



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del
desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos
en el HONADOMANI “San Bartolomé”- 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Jannette Carol ABAD CAUTI

ASESOR

María Elena NÚÑEZ LIZÁRRAGA

Lima, Perú

2017



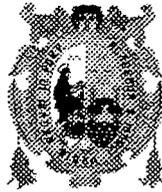
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Abad J. Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé”- 2016. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCO
 (Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 VICE DECANATO ACADÉMICO
 UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el dieciocho de abril del 2017, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista de la Bachiller :

ABAD CAUTI, Jannette Carol

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « **FRECUENCIA DE ALTERACIONES BUCALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO EN BEBÉS DE 0 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ” - 2016** » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento..... *sobresaliente* , siendo calificado con un promedio de:..... *Dieciocho* *18* ,
 (en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los dieciocho días del mes de abril del dos mil diecisiete.

PRESIDENTE DEL JURADO

MIEMBRO

Dr. C.D. Justiniano Sotomayor Camayo

Dra. C.D. María Angélica Alvarez Páucar

MIEMBRO (ASESOR)

Mg. C.D. María Elena Nuñez Lizarraga

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
 Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
 Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

- **PRESIDENTE:** Dr. Justiniano Sotomayor Camayo
- **MIEMBRO:** Dra. María Angélica Álvarez Paúcar
- **MIEMBRO ASESOR:** Mg. María Elena Núñez Lizárraga.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y guiar siempre mis pasos.

A mis padres, Segundo y Mary Luz, por su amor incondicional, sabios consejos y por darme la mejor de las herencias, mi educación.

A mis hermanos, Paul y Jorge, por su compañía y apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, Mg. María Elena Nuñez Lizárraga, por su constante apoyo, sus valiosos conocimientos y consejos en la elaboración de la presente investigación.

A los doctores miembros del jurado, al Dr. Justiniano Sotomayor Camayo y a la Dra. María Angélica Álvarez Paúcar, por sus enseñanzas, sabios consejos y por haberme brindado tan amablemente su valioso tiempo.

Al Dr. Daniel Guillermo Suárez Ponce, por los conocimientos brindados y por su constante dedicación en la elaboración de esta investigación.

A la Mg. Teresa Evaristo Chiyong, por sus valiosos consejos y sugerencias durante la elaboración de esta investigación.

A la Dra. María Cortez Marino, Jefa del Departamento de Odontoestomatología del HONADOMANI “San Bartolomé”, por su asesoría y disposición para el desarrollo del presente estudio.

Al Dr. Marco Castillo Prada, Coordinador del Internado Hospitalario del HONADOMANI “San Bartolomé”, por su apoyo en la presente investigación.

A todo el personal del Servicio de Odontoestomatología del HONADOMANI “San Bartolomé”, por su amistad y apoyo brindados en la realización de la presente investigación.

A mis amigos del internado hospitalario del HONADOMANI “San Bartolomé”, José Delzo, Marjorie Pérez y María Alejandra Llanos, por el valioso apoyo brindado durante la ejecución del presente estudio.

A mis amigas de la Facultad de Odontología de la UNMSM, por acompañarme y apoyarme en todo momento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” durante los meses de setiembre a noviembre del 2016. **Materiales y método:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, la muestra estuvo conformada por 1000 bebés, se realizó un examen clínico intraoral y se registró la información obtenida en una ficha de recolección de datos. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, aplicando el paquete estadístico SPSS 21.0. **Resultados:** Se encontró que el 68.5% presentó alguna alteración bucal, de las cuales el 37,6% perteneció al grupo etario menor a 1 mes, no hubo diferencias significativas respecto al género. Las perlas de Epstein fueron las que se presentaron con más frecuencia (31,6%), seguido por los nódulos de Bohn (29,6%) y la anquiloglosia (4,7%). Además, se observó dientes natales en 16 pacientes (1.6%), dientes neonatales en 5 pacientes (0.5%) y quistes de erupción en 9 pacientes (0,9%) y anatómicamente la región más afectada fue el paladar duro con el 34,6%. **Conclusiones:** Las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo tienen una alta frecuencia en este grupo etario, por lo que es importante que el odontólogo tenga un mayor nivel de conocimiento sobre esta temática, a fin de establecer un diagnóstico diferencial temprano orientado a implementar un tratamiento estomatológico oportuno, evitando tratamientos erróneos, además de proveer información a los padres de los pacientes con la finalidad que coadyuven al tratamiento de forma eficiente.

Palabras clave: alteraciones, congénitas, bebés, perlas de Epstein, nódulos de Bohn

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of congenital and developmental oral disorders in babies from 0 to 12 months of age seen in the HONADOMANI "San Bartolomé" during the months of september to november, 2016. **Materials and methods:** A descriptive, observational and cross-sectional study was performed, the sample consisted of 1000 babies, an intraoral clinical examination was performed and the information obtained was recorded in a data collection form. Data were analyzed using descriptive statistics, applying the statistical package SPSS 21.0. **Results:** It was found that 68.5% presented some oral alteration, of which 37.6% belonged to the age group less than 1 month, there were no significant differences with respect to gender. Epstein pearls were the most frequent (31.6%), followed by Bohn's nodules (29.6%) and ankyloglossia (4.7%). In addition, natal teeth were observed in 16 patients (1.6%), neonatal teeth in 5 patients (0.5%) and eruption cysts in 9 patients (0.9%), and anatomically the most affected region was the hard palate with 34, 6%. **Conclusions:** Congenital and developmental oral disorders have a high frequency in this age group, so it is important that the dentist has a higher level of knowledge on this subject, in order to establish an early differential diagnosis aimed at implementing a timely stomatological treatment, avoiding erroneous treatments, in addition to providing information to the parents of the patients in order to contribute to the treatment efficiently.

Keywords: Alterations, congenital, infants, Epstein pearls, Bohn nodules

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
a. Área problema.....	12
b. Delimitación de problema.....	13
c. Formulación del problema.....	14
d. Objetivos.....	14
i. Objetivo general.....	14
ii. Objetivos específicos.....	14
e. Justificación del estudio.....	15
f. Limitaciones.....	15
III. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1 Antecedentes.....	16
3.2 Bases Teóricas.....	21
3.2.1 Embriología del Aparato Estomatognático.....	21
3.2.2 Desarrollo de la dentición.....	23
3.2.3 Características de la cavidad bucal en el bebé.....	26
3.2.4 Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en el bebé.....	28
3.2.4.1 Quistes de inclusión.....	28
a. Nódulos de Bohn.....	28
b. Perlas de Epstein.....	29
c. Quistes de la lámina dental.....	29
3.2.4.2 Quistes de erupción.....	30
3.2.4.3 Épulis congénito del recién nacido.....	31
3.2.4.4 Anquiloglosia.....	31
3.2.4.5 Dientes natales y neonatales.....	32
3.2.4.6 Úlcera de Riga-Fede.....	34
3.3 Definición de términos.....	34
3.4 Hipótesis.....	34
3.5 Operacionalización de variables.....	35
IV. METODOLOGÍA.....	37
4.1 Tipo de Investigación.....	37
4.2 Población y muestra.....	37
4.3 Procedimientos y técnicas.....	38
4.4 Procesamientos de datos.....	39

