



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Caracterización de las alteraciones orales en
niños de 0-1 año, nacidos en el hospital de
Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la
Fundación HOMI Hospital de la Misericordia
Bogotá, DC. Un estudio retrospectivo y
prospectivo**

Sonia Patricia Pieruccini Arias

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia
2016

Caracterización de las alteraciones orales en niños de 0-1 año, nacidos en el hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC. Un estudio retrospectivo y prospectivo

Sonia Patricia Pieruccini Arias

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar

Directora:

Doctora. Layla Yaned González Bejarano

Línea de Investigación:

Puericultura en Salud Oral

Grupo de Investigación:

Crecimiento y Desarrollo Craneofacial

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia
2016

*A Roselia Arias, Jose Fernando Pieruccini y
Sebastian Ospina Serrano.*

Agradecimiento

A la Doctora Layla Yaned González Bejarano, por su dedicación apoyo e incondicionalidad, no solo en la realización de este proyecto, sino a lo largo de mi formación académica en la Universidad Nacional de Colombia.

A la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia, por su colaboración y participación en este proyecto de investigación.

A la facultad de odontología, centro de investigación y extensión por sus contribuciones durante el desarrollo de este trabajo de grado.

Resumen

Una variedad de anomalías de la mucosa oral se encuentran en los niños de 0 a 1 año. Aunque estas variaciones se consideran típicamente como normales, sinnúmero de profesionales no son conscientes de estos aspectos de la cavidad oral de los bebés y son ignorados. Es fundamental el papel del odontopediatra en el equipo neonatal para realizar un adecuado diagnóstico y acompañamiento con el fin de ayudar a restablecer la salud del recién nacido y prevenir la enfermedad.

Objetivo: Caracterizar las alteraciones orales más frecuentes en niños de 0-1 año que nacen en el Hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en donde se analizaron dos bases de datos y niños de 0 a 1 año atendidos en la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá D.C. Muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta como criterios de inclusión, niños nacidos a término de 0 a 1 año. Fueron excluidos niños con dimorfismos craneofaciales, historia de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), enfermedades sistémicas asociadas. La muestra fue conformada por 260 niños, 131 hombres y 129 mujeres. Se utilizaron formatos para registrar los datos. Los examinadores fueron entrenados, en el análisis interexaminador, el Coeficiente de kappa arrojó un valor de **0.86** y error del método de 0.077, indicando que la fuerza de concordancia fue buena **Resultados:** Se observó gran variabilidad en la presencia de patologías congénitas y del desarrollo. El 54% de los pacientes evaluados presentaban alteraciones. La patología que se presentó con más frecuencia, fue quistes de desarrollo, encontrándose en 23.07% niños, frenillo labial superior persistente 13.46%, defectos del desarrollo del esmalte 6.15%, dientes natales 2.31% y neonatales 0.77%, anquiloglosia 1.15%, glositis migratoria benigna, Candidiasis y quistes de erupción 1.54%, estomatitis Aftosa Recurrente y ulcera de Riga Fede 0.38%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de dientes natales y género, observándose más en mujeres que en hombres. **Conclusiones:** Los

hallazgos encontrados en los niños de 0-1 año de la población estudiada, sustentan la necesidad de realizar la valoración temprana y el control periódico para prevenir complicaciones, brindar apoyo y educación a los padres en esta etapa, relacionados con el control de alteraciones del desarrollo, la erupción dental y cuidado bucal, prevención de aparición de caries dental, control de hábitos, control y manejo del tríptico funcional.

Palabras clave: newborn, oral pathology, prevalence, oral cysts, neonatal, Infant, lesión.

Abstract

A variety of oral mucosal abnormalities found in children aged 0 to 1 year. Although these variations are typically considered as normal, many practitioners are unaware of these aspects of the oral cavity of babies and are ignored. It is essential the role of the dentist in the neonatal team to make a proper diagnosis and support in order to help restore the health of the newborn and prevent disease. **Objective:** Characterize the most common oral disorders in children 0-1 years born in the Engativá Hospital and treated at the baby's clinic Fundación Hospital de la Misericordia Bogotá, DC, Colombia. **Methodology:** A descriptive cross-sectional study, two data bases and children from 0 to 1 years served in the Fundación Hospital de la Misericordia of Bogotá D.C. Analyzed was performed non probabilistic for convenience, considering inclusion criteria, term infants from 0 to 1 year. Children with craniofacial dimorphisms, history of hospitalization in ICU, systemic diseases associated are excluded. The sample was composed of 260 children, 131 men and 129 women. Formats were used to record data. Examiners were trained in interexaminer analysis. The Kappa Coefficient showed a value of 0.86 and 0.077 error method, indicating that the strength of agreement was good. **Results:** great variability was observed in the presence of congenital diseases and development. 54% of the evaluated patients had alterations. The pathology that appeared most frequently, was cysts development, found in 23.07% children, upper lip frenulum persistent 13.46%, developmental defects of enamel 6.15%, natal 2.31% and neonatal 0.77% teeth, ankyloglossia 1.15%, migratory glossitis benign, eruption cysts and Candidiasis 1.54%, Recurrent aphthous stomatitis and Riga Fede 0.38%. Statistically significant differences were found in the presence of natal teeth and gender, observed more in women than in men. **Conclusions:** The pathology findings in children 0-1 years of the study population, they support the need for early assessment and periodic monitoring to prevent complications, provide support and education to parents at this stage, related control developmental disorders, tooth eruption and oral care, prevention of occurrence of dental caries, habit control,

functional control and management of functional triptych. **Keywords:** newborn, oral pathology, prevalence, oral cysts, neonatal, Infant, lesión.

CONTENIDO

Resumen.....	V
CONTENIDO.....	IX
Lista de Figuras	XI
Lista de tablas	XII
Lista de Anexos	XIII
Introducción.....	1
1. Marco Teórico	5
1.1. Examen del niño de 0 a 1 año.....	5
1.1.1. Edad gestacional y peso de los neonatos.....	6
1.1.2. Inspección.....	6
1.2. Clasificación y fisiopatología de las alteraciones de los tejidos intraorales	9
1.2.1. Quistes de desarrollo	9
1.2.2. Quistes gingivales de la lámina dental.....	10
1.2.3. Perlas de Epstein	11
1.2.4. Nódulos de Bohn.....	12
1.2.5. Gránulos de Fordyce.....	13
1.2.6. Dientes natales y neonatales	13
1.2.7. Ulcera de Riga Fede.....	15
1.2.8. Quistes de Erupción.....	16
1.2.9. Quiste de retención mucocele o ránula	18
1.2.10. Épulis congénito.....	19
1.2.11. Anquiloglosia	20
1.2.12. Glositis migratoria benigna	22
1.2.13. Candidiasis oral	24

1.2.14. Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)	27
1.2.15. Defectos del Desarrollo del Esmalte (DDE)	28
1.3. Factores relacionados con alteraciones orales en niños de 0 a 1 año 30	
2. Materiales y Métodos	32
2.1. Tipo de Estudio	32
2.2. Población	32
2.2.1. Muestra	32
Figura 2-1 Diagrama de flujo de la conformación final de la muestra.....	33
2.3. Criterios de selección	34
Criterios de inclusión.....	34
Criterios de exclusión.....	34
2.4. Método	34
2.5. Variables del estudio (Anexo A)	35
2.6. Metodología estadística	37
2.7. Resultados esperados	37
3. Resultados.....	39
4. Discusión	49
5. Conclusiones	54
6. Recomendaciones	55
Anexo A. Operacionalización de variables.....	56
Anexo B. Variables Dependientes e Independientes	58
Anexo C. Instrumento de recolección de datos.....	60
Anexo D. Formato consentimiento informado	61
Referencias bibliográficas	65

Lista de Figuras

Figura 1.1 Perlas de Epstein.....	11
Figura1. 2 Nódulos de Bohn	12
Figura 1. 3 Dientes natales.....	14
Figura1. 4 Ulcera de Riga-Fede.....	15
Figura 1. 5 Quiste de erupción con hematoma de erupción	17
Figura 1. 6 Quiste de erupción con hematoma de erupción	17
Figura 1. 7 Mucocele	19
Figura1. 8 Anquiloglosia	21
Figura 1. 9 Glositis Migratoria Benigna	24
Figura 1. 10 Candidiasis Oral	26
Figura 1. 11 Defecto del Desarrollo de Esmalte.....	29
Figura 2-1 Diagrama de flujo de la conformación final de la muestra.....	33
Grafico 3-1 Box-Plot distribución por genero	39

Lista de tablas

Tabla 1-1 Relación quistes de desarrollo con ubicación y raza (27)	10
Tabla 2-1 Criterios de inclusión y exclusión	34
Tabla 2-2 Variables del estudio	36
Tabla 3-1 Distribución por género	39
Tabla 3-2 Variables sociodemográficas del total de los niños de la muestra.	40
Tabla 3-3 Antecedentes prenatales, perinatales y posnatales de la muestra.....	41
Tabla 3-4 caracterización de alteraciones orales encontradas	43
Tabla 3-5 Distribución de las alteraciones orales por género.....	46
Tabla 3-6 Relación alteraciones orales y antecedentes prenatales, perinatales y posnatales	48
Tabla 4-1 Autores y prevalencia de quistes de desarrollo	49

Lista de Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables.....	56
Anexo B. Variables Dependientes e Independientes	58
Anexo C. Instrumento de recolección de datos.....	60
Anexo D. Formato consentimiento informado	61

Introducción

Durante los primeros meses de vida, los recién nacidos presentan algunas características que son inherentes a su fase de desarrollo, se observa desconocimiento por parte de los profesionales en la identificación de condiciones normales y características que denotan una alteración, esto es debido a que no se ha dado la importancia necesaria a la valoración de los niños entre 0 y 1 año. Es fundamental el papel del estomatólogo pediatra en el equipo neonatal para realizar un adecuado diagnóstico y acompañamiento con el fin de ayudar a restablecer la salud del recién nacido y prevenir la enfermedad.

En varios países incluyendo Colombia el sistema de salud aprueba la intervención de odontólogo después de los dos años o más. Pese a estos conflictos de intereses, desde la puericultura se ha instaurado la necesidad de realizar intervención odontológica temprana que incluye; la evaluación de riesgos, orientación anticipada, el establecimiento de una salud oral e implantar todos los componentes de la atención preventiva de la salud pediátrica. Son pocos los estudios que adoptan o recomiendan una intervención temprana al año de vida (1–3).

Una variedad de anomalías de la mucosa oral se encuentran en los niños de 0 a 1 año, la mayoría de las cuales son transitorias, no por esto de menor preocupación, sin embargo debido a la falta de atención y consulta del bebé, estos aspectos son pasados por alto (4).

Las alteraciones orales en el bebé, se han asociado a movimientos limitados, dolor, pérdida de peso deglución atípica, problemas de articulación del habla, afecciones estéticas e incluso recesiones gingivales (5–7). En los bebés que padecen alteraciones del desarrollo como la anquiloglosia, se ha reportado una incidencia 25% a 80% de dificultades en la lactancia, incluyendo retraso en el desarrollo, dolor en el pezón materno, pobre producción de leche y rechazo del seno por parte del bebe (8).

Se reportan pocos estudios sobre la prevalencia de estas anomalías en diferentes poblaciones (4,9–14). Algunos informes mencionan los quistes gingivales de recién nacido y nódulos de Bohn como el hallazgo más común en los bebés. Otras alteraciones evaluadas incluyen anquiloglosia, gránulos de Fordyce, dientes neonatales o natales, frenillo labial sobreinsertado y candidiasis (14).

Bessa C. et al realizan un estudio en Brasil y describieron que el 9.9% de la población entre 0 y 4 años presenta, lengua geográfica, siendo ésta la más prevalente, seguida por ulcera traumática 4.6% (9). García V. describió una prevalencia de 29.15% de lengua saburral, 8.16% de lengua geográfica, herpes labial 2.91%, en pacientes escolares (10).

Estudios realizados en Europa mencionan que la prevalencia de patología oral en niños no está muy descrita, Majorana et al. evaluaron 10.128 niños de 0 a 12 años en un estudio retrospectivo de corte transversal, en donde los niños de 0 a 5 años presentaron 28.9% lesiones en mucosa oral, 28.4% de las lesiones fueron candidiasis oral, 14.8% estomatitis aftosa recurrente, 10.9% lengua geográfica, 9.3% virus herpes simple, 4.5% gingivoestomatitis herpética primaria, se describieron 22 paciente con anquiloglosia (0.75%) y 21(0.72%) con quistes de erupción (4).

Bronoosh P. et al(14), evaluaron 995 neonatos, nacidos a término en el Hospital Hafiz, Shiraz, Irán y reportaron 151 (15,2%) quistes orales, 82 (8,5%) frenillo superior sobreinsertado, 39 (3,9%) anomalías lengua (bífida, geográfica, anquiloglosia) 18 (1,8%) dientes natales, 3 (0,3%) gránulos de fordyce(14).

George D. et al. examinaron 1.038 recién nacidos, 555 hombres y 483 mujeres y reportan el quiste gingival como la lesión más frecuente en lactantes, encontrada en 143 neonatos (13,8%), perlas de Epstein estuvieron presentes en 365 recién nacidos (35,2%), nódulos de Bohn en 492 recién nacidos (47,4%), gránulos de Fordyce en 8 neonatos (0,8%), 1 recién nacido presenta dientes natales (15).

Yilmaz A. et al. evaluaron patologías de mucosa en 299 lactantes entre 0 y 2 años (145 mujeres y 154 hombres) reportaron que la lesión de tejidos blandos más frecuente fue la candidiasis oral, 32 pacientes (10,70%), encontraron perlas de Epstein en 8 pacientes (2,68%), lengua geográfica en 8 pacientes (2,68%), estomatitis aftosa recurrente en 2 pacientes (0,67%), gingivoestomatitis aftosa recurrente 1 paciente (12).

Santos. et al. en el 2004 realizaron un estudio para identificar la prevalencia de las alteraciones orales congénitas y del desarrollo en 621 bebés de 0 a 6 meses de edad atendidos el hospital universitario materno infantil en São Luis; el 7.25% de casos presentaron alguna alteración oral, con localización principalmente maxilar. Los quistes de inclusión (perlas de Epstein y nódulos de Bohn) fueron las alteraciones prevalentes con el 6.28%, presentándose en mayor número en el grupo etario de 0 a 3 meses de edad (13).

Marcos J. et al. valoraron 109 bebés (56 niños y 53 niñas) de 0 a 12 meses de edad atendidos en el servicio de Odontología del Bebé en el Instituto Nacional de Salud del Niño, determinaron que los nódulos de Bohn son las alteraciones que se presentan con más frecuencia 44 pacientes (40.3%), continuando con perlas de Epstein encontradas en 32 pacientes (29.3%), reportaron en 7 pacientes (6,4%) anquiloglosia, 3 pacientes con dientes natales (2,7%) y 2 con dientes neonatales (1,8%), 2 pacientes presentaron ulcera de Riga Fede (16).

Paula J. et al. estudiaron la relación de la prevalencia de millium y quistes gingivales en 62.859 recién nacidos en el Hospital Doutor Feitosa en Telemaco Borba, Brasil. 561 bebés presentaron quistes en la piel y en la mucosa oral, 176 (31.4%) presento millia, 442 (78.8%) quistes ubicados en paladar, 158 (28.2%) quistes ubicados en zona alveolar, 135 (24.1%) en rodete maxilar, 53 (9.4%) en rodete mandibular, los neonatos que presentaron millium eran 1,2 veces más propensos a presentar quistes alveolares el tiempo promedio para la completa involución de los quistes de paladar fue de 4,5 semanas (17).

