las necesidades específicas de cada una de ellas.

Trabajo interdisciplinar

El trabajo interdisciplinar es una forma de colaboración en la que profesionales de distintas disciplinas trabajan de manera coordinada, compartiendo conocimientos, objetivos y responsabilidades para abordar casos clínicos de forma integral. Existiendo una comunicación constante, planificación conjunta y toma de decisiones compartida, con el fin de lograr un mejor resultado para el paciente:

- Integra saberes de diferentes profesiones.
- Favorece la comunicación y el trabajo en equipo.

- Mejora la calidad de la atención y los resultados clínicos.
- Coloca al paciente en el centro del abordaje.

El abordaje de las lesiones bucales traumáticas en particular, como las úlceras de Riga-Fede, requiere un trabajo coordinado entre fonoaudiólogos, médicos y odontólogos, con el objetivo de lograr un diagnóstico precoz, un tratamiento eficaz y la prevención de complicaciones.

El/la odontólogo/a cumple un rol fundamental en la identificación de los factores traumáticos intraorales, así como en la implementación de medidas terapéuticas destinadas a eliminar la causa.

El/la médico/a pediatra participa en la evaluación del estado general del paciente, valorando aspectos como el estado nutricional, la hidratación y la presencia de enfermedades sistémicas asociadas. Además, colabora en el control del dolor, la inflamación y en la indicación de tratamientos farmacológicos cuando corresponda.

Por su parte, el/la fonoaudiólogo/a desempeña un papel clave en la evaluación y manejo de las funciones orales, especialmente la succión, la deglución y la alimentación. Su intervención permite identificar patrones funcionales inadecuados que puedan perpetuar el trauma y proponer estrategias para optimizar la alimentación, reducir la irritación de la mucosa oral y favorecer la cicatrización de la lesión.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

El Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra" de La Plata es un centro de referencia de internación de pacientes con enfermedades crónicas de baja y mediana complejidad que

se encuentran bajo medidas de abrigo, definida como una disposición excepcional y transitoria adoptada por una autoridad competente (judicial o administrativa) para proteger los derechos fundamentales de un niño, niña o adolescente cuando estos se encuentran amenazados o vulnerados. Su objetivo principal es garantizar la integridad física, psíquica y emocional, así como el acceso a la salud, la alimentación, el cuidado y la protección, mientras se evalúa la situación y se define una solución de fondo.

La paciente femenina "M", internada bajo medida de abrigo, de 1 año y 3 meses, alimentada por sonda nasogástrica, presentaba como antecedentes médicos Encefalopatía epiléptica con parálisis cerebral mixta a predominio espástica, afectando los músculos y el movimiento. Suele ocurrir debido a daño cerebral durante el desarrollo fetal o el parto. La parálisis cerebral mixta causa síntomas de dos o más tipos, existiendo atáxica, la discinética y la espástica. La parálisis cerebral espástica es la forma más común del 13 trastorno. Representa alrededor del 75% de las personas diagnosticadas con parálisis cerebral. Los síntomas típicos de la misma incluyen rigidez muscular (en uno o ambos lados del cuerpo), reflejos y marcha anormal, movimientos distorsionados y contracturas.

Diagnóstico de la situación inicial:

Desde el Servicio de Internación, a fines de octubre del año 2024 los residentes de pediatría del hospital nos realizan una interconsulta, tratándose de "M". La información brindada fue:

"Al examen físico se observan úlceras en cara ventral de lengua que llegan hasta raíz, secundarias a traumatismo por incisivos. Se solicita evaluación para tratamiento oportuno."

Se realiza la evaluación odontológica. Se observa úlcera de fede-riga de 2.5 x 2cm en cara ventral de la lengua (Figura n°2), relacionado directamente con la fricción espástica de la lengua sobre los incisivos (PD 71 Y 81). Se indica topicación con clorhexidina al 0,12 % 2 veces al día durante 2 semanas. Control y planificación de tratamiento junto con Servicio de Pediatría.

La paciente comenzó con un estado febril del que no se diagnosticaba procedencia, el cual no disminuía bajo tratamiento farmacológico antitérmico (Ibuprofeno). Desde enfermería informan que se despierta a la madrugada, observándose muy incordiosa, ceño fruncido, piernas estiradas y tensas, arqueada en ocasiones, se queja con frecuencia. En boca presentaba salivación sanguinolenta.

Curva térmica:

- 24/10 38.1°C 15:20 hs.
- 27/10 38°C 10.40 hs - 39°C 18 hs.
- 28/10 38.5°C 9am.
- 29/10: 39°C 8am 38.4°C 16 hs.
- 30/10 38°C 8am.
- 31/10 38°C 8am.

Al día siguiente se suspende indicación de topicación con clorhexidina al 0,12% a causa de que interrumpe la dieta cetogénica, que consiste en un tratamiento opcional para niños con epilepsia, específicamente para aquellos cuyas convulsiones no son controladas con medicamentos anticonvulsivos, alta en grasa, baja en carbohidratos y moderada en proteínas, en la cual la grasa se vuelve el principal combustible. Se evalúa tratamiento con el pediatra referente de la sala, se explica sobre las opciones terapéuticas posibles (conservadoras y no conservadoras),

entre ellas: pulido de las piezas dentarias 71 y 81 con posterior colocación de placa mucoprotectora; debido a la posible falta de retención de la misma y riesgo de aspiración a causa del delicado estado de la paciente se decide optar por las exodoncias de dichas piezas.