4.5 Análisis de resultados.....	40
V. RESULTADOS.....	41
VI. DISCUSIÓN.....	50
VII. CONCLUSIONES.....	53
VIII. RECOMENDACIONES.....	54
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	55
X. ANEXOS.....	62
10.1 Anexo 1: Consentimiento informado.....	62
10.2 Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	63
10.3 Fotografías.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia según grupo etario y género.....	41
Tabla 2. Distribución de la muestra según la presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	42
Tabla 3. Distribución de la muestra según presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo únicas o múltiples en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	43
Tabla 4. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	44
Tabla 5. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	45
Tabla 6. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	46
Tabla 7. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	47
Tabla 8. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	48
Tabla 9. Frecuencia de la localización anatómica de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de frecuencia según grupo etario y género.....	44
Figura 2. Distribución de la muestra según la presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	42
Figura 3. Distribución de la muestra según presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo únicas o múltiples en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	43
Figura 4. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	44
Figura 5. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	45
Figura 6. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	46
Figura 7. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	47
Figura 8. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	48
Figura 9. Frecuencia de la localización anatómica de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.....	49

I. INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal del bebé, en contraste a su simple apariencia, constituye un órgano de enorme complejidad, caracterizada por diversos fenómenos que constituyen respuestas fisiológicas y alteraciones congénitas o del desarrollo. Es por eso que muchas estructuras anatómicas de la boca del bebé son de características únicas y transitorias para este período de vida.

Es importante que los profesionales de la salud, responsables por el bienestar general del bebé, y aquí se consideran tanto a los pediatras como a los odontopediatras, tengan el conocimiento necesario de las características morfológicas de una cavidad bucal considerada dentro de los patrones de normalidad durante el nacimiento y los primeros años de vida. Además de eso, es importante que sepan reconocer, diferenciar y diagnosticar de manera segura y correcta los signos más frecuentemente asociados a las alteraciones bucales en una etapa precoz y las probables patologías que se presentan en estos pacientes pediátricos, con la finalidad de diagnosticar, intervenir, orientar y/o tranquilizar a los padres o responsables para indicar el tratamiento oportuno y adecuado, por ejemplo en casos que el bebé no pueda alimentarse, respirar o tener una calidad de vida adecuada, es el odontólogo quién deberá intervenir de manera inmediata para prevenir futuras alteraciones en el crecimiento y el desarrollo del bebé.

Basados en estos conocimientos, el presente trabajo de investigación caracteriza las diferentes alteraciones bucales en los bebés, complementado con un estudio descriptivo, transversal para conocer la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” durante el año 2016.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a) Área problema

Las estructuras anatómicas presentes en la cavidad bucal del bebé pueden ser normales o anormales. Se denominan estructuras normales todas aquellas que siendo permanentes o transitorias, son características únicas y peculiares en la boca del bebé. Se denominan anormales a las entidades patológicas que se presentan aisladas y estas son componentes de síndromes más complejos, comprometiendo el estado de salud del bebé. Estas alteraciones se pueden desarrollar durante el primer trimestre de vida intrauterina afectando a los tejidos u órganos en formación, pueden ser hereditarias o adquiridas, producidas por factores exógenos, tales como radiaciones, medicamentos, infecciones virales, desnutrición, avitaminosis, tabaco, alcohol y otros¹.

El desarrollo del macizo maxilofacial comprende una serie de complejos eventos que tienen lugar a partir de la cuarta semana de vida intrauterina. Este proceso comienza con el desarrollo de los huesos maxilares y mandibulares a partir del primer arco faríngeo². La formación de estas estructuras comprende fenómenos que incluyen la activación e interacción armónica de factores inductivos, de proliferación, de apoptosis y de morfodiferenciación. La alteración en la armonía y secuencia de dichos eventos, puede llevar a la presentación de una serie de alteraciones que pueden manifestarse en forma temprana o bien en el transcurso de la vida³.

Dentro de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo se encuentran los quistes de inclusión: donde están comprendidos los nódulos de Bohn, las perlas de Epstein y los quistes de la lámina dental; asimismo se incluyen los dientes natales y neonatales; el épulis congénito del recién nacido; la anquiloglosia; la úlcera de Riga-Fede; los quistes de erupción entre otros. La mayoría de estas

alteraciones bucales son características de la boca del bebé y suelen involucionar con el tiempo⁴.

La boca es de gran importancia para el bebé, ya que además de la alimentación, se relaciona con el medio ambiente. Es una zona muy sensible, que capta las mayores sensaciones de placer. Los reflejos infantiles ocurren cuando el bebé se alimenta: el reflejo de búsqueda o de rotación, los reflejos de succión y deglución⁵. Las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo son variadas; lo más importante es verificar que no interfieran con la fisiología normal del bebé; ya que si éste no puede alimentarse, respirar o tener una calidad de vida adecuada se deberá intervenir de manera inmediata para prevenir alteraciones en el crecimiento y el desarrollo; en cambio si dichas alteraciones no interfieren con la fisiología normal, se mantendrá un enfoque conservador en aquellas alteraciones que no requieran tratamiento o en el caso que lo requieran sea mínimo⁶.

b) Delimitación de problema

Las alteraciones bucales en el bebé son difícilmente detectadas por el clínico, debido a la ausencia de guías clínicas concisas para su diagnóstico y tratamiento a pesar de ser relativamente comunes. La relevancia del diagnóstico de estas alteraciones estriba en permitir el correcto crecimiento y desarrollo del infante, debido al efecto directo que éstas pueden tener en las funciones normales como el complejo de succión-deglución, la fonación e incluso, la secuencia de erupción, entre otras⁷.

Durante el periodo neonatal pueden presentarse alteraciones bucales congénitas y del desarrollo que son en su gran mayoría inocuas y suelen involucionar con el tiempo, tales como los quistes de inclusión: donde están comprendidos los nódulos de Bohn, las perlas de Epstein y los quistes de la lámina dental. Diversos estudios han mostrado que la prevalencia de estas lesiones oscila entre 25% a 53% para los quistes de la lámina dental y cerca de 65% en el caso de las perlas de Epstein⁸.

Otras alteraciones que también son observadas en los bebés son la anquiloglosia, la cual se define como una limitación de la protrusión y elevación de la punta de la lengua debido al frenillo lingual corto⁹; los dientes natales y neonatales, cuya frecuencia de aparición es pequeña, algunos autores hablan de 1:30.000 nacidos vivos siendo más frecuente en el sexo femenino¹⁰; la úlcera de Riga-Fede, que se produce por el roce de la lengua en su región ventral contra el borde de los dientes natales, neonatales o dientes temporales recién erupcionados y filosos¹¹; el épulis congénito del recién nacido, que es un tumor benigno de la infancia que puede medir desde unos milímetros hasta varios centímetros de diámetro, siendo tres veces más frecuente en el maxilar que en la mandíbula del lado derecho en el área correspondiente al incisivo lateral y canino¹² y el quiste de erupción, que aparece clínicamente como una lesión de tejido blando, fluctuante, azulada e indolora, involuciona solo al erupcionar el diente, si después de 5 meses esto no sucede se procede a tratamiento quirúrgico¹³.

c) Formulación del problema

¿Cuál es la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” durante el año 2016?

d) Objetivos

i. Objetivo general

Determinar la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé”.

ii. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés, según características de los sujetos participantes.