Se reportan menos de 200 casos de épulis en la literatura, Merrett, describió que el épulis congénito se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres (18).

El objetivo de este trabajo fue caracterizar las alteraciones orales más frecuentes en niños de 0-1 año evaluados en el Hospital de Engativá y Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC, según género, distribución anatómica, antecedentes prenatales, perinatales y posnatales.

Con el presente estudio, se pretende aportar información que sirva como base para la realización de estudios próximos, proporcionará una guía a los profesionales acerca de las lesiones más frecuentes encontradas en los niños de 0 a 1 año, la importancia de su diagnóstico su prevención y manejo.

1. Marco Teórico

Las alteraciones orales comprenden un importante aspecto de la odontología pediátrica. Si bien las lesiones suelen limitarse a la cavidad oral, podrían proporcionar indicios de condiciones sistémicas subyacentes, algunas de estas pueden ser asintomática y benignas, además resolver espontáneamente sin ninguna intervención, sin embargo en otros casos es necesario realizar seguimiento por parte del estomatólogo pediatra, consejería a los padres, control y manejo (19). Se describirá en el desarrollo del marco teórico, el protocolo de examen del bebé, las características anatómicas normales y las alteraciones más frecuentes reportadas en la literatura.

1.1. Examen del niño de 0 a 1 año

El nacimiento de un bebé sano es el resultado positivo de las acciones realizadas en pro de una salud materna preconcepcional óptima, un buen cuidado durante el embarazo, una adecuada atención en el momento del nacimiento y el cuidado neonatal. El período neonatal comprende desde el momento del nacimiento hasta el día 28 de edad. Es dividido en temprano incluye los primeros siete días y el tardío, de los siete a los 28 días postnatales. Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios y una valoración cuidadosa de su estado general (19).

Para el examen del niño de 0 a 1 año es necesario tener algunos parámetros de iniciación como la edad gestacional, antecedentes prenatales, estado del bebé en el nacimiento, peso, talla, complicaciones y maniobras utilizadas en el parto, si hubo o no reanimación, es importante conocer los parámetros de normalidad y algunos

conceptos en las características del neonato y desarrollo de la dentición en niños de 6 meses a 1 año (20,21).

1.1.1. Edad gestacional y peso de los neonatos

De acuerdo con las definiciones mundialmente aceptadas un recién nacido se clasifica en: Nacido a término, significa que nació entre las semanas 38, 39, 40, 41 y 42. Si él bebe nace con más de 42 semanas de gestación se denomina Neonato post- término. Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

Prematuros extremos (<28 semanas)

Muy prematuros (28 a <32 semanas)

Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

En cuanto al peso del recién nacido se considera como bajo peso al nacer un niño nacido con menos de 2500 gr, de muy bajo peso, aquel que nace con menos de 1500 gr y extremo bajo peso al nacer, menos de 1000 gr (20,21).

1.1.2. Inspección

El examen del niño de 0 a 1 años, debe realizarse con todo el respeto y cuidado por el niño, en un ambiente silencioso, cálido, estéril, iluminado, tranquilo, que no desencadene ansiedad en los padres o en el niño, las manos del operador no deben estar frías y es necesario el uso de implementos de bioseguridad como gorro, tapabocas y guantes a fin de evitar infecciones o contaminaciones.

Antes de iniciar el examen es apropiado observar que todo el estado general del niño esté bien, el color de su piel, su actividad, la intensidad y simetría de la misma, es necesario observar si se detectan malformaciones o deformidades (22).

El color de la piel y las mucosas debe ser rosadas, se pueden presentar alteraciones en el color, como cianosis, palidez o ictericia que pueden ser indicadores de alteraciones en la salud del niño, como problemas cardiorrespiratorios, anemia, hiperbilirrubinemia entre otros, es posible localizar Petequias como manifestaciones del trauma, sin embargo es signo de alarma si estas se encuentran generalizadas y pueden ser indicador de alteraciones hematológicas, infecciones congénitas o septicemias (22).

La boca es el órgano por el cual el niño establece el primer contacto con el mundo, esta ricamente dotada de un sistema de guía sensorial que brinda el impulso para muchas funciones neuromusculares vitales como la succión, deglución, bostezo y la tos (22).

En el caso de los neonatos, la valoración de la cavidad bucal inicia con el paso suave del dedo meñique por los labios, se estimulara el reflejo de búsqueda y de succión, se examinara el paladar, descartando fisuras, posteriormente los rodetes, la lengua, carrillos, piso de boca, tono muscular, orofaringe (21).

Es necesario observar el tamaño de la boca, en caso de macrostomia o microstomia puede ser manifestaciones de síndromes o malformaciones, evaluar salivación, la presencia de sialorrea podría indicar atresia esofágica, reflujo gastroesofágico o ingestión de líquido amniótico (22).

Los labios del bebe en su normalidad, tendrán la mucosa rosada húmeda y tersa, unos labios hidratados facilitaran el selle con el pezón a la hora de lactar, normalmente se observa, en los primeros meses, el botón del neonato, una estructura anatómica ubicada en la línea media del labio superior que ayuda al niño a estimular el reflejo de búsqueda del pezón, es posible encontrar costras denominadas callos de succión, debido a la fricción que se ejerce durante la lactancia materna (23).

Los rebordes alveolares tienen diversas estructuras anatómicas estratégicas que contribuyen con la ubicación de los gérmenes dentarios y la posición de la

lengua. El arco superior tiene forma de herradura, es ancho, aplanado. En las zonas laterales presentan dos prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos. Las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucalmente y labialmente (23).

Los rebordes alveolares tienen diversas estructuras anatómicas estratégicas que contribuyen con la ubicación de los gérmenes dentarios y la posición de la lengua. El arco superior tiene forma de herradura, es ancho, aplanado. En las zonas laterales presentan dos prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos. Las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucalmente y labialmente (23).

Es necesario evaluar los frenillos labiales, laterales y el frenillo lingual, el frenillo labial superior normalmente es ancho y fuerte, de inserción notoria con el fin de facilitar la succión en la lactancia materna, éste sufre una degeneración progresiva hasta el final de la dentición temporal, el frenillo del labio superior que se inserta a algunos milímetros del margen gingival es considerado normal y aquel que se inserte en el margen o en la papila es considerado patológico (23).

Sobre el rodete superior e inferior, en la región donde erupcionaran los incisivos y caninos, se extiende una elevación firme muy vascularizada denominada "Cordón fibroso de Robín y Magitot" el cual desaparece indicando el momento de la erupción dentaria, su función es aprehender el pezón (23).

Con la erupción de los dientes temporales hacia los 6 o 7 meses de edad aparecen zonas propioceptivas, el contacto con incisivos superiores e inferiores establecen un límite en el crecimiento mandibular, la lengua se dirige hacia atrás y arriba, empieza a tener contacto con el paladar e inicia el crecimiento transversal (24).

En cuanto a la lengua es importante evaluar el tamaño la movilidad la textura el color y la posición, en algunos síndromes es posible identificar macroglosia o microglosia de igual forma la posición puede alterarse como en caso Pierre Robin en el cual hay glosoptosis. Normalmente los recién nacidos posicionan la lengua sobre la papila interdental adelantada en reposo, el epitelio de recubrimiento debe ser limpio rosado, se debe observar integridad en las papilas de la lengua (22).

1.2. Clasificación y fisiopatología de las alteraciones de los tejidos intraorales

1.2.1. Quistes de desarrollo

Dentro de las lesiones orales más frecuentes de los recién nacidos, se pueden encontrar los quistes gingivales o quistes de desarrollo, en 1967, de acuerdo con histogénesis y la ubicación en la cavidad oral, Fromm clasificó los quistes orales como perlas de Epstein, nódulos de Bohn y quistes de la lámina dental. Esta clasificación se basa en su localización e histología: todos los quistes neonatales son nódulos de queratina, las perlas de Epstein se encuentran predominantemente a lo largo del rafe medio palatino y probablemente se derivan de las células epiteliales residuales generadas en los procesos embrionarios palatinos. Los nódulos de Bohn se derivan de las estructuras del paladar, glándulas salivales y su localización más frecuente es el paladar y zona vestibular de los rodetes gingivales (25).

La formación de quistes alveolares, se puede producir durante la morfodiferenciación (fase de campana tardía) del desarrollo del diente que una parte de la lámina dental se fragmenta en numerosas islas de epitelio odontogénicos. Cambios quísticos de epitelio odontogénico han sido observados en algunas de estas islas epiteliales. Estos restos epiteliales de la lámina dental tienen la capacidad, muy temprano, hacia la semana 10 de vida intrauterina de proliferar, queratinizar y formar pequeños quistes alveolares (26,27).

Moscú y Bloom informaron que la lámina dental deriva microkeratoquistes (quistes alveolares) se desarrollan y aumentan en número de la semana 12 a la 22 de gestación, con un máximo de 190 quistes por feto. Los microkeratoquistes medio palatino alcanzan un pico en número debajo de 20 en la semana 14 y se cree que no incrementan con el tiempo (28). (Tabla 1-1)

Tabla 1-1 Relación quistes de desarrollo con ubicación y raza (26).

Autor	Grupo	N	Palatal	Alveolar	Combinado
Fromm (1967)	1-2 días nacidos a termino	1367	-----	-----	75.8%
Cataldo y Berkman (1968)	1-5 días nacidos a termino	209	65%	Max-36% Mand 9.9%	80%
Friend (1990)	Nacidos a termino	500	Blancos 75% Negros 55%	25%	----- -
Montelcone and Mclellan (1964)	1 día de nacido a termino	393	Blancos 85% Negros 79%	-----	----- -
Jorgenson (1982)	Nacidos a termino	2258	64.3%	Blancos 53% Negros 40%	-----
Moreillon y Schroeder (1982)	Cabezas de fetos entre 8-22 semanas	55	Menos de 20 por feto	Máximo 190 por feto	----- -

1.2.2. Quistes gingivales de la lámina dental

Los quistes gingivales se observan con frecuencia en los recién nacidos (13,8%), sin predilección por sexo. Se ha postulado que surgen de la lámina dental. Aparecen como lesiones pequeñas nodulares, múltiples o individuales de color blanco o rosa de 1 a 3 mm de diámetro (25), ubicados en la cresta alveolar del maxilar y la mandíbula. Histopatológicamente estas lesiones muestran un epitelio escamoso

estratificado de dos a tres capas de células; se encuentra queratina en el lumen de la lesión (25).

Los quistes neonatales generalmente no presentan síntomas particulares. Están asociados con un buen pronóstico, ya que resuelven espontáneamente en semanas y no están asociados a ningún tipo de complicaciones. Sin embargo, se han reportado casos en que se producen dolor, sangrado u otros síntomas y requieren una escisión quirúrgica (19,25).

1.2.3. Perlas de Epstein

Las Perlas de Epstein fueron descritas por primera vez por Alois Epstein en 1880, se encuentran a lo largo del rafe mediopalatino en la línea de fusión de los procesos palatinos embrionarios. Estos son los verdaderos quistes derivan del ectodermo residual restos de la lámina dental que permanecen en los tejidos blandos de los maxilares y están formados por una cavidad quística llena de queratina, generalmente se observan como tumefacciones amarillentas, en el microscópico se observa constituido por una lesión quística de la pared fina, localizada y revestida por un epitelio plano delgado estratificado y queratinizado, contiene queratina compactada descamada, Suelen resolver espontáneamente (29,30).

Por lo general aparecen de uno a seis y son sólo visibles hasta 3 mm de diámetro. Los quistes se notan en el nacimiento o aparecer después de unos pocos días, todos estos desaparecen hacia los 3 meses de edad.



Figura 1.1 Perlas de Epstein tomado de Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Oral and maxillofacial pathology 2016

1.2.4. Nódulos de Bohn

Nódulos de Bohn fueron descritos por Heinrich Bohn pediatra Alemán en 1866 como quistes de las glándulas mucosas. Quiste lámina dental, también conocido como quiste gingival de los recién nacidos, son quistes llenos de queratina, que se encuentran en la unión del paladar duro, blando, largo bucal, lingual y partes de los rebordes alveolares y se han descrito como los restos de las glándulas salivales (30). Se observan histológicamente como una lesión quística de la pared fina, localizada superficialmente y revestida por un epitelio plano delgado estratificado y queratinizado, contiene queratina compactada descamada, se ha descrito que aparecen con más frecuencia en el maxilar que en la mandíbula y es más común encontrarlos en pacientes nacidos a término que en nacidos pretérmino (31).



Figura1. 2 Neonato con Nódulos de Bohn, fotografía tomada por Layla González y Sonia Pieruccini

1.2.5. Gránulos de Fordyce

Son cúmulos de glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral. Aunque se observan con mayor frecuencia bilateralmente en la mucosa bucal y en el bermellón del labio superior o zona lateral, se presenta en diversas localizaciones intraorales, pueden aparecer en la zona retromolar y el pilar tonsilar anterior, incluso en la encía. Los gránulos de Fordyce son estructuras maculopapulosas múltiples, pequeñas, de color amarillento y aspecto miliar, que mide de 1 a 2 mm de diámetro (29).

Las lesiones son típicamente asintomática, pueden observarse como una rugosidad de la mucosa. En algunos casos se describen pocas lesiones o cientos de estas (29).

Los gránulos de Fordyce se parecen mucho a las glándulas sebáceas normales que se encuentran en la piel, excepto por la ausencia de folículos pilosos asociados. Pueden verse inmediatamente debajo de la superficie epitelial lóbulos acinares, a menudo se comunica con la superficie a través de un conducto central (32).

No se indica ningún tratamiento. Por lo general, el aspecto clínico es característico y no se considera necesaria la biopsia para establecer un diagnóstico (29).

1.2.6. Dientes natales y neonatales

La erupción dental sigue un patrón de tiempo y secuencia definidos clínicamente. Se considera erupción clínica al momento en que se puede observar una parte del esmalte de la corona dentaria: El periodo normal de erupción de los dientes temporales se inicia a los seis meses de edad, con los incisivos centrales inferiores. En algunos casos, estos dientes están presentes al nacimiento o aparecen en los primeros 28 días de vida y se les denominan dientes **natales y neonatales** respectivamente; también se consideran como erupción prematura. No se conoce la causa. Se ha atribuido a hipovitaminosis, estimulación hormonal, disostosis craneofacial, esteatoma múltiple, traumatismos y estados febriles. Se menciona

que se presentan en un nacido por cada 2000 o 3000 nacidos vivos, con predilección por las mujeres (2,3: 1). Aunque se desconoce la causa de esta alteración temprana en la cronología de erupción se ha visto asociaciones con desordenes hormonales, traumatismos y fuertes componentes hereditarios (32,33). Hyatt(32) reportó una familia en la que cinco hermanos nacieron con dientes natales. Se menciona que alrededor del 95% de estos dientes pertenecen a la formula normal y pueden desencadenar una ulcera de fricción denominada ulcera de Riga Fede. Esta ulcera se ubica en la superficie ventral de la lengua es dolorosa e impide la adecuada alimentación.