Figura n° 2: Úlcera de Riga-Fede en paciente "M"

Modo de ejecución:

15

1. Higiene de la zona con gasa embebida en enjuague bucal (Clorhexidina 0.12%).
2. Anestesia tópica e infiltrativa.
3. Sindesmotomía de ambas piezas.
4. Extracción con fórceps de niños/as.
5. Gasa para cohibir hemorragia.

Al día siguiente se visualiza una buena evolución, se indica higiene con solución de clorhexidina al 0.12% en zona de piezas dentarias 71/81 y en la úlcera de Riga-Fede con digluconato de clorhexidina en gel.

Hacemos énfasis en el uso de colutorios ya que es un antiséptico bucal con clorhexidina que actúa sobre bacterias, hongos y virus, usado para prevenir infecciones, controlar la placa bacteriana, tratar inflamaciones de encías

(gingivitis), aftas, mal aliento (halitosis) y para desinfectar la boca antes o después de cirugías dentales o extracciones.

Seguimiento postoperatorio: monitoreo de la evolución de la úlcera (Figura n°3). Los signos de cicatrización fueron inmediatos, así mismo, mejoró anímicamente como sistémicamente. La fiebre cedió, y "M" lucía relajada.



Figura n°3: Evolución favorable de la lesión (7 días)

Período de observación: se realizó un seguimiento durante 21 días, con evaluaciones periódicas, visualizando la disminución de temperatura febril y tratamiento post exodoncias en conjunto de médicos, enfermeros y fonoaudiólogas para asegurar la cicatrización adecuada de la úlcera y la mejora general de la paciente, teniendo en cuenta no solo la cicatrización lingual sino también el estado general sistémico y emocional de "M".

CONCLUSIONES

La úlcera de Riga-Fede constituye una entidad poco frecuente, generalmente asociada a traumatismos crónicos de la mucosa oral, que puede presentarse en pacientes pediátricos con

trastornos neurológicos severos. En el caso presentado, la presencia de encefalopatía epiléptica y parálisis cerebral mixta favoreció la aparición de la lesión, aún en ausencia de alimentación oral, debido a movimientos orales involuntarios y alteraciones del tono muscular, favoreciendo el traumatismo crónico lingual producido por los incisivos inferiores temporarios, específicamente las piezas dentarias 71 y 81.

Ante la persistencia de la lesión, el riesgo de recidiva y la imposibilidad de implementar medidas conservadoras efectivas debido al compromiso neurológico y sistémico, se optó por las exodoncias de las piezas dentarias 71 y 81 como tratamiento definitivo. Esta decisión terapéutica se fundamentó en la necesidad de eliminar el agente etiológico del trauma, prevenir complicaciones infecciosas, aliviar el dolor, fiebre y favorecer la cicatrización de la mucosa oral, priorizando el bienestar general de "M".

El abordaje interdisciplinario resultó fundamental para el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, permitiendo ¹⁷ la resolución de la lesión y la prevención de complicaciones secundarias. La articulación entre los servicios de odontología, pediatría, fonoaudiología y enfermería permitió una atención integral.

Este caso resalta la importancia del examen sistemático de la cavidad bucal, así como la necesidad de considerar la úlcera de Riga-Fede dentro del diagnóstico diferencial de lesiones ulcerativas en la primera infancia. La detección precoz y el manejo interdisciplinario contribuyen significativamente a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y sanitaria.

Referencias Bibliográficas

1. García Tormo, P. Enfoque Integral en el Manejo Odontológico de la Úlcera de Riga-Fede (tesis). Valencia, Universidad Europea, 2025.
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/12219/TFM_Paula_GarciaTormo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Munayco Pantoja, Evelyn del Rosario; Torres Ramos, Gilmer; Olinda Huapaya Paricoto, Olinda; Chein Villacampa, Sylvia Antonieta. Tratamiento odontológico de un paciente con la enfermedad de Riga-Fede: reporte de caso clínico. *Odontol. Sanmarquina* 2018; 21(3): 223-228.
https://www.researchgate.net/publication/327908257_Tratamiento_odontologico_de_un_paciente_con_la_enfermedad_de_Riga-Fede_Reporte_de_caso_clinico
3. Mendoza Trejo, Mayra. Lesiones bucales autoinfligidas en pacientes con parálisis cerebral infantil: reporte de dos casos clínicos (tesis). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2014.
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/bitstream/231104/3928/1/AT18718.pdf>
4. Landa Román C, Gómez Pamatz FJ. Dientes natales asociados con enfermedad de Riga-Fede: actualización literaria a propósito de un caso. *Revista ADM.* 2018; 75 (5): 290-294.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od185j.pdf>
5. 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. <https://dx.doi.org/10.35366/114489>

Bibliografía:

- Benito Gutiérrez M, Nso Roca AP, Del Castillo Martín F, Leal de la Rosa J. Úlcera lingual crónica de diagnóstico difícil (enfermedad de Riga-Fede) (cartas al editor). *An Pediatr (Barc).* 2008 Jan;68(1):79-80.
<https://www.analesdepediatria.org/es-ulcera-lingual-cronica-diagnostico-dificil-articulo-S1695403308700535>
- 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.
https://www.ejpd.eu/wp-content/pdf/EJPD_2021_22_04_11.pdf