- Identificar la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés, según su localización en el maxilar.

e) Justificación del estudio

La tendencia en el campo de la salud es dar énfasis a una atención precoz, que se inicia antes del primer año de vida. Los bebés de pocos días o meses de vida deben ser llevados al consultorio odontológico para recibir los primeros consejos educativos o para esclarecer la presencia de alguna alteración o anomalía. Basados en esta tendencia, es importante que los profesionales de la salud, responsables por el bienestar general del bebé, pediatras y odontopediatras, tengan el conocimiento necesario de las características morfológicas de una cavidad bucal considerándose los patrones de normalidad durante el nacimiento. Además, la investigación se justifica porque permitirá reconocer y diagnosticar de manera segura y correcta las alteraciones que se presentan en los pacientes pediátricos en una etapa precoz, con la finalidad de orientar y/o tranquilizar a los padres o responsables e indicar el tratamiento adecuado.

Estudios relacionados sobre las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo, tienen como referencia a grupos etarios en la población del bebé diferentes al nuestro. Debido a ello es necesario realizar estudios en la población peruana con el fin de dar a conocer la prevalencia de cada una de éstas. El presente trabajo servirá de base para posteriores investigaciones enfocadas en la prevención y tratamiento oportuno de las posibles alteraciones bucales halladas en este grupo etario vulnerable.

f) Limitaciones

- La no colaboración o poca motivación de los padres, lo que evitaría la toma de muestras en la presente investigación.
- Los recursos propios.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

Lopes y col (2016) realizaron un estudio observacional y transversal para identificar la presencia de anomalías orales en 190 recién nacidos atendidos en la Maternidad Vitor Ferreira do Amaral, Curitiba, PR, Brasil, desde noviembre del 2013 a mayo del 2014. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a las madres, así como mediante la recolección de información de los registros médicos de los lactantes. Se observó que el 69% presentó alteraciones bucales. La mayoría de los lactantes presentaron almohadillas redondas a nivel superior (71,6%) y en forma de U a nivel inferior (52,6%). La discrepancia media entre las crestas alveolares fue de 3,33 mm. La interferencia con el movimiento de la lengua fue de 12,6% en los recién nacidos. Hubo 50% de prevalencia de quistes orales. Entre ellos, las perlas de Epstein con un 27,4% del total de los casos, los nódulos de Bohn con el 26,3% y los quistes de la lámina dental con el 11,1%. No hubo diferencias significativas entre la aparición de anomalías y el género de los lactantes¹⁴.

Joseph y col (2016), realizaron un estudio de cohorte para evaluar la prevalencia de anquiloglosia en 459 445 recién nacidos en Columbia Británica, Canadá, del 1 de abril del 2004 al 31 de marzo del 2013. Se consideraron tendencias espacio-temporales en anquiloglosia y frenotomía, y asociaciones con las características maternas y neonatales. Se encontró 3022 casos de anquiloglosia. La incidencia de anquiloglosia en la población aumentó en un 70%, es decir de 5 por 1000 nacidos vivos en 2004 a 8.4 por 1000 en 2013. Durante el mismo período, la tasa de población de frenotomía aumentó en un 89%, de un 2,8 por 1000 nacidos vivos en 2004 a 5,3 por 1000 en 2013. Respecto a la nuliparidad, parto múltiple, género masculino del bebé y el peso al nacer se asoció independientemente con anquiloglosia¹⁵.

Wang y col (2016), realizaron un estudio retrospectivo para evaluar la prevalencia de dientes natales y neonatales en 12 019 niños recién nacidos en el Hospital Memorial Kaohsiung Chang Gung en Taiwán, desde el 1 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2014. Treinta infantes fueron identificados con un total de 43 dientes natales o neonatales (mujeres 19, varones 11), los cuales tenían un par de dientes. Los dientes natales fueron más frecuentes que los dientes neonatales, con una relación de 2,58: 1. La mayor parte de los dientes estaban en la posición de los incisivos deciduos mandibulares (97,6%). Morfológicamente, todos los dientes desarrollaron una pequeña copa, y 12 casos (40%) presentaron una forma cónica en comparación con 18 casos (60%) que presentaron una forma normal. Cuatro casos (10%) tenían hipoplasia del esmalte de color pardo amarillento. Catorce (46,7%) de los 30 casos que tenían movilidad dental, presentaron una movilidad mayor. Entre estos 14 casos, nueve (30%) presentaron hipermovilidad, lo que resultó en la extracción. Un caso especial tenía una lesión de quiste, el cual fue enucleado después de la extracción del diente. Un examen radiográfico confirmó que no todos los dientes natales o neonatales eran supernumerarios. No se observaron diferencias significativas en la morfología de los dientes respecto al género¹⁶.

Padovani y col. (2014), realizaron un estudio descriptivo y transversal para evaluar la prevalencia de las manifestaciones orales de los tejidos blandos en 586 bebés de 0 a 3 años de edad atendidos en la Unidad de Salud de Mauá en Sao Paulo, Brasil, de mayo a diciembre del 2007; se encontró que el 68.8% presentaron alguna manifestación oral en los tejidos blandos. Las perlas de Epstein fueron las alteraciones más prevalentes con el (43,2%) presentándose en mayor número en el grupo etario de 0-1 meses de edad (56,4%)¹⁷.

González y col (2014), realizaron un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo para evaluar la prevalencia de anquiloglosia en 667 recién nacidos

atendidos en 6 hospitales públicos en el Principado de Asturias, España, durante 3 meses. La prevalencia de anquiloglosia fue del 12,11%. El 62% eran del género masculino. Uno de cada 4 niños con anquiloglosia tenía antecedentes familiares de frenillo lingual corto¹⁸.

Barboza y col (2014) realizaron un estudio descriptivo para evaluar la prevalencia de alteraciones orales en 1493 pacientes bebés de 0 a 36 meses de edad atendidos en la Clínica de Facultad de Odontología de Araçatuba, Brasil, durante el período 2007 a 2013; se observó que el 25,85% presentó alteraciones bucales, el 62,2% perteneció al grupo etario de 0 a 12 meses con alteraciones bucales, no hubo diferencias significativas respecto al género y el 82,4% no necesito ningún tratamiento. Las alteraciones bucales más prevalentes fueron los nódulos de Bohn con el 55,3% y las perlas de Epstein con el 39,4%¹⁹.

Moura y col (2014) realizaron un estudio observacional y prospectivo para revisar 23 casos de bebés con dientes natales o neonatales que asistieron a un programa de atención dental en la Clínica Universitaria de Salud Oral Materna e Infantil, Brasil, durante los meses de mayo a diciembre del 2014. No hubo diferencias significativas respecto al género. La mayoría eran dientes natales (83%) y presentaban un leve grado de movilidad (64%). Sólo dos pacientes tuvieron dificultades para amamantar (9%). El mantenimiento del diente fue el tratamiento de elección más común (64%), y sólo dos pacientes presentaron úlcera de Riga-Fede (9%)²⁰.