El manejo de los dientes natales y/o neonatales, dependerá únicamente del estado del diente o los dientes presentes, si el diente presenta un grado de movilidad que puede poner en peligro la vida del bebe por el riesgo de broncoaspiración se debe realizar exodoncia, generalmente se realiza con una gasa, sin necesidad de anestesia local. Sin embargo si se trata de un diente con adecuada formación radicular sin alteraciones ni movilidad el diente se controlará en boca, es posible realizar un pulido, suavizando los bordes, a fin de evitar la formación de una úlcera por fricción. Vale la pena destacar que la presencia de la ulcera de Riga Fede no es un criterio para la realización de la exodoncia, por el contrario se realizara control, limpieza de la zona afectada, pulido del borde incisal del diente erupcionado o realización de resina redondeando los bordes (19, 33, 34).



Figura 1. 3 Dientes natales, fotografía tomada por Dra. Layla González y Sonia Pieruccini

1.2.7. Ulcera de Riga Fede

También denominada enfermedad de Riga-Fede inicialmente fue descrito por Riga en 1881 y Fede en 1890 como una ulceración del frenillo lingual o de la lengua de los niños, más comúnmente causada por la abrasión de los dientes natales o neonatales. También puede ocurrir en niños de más edad con hábitos repetitivos lengua de empuje después de la erupción de los incisivos mandibulares primarios y en niños con ciertos trastornos neurológicos (34).

La lesión se observa como ulceración en la superficie ventral de la lengua, se desarrolla después de traumatismos repetidos. El examen histológico revela un infiltrado inflamatorio mixto que consiste en linfocitos, macrófagos, mastocitos y eosinófilos. La alimentación se dificulta y puede haber deshidratación debido a la naturaleza de la lesión dolorosa. La infección secundaria es otro problema potencial (19).

La ulcera de Riga-Fede no es una indicación para la extracción. El tratamiento indicado incluye suavizar los bordes incisales o la colocación de resina de forma redondeada y lisa (32), la realización de higiene oral, limpieza con gasas de la zona afectada contribuirá a evitar la sobreinfección y promover la cicatrización.



Figura1. 4 Paciente de un mes de edad con Ulcera de Riga-Fede, Fotografía tomada por Dra. Layla González

1.2.8. Quistes de Erupción

Se cree que su origen se asocia a cambios quísticos degenerativos en el epitelio reducido del órgano del esmalte o restos de la lámina dental y aparecen en el momento de la erupción dental alrededor de la corona del diente en desarrollo que ha hecho erupción a través de hueso pero no del tejido blando impide la erupción dental por la superposición densa fibrosa de la mucosa (19,29). Se acumula líquido tisular el espacio folicular dilatado se observa clínicamente como una masa blanda fluctuante sobre la cresta alveolar. Se puede producir una extravasación lo que inducirá una hemorragia, dando origen a un hematoma de erupción.

O'Hara et al. informaron de que la administración crónica de la ciclosporina a los perros neonatales inducían el desarrollo de quistes de erupción y que fue reversible una vez que se interrumpió el tratamiento; Sin embargo no hay estudios en humanos (36).

Histológicamente están revestidos por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Tienen una prevalencia de 0,2%, aunque son indoloros pueden ocasionar molestias durante la alimentación. La mayoría de las veces no requiere tratamiento, rompe espontáneamente y acaba siendo exteriorizados a consecuencia de la masticación, si no resuelve se expondrá quirúrgicamente tratando el quiste y dejando que el diente haga erupción (29).

Navas R, et al. realizaron el reporte de un caso de quiste de erupción en un neonato, varón de raza blanca, nacido a término después de un embarazo sin complicaciones en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Nacional de Zacamil, El Salvador, San Salvador(37). La edad promedio en la que se han observado la aparición de los quistes de erupción en los pacientes varia de un estudio a otro; Bodner et al. reportaron una edad promedio de 4,44 que va de 1 mes a 12 años, los quistes de erupción, se asociaron con dientes natales en dos de los casos (8,3%), con los dientes deciduos en 10 casos (41,6%) y con los dientes permanentes en 12 casos (50%). Se encontró predilección por el sexo, la relación hombre-mujer fue de 2: 1. Los incisivos centrales inferiores primarios y los primeros

molares permanentes son el sitio más común afectado. El aspecto clínico era una masa gingival, azulada en la cresta alveolar. El tamaño era variable y depende del tamaño y número de los dientes asociado. El tipo de tratamiento realizado fue uno de los siguientes: ningún tratamiento (10 casos, 42%), extracción (2 casos, 8%) y marsupialización (12 casos, 50%) (38).



Figura 1. 5 Paciente de 11 meses de edad con Quiste de erupción y hematoma de erupción, fotografía tomada por Sonia Pieruccini

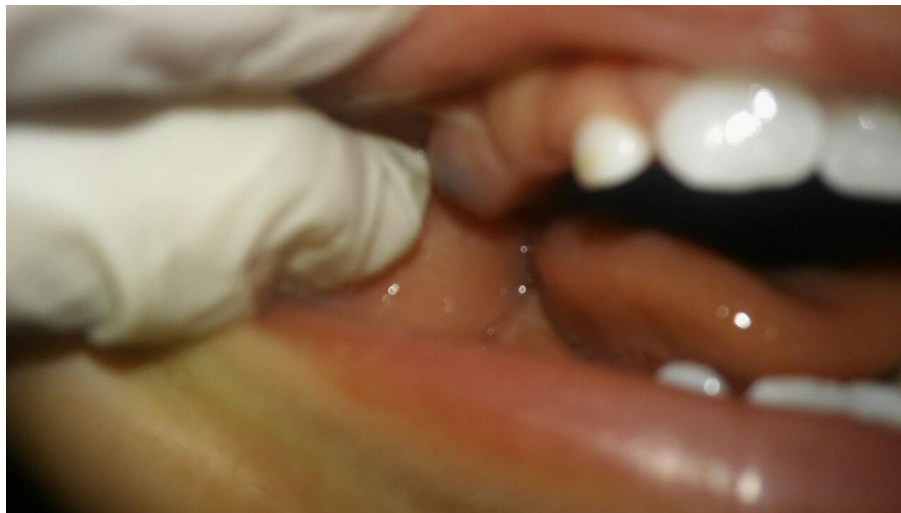


Figura 1. 6 Quiste de erupción con hematoma de erupción, fotografía tomada por Dra. Layla González

1.2.9. Quiste de retención mucocelo o ránula

Los mucocelos se presentan como lesiones intramucosas "en forma de cúpula" y se encuentran con frecuencia en el labio inferior. otros sitios incluyen, vientre de la lengua (que implican las glándulas de Blandin-Nuhn), el paladar, la mucosa bucal, labio superior, y la región retromolar (39).

Los mucocelos se pueden producir por extravasación, en la que debe haber una rotura del conducto glandular salivar menor y derrame de mucina en el tejido circundante que entonces se queda encapsulado por tejido de granulación. Si se encuentra ubicado en el piso de la boca se denominan ránulas (39,40).

Las ránulas más comúnmente implican las glándulas salivales mayores, originarios de conducto de la de Wharton glándula submandibular y en el cuerpo o los conductos de la glándula sublingual. Se implica en la patogénesis interrupción ductal, obstrucción del conducto excretor parcial o total. El conducto puede quedar ocluido por un sialolito, malformaciones congénitas, estenosis, fibrosis periductal, cicatrices periductal debido a un traumatismo anterior, agenesia conducto excretor, o un tumor (41).

Las ránulas tienen una prevalencia de 0,2 casos por 1.000 personas, tienden a crecer más que los mucocelos y puede interferir con la deglución, la masticación, el habla y la respiración. Los mucocelos comúnmente afectan a los niños, pero rara vez se encuentran en neonatos y lactantes (39).

Estudios han revelado incremento en los niveles de la matriz de metaloproteinasas, factor de necrosis tumoral alfa, colagenasas tipo IV y plasminógeno en mucocelos, comparado con toda la saliva, estos son los factores más relacionados en la extravasación mucosa (41).

El tratamiento es controvertido, se describe como opciones, la aspiración con aguja, la escisión de la ránula con o sin escisión de la glándula, marsupialización, la criocirugía o resolución espontánea (42).



Figura 1. 7 Mucocele, fotografía tomada por Dra. Layla González

1.2.10. Épulis congénito

La palabra "Épulis" fue descrita para aludir un agrandamiento gingival o lesión en la encía, fue Neumann en 1971 quien realizó la primera descripción (43).

El termino épulis deriva del griego que literalmente significa " hinchazón en la gingiva" y se utiliza en odontología para referirse de manera no específica a hiperplasias gingival. El épulis congénito de células granulares como lo describe la Organización Mundial de la Salud, es también conocido como, épulis granular, mioblastoma de células granulares y fibroblastoma de células granulares congénito (43), se caracteriza por un agrandamiento gingival con una fisiopatología incierta, sin embargo se ha relacionado su origen con células epiteliales mesenquimales indiferenciadas, pericitos, fibroblastos y células musculares lisas (43,44) y factores hormonales endógenos que podrían influir en el crecimiento antes de nacer (45). La lesión se presenta clínicamente de color rosado, no ulcerada, pediculada que puede variar de tamaño. Sin embargo, múltiples lesiones también pueden ocurrir en el mismo o diferentes rebordes alveolares aunque también se ha reportado en lengua.

En cuanto a su presentación clínica lo describen como pediculado, firme o elástico (46,47). Esta lesión puede ocasionar interferencia en la respiración, alimentación, cierre de la boca y tienen el potencial de causar la muerte del niño por asfixia durante el período perinatal y postnatal (27, 46, 47,50).

Microscópicamente, el épolis congénito está bastante circunscrito y está compuesto de nidos y cintas muy juntas, homogéneas, fusiformes, tamaño mediano a grande, células con un citoplasma granular eosinofílica. Los núcleos excéntricos pueden mostrar una ligera atipia y nucléolos pequeños, no se observan mitosis. Una red capilar prominente y ligero adelgazamiento del epitelio suprayacente escamoso estratificado, rara vez hay afección de los nervios periféricos, es posible encontrar infiltrado linfocítico, carece de inmunoreactividad para S-100, CD31, CD34, CD68, laminina, NGFR / p75, inhibina-alfa, cromogranina, 11 queratinas, desmina, calponin, y el músculo liso actin14; Se observa positividad para vimentina y enolasa neuronal específica (43). La lesión cursa con un comportamiento benigno y no se han reportado metástasis ni recurrencias (27,32).

El tumor es más comunes en mujeres que en hombres, se describe una relación (10:1) con predisposición por caucásicos (43). Fuhr y Krogh en una revisión señalaron que el tumor se produjo 8 veces más frecuente en mujeres que en hombres y 3 veces más a menudo en el maxilar superior que la mandíbula (48). Kumar at. et al. Encuentran una marcada predilección de aparición en las mujeres. La relación mujer: hombre es de 10:1 (47).

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección tan pronto como el niño esté en condiciones de someterse a cirugía, la evolución de esta lesión es benigna, en algunos casos se reporta que involucionan a los seis meses de edad, por lo cual se evita el tratamiento (43).

1.2.11. Anquiloglosia

La anquiloglosia es una condición congénita (5–8,49) controversialmente descrita. se ha definido como un remanente embriológico del tejido entre la superficie inferior de la lengua y el piso de la boca (50). Esta unión se asocia a movimientos limitados, deglución atípica, problemas de articulación del habla y recesiones gingivales (5–7).

En los bebés que padecen esta alteración del desarrollo, se ha reportado una incidencia 25% a 80% de dificultades en la lactancia, incluyendo retraso en el desarrollo, dolor en el pezón materno, pobre producción de leche y rechazo del seno por parte del bebe (8). Se menciona que esta alteración es más prevalente en hombres con una relación de 1: 1,5 (50–52).

Se plantean en la literatura indicaciones de tratamiento quirúrgico en caso de afección al tríptico funcional, casos severos que impidan la lactancia materna e incluso la preocupación de los padres se ha considerado un motivo para intervenir (53).

Existe controversia a la hora de realizar tratamiento de la anquiloglosia. La Sociedad Canadiense de Pediatría declara que con base en la evidencia disponible no se puede recomendar la frenectomía en lactantes con Anquiloglosia (54). La Sociedad Pediátrica Japón afirma que la anquiloglosia no causa dificultades en la alimentación y que no es necesario la frenectomía en la infancia (54). Sin embargo el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido, sugiere que la evidencia es suficiente para apoyar el uso del tratamiento quirúrgico del frenillo (53) no se establecen informes longitudinales de la anquiloglosia no tratada (53).



Figura1. 8 Paciente de 3 meses de edad con Anquiloglosia, fotografía tomada por Dra. Layla González y Sonia Pieruccini

1.2.12. Glositis migratoria benigna

Se atribuyen varios nombres a esta patología, entre los cuales se mencionan; eritema migratorio, lengua geográfica y la más utilizada en la actualidad, glositis migratoria benigna. Es una condición benigna común que afecta la lengua. A menudo se detecta en exámenes de rutina de la mucosa oral. La lesión se produce en el 1% a 3% de la población. Algunos estudios epidemiológicos muestran que las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres en una proporción de 2: 1, mientras que otras series no identifican predilección por género (55).

Ocasionalmente, los pacientes consultan por notar la aparición inusual de lesiones en su lengua o si la mucosa lingual se vuelve sensible a los alimentos calientes o picantes como resultado de la patología (55).

A pesar de que el eritema migratorio se ha documentado durante muchos años, la etiopatogenia es aún desconocido. Algunos investigadores han sugerido que se produce eritema migratorio con mayor frecuencia en individuos atópicos (55), sin embargo se ha clasificado en otras investigaciones como anomalía congénita, trastorno hereditario, condiciones inflamatorias crónicas, estrés, anemia, psoriasis, trastornos gastrointestinales (56).

Dentro de las afecciones hereditarias, Fenerli et al. Evaluaron los antígenos de histocompatibilidad HLA-A, B y HLA-DR, en 50 personas griegas y 380 personas sanas (grupo control). Se observó una mayor incidencia de antígenos DR5 y DRw6 en la sangre de las personas con lengua geográfica (57). Shekhar M, reportó un caso de glositis migratoria benigna en gemelos monocigotos (58).

Como características clínicas, la glositis migratoria benigna, muestra áreas atróficas eritematosas con pérdida de las papilas filiformes, rodeada por fronteras blancas, cursa por períodos de remisión y exacerbación que suelen ser evidentes y son de duración variable. Las lesiones se repiten en las nuevas ubicaciones produciendo así el patrón de migración (55,56).

La glositis migratoria puede ocurrir ya sea como lesiones aisladas o múltiples, puede ser asintomática o presentarse con síntomas como dolor, sensación de ardor, disgeusia, sensibilidad a la comida caliente, picante y/o amarga. Se han reportado linfadenopatías submandibulares. La mayoría de los pacientes son asintomáticos (56).

Histológicamente se puede observar una capa gruesa de queratina con infiltrado inflamatorio de células mixtas, crestas epiteliales alargadas y finas y edema epitelial. Las células inflamatorias producen abscesos pequeños llamados micro abscesos de Monro en la queratina y la capa espinosa. Áreas superficiales pueden revelar hifas de *Candida* y esporas. Áreas correspondientes a las zonas rojas muestran un aumento del edema, el epitelio acantósico y completa ausencia de papilas filiformes. Las áreas del centro de las zonas atróficas muestran completa ausencia de papilas filiformes y las capas de paraqueratosis. Los bordes blancos elevados incluyen la infiltración de neutrófilos subepiteliales, micro abscesos, invasión de leucocitos en el epitelio, edema intraepitelial, acantólisis, depósitos de glucógeno en las células epiteliales y exfoliación de las células necróticas en la capa superficial (55,56).

En general ningún tratamiento está indicado en niños con glositis migratoria. Es necesario brindar consejería a los padres a cerca de los cuidados de higiene bucal, recomendaciones de dieta, tales como evitar alimentos muy ácidos o irritantes, así mismo explicar que es una condición benigna en la que se pueden observar remisiones o exacerbaciones.

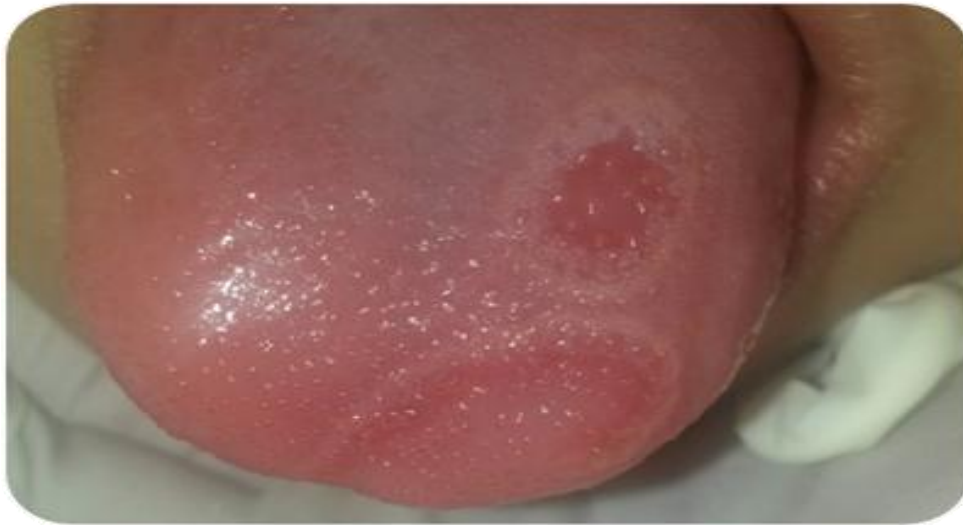


Figura 1. 9 Glositis Migratoria Benigna, fotografía tomada por Sonia Pieruccini

1.2.13. Candidiasis oral

Candidiasis diseminada o invasiva es la segunda causa más común de mortalidad con una incidencia de 2 a 20% en los recién nacidos prematuros. La transmisión de *Candida* puede ser vertical o debido a contaminaciones externas. Las especies oportunistas más comunes de *Candida* incluyen *Candida albicans* (75%), seguido por *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida tropicalis*, y *Candida parapsilosis*. Los factores de riesgo incluyen la inmadurez del sistema inmunológico, la cateterización prolongada, hospitalización prolongada (19).

La candidiasis consiste en una infección por levaduras (*candida Spp*) puede caracterizarse por una pseudomembranas blanquecinas algodonosas adheridas a la cavidad oral que se desprenden con facilidad dejando áreas eritematosas, puede afectar el dorso de la lengua, la mucosa yugal, el paladar duro e incluso la zona faríngea. En ocasiones se manifiesta con una zona despapelada o eritematosa en el dorso de la lengua o como eritema y fisuras en las comisuras bucales o como queilitis angular (59).

La aparición de candidiasis en esta población es probablemente debido en parte a la falta de madurez y la modulación del sistema inmune en el feto en desarrollo, que madura después del parto. Por lo tanto, la candidiasis neonatal representa una interface de huésped-patógeno en el que tanto los mecanismos de virulencia del hongo y la respuesta del niño a la infección puede ser muy distinta de otras presentaciones clínicas de infección por *Candida* (60).

Es frecuente su aparición después de la administración de antibióticos de amplio espectro, como resultado de la destrucción de la microflora bacteriana habitual y del aumento de la capacidad patogénica de *Candida* spp. Sin embargo, el hecho de que no afecta a todas las personas que utilizan antibioticoterapia indica que están implicados factores individuales. También se observa en relación con la corticoterapia (tópica, sistémica o por vía inhalatoria), quimioterapia y en el periodo neonatal, por contagio en el canal del parto enfermedades como la diabetes y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (59,61).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; en casos de dudas se puede recurrir al examen directo de un frotis de las lesiones con la tinción de KOH al 10% o al cultivo. La colonización de la mucosa oral por *Candida* organismo desempeña un papel decisivo en el desarrollo de la candidiasis invasiva; Por lo tanto, como medida profiláctica, el mantenimiento de la higiene oral se cree que es una importante medida preventiva (19).

Agentes antimicóticos sistémicos, incluyendo triazoles, el fluconazol y el itraconazol, son apropiadas para los pacientes que no responden o son intolerantes al tratamiento tópico y aquellos con alto riesgo de desarrollar infecciones sistémicas. Sin embargo, numerosas interacciones con otros medicamentos y disminución de la susceptibilidad de especies distintas de *Candida albicans* hacia azoles, limitan la aplicación de agentes antifúngicos sistémicos. Agentes antifúngicos tópicos, como la nistatina, anfotericina B, miconazol y clotrimazol, son

recomendados típicamente como el tratamiento de primera línea para casos no complicados de la candidiasis oral (62).

La nistatina (macrolido) disponible en varias formas, suspensión oral, crema tópica y tabletas orales. La nistatina no se absorbe desde el tracto gastrointestinal cuando se administra por vía oral, por lo tanto, la el uso tópico se considera la ruta de administración más común en odontología, además, juega un papel importante en la profilaxis de la candidiasis oral y sistémica en y recién nacidos a término y prematuros, pacientes inmunocomprometidos La dosis recomendada para uso tópico común de nistatina se 200,000-600,000 UI para los niños y adultos, y cuatro veces al día 100.000-200.000 UI para los recién nacidos y lactantes. La duración del tratamiento puede variar de 1 o de 2 a 4 semanas (62).

Investigaciones en lactantes, niños y pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / SIDA con candidiasis oral mostraron que la tasa de curación clínica fue del 9% -63,5% y la tasa de curación micológica fue del 5,6% y el 13% con el uso de nistatina en suspensión (63–65).



Figura 1. 10 Candidiasis Oral, fotografía tomada por Sonia Pieruccini

1.2.14. Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)

La estomatitis aftosa recurrente es una de las patologías más comunes de la mucosa oral. La prevalencia en la población general varía de 5% a 66%, con una media de 20%. Los pacientes parecen tener causas diferentes de aparición de las aftas. Las ulceraciones aftosas se observan con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, aproximadamente el 80% de los individuos afectados reportan su primera ulceración antes de la edad de 30 años (55).

Aunque no solo el agente desencadenante es el responsable, la destrucción de la mucosa parece estar mediada por células T, reacción inmunológica y producción de factor de necrosis tumoral alfa (55).

Dentro de los factores causales se mencionan, alergias, predisposición genética, anomalías hematológicas, influencias hormonales, factores inmunológicos, agentes infecciosos, nutricionales, estrés, trauma. Se han descrito además algunos antígenos potenciales como causantes, entre esos se incluyen lauril sulfato de sodio en las cremas dentales, medicaciones sistémicas; fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), varios beta bloqueadores y nicorandil, agentes microbiológicos como; formas L de estreptococos, *Helicobacter pylori*, virus de herpes simple (VHS), virus de la varicela-zoster, adenovirus y citomegalovirus (CMV) y muchos alimentos entre los cuales se mencionan; queso, chocolate, café, leche de vaca, gluten, nueces, fresas, tomates, colorantes, agentes aromatizantes y conservantes (55).

La barrera de la mucosa parece ser importante en la prevención de la estomatitis aftosa y podría explicar la casi presencia exclusiva de la estomatitis aftosa en mucosa queratinizada. Numerosos factores que disminuyen la barrera de la mucosa aumentan la frecuencia de aparición (traumas, deficiencias nutricionales entre otros)

Las características anatomopatológicas de la EAR son las mismas que la de otras ulceraciones inespecíficas. En el cuadro clínico se presentan lesiones que pueden ser únicas o múltiples, de tamaño generalmente pequeño, poco profundas, dolorosas, de aparición súbita y de carácter recidivante (66).

1.2.15. Defectos del Desarrollo del Esmalte (DDE)

En los últimos años se ha dado mayor importancia y se ha llegado a considerar un problema de salud pública, los defectos del desarrollo del esmalte (DDE). Recientemente se ha descrito un aumento en la dentición primaria, sea asociado o no a la ingesta de flúor. Los DDE pueden tener un impacto significativo en la salud oral y la apariencia estética. En los niños con DDE se ha aludido sensibilidad dental, aumento de la susceptibilidad de caries y alteración de la función oclusal. Además, alteraciones en el desarrollo del esmalte en la dentición primaria pueden ser predictivos de alteraciones similares en la dentición permanente (67).

Los DDE son alteraciones que se producen en la amelogénesis, pueden afectar la calidad o cantidad del esmalte, es decir, los defectos del esmalte pueden ser cualitativos o cuantitativos. Dentro de los defectos cualitativos se mencionan las hipomineralizaciones, son descritas como las alteraciones en la traslucidez del esmalte, el grosor es normal, sin embargo se observan opacidades, que pueden ser difusas o delimitadas (blanco, amarillo, marrón). La hipoplasia del esmalte es una deficiencia cuantitativa (se produce durante la etapa secretora de la amelogénesis) y se observa como una disminución del espesor, puede ser circular, en patrón de surcos o falta generalizada de la superficie del esmalte (67,68).

El momento durante el cual se produce la afección a los ameloblastos es muy importante para la localización y la aparición de defectos en el esmalte. El esmalte final muestra un registro de las lesiones recibidas durante el desarrollo de los dientes (69).

Diversos factores se han asociados con la presencia de DDE como antecedentes pre, peri y postnatales, como; semanas de gestación, prematuridad, bajo peso al nacer, puntaje de Apgar, fiebre, enfermedades o infecciones durante el embarazo (preclamsia, diabetes gestacional, rubéola), malnutrición, uso de medicamentos antialérgicos o antiasmáticos, consumo de alcohol o cigarrillo durante el embarazo, falta de lactancia materna o lactancia prolongada, uso de amoxicilina, hiperbilirrubinemia y dificultad respiratoria (67).

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de defectos del desarrollo en el esmalte de los dientes deciduos en comparación con la dentición permanente. Por otra parte, las tasas de prevalencia actual gran variabilidad (68).

La prevalencia de DDE en la dentición primaria varía entre el 4 y el 75% según la población (69).

Casanova R. et al.(70) realizaron un estudio en 1296 escolares de 6 a 12 años de edad en Campeche México encontraron una prevalencia de DDE de 7,5% en la dentición permanente y el 10,0% en la dentición primaria. Mostraron que para cada diente primario con DDE, las probabilidades de observar defectos en la dentición permanente aumentó 7,38 veces [IC del 95% = 1,17 a 1,64; $p < 0,001$].

La hipoplasia del esmalte ha sido frecuentemente asociada con experiencia de caries, principalmente debido a la mayor solubilidad del esmalte, el mayor cumulo de placa y mayor grado de colonización por *Streptococcus mutans*. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que las opacidades demarcadas se asocian significativamente con la experiencia de caries dental en los incisivos permanentes y molares (68,71).



Figura 1.11 Defecto del Desarrollo de Esmalte tipo opacidad demarcada, Fotografía Dra. Layla González

1.3. Factores relacionados con alteraciones orales en niños de 0 a 1 año

Dentro de los factores que se han relacionado con la aparición de estas alteraciones descritas, se menciona, edad gestaciones, sexo, raza, factores ambientales, ingesta de medicamentos de la madre durante el embarazo (14,16,51).

Leung (32) en estudios realizados por más de 17 años en donde examinó 50,892 bebés, encontró que la incidencia de los dientes natales es de 1: 3392 nacidos vivos, menciona que son raros en niños prematuros y existe una variación racial en la incidencia, describiendo más frecuencia en raza negra.

Freudenberger S. et, al. En un examen realizado a 2.182 recién nacidos, encontraron. Predilección en las mujeres para dientes natales (1:2,3) y más frecuencia de anquiloglosia en hombres (1,5:1) (72).

Monteagudo B. et al, (73) mencionan que factores como el sexo, el peso al nacer y la edad gestacional pueden influir significativamente en el desarrollo de los quistes palatinos y gingivales.

Liu M. et al, (74) examinaron un total de 420 recién nacidos, hallaron 94% de quistes orales de inclusión y 1% de dientes natales y neonatales. Sin embargo estos autores no encuentran diferencias significativas entre el género, el peso y la edad gestacional.

Cetinkaya D. et al, (75) examinaron 60 niños nacidos a término y 60 niños pretérmino, Se hallaron quistes palatinos en el bebé prematuro (9%) en recién nacidos a término (30%), ($P < 0,004$, La prevalencia de quistes palatinos y alveolares del maxilar aumento con la edad gestacional, el aumento de la edad postnatal y el aumento de peso al nacer. No se encontraron diferencias significativas para el género o raza.

Yilmaz A. et al, (12) inspeccionaron 299 bebés de 0 a 2 años de edad, se observaron lesiones en la mucosa en sólo 65 niños (21,27%). Mencionan que las lesiones fueron más frecuentes en el grupo de niños de 2 a 12 meses

Se mencionan factores de riesgo ambientales tales como exposición a sustancias químicas y radiación, se informa que 13 (10%) de 128 niños nacidos de madres que estaban muy expuestos a policloradosbifenilos y dibenzofuranos durante el accidente ambiental de Yusheng en Taiwán tenía dientes natales (32).

En las infecciones neonatales por VHS se resaltan como factores de riesgos; parto vaginal (vs parto por cesárea), uso de fórceps en el parto o traumatismos (interrupción de la barrera cutánea del bebé), infección materna con HSV-1 (vs HSV-2), detección de HSV-1 o HSV-2 a partir de cuello uterino o genitales externos en el momento de la entrega (a través de PCR o cultivo viral), duración prolongada de la rotura de membranas (76).