Schmitt y col (2012), realizaron un estudio descriptivo y transversal para describir las características morfológicas de la cavidad oral en 270 recién nacidos a término en el Hospital de Santa Catarina Blumenau, SC, Brasil, a partir de agosto del 2006 a mayo del 2010. Se consideraron las siguientes características: relación rodetes gingivales, aspecto de la mucosa oral, frenos y

bridas, la presencia de las perlas de Epstein, nódulos Bohn, épulis congénito, dientes natales, presencia de cordón fibroso de Robin y Magitot y el apoyo para la succión. Se observó que el 72,2% presentaron alteraciones bucales. Las perlas de Epstein (47,7%) fueron las alteraciones más frecuentes. La menos frecuentes fueron épulis congénito (1,0%), mucocele, ránula y macroglosia (0,5%)²¹.

González (2012), realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal para determinar la frecuencia de lesiones y variables de la normalidad en 509 recién nacidos sanos, dentro de las primeras 24 horas de nacidos, en el Hospital de Gineco-obstetricia N° 15, “Ignacio García Téllez” de la Cd. De Chihuahua, México, durante el período de julio a diciembre del 2011. Se encontró que el 79.2% no presentaron lesiones, mientras que el restante 20.82% presentó alguna entidad, los quistes de inclusión fueron los que se presentaron con más frecuencia, predominaron los quistes alveolares con el 10%, seguido por las perlas de Epstein con el 4.9% y los nódulos de Bohn con el 4.5%. Así mismo, fueron observados dientes natales en tres pacientes (0.6%) y fisura labio-palatina bilateral completa en un neonato (0.2%). Anatómicamente, la región más afectada fue el maxilar superior²².

Yilmaz y col (2011), realizaron un estudio observacional, descriptivo y prospectivo para determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral desde el nacimiento hasta los dos años de edad en 299 lactantes de los Ambulatorios del Departamento de Pediatría, en el Hospital Universitario de Fatih, Ankara, Turquía, durante el período de enero a julio del 2009. Se observaron lesiones mucosas en sólo 65 pacientes (21,27%). En el estudio, las lesiones más comunes fueron candidiasis (10,70%), perlas de Epstein (2,68%) y lengua geográfica (2,68%). La frecuencia de alteraciones en la mucosa fue mayor en el grupo de varones de dos a doce meses²³.

Marcos (2008), realizó un estudio descriptivo y transversal para identificar la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en 109 bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el Hospital del Niño, Lima, durante los meses de julio a diciembre del 2008; se observó que el 72,5% presentó alteraciones bucales, el 56,9% sin necesidad de tratamiento, el 20,2% perteneció al grupo etario menor a 1 mes, no hubo diferencias significativas respecto al género. La estructura anatómica más comprometida fueron los procesos alveolares con el 65,1%. Las alteraciones bucales más frecuentes fueron los nódulos de Bohn con el 40,3%, el frenillo labial medio superior con el 30,2% y las perlas de Epstein con el 29,3%. En menor porcentaje se hallaron los quistes de inclusión en el grupo etario de 7 a 12 meses, 3 casos de dientes natales y 2 casos de dientes neonatales¹.

Santos y col (2004), realizaron un estudio descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en 621 bebés de 0 a 6 meses de edad atendidos en el Banco de Leche del Hospital Universitario Materno Infantil en São Luis, Brasil, de enero del 2001 a junio del 2004; se encontró que el 7.25% presentaron alguna alteración bucal, con localización principalmente maxilar. Las alteraciones más prevalentes fueron los quistes de inclusión con el 6.28%, presentándose con más frecuencia en el grupo etario de 0 a 3 meses de edad²⁴.

Liu y col (2004), realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar la frecuencia de anomalías orales en 420 recién nacidos en el Hospital Chang Gung Memorial, Taipei, Taiwán, entre enero y abril del 2000. Se encontró una prevalencia de 94% de quistes orales y 1% de dientes natales y neonatales²⁵.

Palomino y col (2001), realizaron un estudio descriptivo y de corte transversal para identificar la frecuencia y distribución de perlas de Epstein en 235 recién

nacidos en el Instituto Materno de Lima. Se encontró que el 73,61% de los recién nacidos presentaron perlas de Epstein, hallándose una mayor frecuencia en el género femenino 53,8% en comparación con el género masculino 46,2 %, dicha diferencia no fue significativa; se observó una mayor prevalencia en el límite del paladar duro y blando 47% en comparación con el rafe medio 32%²⁶.

Correa y col (1997) realizaron un estudio observacional, descriptivo y prospectivo para determinar la prevalencia de las alteraciones bucales del desarrollo y de erupción dentaria en 70 recién nacidos, mediante una evaluación clínica, identificaron que el 41.1% de los paciente evaluados presentaron quistes de inclusión, de los cuales los más frecuentemente encontrados con el 28.5% fueron nódulos de Bohn y el 12.9% las perlas de Epstein. El 1.4% del total de los evaluados presento un diente natal²⁷.

Acevedo y col (1995) realizaron un estudio observacional, descriptivo para detectar la prevalencia de quistes de inclusión en 50 recién nacidos de ambos géneros, aparentemente sanos del hospital Materno infantil Iguarán del Distrito Federal, México, encontrándose que de los 50 recién nacidos examinados, 22 (44%) de ellos presentaron quistes de inclusión. La alteración que se presentó con mayor frecuencia fueron los nódulos de Bohn²⁸.

3.2 Bases Teóricas

3.2.1 Embriología del Aparato Estomatognático

El desarrollo de la región de la cabeza y cuello se inicia en la cuarta semana de vida intrauterina y está determinado por la formación de los arcos faríngeos²⁹.

La lengua se desarrolla al final de la cuarta semana y empieza como dos eminencias linguales laterales y una prominencia media o tubérculo impar. Los tres abultamientos se originan en el primer arco faríngeo. Otra pequeña

eminencia localizada en la línea media, la cópula o eminencia hipobranquial, está constituida por ectomesénquima del segundo, tercer y parte del cuarto arco faríngeo. Por último, un tercer abultamiento, formado por la porción posterior del cuarto arco, señala el desarrollo de la epiglotis³⁰. La separación entre la futura zona alveolar y el labio se efectúa posteriormente debido al desarrollo de la lámina labiovestibular, la cual es una proliferación ectodérmica que migra desde las células superficiales ectodérmicas que cubren el paladar primario hacia el tejido conectivo indiferenciado subyacente o ectomesénquima primitivo, dando lugar a lo que posteriormente será el futuro surco gingival^{31,32}.

Al inicio de la quinta semana de vida intrauterina, los procesos maxilares crecen en dirección central (hacia adelante), en tanto que los procesos mandibulares a consecuencia del crecimiento ectomesenquimal en la profundidad de la cópula, comienzan a fusionarse en una estructura única conocida como cartílago de Meckel que se encuentra localizado dentro del proceso mandibular. A medida que la mandíbula se desarrolla alrededor del cartílago este desaparece, salvo en dos pequeñas porciones persisten en su extremo dorsal y que formarán, respectivamente, el yunque y el martillo³².

En la sexta semana de vida intrauterina se da la fusión de los procesos nasales internos. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben, en conjunto, el nombre de segmento intermaxilar, que está compuesto por: a) un componente labial, que forma el surco subnasal por arriba del labio superior; b) un componente maxilar superior (porción premaxilar) que lleva los cuatro incisivos, y c) un componente palatino, que forma el paladar primario triangular³⁰.

Al inicio de la séptima semana de vida intrauterina los procesos maxilares y mandibulares se fusionan lateralmente al estomodeo, reduciendo así el tamaño de la abertura bucal. El paladar primitivo deriva del segmento intermaxilar. En ésta etapa del desarrollo el paladar primario es una banda firme de tejido con

cubierta ectodérmica y una porción interior derivada de tejido ectomesenquimal, el secuestro anormal o invaginación de ectodermo en esta zona de fusión durante el desarrollo embrionario puede provocar la formación de quistes dermoides y epidermoides, que se definen como quistes de inclusión que se expanden lentamente durante años incluso décadas y que están revestidos de epitelio escamoso, por lo que contienen en su interior queratina y lípidos que derivan de membranas celulares²².

Durante la octava semana los procesos palatinos se disponen horizontalmente. En la décima semana de desarrollo aparece ya la sutura palatina media o rafe palatino medio y el paladar blando, que se ha formado por un proceso de proliferación ectomesenquimal a partir del primer, segundo y cuarto arcos branquiales^{33,34}.

3.2.2 Desarrollo de la dentición

La formación del germen dental es el proceso embriológico conocido como odontogénesis; las dos capas germinativas que participan en dicho proceso son: el ectodermo que da origen al esmalte, y el ectomesénquima que da origen al complejo dentinopulpar, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar^{22,31}.

En la sexta semana de vida intrauterina se da la diferenciación de la lámina dental o listón dentario, a partir del ectodermo que tapiza la cavidad bucal primitiva o estomodeo. El epitelio ectodérmico bucal en este momento está constituido por dos capas: una superficial de células aplanadas y otra basal de células altas, conectadas al tejido conectivo embrionario o mesénquima por medio de la membrana basal. Inducidas por el ectomesénquima subyacente, las células basales de este epitelio bucal proliferan a todo lo largo del borde libre de los futuros maxilares, dando lugar a dos nuevas estructuras: la lámina vestibular y la lámina dentaria.

-Lámina vestibular: sus células proliferan dentro del ectomesénquima, se agrandan rápidamente, degeneran y forman una hendidura que constituye el surco vestibular entre el carrillo y la zona dentaria.

-Lámina dentaria: en la octava semana de vida intrauterina se forman en lugares específicos 10 crecimientos epiteliales dentro del ectomesénquima de cada maxilar, en sitios (predeterminados genéticamente) correspondientes a los 20 dientes deciduos. De esta lámina también se originan los 32 gérmenes de la dentición permanente alrededor del quinto mes de gestación.

Los gérmenes dentarios siguen en su evolución una serie de etapas que, de acuerdo a su morfología, se denominan: estadio de brote macizo (yema), estadio de casquete, estadio de campana y estadio de folículo dentario, terminal o maduro.

En el estadio de brote o yema dentaria, el periodo de iniciación y proliferación es breve y casi a la vez aparecen diez yemas o brotes en cada maxilar.

En el estadio de casquete se forma el órgano del esmalte u órgano dental, el cual está formado por: epitelio externo, epitelio interno y retículo estrellado.

- a) El epitelio externo, constituido por una sola capa de células cuboideas bajas, dispuestas en la convexidad que están unidas a la lámina dental por una porción del epitelio, llamada pedículo epitelial.
- b) Epitelio interno, encuentra dispuesto en la concavidad y está compuesto por un epitelio simple de células más o menos cilíndricas bajas. Estas células aumentarán en altura, en tanto su diferenciación se vuelve más significativa. Se diferencian en ameloblastos, de ahí que suele denominarse epitelio interno, preameloblástico o epitelio dental interno.
- c) Entre ambos epitelios, por aumento del líquido intercelular, se forma una tercera capa: el retículo estrellado, constituido por células de aspecto estrellado

cuyas prolongaciones se anastomosan formando un retículo. Las células están unidas mediante desmosomas, conformando una red celular continua.

En la etapa de casquete se forman tres estructuras embrionarias fundamentales para el desarrollo dentario:

1. Órgano del esmalte, de origen ectodérmico.
 - a) Epitelio externo
 - b) Retículo estrellado
 - c) Epitelio interno o preameloblástico
2. Esbozo de papila dentaria, de origen ectomesenquimatoso.
3. Esbozo de saco dentario, de origen ectomesenquimatoso.

Estadio de campana, ocurre sobre las catorce a dieciocho semanas de vida intrauterina. Se acentúa la invaginación del epitelio interno adquiriendo el aspecto típico de una campana. De manera que en este período embrionario el órgano del esmalte está constituido por: epitelio externo, retículo estrellado, estrato intermedio y epitelio interno.

- a) Epitelio externo: las células cúbicas se han vuelto aplanadas tomando el aspecto de un epitelio plano simple. Al final de esta etapa el epitelio presenta pliegues debido a invaginaciones o brotes vasculares provenientes del saco dentario (capa interna), que aseguran la nutrición del órgano del esmalte, que como todo epitelio es avascular. La invasión vascular es más evidente en la fase previa al comienzo de la secreción de esmalte.
- b) Retículo estrellado: es notable el aumento de espesor por el incremento del líquido intercelular, pero al avanzar el desarrollo su espesor se reduce a nivel de las cúspides o bordes incisales.
- c) Estrato intermedio: entre el epitelio interno y el retículo estrellado, aparecen varias capas de células planas; es el estrato intermedio. En general, está formado por cuatro o cinco hileras de células planas con núcleos centrales

alargados. Las células del estrato intermedio en el estadio de campana tienen marcada actividad enzimática fosfatasa alcalina positiva, cuya función principal será inducir a las células del epitelio interno a diferenciarse en ameloblastos y estos ameloblastos más adelante formaran esmalte.

- d) Epitelio interno: las células del epitelio interno o preameloblastos se diferencian en ameloblastos jóvenes, son células cilíndricas bajas y sus organoides no presentan aún en esta fase una orientación definida.

En este período de campana se determina, además, la morfología de la corona por acción o señales específicas del ectomesénquima adyacente o papila dental sobre el epitelio interno del órgano dental. Ello conduce a que esta capa celular se pliegue, dando lugar a la forma, número y distribución de las cúspides, según el tipo de elemento dentario a que dará origen. Es decir que el modelo o patrón coronario se establece antes de comenzar la aposición y mineralización de los tejidos dentales.

Al final del estadio de campana, los ameloblastos jóvenes se han transformado por citodiferenciación en ameloblastos secretores o maduros³¹.

La lámina dentaria se desintegra cuando termina de formarse la cripta ósea que rodea al germen dentario o bien pueden persistir restos de la lámina dentaria como restos epiteliales redondeados, conocidos con el nombre de perlas de Serres.

Finalizada la fase que da origen al tamaño y forma del diente, se inicia la fase de aposición, llamada de esta forma por el crecimiento oposicional, aditivo y en forma de capas de una matriz no vital que segregan los ameloblastos y odontoblastos^{22, 28}.