2. Materiales y Métodos

2.1. Tipo de Estudio

Descriptivo de corte transversal

2.2. Población

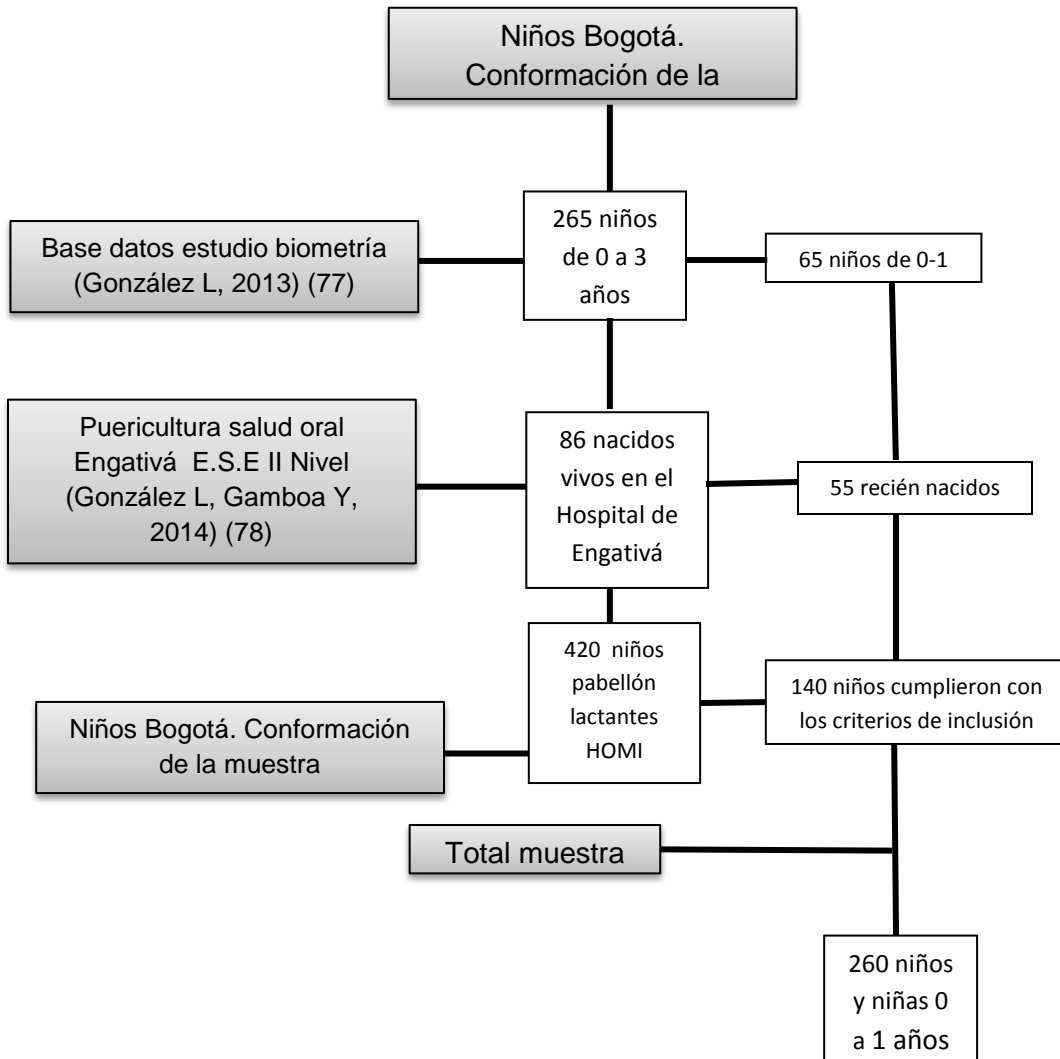
La población estudio correspondió a niños nacidos y residentes en Bogotá provenientes de:

- 265 niños de la base de datos del Estudio de Biometría Cráneo facial en Niños de 0 a 3 años. Un estudio longitudinal. Caso Colombia (González L, 2013) (77)
- 86 niños recién nacidos evaluados entre los años 2012-2014 en el Hospital de Engativá E.S.E II Nivel, del programa de Puericultura en Salud Oral, del posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar. Facultad de odontología Universidad Nacional de Colombia (Gamboa Y, 2014) (78)
- 420 Lactantes atendidos en la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia entre Junio y Septiembre de 2016

2.2.1. Muestra

Muestreo por conveniencia, no probabilístico, según criterios de inclusión y exclusión (Figura 2-1). Se tomaron 260 niños de 0 a 1 año de edad registrados en dos bases de datos y que se encontraban en el pabellón de lactantes de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia.

Figura 2-1 Diagrama de flujo de la conformación final de la muestra



2.3. Criterios de selección

Tabla 2-1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
0 a 1 año de edad	Nacidos pretérmino
Nacidos a término con edad gestacional de 37 a 41 semanas	Menos de 2500 gramos al nacer
vinculados al sistema de seguridad social en salud	Desnutrición crónica
	Historia de sífilis gestacional
	Historia de encefalitis, Kernícterus por hiperbilirrubinemia
	Síndromes, con dimorfismos o malformaciones craneofaciales
	Daño renal, hepático o enfermedades sistémicas que requieran o hallan requerido hospitalización en UCI* o intubación orotraqueal
	Alteraciones hematológicas**
	Neoplasias malignas
	Enfermedades autoinmunes

*Unidad de Cuidados Intensivos, ** anemias, hemofilias, trombocitopenias, enfermedad de Von Willebrand

2.4. Método

1. Evaluación y aprobación por parte del comité
2. Evaluación y aprobación por comité técnico científico del hospital de Engativá y Hospital de la misericordia
3. Estandarización de las observaciones y entrenamiento de los equipos examinadores. El estudio fue llevado a cabo por 2 examinadores, uno de los cuales participo en las investigaciones de las cuales se tomaron las bases de datos utilizadas en éste estudio (González L, 2013) (77), (González L,

Gamboa Y, 2015)(78). El segundo examinador fue entrenado para la realización de estudio en dos fases; inicialmente se realizó la evaluación con fotografías para identificarlas y posteriormente en una muestra de 20 pacientes que se incluyeron en el estudio. Los evaluadores se examinaron mediante el Coeficiente kappa con un valor de **0.86**, para calibración interexaminador con un grado de concordancia de 87.50% y un error del método de 0.077, lo cual acepta un grado de concordancia bueno.

4. Se realizó prueba piloto con 20 pacientes del pabellón de lactantes de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia (Anexo C)
5. Se presentó al acudiente un folleto con la explicación del estudio se procedió a leer y firmar el consentimiento informado (Anexo D)
6. Se realizó examen intraoral con luz directa o linterna según fue el caso en condiciones de tranquilidad, se utilizaron por parte de los operadores, guantes, tapabocas, gorro y la palpación se realizó sistemáticamente. El examen inició revisando paladar orofaringe, frenillo labial superior, frenillo labial inferior, frenillo lingual, rodetes, encías, piso de boca, carrillos, lengua, mucosa vestibular y labial. Además se realizó valoración funcional de la musculatura perioral, coordinación del tríplice funcional, respiración, succión, deglución, apoyado con una fonaudióloga.

2.5. Variables del estudio (Anexo A)

Las variables que se tendrán en cuenta para el estudio de caracterización de alteraciones orales en niños de 0 a 1 año son las siguientes (Tabla 2.2)

Tabla 2-2 Variables del estudio

Clasificación	Variables
Sociodemográficas	Genero Edad Lugar de nacimiento Lugar de procedencia Estrato
Antecedentes pre, peri y posnatales	Edad gestacional Complicaciones en el embarazo Tipo de parto Complicaciones en el parto Antecedentes médicos
Lesiones quísticas del desarrollo	Perlas de Epstein Nódulos de Bohn Quistes gingivales
Quistes de retención	Mucocele Ránula Quistes de erupción Épulis congénito
Alteraciones en la mucosa	Ulcera de Riga Fede Candidiasis Gingivostomatitis herpética Estomatitis aftosa recurrente
Alteraciones en lengua	Glositis migratoria benigna Lengua saburral Glositis migratoria benigna Anquiloglosia
Alteraciones dentales	Dientes natales o neonatales Defectos del desarrollo del esmalte Caries dental

2.6. Metodología estadística

2.6.1. Plan de análisis

1. Conformación de base de datos con la información recolectada
2. Se realizó la descripción de los datos mediante frecuencias y proporciones para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.
3. Procesamiento estadístico, mediante Estadística descriptiva (distribución de frecuencias de las alteraciones orales según edad, sexo y localización). En el análisis bivariado, se realizó la prueba Chi² y test Exacto de Fisher según correspondiera. Para las variables cuantitativas se realizó la prueba t de Student o U. de Mann Whitney de acuerdo con la distribución de la variable que fue evaluada asociación entre ellas. Se utilizó el software estadístico Stata 14.0 (Anexo B)
4. Análisis y presentación de resultados

2.7. Resultados esperados

1. Presentación de trabajo final
2. Que este trabajo sea una línea base de investigación en puericultura y aporte positivamente a los estomatólogos pediatras, mostrando la importancia de estos profesionales en el equipo perinatal.

2.8. Consideraciones éticas

Según la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se describe según el artículo 11, como una Investigación con riesgo mínimo, ya que hubo intervención en el paciente, por parte de los investigadores para la realización

del examen clínico. Los investigadores se comprometieron a salvaguardar la identidad de las personas evaluadas. Según el artículo 40, los evaluadores utilizaron las técnicas y medios que proporcionaron máxima seguridad a los recién nacidos. Se diligenció debidamente el consentimiento informado que fue firmado por padre y madre, de la misma manera, los investigadores se comprometieron a no falsificar datos y salvaguardar los consentimientos correspondientes al número de la muestra.

Derechos de autor: según ley número 23 de 1982 se mencionó agradecimiento al hospital de Engativá y Hospital de la misericordia por su colaboración y participación en este proyecto de investigación.

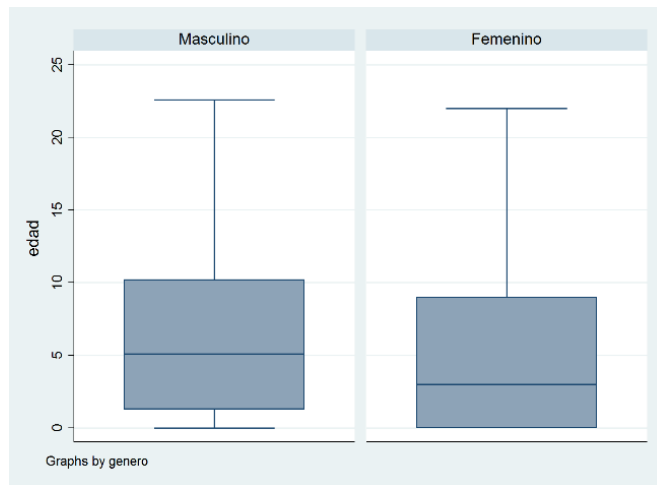
3. Resultados

La muestra estuvo conformada por 260 pacientes, de los cuales 131 (50.38%) eran hombres y 129 (49.62%) mujeres. El rango de edad fue de 0 a 22.6 meses, con una edad media de 6.3 meses para hombres y 5.0 meses para mujeres. (Tabla 3-1) (Grafico 3-1)

Tabla 3-1 Distribución por género.

Edad n=260	N(%)	Rango edad meses	Media
Masculino	131 (50.38%)	0-22.6	6.3
Femenino	129 (49.62%)	0-22	5.0

Grafico 3-1 Box-Plot distribución por género.



El 96.15% (250) de los pacientes evaluados fueron procedentes de Bogotá. La totalidad de los niños se encontraron vinculados a Sistema de Seguridad Social de Salud. El estrato socioeconómico predominante fue estrato 2 (52.69%) y 3 (24.23%), de los padres encuestado 6 (2.31%) no conocían el estrato socioeconómico de su vivienda. El tipo de vivienda más frecuentemente reportado fue vivienda arrenda 98

(37.69%), sin embargo se observan proporciones similares para vivienda propia 84 (32.31%) y familiar 73 (28.08%). La Tabla 3-2 describe las variables sociodemográficas de los 260 niños de la muestra.

Tabla 3-2 Variables sociodemográficas del total de los niños de la muestra.

n=260	Frecuencia	Porcentaje
Genero		
Masculino	131	50.38%
Femenino	129	49.62%
Lugar de nacimiento		
Bogotá	250	96.15%
Engativá	10	3.85%
EPS		
Afiliación	260	100%
Vivienda		
ND	5	1.92%
Familiar	73	28.08%
Propia	84	32.31%
Arrendada	98	37.69%
Estrato vivienda		
ND	6	2.31%
1	34	13.08%
2	137	52.69%
3	63	24.23%
4	17	6.54%
5	2	0.77%
6	1	0.38%

En la evaluación de antecedentes prenatales (Tabla 3-3), el rango de semanas de gestación (SG) comprendió entre 37 a 42, la mayoría de los pacientes valorados, 96 (36.92%) registraron 38 semanas de gestación.

El 91.15% (237) de las madres de los pacientes valorados no reportaron ninguna complicación durante el embarazo, la complicación más frecuentemente reportada fue; amenaza de aborto o riesgo de parto pretérmino 2.69% (7) seguido por preclamsia 2,31% (6).

El 71.54% (186) de los niños valorados, nacieron por parto vaginal. El 91.2% (239) no reportaron complicaciones en el parto. Dentro de las complicaciones más frecuentes se registraron el síndrome de aspiración de meconio 3.08% (8 pacientes).

El 66.54% (173) de los niños valorados, no registraron antecedentes médicos, el antecedente médico más frecuentemente reportado, fueron las enfermedades respiratorias 29.23% (76). La Tabla 3-3 describe los antecedentes prenatales, perinatales y posnatales de los 260 niños de la muestra.

Tabla 3-3 Antecedentes prenatales, perinatales y posnatales de la muestra.

n=260	Frecuencia	Porcentaje
Prenatales semanas de gestación		
37	48	18.46%
38	96	36.92%
39	84	32.31%
40	30	11.54%
41	1	0.38%
42	1	0.38%
Condiciones durante el embarazo		
Ninguna	237	91.15%
Preclamsia	6	2.31%
Diabetes gestacional	3	1.15%
Amenaza de aborto o pretérmino	7	2.69%
Infección vías urinarias	5	1.92%
Otro	2	0.77%
Antecedentes perinatales. Tipo de parto		
Vaginal	186	71.54%
Cesárea	74	28.46%
Complicaciones en el parto		
No	239	91.92%
Parto instrumentado	0	0
Sufrimiento fetal	3	1.15%
Meconio	8	3.08%
Otros	10	3.85%
Antecedentes médicos		
Ninguno	173	66.54%
Enfermedades respiratorias	76	29.23%
Infecciones bacterianas	5	1.92%
Infecciones virales	6	2.31%

Con relación a las alteraciones orales (tabla 3-4), el 54% de los niños evaluados presentaron algún tipo de alteración. Dos (2) (0.77%), presentaron deshidratación labial y 2 (0.77%) queilitis angular. En cuanto a las alteraciones del paladar, 13 (5%) pacientes presentaron paladar angosto. Se observó frenillo labial superior sobreinsertado en 35 (13.46%) pacientes, mientras la sobreinserción del frenillo labial inferior se registró únicamente en 1 paciente.

12 (4.62%) de los pacientes observados, presentaron frenillo lingual corto y 3 (1.15%) fueron diagnosticados con Anquiloglosia. Un (1) paciente con anquiloglosia presentaba movilidad no funcional de la lengua, la madre reportó dolor en el pezón e imposibilidad de lactar.

En cuanto a las alteraciones de la lengua, 4 pacientes (1.54%) presentaron glositis migratoria benigna y 3 (1.15%) pacientes lengua saburral.

En la evaluación de las alteraciones en la mucosa, 8 (3.08%) de los pacientes presentaron gingivitis, 1 estomatitis aftosa recurrente y 4 candidiasis.

El 11.92% (31) de los pacientes evaluados presentaron nódulos de Bohn, 3,46% (9) perlas de Epstein y 7,69%(20) quistes de desarrollo. Estas alteraciones se distribuyeron con más frecuencia en el rodete superior 40 (15,38%).

Dentro de los quistes de retención se reportaron 4 (1,54%) quistes de erupción y un paciente con mucocele.

Dentro de las alteraciones de erupción dental, 6 pacientes tuvieron dientes natales, 2 pacientes, dientes neonatales y un paciente ulcera de Riga Fede.

De los niños evaluados 60 tenían uno o más dientes, 7 presentaron lesiones por caries y 16 defectos del desarrollo del esmalte.