3.2.3 Características de la cavidad bucal en el bebé.

Al comenzar la vida extrauterina, la cavidad oral del bebé presenta características únicas y peculiares correspondientes de este período. Los

procesos alveolares están cubiertos por prominencias gingivales que luego se segmentan para indicar los lugares de desarrollo de los dientes. La boca desdentada presenta una mucosa gingival de color rosada, firmemente adherida, denominada reborde gingival²⁹.

El maxilar presenta poca profundidad, la región del paladar se muestra bien marcada, con las rugosidades palatinas muy evidentes. Es frecuente encontrar en la línea media del labio superior el callo de succión³⁰, el cual es una zona ligeramente aumentada que presenta múltiples elevaciones que tienden a aumentar de volumen cuando está en contacto con el pecho materno³¹, las cuales cumplen el propósito de apoyo para el amamantamiento durante el período de lactancia. Intraoralmente, en la porción interna y media del labio superior y a unos milímetros por encima de la papila incisiva se encuentra insertado el frenillo labial superior, cuya principal función es brindar soporte al labio superior para favorecer el amamantamiento. Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros encima del margen gingival son considerados normales y aquellos que se insertan en el margen o en la papila son considerados patológicos³². Lateralmente se encuentran dos frenillos (bridas) uno a cada lado que fijan el labio al proceso maxilar.

En la mandíbula se observa el surco lateral por distal de la papila canina como accidente anatómico más evidente. En la línea media mandibular (región anterior) se ubica el frenillo labial inferior uniendo la porción interna del labio al tercio gingival; lateralmente a este frenillo, se observa unas pequeñas inserciones (bridas) o frenillos laterales que son menos desarrolladas que las observadas en el arco superior³³.

En los rebordes gingivales superior e inferior a nivel de la región de los incisivos y caninos deciduos existe un cordón fibroso y flácido a la palpación llamado

cordón de Robín y Magitot el cual está bien desarrollado en el recién nacido y conforme se aproxima a la época de erupción de los dientes deciduos, va desapareciendo. Según Issao, su desaparición indicaría una espera de 2 meses como máximo, para que los dientes deciduos estén irrumpiendo en la cavidad bucal. Se considera también que este cordón fibroso colabora con el sellado de los maxilares, volviéndolo de esta manera auxiliar durante la succión³⁴.

Se evidencia una discrepancia media de 5-6mm entre los procesos alveolares superior e inferior, debido a que el maxilar superior presenta una leve protrusión y la mandíbula una ligera retrusión. Ante valores mayores, es posible esperar un excesivo desarrollo para el maxilar y pobre desarrollo de la mandíbula, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, pudiendo existir una tendencia a desarrollar una oclusión clase III en el futuro⁴.

3.2.4 Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en el bebé.

Las estructuras presentes en la cavidad bucal del bebé son consideradas como únicas y transitorias, debido a sus características fisiológicas o de caducidad, mientras que otras son consideradas como alteraciones congénitas y del desarrollo y otras como patologías inherentes a esta fase etaria, por comprometer el estado de salud del bebé^{4,5}.

3.2.4.1 Quistes de Inclusión

Fromm⁶ divide en tres los tipos de quistes de inclusión, los cuales dependen o son identificados por exámenes histológicos.

a. Nódulos de Bohn

Son lesiones blanco amarillentas redondas de 1 a 3 mm., se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los

rodetes gingivales, en el paladar duro y blando, pero distantes del rafe palatino medio. Desde el punto de vista histológico provienen de restos del tejido glandular mucoso y contienen residuos de queratina y una capa epitelial delgada, como forro.²⁹ Presentes en el 80% de los recién nacidos son más frecuentes en el género femenino que en el género masculino, siendo la proporción de 12 a 1⁴. La proliferación celular es autolimitada y en la mayoría de los casos degenera y desaparece espontáneamente en semanas. Solo se recomienda el masaje digital suave y la observación.

b. Perlas de Epstein

Remanentes de tejido epitelial localizados a lo largo de la línea media del paladar o del rafe palatino medio. Proviene de la fase de desarrollo, pero no derivan del epitelio odontogénico sino de remanentes epiteliales, presos en la forma de inclusión, en la línea de fusión entre las tablas palatinas y los procesos nasales. Aparecen en un 80% de los recién nacidos, motivo por el cual son consideradas una variación de la normalidad²⁹. No es indicado ningún tratamiento, pues estos quistes tienden a desaparecer en pocas semanas o, como mínimo, en pocos meses, ya que va a fusionar y descargar su contenido en la cavidad bucal durante el periodo neonatal³⁶.

c. Quistes de la lámina dental

Se localizan en las crestas de los rebordes gingivales del maxilar y de la mandíbula. Se originan de los restos de la lámina dental²⁹. Presentan un color blanquecino y tienen como contenido remanentes de la lámina dental primitiva³⁹. No necesitan tratamiento específico, porque desaparecen en algunas semanas y cuando son muy grandes se recomienda su marsupialización³⁴.

Estudios de las décadas de 1980 y 1990 consideran los quistes de inclusión como microqueratoquistes y los clasifican según su localización en: quistes palatinos y alveolares. Se considera también que aquellos localizados en los rebordes alveolares son remanentes de la lámina dentaria y los encontrados en el rafe medio son remanentes epiteliales. También se afirma que los quistes palatinos están restringidos al periodo fetal, y los quistes alveolares pueden continuar apareciendo después del parto^{37, 38}.

3.2.4.2 Quistes de erupción

Constituye una variedad distinta de quiste dentígero, apareciendo como un edema en la mucosa alveolar, resultado de la acumulación de fluido en el espacio del folículo de un diente en erupción¹. La manifestación clínica de este tipo de quiste es representada por una tumefacción del tejido blando localizado sobre el reborde alveolar contiguo al diente en erupción⁴⁰. El fluido presente puede tener un aspecto claro o sanguinolento frente a la historia de trauma secundario. Cuando el trauma es intenso, la sangre puede aparecer en el espacio entre los tejidos, dando origen al hematoma de erupción⁴¹. El quiste de erupción ocurre más frecuentemente en el género femenino que en el género masculino en una proporción de 2:1. Su frecuencia es más común durante la erupción de los dientes posteriores que de los anteriores⁴². El tratamiento de esta variedad de quiste no es necesario pues generalmente la lesión es pequeña y el diente al erupcionar promueve el vaciado de la lesión quística. Sin embargo, cuando el quiste de erupción produce incomodidad o viene acompañado de cualquier sintomatología más grave, la incisión de la mucosa subyacente es necesaria para exponer la corona del diente y drenar el fluido acumulado⁴³.

3.2.4.3 Épulis congénito del recién nacido

Puede ser clasificado como un tumor benigno de etiología desconocida, presente en la época del nacimiento. Clínicamente tiene características de una masa pedunculada de color rosada, con inserción en la cresta del reborde o proceso alveolar, su prevalencia es dos veces superior en el reborde alveolar del maxilar cuando es comparado con el de la mandíbula, y con frecuencia se localiza en la región de incisivos o caninos⁴⁴. El tamaño puede variar considerablemente y alcanzar varios centímetros. Es más prevalente en el género femenino. Histológicamente es un tumor encapsulado, cubierto por un epitelio escamoso estratificado fino y sin proyecciones en el epitelio subyacente⁴⁵. No presenta crecimiento después del nacimiento. En cuanto al tratamiento se recomienda la escisión quirúrgica, siendo mínima la propensión a recidiva⁴⁶.

3.2.4.4 Anquiloglosia

Es la fusión entre la lengua y el piso de la boca. Un frenillo lingual corto, insertado muy cerca de la punta de la lengua, es un cuadro bastante común descrito como “lengua presa” pudiendo provocar, en el futuro, problemas de deglución, periodontales y del habla. La frecuencia de anquiloglosia se ha mostrado mayor en el género masculino, siendo encontrada una proporción de 4:1, por Flink et al, que también observó una prevalencia de 2.5%⁴⁷.

En el neonato la anquiloglosia dificulta el funcionamiento de los mecanismos de succión–deglución, limitando los movimientos linguales impidiendo la alimentación de manera correcta, dificultando su capacidad para mantenerse unido al seno y generando dolor mamario durante la lactancia⁴⁸.

Las opciones de tratamiento incluyen procedimientos quirúrgicos tales como frenotomía que consiste en un simple corte del frenillo, frenectomía una

técnica quirúrgica que consiste en la escisión completa del frenillo y la frenilectomía que es un procedimiento mediante el cual se reposiciona el frenillo lingual a una correcta posición anatómica que permita una actividad y función normal, en situaciones en las cuales existan interferencias oclusales o alteraciones periodontales⁴⁴.

3.2.4.5 Dientes natales y neonatales

Los dientes natales están presentes al nacer y los neonatales erupcionan durante los 30 primeros días de vida⁴⁹. La frecuencia de aparición es de 1:30.000 nacidos vivos. Es más frecuente en el género femenino. Existe una mayor frecuencia de los dientes natales sobre los neonatales (3:1). Son dientes que pertenecen generalmente a la serie normal y solo un 5% de ellos son supernumerarios⁵⁰. El 85% de los dientes natales son incisivos centrales inferiores deciduos, 5% incisivos centrales superiores y molares y el 10% estructuras dentarias supernumerarias⁵¹.

La etiología de este proceso no está clara, generalmente se atribuye a una situación superficial del germen dentario en desarrollo, lo que predispone a erupcionar antes, si bien la causa de la alteración en la cronología de la erupción dentaria sigue siendo desconocida. Otros factores propuestos son la fiebre, trauma, hipovitaminosis y estimulación hormonal. Algunos autores mencionan la influencia de factores hereditarios en la aparición de este proceso^{52, 53}.

Morfológicamente, los dientes natales y neonatales pueden ser cónicos o tener tamaño y forma normal. El color es amarillo parduzco y presentan escasa o nula raíz y diversos grados de movilidad. Histológicamente son dientes inmaduros con esmalte hipoplásico con distintos grados de severidad, dentina irregular con túbulos hipoplásicos que disminuyen en dirección radicular y falta de cemento radicular. La pulpa es amplia y vascularizada⁵⁴.

Spouge y Feasby proponen una clasificación según sus características clínicas⁴⁹:

1. Dientes maduros, cuando tienen forma normal y desarrollo completo similar a los demás dientes temporales. Estos dientes tienen un buen pronóstico.
2. Dientes inmaduros, cuando su desarrollo y estructura es incompleto. El de estos dientes es más incierto. La presencia de dientes natales y neonatales puede causar⁵⁰:
 - Lesiones secundarias en el pecho materno durante la lactancia.
 - Lesiones en la base de la lengua del bebé, úlcera de Riga-Fede, por el roce del borde incisal con el suelo de la lengua durante la succión.
 - Aspiración o deglución del diente erupcionado, sobre todo cuando es del tipo inmaduro, dando lugar a complicaciones pulmonares o digestivas.

Para el tratamiento de estos dientes se debe tener en cuenta múltiples factores como el grado de movilidad, dificultad para la succión, riesgo de traumatismo, así como si el diente es parte de la dentición normal o es supernumerario.

Están indicados tratamientos como el alisamiento del margen incisal agudo del diente erupcionado, o la cobertura de la porción incisal con composite, para aliviar una úlcera de Riga-Fede⁵⁵.

La extracción de este tipo de dientes no presenta en principio ninguna dificultad debido al escaso desarrollo. Sin embargo, si no se realiza un adecuado curetaje tras la extracción, las células de la papila dental podrían continuar su desarrollo y formación de estructuras. Esto ocurre en un 9,1% de los bebés, y en algunos de ellos, es posible la aparición de abscesos¹⁰.

En el caso de realizarse la extracción, es aconsejable esperar a que el lactante tenga, por lo menos, 10-14 días. Esto permite que la flora intestinal del recién nacido produzca vitamina K, esencial para conseguir unos buenos niveles de protrombina y evitar hemorragias⁵⁶.

3.2.4.6 Úlcera de Riga-Fede.

Son ulceraciones necróticas de bordes elevados, endurecidos y rodeados por un halo eritematoso. Se presenta en la parte ventral de la lengua de algunos bebés durante el periodo de amamantamiento⁵⁷. El factor desencadenante reside en la acción de los bordes afilados de los incisivos inferiores, en especial de dientes natales y neonatales, sobre la lengua del bebé durante el amamantamiento la succión. El tratamiento consiste en la remoción del agente irritante, por medio del alisado de los bordes puntiagudos de estos dientes⁴⁰.

3.3. Definición de términos

- **Bebé:** En la escuela peruana de Odontología para bebés, adaptada de la escuela brasilera, se considera como “bebé” al individuo desde el nacimiento hasta los 36 meses de vida extrauterina, debido a las diversas características de desarrollo cognoscitivo, afectivo y físico relacionado con la atención odontológica.
- **Alteración del desarrollo:** Trastorno en el que el individuo presenta desviaciones de la normalidad con respecto a su grupo de edad, puede manifestarse a temprana edad y perturbar alguna función física o psíquica.
- **Alteración congénita:** Es aquella que presenta un individuo en el momento del nacimiento, tanto que su origen sea de tipo orgánico como de tipo ambiental, por lo tanto las causas pueden ser hereditarias o no.

3.4. Hipótesis

Existe frecuencia altamente significativa (mayor de 60%) de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé”.