Tabla 3-4 caracterización de alteraciones orales encontradas.

n=260	Frecuencia	Porcentaje
Labios		
Normal	256	98.46%
Deshidratado	2	0.77%
Queilitis angular	2	0.77%
Otro	0	0%
Paladar		
Normal	238	91.54%
Angosto	13	5.00%
Profundo	9	3.46%
Frenillo labial superior		
Normal	225	86.54%
Sobreinsertado	35	13.46%
Frenillo labial inferior		
Normal	259	99.62%
Sobreinsertado	1	0.38%
Frenillo lingual		
Normal	245	94.23%
Corto	12	4.62%
Anquiloglosia	3	1.15%
Movilidad lingual		
Normal	245	94.23%
Funcional	14	4.62%
No funcional	1	1.15%
Lengua		
Normal	250	96.15%
Saburral	3	1.15%
Glositis migratoria benigna	4	1.54%
Lengua fisurada	0	0
Otras	3	1.15%
Encía		
Normal	249	95.77%
Gingivitis	8	3.08%
Otro	3	1.15%
Ulceras		
Ninguna	258	99.23%
Gingivoestomatitis herpética	0	0%
EAR	1	0.38%
Úlcera Riga Fede	1	0.38%
Úlcera traumática	0	0%
Herpes simple	0	0%

Tabla 3-4 caracterización de alteraciones orales encontradas- continuación		
n=260	Frecuencia	Porcentaje
Cándida		
No	256	98.46%
Si	4	1.54%
Total quistes de desarrollo	60	23.07%
Nódulos de Bohn		
No	229	88.08%
Si	31	11.92%
Perlas de Epstein		
No	251	96.54%
Si	9	3.46%
Quistes gingivales de desarrollo		
No	240	92.31%
Si	20	7.69%
Quistes de retención		
No	255	98.08%
Quistes de erupción	4	1.54%
Mucocele	1	0.38%
Ránula	0	0%
Epullis congénito	0	0%
Rodete superior		
No	220	84.62%
Si	40	15.38%
Rodete inferior		
No	243	93.46%
Si	17	6.54%
Otras ubicaciones		
Ninguno	231	88.85%
Labios	1	0.38%
Mucosa	5	1.92%
Encía	11	4.23%
Piso de la boca	0	0.00
Lengua	4	1.54%
Paladar	8	3.08%
Alteración en erupción dental		
No	252	96.92%
Natales	6	2.31%
Neonatales	2	0.77%
Caries		
No	253	97.31%
Si	7	2.69%

Tabla 3-4 caracterización de alteraciones orales encontradas- continuación		
n=260	Frecuencia	Porcentaje
Defectos del desarrollo del esmalte		
No	244	93.85%
Si	16	6.15%
Presencia de dientes		
No	200	76,92
Si	60	23,08

* **Test Chi-cuadrado + Test exacto de Fisher P< 0.05**

Con relación a la distribución por género de las alteraciones orales Tabla 3-5, se encontró, paladar angosto en 6 hombres y 7 mujeres, paladar profundo en 4 hombres y 5 mujeres, el frenillo superior sobreinsertado se observó con distribución similar por género 16 hombres y 19 mujeres. El frenillo lingual corto se registró en 6 mujeres y 6 hombres, sin embargo el total de las anquiloglosias se encontró en hombres (3 pacientes) sin diferencias estadísticamente significativas.

La glositis migratoria benigna se presentó con más frecuencia en hombres que en mujeres 3:1 respectivamente; la candidiasis oral se observó únicamente en mujeres.

Con relación a los quistes de desarrollo, se observaron nódulos de Bohn en 17 hombres y 14 mujeres, perlas de Epstein en 7 hombres y 2 mujeres, quistes gingivales de la lámina dental en 10 hombres y 10 mujeres.

Los quistes de erupción se distribuyeron de igual manera, tanto para hombres como en mujeres 2:2, la lesión por mucocele se presentó en un paciente masculino.

La totalidad de dientes natales (6 pacientes) se presentó en mujeres, siendo estadísticamente significativo (P 0,04); los dientes neonatales se distribuyeron de igual manera en hombres y mujeres 1:1.

La presencia de caries se observó más frecuentemente en hombres (6 pacientes) que en mujeres (1 paciente), de igual manera predominó los defectos del desarrollo del esmalte en hombres (11 pacientes) que en mujeres (5 pacientes).

Tabla 3-5 Distribución de las alteraciones orales por género.

n=260 masculino=131 Femenino=129	Masculino	Femenino	Valor de P
Labios			
Deshidratado	1(0.3%)	1(0.3%)	+0.494
Queilitis angular	-	2(0.7%)	
Paladar			
Angosto	6(2.3%)	7(2.7%)	*0.887
Profundo	4(1.5%)	5(1.9%)	+0.838
Frenillo labial superior			
Sobreinsertado	16(6.1%)	19(7.3%)	*0.552
Frenillo labial superior			
Sobreinsertado	1(0.3%)	-	+1.000
Frenillo lingual			
Corto	6(2.3%)	6(2.3%)	*0.224
Anquiloglosia	3(1.2%)	-	+0.350
Movilidad lingual			
Funcional	8(3.0%)	6(2.3%)	*0.529
No funcional	1(0.3%)	-	+0.785
Lengua			
Saburral	1(0.3%)	2(0.7%)	+0.266
Glositis migratoria benigna	3(1.2%)	1(0.3%)	
Otras	-	3(1.2%)	
Ulceras			
EAR	-	1(0.3%)	+0.245
Ulcera Riga Fede	-	1(0.3%)	
Cándida	-	4(1.5%)	+0.06
Nódulos de Bohn	17(6.5%)	14(5.4%)	*0.597
Perlas de Epstein	7(2.7%)	2(0.7%)	+0.172
Quistes de desarrollo	10(3.8%)	10(3.8%)	*0.971
Quistes de retención			
Quistes de erupción	2(0.7%)	2(0.7%)	+1.000
Mucocele	1(0.3%)	-	
Dientes natales	-	6(2.3%)	*0.04*
Dientes neonatales	1(0.3%)	1(0.3%)	+0.02*
Caries	6(2.3%)	1(0.3%)	+0.120
DDE	11(4.2%)	5(1.9%)	+0.196

* Test Chi-cuadrado + Test exacto de Fisher $P < 0.05$

En cuanto a la relación de alteraciones, Tabla 3-6 con antecedentes prenatales se observaron nódulos de Bohn en 3 pacientes con madres que refirieron infecciones

de vías urinarias durante el embarazo, 2 pacientes en madres que refirieron riesgo de aborto o parto pretérmino y 1 paciente de madre con preclamsia siendo una relación estadísticamente significativa (P. 0,03).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de alteraciones orales y complicaciones en el parto.

Al establecer relación entre los antecedentes médicos posnatales con las alteraciones orales, Tabla 3-6, 14 pacientes que presentaban nódulos de Bohn, tenían antecedentes de infecciones respiratorias y 2 pacientes antecedentes de virales descritos como Virus Sincicial Respiratorio (VSR) (P. 0,04).

En cuanto a los defectos del desarrollo del esmalte, 5 pacientes tenían antecedentes de enfermedades respiratorias, 3 de infecciones bacterianas y un paciente antecedentes de infecciones virales (P.0,001).

Tabla 3-6 Relación alteraciones orales y antecedentes prenatales, perinatales y posnatales.

	candid	N bohn	P epst	Q des	Q erupc	D nat	DDE
Antecedentes prenatales							
Preclampsia	-	1	-	-	-	-	-
Diabetes G	-	-	-	-	-	-	1
Riesgo aborto	-	2	-	1	-	-	-
IVU	-	3	1	1	-	-	-
Otras	-	-	-	-	-	-	-
Valor de P		+0.033*	+0.352	+0.565			+0.502
Antecedentes médicos							
Respiratorios	3				2		
Bacterianos	-				-		
Virales	-				-		
Valor de P	+0.232				+0.770		

* Test Chi-cuadrado + Test exacto de Fisher $P < 0.05$

4. Discusión

En una población de niños de 0-1 año, habitantes de Bogotá, procedentes de Instituciones de salud y jardines infantiles ubicados en Bogotá, D.C, se realizó muestreo por conveniencia según criterios de inclusión y exclusión (tabla 2-1) y prueba del error del método para los examinadores, con Coeficiente Kappa de **0.86**, y un grado de concordancia de 87.50%, conformándose una muestra total final de 260 niños. En el presente estudio se observó gran variabilidad en la presencia de patologías congénitas y del desarrollo. Las patologías que se presentaron con más frecuencia fueron los quistes de desarrollo encontrándose en 60 (23.07%) de los pacientes evaluados. La distribución según ubicación, fue mayor en el rodete superior y paladar, lo que coincide con el estudio de Paula J et al., (17), quienes encontraron en una muestra de 561 niños, quistes del desarrollo en el paladar con una frecuencia del (78.8%). La mayoría de los estudios de prevalencia de las alteraciones orales en niños, concuerdan en que las alteraciones más frecuentes son los quistes de desarrollo (ver tabla 4-1).

Tabla 4-1 Autores y prevalencia de quistes de desarrollo.

Autor	País	Muestra	Edad	Prevalencia
Freudenberg et al., 2008(72)	México	2182	Neonatos	99% de quistes de desarrollo
George et al., 2008(15)	India	1038	Neonatos	13,8% quistes gingivales, 35,2% perlas de Epstein. 47,4% nódulos de bohn
Monteagudo et al., 2012(73)	España	1000	Neonatos	53,7% quistes en el paladar 13,4% quistes en encía
Liu M, 2004(74)	Taiwán	420	Neonatos	94% quistes de desarrollo

Tabla 4-2 Autores y prevalencia de quistes de desarrollo-continuación

Autor	País	Muestra	Edad	Prevalencia
Flinck et al., 1994(79)	Suecia	1021	0-5 meses	74.9% quistes de desarrollo

Tabla 4-3 Autores y prevalencia de quistes de desarrollo -continuación

Autor	País	Muestra	Edad	Prevalencia
Pari M. et al., 2015(16)	Perú	109	0-12 meses	40.3% nódulos de Bohn, 29.3% perlas de Epstein,
Bronoosh et al., 2014(14)	Irán	995	Neonatos	15% quistes orales
Santos et al., 2008(13)	Brasil	621	0-3 meses	6,28% quiste de inclusión
Paula et al., 2007(17)	Brasil	561	3 días	78..8% quistes en paladar
Schmitt, 2012(80)	Brasil	270	Neonatales	47.7% Perlas de Epstein

En cuanto a la distribución por género, los nódulos de Bohn, se presentaron más en hombres 17 (6.5%) que en mujeres 14 (5.4%); las perlas de Epstein en 7(2.7%) hombres y 2(0,7%) mujeres; quistes del desarrollo en 10 (3.8%) hombres y 10(3.8%) mujeres, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de quistes y género, lo que concuerda con Monteagudo et al(73) y Liu M et al(74) quienes tampoco encontraron diferencias significativas entre la presencia de quistes de desarrollo y género.

En cuanto a la asociación de alteraciones con antecedentes prenatales se observó nódulos de Bohn en 3 pacientes con madres que refirieron infecciones de vías urinarias durante el embarazo, 2 pacientes en madres que refirieron riesgo de aborto o parto pretérmino y 1 paciente de madre con preclamsia siendo una relación estadísticamente significativa (P. 0,03), sin embargo no hay hipótesis para esta relación. Es necesario realizar evaluaciones en más pacientes con el fin de

extrapolar esta información y confirmar estos datos. Cetinkaya et al., 2011(75), encontraron relación estadísticamente significativas entre la presencia de quistes de inclusión y la diabetes congénita, el tratamiento con insulina y el consumo de tabaco durante el embarazo, sin embargo en el presente estudio no se encontró esta relación.

se observó frenillo labial superior sobreinsertado en 35 (13.46%) pacientes, mientras, Pari M. et al.,(16) quienes evaluaron 109 pacientes entre 0 y 12 meses, encontrando una prevalencia más alta, 30.2%, sin predilección por género, lo que concuerda con este estudio en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al género y la sobreinserción del frenillo labial superior.

En 12 de los pacientes observados (4.62%) , se encontró frenillo lingual corto, en una proporción 1:1 entre mujeres y hombres. De los niños evaluados 3 (1.15%) hombres, fueron diagnosticados con anquiloglosia, lo que difiere con Ballard et al., 2002(5) y Freudemberger et al., 2008 (72) quienes mencionaron una proporción de 1.5:1 entre hombres y mujeres con anquiloglosia. Sin embargo, en este estudio la relación por género y anquilosa no fue estadísticamente significativa.

Un paciente con anquiloglosia presentó movilidad no funcional de la lengua, la madre refirió dolor en el pezón e imposibilidad de lactar. Lo que concuerda con Ballard et al., 2002 (5) quienes reportaron estos signos y síntomas en pacientes de su estudio.

En cuanto a las alteraciones de la lengua, se describieron 4 pacientes (1.54%) con glositis migratoria benigna, siendo un valor menor frente al reportado por Yilmaz et al., 2011(12) quienes refirieron una prevalencia de 2.68%. En este estudio la glositis migratoria benigna se presentó con más frecuencia en hombres que en mujeres 3:1 respectivamente, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que concuerda con Majorana et al., 2010 (4) quienes tampoco encontraron diferencias por género y alteraciones en la lengua.

En 1 (0.38%) paciente, se observó estomatitis aftosa recurrente, lo que representa un valor bajo frente al encontrado por Majorana et al., 2010(4) quien encontró el

14,8% en una muestra de 10.128 individuos. Resultado no comparable con el presente estudio, debido a la diferencia del tamaño de la muestra.

En el presente estudio se encontró una baja frecuencia de candidiasis, 4 pacientes (1.54%), presentaron lesiones por *Candida*, en su totalidad mujeres a diferencia de Yilmaz et al., 2011 (12), quienes encontraron mayor prevalencia de *Candida* en una muestra de 299 pacientes (10,70%), resultado similar al de Majorana et al., 2010(4) quienes reportaron una prevalencia de (28.4%).

Dentro de los quistes de retención se reportaron 4 (1,54%) quistes de erupción, distribuidos de igual manera, tanto para hombres como para mujeres 2:2, lo que difiere con Bodner et al., 2004 (38) quienes encontraron predilección por género entre hombres y mujeres, 2:1. La lesión por mucocelo se encontró únicamente en un paciente (0.38%) de género masculino siendo una proporción similar a la encontrada por Schmitt, 2012(80) quien encontró una prevalencia de mucocelo de 0.5% en 270 pacientes evaluados.

De las alteraciones de erupción dental fue más frecuente la presencia de dientes natales en 6 pacientes (2.31%), que la de dientes neonatales 2(0.77%) pacientes, Liu y Huang, 2004 (74) encontraron una prevalencia más baja de dientes natales y neonatales (1%), de igual forma Schmitt, 2012(80) encontró una prevalencia menor 0.5% de los pacientes evaluados. Mhaske et al., 2013(35) mencionaron que los dientes natales son tres veces más comunes que los neonatales, lo cual se asemeja al presente estudio en donde se observó con más frecuencia los dientes natales que los neonatales.

La totalidad de dientes natales se presentaron en mujeres, siendo estadísticamente significativo (P 0,04). Los dientes neonatales se distribuyeron de igual manera en hombres y mujeres 1:1, lo que difiere con Freudenberg et al., 2008(72) quienes encontraron una proporción de dientes natales y neonatales, hombre mujer de 1:2.3.

Un paciente del éste estudio presentó ulcera de Riga Fede a diferencia de Pari M et al., (16), quienes encontraron 2 pacientes con ulcera de Riga Fede y dientes neonatales.

De los niños evaluados 60 tenían uno o más dientes, 16 (6.15%) defectos del desarrollo del esmalte con predominio por hombre (11 pacientes) que en mujeres (5 pacientes), sin embargo Pari M et al.,(16) reportaron una prevalencia de 11% de defectos del desarrollo del esmalte.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los antecedentes médicos de los pacientes evaluados y la presencia de defectos del desarrollo del esmalte (P.0,001), sin embargo, no se encontraron hipótesis relacionados con esta afirmación. Debido a que la muestra de este estudio fue a conveniencia, por ser una caracterización, no es posible inferir esta relación como dato extrapolable para otros estudios, ya que este resultado puede ser un valor coincidencial. Por esta razón se recomienda realizar otros estudios con muestras más amplias que reflejen la variabilidad y posiblemente la diversidad étnica del país

5. Conclusiones

El presente estudio, caracterizó las alteraciones del desarrollo en niños de 0-1 año de edad, según género, ubicación anatómica y antecedentes pre, peri y posnatales. Mostró gran variabilidad y frecuencia de alteraciones orales, por lo que se infiere con base en esta información, la necesidad de continuar la valoración en esta población.

Se identifica la importancia del estomatólogo pediatra como parte de equipo perinatal para realizar una consulta temprana, en donde se puedan identificar alteraciones orales con el fin de realizar tratamiento controles, seguimiento y asesoría preventiva.

Se observa en la literatura prevalencias variables de las alteraciones del desarrollo en niños de 0-1 año, este estudio de caracterización es comparable con diversos estudios, sin embargo se observaron discrepancias y concordancias con algunos autores, este análisis guía al profesional en la valoración de los niños de 0 a 1 año, orienta en el estudio, proporciona una guía de las alteraciones orales más frecuentes en niños, para pautar diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico

6. Recomendaciones

Es recomendable continuar realizando la valoración estomatológica en niños de 0-1 año, con el fin de diagnosticar tratar y controlar a esta población, aclarar dudas a los padres y realizar consejería, así mismo reportar y describir las alteraciones del desarrollo encontradas, para continuar el registro, reportar prevalencias y comparar los datos con diversas poblaciones.

Es recomendable realizar este análisis en pacientes nacidos pretérmino, con bajo peso al nacer o con enfermedades sistémicas para realizar comparaciones y asociaciones.

Anexo A. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo	Nivel	Categoría	Medición	Valor que asume
Sexo	Indica el género de un individuo ya sea masculino o femenino	Cualitativa	Categórica	Nominal – binomial	Según paciente	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Número de años de una persona	Cuantitativo	Numérica	De razón	Según registro	Número de años cumplidos
Lugar de procedencia	Sitio donde ha vivido la mayor parte del tiempo	Cualitativo	Categórica	Binomial	Según paciente	1. Bogotá 2. Engativá
Condiciones en el Embarazo	Si la mamá del paciente tuvo amenazas de aborto, consumió medicamentos o fue hospitalizada	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según información suministrada por la mamá	1.No 2.Preclampsia 3.Diabetes gestacional 4.Riesgo de aborto o parto pretérmino 5.IVU 6.Otros
Semanas de gestación	Edad gestacional para cuantificar la progresión del embarazo	Cuantitativo	Numérica	De razón	Según información dada por la mamá	Semanas de gestación
Numero de gestación	Número de embarazos de la madre	Cuantitativo	Numérica	De razón	Según información dada por la mamá	Número de hijos frutos de la gestación
Tipo de parto	Forma en la que se da el nacimiento del bebé, ya sea vaginal o por cesárea	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según interrogatorio	1.Vaginal 2.Cesarea
Complicaciones en el parto	Si se utilizaron fórceps al momento de nacer o sufrimiento fetal	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según información suministrada por la mamá	1.No 2.parto instrumentado 3.sufrimiento fetal 4.Meconio 5. otros
Antecedentes médicos	Historia de enfermedades en el primer año de vida	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según Historia Clínica descrita por el acudiente	1. Ninguna 2.Enfermedades respiratorias 3.Infecciones bacterianas 4.Enfermedades Virales
Orofaringe	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1. Ninguna 2. Alterada
Paladar	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Angosto 3.Profundo 4.Otros
Labios	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Deshidratados 3.Queilitis Angular 4.Otros
Frenillo labial superior	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Sobreinsertado 3. Otro
Frenillo labial inferior	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Sobreinsertado 3. Otro
Frenillo lingual	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Corto 3.Anquiloglosia

Movilidad lingual	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Funcional 3.No funcional
Lengua	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Saburral 3.Glositis Migratoria Beningna 4.Lengua fisurada 5.Otros
Encía	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Normal 2.Gingivitis 3.Otros
Ulceras	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Ninguna 2.Gingivoestomatitis Herpética 3.Estomatitis Aftosa Recurrente 4.Ulcera de Riga 5.Ulcera Traumáticas 6.Herpes Simple Labial
Candidiasis	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Perlas de Epstein	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Nodulos de Bohn	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Perlas de Epstein	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Granulos de Fordyce	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Quistes de retención	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.No 2.Quiste de erupción 3.Mucocele 4.Ranula 5.Epulis congénito
Dientes	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.No 2.Natales 3.Neonatales
Localización de las lesiones	Sitio donde se encontró	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Ninguna 2.Labios 3.Mucosas 4.Encía 5.Piso de la boca 6.Lengua 7.Paladar 8.Orofaringe
Rodete superior	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Rodete inferior	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Binomial	Según examen clínico	1.No 2.Si
Odontograma	Lo que se detectó al momento del examen intraoral	Cualitativa	Categórica	Multinomial	Según examen clínico	1.Sin Erupcionar 2.Presente sano 3.presente con caries 4.DDE 5.Otros

Anexo B. Variables Dependientes e Independientes

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	ESCALA	PRUEBA ESTADÍSTICA
Patología oral	Sexo	Multinomial / binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Edad	Multinomial / De razón	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Lugar de procedencia	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Condiciones es en el Embarazo	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Semanas de gestación	Multinomial / De razón	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Numero de gestación	Multinomial / De razón	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Tipo de parto	Multinomial / Binominal	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Complicaciones en el parto	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Antecedentes médicos	Multinomia / Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Orofaringe	Multinomial / Binominal	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Paladar	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Labios	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Frenillo labial superior	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Frenillo labial inferior	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Frenillo lingual	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Movilidad lingual	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Lengua	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Encía	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Ulceras	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Candidiasis	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Perlas de Epstein	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Nodulos de Bohn	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Perlas de Epstein	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Granulos de Fordyce	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher

Patología oral	Quistes de retención	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Dientes	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Localización de las lesiones	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Rodete superior	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Rodete inferior	Multinomial / Binomial	Chi2 o test exacto de Fisher
Patología oral	Odontograma	Multinomial/ Multinomial	Chi2 o test exacto de Fisher

Anexo C. Instrumento de recolección de datos

Registro:

Universidad Nacional de Colombia
 Facultad de Odontología-Estomatología pediátrica y ortopedia maxilar
 Trabajo de grado: Caracterización de las alteraciones orales en niños de 0-1 año nacidos en el hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Bogota Dc: un estudio retrospectivo y prospectivo
 Registro de variables

Fecha Día ___ Mes ___ Año ___ Institución _____
 Identificación: _____ de _____ Genero F ___ M ___
 Fecha de Nacimiento: día ___ Mes ___ Año ___ Lugar: _____ Edad _____
 Nombre _____ Mamá _____
 Celular _____ EPS _____ Estrato _____ Vivienda _____

Antecedentes médicos: 1.Ninguno 2.Respiratorias 3.bacterianas 4.virales
Numero de semanas _____ **Parto:** 1.Vaginal 2. Cesárea **Gestación No** _____
Condiciones en el embarazo: 1.No 2. Preclamsia 3.Diabetes Gestacional 4.Riesgo de aborto o parto pretérmino 5.IVU 6.Otros
Complicaciones en el parto: 1.No 2.Parto instrumentado 3.Sufrimiento fetal 4.Meconio 5.Otros

Valoración Estomatológica Intraoral
Orofaringe 1.Normal 2.Alterado **Paladar** 1.Normal 2.Angosto 3.Profundo 4. Otro
Frenillo labial superior 1.Normal 2.Sobreinsertado 3.Otro
Frenillo labial Inferior 1. Normal 2.Sobreinsertado 4.Otro
Frenillo lingual 1.Normal 2.Corto 3.Anquiloglosia **Movilidad lingual** 1.Normal 2.Funcional 3.No funcional
Labios 1.Normal 2.Deshidratados 3.Queilitis Angular 4.otros
Encías 1. Normales 2. Gingivitis 3. Otros

Úlceras: 1. No
 2. Gingivostomatitis Herpética
 3. Estomatitis Aftosa Recurrente
 4. Úlcera de Riga Fede
 5. Úlcera traumática
 6. Herpes simple labial

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	71	73	74	75

Candidiasis: 1.No 2. Si **Caries** _____ **DDE** _____

Quistes de inclusión: 1. No
 2. Perlas de Epstein
 3. Nódulos de Böhn
 4. Quistes de Desarrollo

Quiste de retención: 1. No 2. Quiste de Erupción 3. Mucocele 4. Ranula 5. Epullis Congénito

Observaciones _____

Anexo D. Formato consentimiento informado**1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Caracterización de las alteraciones orales en niños de 0-1 año, nacidos en el hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC: un estudio retrospectivo y prospectivo”**

Yo _____, identificado (a) con el documento de identidad _____ como aparece al pie de mi firma y en calidad de acudiente del paciente arriba mencionado.

1. Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales y sin limitaciones ni impedimentos de carácter médico o legal, en forma libre expreso que he sido informado de los propósitos, alcances y tipo de intervención a realizar en la investigación que se llevará a cabo para evaluar la presencia de alteraciones orales en mi hijo(a).

2. Otorgo mi consentimiento al estudiante del posgrado de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, SONIA PATRICIA PIERUCCINI ARIAS y a la directora del proyecto Dra. LAILA GONZALEZ BEJARANO para llevar a cabo el examen clínico de la cavidad oral, con el convencimiento que los datos de la Historia Clínica y/o resultados obtenidos solo serán divulgados como información científica. A cada paciente se le dará un código alfa numérico de tal forma que solo quien realice el análisis de la información conocerá la identificación.

3. Se me ha informado que según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la investigación está clasificada como de riesgo mínimo; ya que se realizara únicamente examen clínico de la cavidad oral y según el artículo 40, los evaluadores utilizaran las técnicas y medios que proporcionen máxima seguridad a los recién nacidos.

4. Me comprometo a brindar información verídica sobre lo que me sea preguntado con el objetivo de colaborar, teniendo en cuenta que esta información será utilizada con la ética pertinente.

5. Manifiesto que se me ha explicado el procedimiento de realizar el examen oral de la cavidad oral de mi hijo(a), previniendo riesgos.

6. Igualmente se me ha informado de los posibles riesgos: llanto, alergia a los guantes del operador, molestia por la posición del espejo bucal.

7. Los Beneficios que recibiría al participar en el estudio son: asesoría en lactancia materna, examen inicial del bebé, instrucciones de cuidado bucal del neonato, asesoría en el manejo de las patologías en caso de presentarlas, usted no recibirá ninguna compensación económica sin embargo al participar de este estudio contribuirá al conocimiento y la investigación

8. Me han explicado que es mi decisión aceptar que mi hijo haga parte de esta investigación y que me puedo retirar de esta sin ninguna coacción para conmigo o el paciente.

9. Los investigadores me proporcionarán información sobre los resultados obtenidos en la investigación.

10. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí, y que los interrogantes que he formulado me han sido aclarados.

11. Cualquier inquietud o duda que Usted tenga con respecto a esta investigación se puede dirigir al Pabellón Barranquilla de la Fundación Hospital de la Misericordia o comunicarse al teléfono al 3811970 ext. 505.

Firma del acudiente
CC

Firma del docente /o estudiante
CC

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA QUIENES PARTICIPAN EN
PROCESOS DE INVESTIGACIÓN**

YO, **SONIA PATRICIA PIERUCCINI ARIAS** (quien firma), mayor de edad y vecino(a) de **SAN GIL SANTANDER COLOMBIA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía **No. 1.100.954.316** expedida en San Gil, Santander. En mi condición de **Estudiante de Posgrado** de la facultad de odontología, he aceptado formalmente trabajar en el proyecto denominado **Caracterización de las alteraciones orales en niños de 0-1 año, nacidos en el hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC un Estudio Retrospectivo y Prospectivo** Por lo anterior declaro que conozco que este tema de trabajo hace parte de la línea de investigación **PUERICULTURA EN SALUD ORAL** de la docente de planta **Dra. LAILA YANED GONZALEZ BEJARANO** de la Universidad Nacional de Colombia. Por tal razón, consciente que en el desarrollo de mi trabajo podré usar información privilegiada previamente lograda, propiedad de la Universidad y con características y usos potenciales promisorios y que igualmente, es posible que en mi trabajo se alcancen resultados e informaciones de interés para el futuro del proyecto de investigación, me comprometo a manejar de manera confidencial los resultados y demás información relativa a mi trabajo de investigación, atendiendo especialmente lo consignado en las siguientes cláusulas:

1. Aplicar el manejo confidencial a toda la información que se me suministre con esas características como insumo para el desarrollo del trabajo y extender ese tratamiento a los resultados alcanzados, reportándolos solamente al director del trabajo.
2. No emplear la información relacionada con mi trabajo, o cualquier otra referida al proyecto de investigación, en beneficio propio de terceros mientras conserve sus características de confidencialidad o mientras sea manejada como proyecto de investigación.
3. Informar clara y lealmente si en cualquier momento en el desarrollo del trabajo surgen intereses de mi parte que riñan con el interés de la Universidad. Se entiende por tal, cualquier intención más allá del ámbito académico que entre en conflicto con los intereses económicos o sociales que pudieren derivarse de la aplicación de los resultados de investigación. El acatamiento de este punto no implica necesariamente rompimiento del acuerdo si no reordenamiento de la relación.
4. Aceptar que cualquier publicación relacionada con el trabajo de investigación requiere la autorización del director del proyecto y que en ejercicio de mi Derecho de Autor autorizaré por escrito la publicación o divulgación de mis aportes en cualquiera de sus modalidades (ponencia oral, poster, Internet, etc.), a cambio del o cual se reconocerá mi participación (autoría total o parcial) en la elaboración del proyecto según el rol desempeñado. Esta previsión incluye el texto, las ilustraciones y los datos contenidos en mi trabajo de grado, aunque no limita mi autonomía para la redacción de la obra.

5. Las anotaciones o correcciones del director y/o del comité revisor deberán ser atendidas y se relacionarán exclusivamente como información confidencial o susceptible de protección. Esta previsión deberá aplicarse igualmente al texto que constituirá el trabajo o tesis de grado.
6. Fijar como vigencia del presente acuerdo el tiempo de ejecución del trabajo y cinco años después de concluido y/o hasta la publicación de los resultados. No obstante, si la Universidad requiriese ampliar ese plazo sobre alguna información que se llegue a conocer, aceptaré una prórroga por el mismo término de cinco años con tan sólo se me notifique por correo electrónico.
7. Con relación a la propiedad intelectual y los derechos de autor para uso o publicación de los productos de los procesos investigativos se regirán por el estatuto de propiedad intelectual de la Universidad vigente o los reglamentos estipulados para tal fin.

Los compromisos y derechos aquí previstos se encuentran regidos por la legislación, los reglamentos y la doctrina vigente en Colombia, como es posible confrontar en: La Ley 23 de 1982, Decisión 351 CAN, Circular 06 de 2002 DNDA, artículo 308, Ley 599 de 2000, Ley 256 de 1996, Decisión 486 de la CAN, Tit. XVI, Acuerdo 035 de 2003 C.A.

En constancia y refrendación de lo declarado suscribo libremente el presente acuerdo, a los **26 días del mes de NOVIEMBRE de 2015**, en la ciudad de Bogotá.

Firma del Participante






Nombre: **SONIA PATRICIA
PIERUCCINI ARIAS**

Cédula Ciudadanía. 1.100.954.316

Avala:

Firma Docente de Planta Director del
Proyecto Nombre: **LAILA YANED
GONZALEZ BEJARANO**

Cédula:

<p>¿Qué es el examen odontológico del bebe?</p> <p>Es un examen temprano que da la oportunidad de evaluar el bienestar del bebé, las funciones que debe cumplir su boquita y las alteraciones que pueden presentar.</p>  <p>¿Qué vamos a mirar?</p> <ul style="list-style-type: none"> Sus reflejos Su boquita Su encía Su lengua Sus músculos Su paladar 	 <p>Agradecemos su colaboración en este proyecto:</p> 	 <p>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PUERICULTURA EN SALUD ORAL</p> <p>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Caracterización de las alteraciones orales en niños de 0-1 año, nacidos en el Hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC</p> <p>RESPONSABLE DEL PROYECTO Sonia Patricia Pieruccini Directora: Dra. Laila González Bejarano</p> <p>Universidad Nacional de Colombia Facultad de Odontología Pasaje de Simón Bolívar # 45-100 Bogotá D.C.</p> 
--	---	---

Objetivo: Caracterizar las alteraciones orales más frecuentes en niños de 0-1 año que nacen en el Hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia

 <p>Recuerde que este examen se realizará con toda la protección para su bebé, se usaran elementos de bioseguridad, el instrumental implementado esta estéril y durante toda la consulta usted acompañara a su hijo(a)</p>	<p>¿Qué elementos se implementaran?</p>  	<p>¿Qué ventajas tiene la valoración del bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted recibirá consejería en el cuidado bucal de su bebé Promoción de lactancia materna Podrá resolver las dudas a cerca de alteraciones que su hijo(a) presente en su boca Se orientara el tratamiento en caso que se requiera 
--	--	---

Referencias bibliográficas

1. Nowak A, Warren J. Infant oral health and oral habits. *Pediatric Clinics of North America*. 2000;47(5):1043–1066.
2. Schafer T, Adair S. Prevention of dental disease. The role of the pediatrician. *Pediatr Clin North Am*. octubre de 2000;47(5):1021-1042, v-vi.
3. Ramos F, Jue B, Bonta C. Implementing an infant oral care program. *J Calif Dent Assoc*. octubre de 2002;30(10):752-61.
4. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. julio de 2010;110(1):e13-8.
5. Ballard J, Auer C, Khoury J. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002;110(5):e63–e63.
6. Suter V, Bornstein M. Ankyloglossia: Facts and Myths in Diagnosis and Treatment. *Journal of Periodontology*. agosto de 2009;80(8):1204-19.
7. Segal L, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. *Can Fam Physician*. junio de 2007;53(6):1027-33.
8. Francis D, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *PEDIATRICS*. 1 de junio de 2015;135(6):e1458-66.
9. Bessa C, Santos P, Aguiar M, Do Carmo M. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *Journal of oral pathology & medicine*. 2004;33(1):17–22.
10. García V. *Patología oral. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica* Madrid: Ferrer Grupo. 2003;245–53.
11. Crespo M, del Pozo P, García R. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños *Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10:376–87.
12. Yilmaz A, Sarifakioglu E, Bilici M, Gorpelioglu C, Dogan D, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2011;14(3):349.

13. Santos F, Pinho J, Libério S, da Cruz M. Prevalence of congenital and developmental oral abnormalities in infants aged 0 to 6 months. *Revista Odonto Ciência (Journal of Dental Science)*. 2008;24(1):77–80.
14. Bronoosh P, Kasraeian M, Ghazi B. Oral abnormalities in an Iranian newborn population. *Pediatric Dental Journal*. abril de 2014;24(1):8-11.
15. George D, Bhat S, Hegde S. Oral Findings in Newborn Children in and around Mangalore, Karnataka State, India. *Medical Principles and Practice*. 2008;17(5):385-9.
16. Pari J, Núñez M. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses del Instituto Nacional de Salud del Niño. *Odontología Sanmarquina*. 2015;17(2):67–71.
17. Paula J, Dezan C, Frossard W, Walter L, Pinto L. Oral and facial inclusion cysts in newborns. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2007;31(2):127–129.
18. Merrett S, Crawford P. Congenital epulis of the newborn: a case report. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13(2):127–129.
19. Patil S, Rao R, Majumdar B, Jafer M, Maralingannavar M, Sukumaran A. Oral Lesions in Neonates. Marwah N, editor. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2016;9:131-8.
20. Biosca M, Rodríguez G, Samper M, Odriozola M, Cuadrón L, Álvarez M, et al. Aspectos perinatales, crecimiento y tipo de lactancia de los nacidos pequeños para su edad gestacional. *Anales de Pediatría*. enero de 2013;78(1):14-20.
21. Daza P, Mejía J. Semiología neonatal. 2013 [citado 15 de junio de 2016]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5806>
22. Olivar A. Atención Estomatológica al Binomio Madre Hijo. Universidad Nacional de Colombia;
23. Ventiades F, Tattum B, others. Patología oral del recién nacido. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2006;45(2):112–115.
24. Domingo F, others. CONSIDERACIONES MORFOLÓGICAS SOBRE LA CAVIDAD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO EN EDAD TEMPRANA. En: Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas [Internet]. 2012 [citado 15 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://morfovvirtual2012.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2012/paper/viewPaper/344/480>
25. Marini R, Chipaila N, Monaco A, Vitolo D, Sfasciotti G. Unusual symptomatic inclusion cysts in a newborn: a case report. *Journal of medical case reports*. 2014;8(1):1.

26. Donley C, Nelson L. Comparison of palatal and alveolar cysts of the newborn in premature and full-term infants. *Pediatr Dent*. agosto de 2000;22(4):321-4.
27. Cohen R. Clinical perspectives on premature tooth eruption and cyst formation in neonates. *Pediatric dermatology*. 1984;1(4):301–306.
28. Moskow B, Bloom A. Embryogenesis of the gingival cyst. *Journal of clinical periodontology*. 1983;10(2):119–130.
29. Wysocki J. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. segunda. ELSEVIER;
30. Singh R, Kumar R, Pandey R, Singh K. Dental lamina cysts in a newborn infant. *Case Reports*. 9 de octubre de 2012;2012(oct08 1):bcr2012007061-bcr2012007061.
31. Gupta N, Ramji S. Bohn's nodules: an under-recognised entity. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. septiembre de 2013;98(5):F464.
32. Leung A, Robson W. Natal teeth: a review. *Journal of the national medical association*. 2006;98(2):226.
33. de la Teja E, Durán L, Zurita Y. Dientes natales y neonatales. *Acta Pediátrica de México* [Internet]. 2011 [citado 16 de noviembre de 2015];32(6). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm116g.pdf>
34. Dunlop R, Barton D, Jones J. Riga-Fede Disease: A Case Report. *Journal of Pediatric Health Care*. marzo de 2013;27(2):155-7.
35. Mhaske S, Yuwanati M, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and Neonatal Teeth: An Overview of the Literature. *ISRN Pediatrics*. 2013;2013:1-11.
36. O'Hara A, Collins T, Howell J, others. Gingival eruption cysts induced by cyclosporine administration to neonatal dogs. *Journal of clinical periodontology*. 2002;29(6):507–513.
37. Alemán R, Martínez M, Leonardo M, Silva R, Herrera H, Herrera H. Congenital eruption cyst: a case report. *Brazilian dental journal*. 2010;21(3):259–262.
38. Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. *J Clin Pediatr Dent*. 2004;28(2):183-6.
39. Shapira M, Akrish S. Mucocelos of the Oral Cavity in Neonates and Infants-Report of a Case and Literature Review. *Pediatric Dermatology*. marzo de 2014;31(2):e55-8.
40. Soni A, Suyal P, Suyal A. Congenital Ranula in a Newborn: A Rare Presentation. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. septiembre de 2012;64(3):295-7.

41. Mucocele and Ranula: Background, Pathophysiology, Epidemiology [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1076717-overview#a5>
42. Bernhard M, Hückel D, Hamala D. Sublinguale, livide Schwellung am Mundboden eines Neugeborenen: Kongenitale Ranula. HNO. mayo de 2007;55(5):388-91.
43. Conrad R, Perez M. Congenital granular cell epulis. Archives of pathology & laboratory medicine. 2014;138(1):128.
44. Bang K, Bodhade A, Dive A. Congenital granular cell epulis of a newborn. Dent Res J (Isfahan). diciembre de 2012;9(Suppl 1):S136-8.
45. Küpers A, Andriessen P, van Kempen M, van der Tol I, Baart J, Dumans A, et al. Congenital epulis of the jaw: a series of five cases and review of literature. Pediatric Surgery International. febrero de 2009;25(2):207-10.
46. Conrad R, Perez M. Congenital granular cell epulis. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 2014;138(1):128–131.
47. Kumar R, Bavle R, Umashankar D, Sharma R. Congenital epulis of the newborn. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 2015;19(3):407.
48. Fuhr A, Krogh P. Congenital epulis of the newborn: centennial review of the literature and a report of case. J Oral Surg. enero de 1972;30(1):30-5.
49. Webb A, Hao W, Hong P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: A systematic review. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. mayo de 2013;77(5):635-46.
50. Coryllos E, Genna I, Salloum I. Section on Breastfeeding. 2004 [citado 16 de noviembre de 2015]; Disponible en: http://www.lunalactation.com/Ankyloglossia_AAPnewsletter.pdf
51. Mueller D, Callanan V. Congenital Malformations of the Oral Cavity. Otolaryngologic Clinics of North America. febrero de 2007;40(1):141-60.
52. Abanto J, Raggio D, Alves F, Corrêa F, Bönecker M, Corrêa M. Oral characteristics of newborns: report of some oral anomalies and their treatment. IJD International Journal of Dentistry [Internet]. 2009 [citado 22 de noviembre de 2015];8(3). Disponible en: <https://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewArticle/203>
53. Glynn R, Colreavy M, Rowley H, Gendy S. Division of tongue tie: Review of practice through a tertiary paediatric otorhinolaryngology service. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. octubre de 2012;76(10):1434-6.

54. Power R, Murphy J. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance: Table 1. *Archives of Disease in Childhood*. mayo de 2015;100(5):489-94.
55. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Oral and maxillofacial pathology [Internet]. 2016 [citado 8 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/dura/browse/bookChapter/3-s2.0-C20110077025>
56. Nandini D. Paediatric Geographic Tongue: A Case Report, Review and Recent Updates. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH* [Internet]. 2016 [citado 9 de septiembre de 2016]; Disponible en: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=2&page=ZE05&issn=0973-709x&id=7191
57. Fenerli A, Papanicolaou S, Papanicolaou M, Laskaris G. Histocompatibility antigens and geographic tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. octubre de 1993;76(4):476-9.
58. Shekhar M. Geographic tongue in monozygotic twins. *J Clin Diagn Res*. abril de 2014;8(4):ZD01-02.
59. Kong E, Kucharíková S, Van Dijck P, Peters B, Shirliff M, Jabra-Rizk M. Clinical implications of oral candidiasis: host tissue damage and disseminated bacterial disease. *Infection and immunity*. 2015;83(2):604–613.
60. Arsenault A, Bliss J. Neonatal Candidiasis: New Insights into an Old Problem at a Unique Host-Pathogen Interface. *Current Fungal Infection Reports*. diciembre de 2015;9(4):246-52.
61. Gonçalves L, Silva A, Ferreira S, Sousa C, Fontes T, Vettore M, et al. Factors associated with specific clinical forms of oral candidiasis in HIV-infected Brazilian adults. *Archives of Oral Biology*. junio de 2013;58(6):657-63.
62. Lyu X, Zhao C, Hua H, Yan Z. Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Design, Development and Therapy*. marzo de 2016;1161.
63. Pons V, Greenspan D, Lozada F, McPhail L, Gallant J, Tunkel A, et al. Oropharyngeal candidiasis in patients with AIDS: randomized comparison of fluconazole versus nystatin oral suspensions. *Clin Infect Dis*. junio de 1997;24(6):1204-7.
64. Flynn P, Cunningham C, Kerkering T, San Jorge A, Peters V, Pitel P, et al. Oropharyngeal candidiasis in immunocompromised children: a randomized, multicenter study of orally administered fluconazole suspension versus nystatin. The Multicenter Fluconazole Study Group. *J Pediatr*. agosto de 1995;127(2):322-8.

65. Goins R, Ascher D, Waecker N, Arnold J, Moorefield E. Comparison of fluconazole and nystatin oral suspensions for treatment of oral candidiasis in infants. *Pediatr Infect Dis J.* diciembre de 2002;21(12):1165-7.
66. López A, Iliástigui C, Pérez A. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez: Municipio 10 de Octubre. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2009;8(4):0-0.
67. Wagner Y. Developmental defects of enamel in primary teeth - findings of a regional German birth cohort study. *BMC Oral Health* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 11 de septiembre de 2016];17(1). Disponible en: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-016-0235-7>
68. Vargas F, Salas M, Nascimento G, Tarquinio S, Faggion C, Peres M, et al. Association between developmental defects of enamel and dental caries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry.* junio de 2015;43(6):619-28.
69. Cruvinel V, Gravina D, Azevedo T, Rezende C de, Bezerra A, Toledo O. Prevalence of enamel defects and associated risk factors in both dentitions in preterm and full term born children. *Journal of Applied Oral Science.* 2012;20(3):310-317.
70. Casanova A, Medina C, Casanova J, Vallejos A, Martinez E, Loyola J, et al. Association between developmental enamel defects in the primary and permanent dentitions. *European Journal of Paediatric Dentistry.* 2011;12(3):155.
71. Ellwood R, O'Mullane D. Association between dental enamel opacities and dental caries in a north Wales population. *Caries Res.* 1994;28(5):383-7.
72. Freudemberger S, Santos M, Bravo J, Sedano H. Intraoral findings and other developmental conditions in Mexican neonates. *J Dent Child (Chic).* diciembre de 2008;75(3):280-6.
73. Monteagudo B, Labandeira J, Cabanillas M, Acevedo A, León E, Toribio J. Prevalence of milia and palatal and gingival cysts in Spanish newborns. *Pediatr Dermatol.* junio de 2012;29(3):301-5.
74. Liu M, Huang W. Oral abnormalities in Taiwanese newborns. *J Dent Child (Chic).* agosto de 2004;71(2):118-20.
75. Cetinkaya M, Oz F, Orhan A, Orhan K, Karabulut B, Can D, et al. Prevalence of oral abnormalities in a Turkish newborn population. *Int Dent J.* abril de 2011;61(2):90-100.
76. James S, Kimberlin D. Neonatal Herpes Simplex Virus Infection. *Infectious Disease Clinics of North America.* septiembre de 2015;29(3):391-400.

77. González L, others. Biometría Craneofacial en niños de 0-3 años. Un estudio longitudinal-Caso Colombia [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; [citado 31 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/39483/1/5500522.2013.pdf>
78. Gamboa Y, others. Antropometria general y craneofacial en neonatos. Caso Bogotá durante los años 2011-2014 [Internet]. Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá; [citado 31 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52968/>
79. Flinck A, Paludan A, Matsson L, Holm A, Axelsson I. Oral findings in a group of newborn Swedish children. *Int J Paediatr Dent.* junio de 1994;4(2):67-73.
80. Schmitt BH. Características da Cavidade Oral de Bebês Recém-Nascidos, Blumenau/SC. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada.* 1 de marzo de 2012;12(1):89-92.