3.5 Operacionalización de variables

Variable	Conceptualización	Dimensión	Indicador	Escala	Categoría
Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo	Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo que presenta el bebé.	Nódulos de Bohn	Pápulas blanquecinas o amarillentas, se localizan en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales en el paladar duro y blando, distantes del rafe medio palatino.	Nominal	Ausente Presente
		Perlas de Epstein	Pápulas blanquecinas o amarillentas, se localizan en el rafe medio palatino.	Nominal	Ausente Presente
		Quistes de la lámina dental	Pápulas blanquecinas o amarillentas, se localizan en las crestas de los rebordes gingivales del maxilar y de la mandíbula.	Nominal	Ausente Presente
		Quistes de erupción	Tumefacción del tejido blando de coloración azulada o púrpura, localizado sobre el reborde alveolar contiguo al diente en erupción.	Nominal	Ausente Presente
		Épulis congénito del recién nacido	Tumoración de tejido blando de color rosada, de base sésil o pediculada con inserción en la cresta del reborde alveolar.	Nominal	Ausente Presente
		Anquiloglosia	Frenillo lingual corto, insertado muy cerca de la punta de la lengua.	Nominal	Ausente Presente
		Dientes Natales	Presentes al nacer, suelen ser de color amarillo parduzco, pequeños y de esmalte irregular.	Nominal	Ausente Presente
		Dientes Neonatales	Erupcionan durante los 30 primeros días de vida, suelen ser de color amarillo parduzco, pequeños y de esmalte irregular.	Nominal	Ausente Presente
Úlcera de Rifa Fede	Ulceraciones necróticas de bordes elevados, endurecidos y rodeados por un halo eritematoso, se presenta en la parte ventral de la lengua por acción de los bordes afilados de dientes natales y neonatales.	Nominal	Ausente Presente		

Variable	Conceptualización	Indicador	Escala	Categoría
Género	Conjunto de seres que tienen una o varios caracteres comunes.	Características físicas y morfológicas	Nominal	Masculino Femenino
Grupo etario	Conjunto de edades agrupadas en intervalos.	Meses vividos a la fecha	Razón	0 - 12 meses
Localización de la alteración bucal	Ubicación de la alteración dentro de la cavidad bucal.	Ubicación de la alteración dentro de la cavidad bucal.	Nominal	Labios = 1 Paladar duro = 2 Paladar blando=3 Lengua = 4 Piso de boca= 5 Rebordes =6 Encía =7 Dientes= 8

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

- **Observacional:** porque la recolección de la información se realizó mediante la observación, sin ejercer ninguna intervención sobre las variables.
- **Descriptivo:** porque se determinó y describió los valores de las variables a estudiar.
- **Prospectivo:** la recogida de los datos se hizo posterior al inicio del estudio.
- **Transversal:** porque el estudio se realizó en un solo momento determinado.

4.2 Población y muestra

4.2.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 1300 pacientes bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé”- entre los meses de setiembre a noviembre del año 2016 (**Fuente:** Oficina de estadística del HONADOMANI “San Bartolomé”).

4.2.2 Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y la conformaron 1000 pacientes bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ” en el período comprendido entre los meses de setiembre a noviembre del año 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ”.
- Pacientes bebés que no recibieron intervención clínica y/o quirúrgica que altere su cavidad bucal.
- Los bebés cuyos padres otorgaron el consentimiento informado.

4.2.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes bebés con enfermedades sistémicas.

4.2.2.3 Estudio Piloto

Se hizo un estudio piloto (no probabilístico, por conveniencia) para evaluar la metodología empleada en la investigación así como evaluar la validez de la ficha de recolección de datos, para lo cual se tomó en cuenta los criterios de selección o inclusión. Se realizó la prueba en el 10% de la muestra, es decir en 100 pacientes, los cuales asistieron a la Sala “D” de Ginecología, Centro de crecimiento y desarrollo de enfermería y al consultorio de Neonatología del HONADOMANI “San Bartolomé” en el mes de setiembre del 2016; los resultados obtenidos se procesaron y se determinó la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad.

4.3 Procedimientos y técnicas

Para la ejecución del presente estudio se siguieron los siguientes pasos:

- Se realizó una solicitud dirigida al Director del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, cumpliendo los requisitos solicitados por la institución.

- **Calibración del investigador.** Se realizó la calibración intra e inter observador para el examen clínico con una especialista en Odontopediatria (asesora del presente trabajo de investigación). Se instruyó a la investigadora en la ubicación e identificación de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad. Se utilizó la prueba estadística de Kappa cuyo valor obtenido fue 0,968. Se concluyó que existe alta concordancia.
- Se informó a los padres sobre la importancia del estudio y se les solicitó la firma del Consentimiento informado (ANEXO 1).
- Se realizó la higiene oral del bebé con ayuda de una gasa y agua estéril.
- Posterior a la higiene oral, se procedió al examen clínico estomatológico utilizándose guantes para examen, dos espejos bucales con aumento y una fuente de luz artificial de una lámpara frontal (Fronto Luz) – MOD. EW-5602 - ewtto.
- El protocolo a seguir en el examen clínico estuvo constituido por la evaluación de los labios, paladar duro, paladar blando, lengua, piso de boca, procesos alveolares, encías y dientes.
- Se utilizó una ficha de recolección de datos (ANEXO 2) para registrar los datos generales del paciente y las alteraciones bucales que presente.
- Se tomaron registros fotográficos de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo.

4.4 Procesamiento de datos

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó de manera automatizada en una computadora Pentium IV usando el programa SPSS versión 21.0.

4.5 Análisis de resultados

La información recabada fue evaluada mediante estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Se realizó un análisis bivariado para describir la distribución de la muestra con los cruces respectivos de cada variable de acuerdo a los objetivos planteados y se aplicará la prueba del χ^2 (Chi Cuadrado) para hallar la significancia entre ellas.

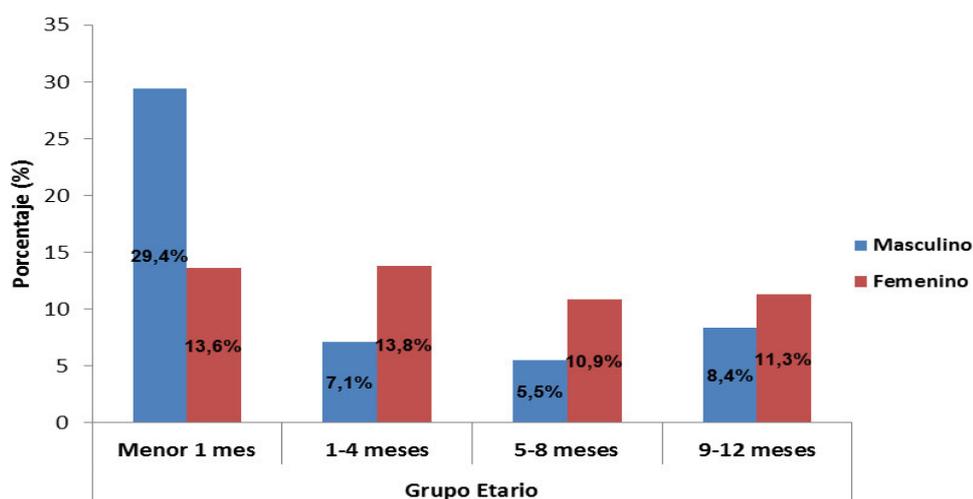
Los resultados que se obtuvieron del análisis estadístico, fueron expresados a través de tablas y gráficos.

V. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de frecuencia según grupo etario y género

Género	Grupo Etario								Total	
	Menor 1 mes		1-4 meses		5-8 meses		9-12 meses		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Masculino	294	29,4	71	7,1	55	5,5	84	8,4	504	50,4
Femenino	136	13,6	138	13,8	109	10,9	113	11,3	496	49,6
Total	430	43,0	209	20,9	164	16,4	197	19,7	1000	100,0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



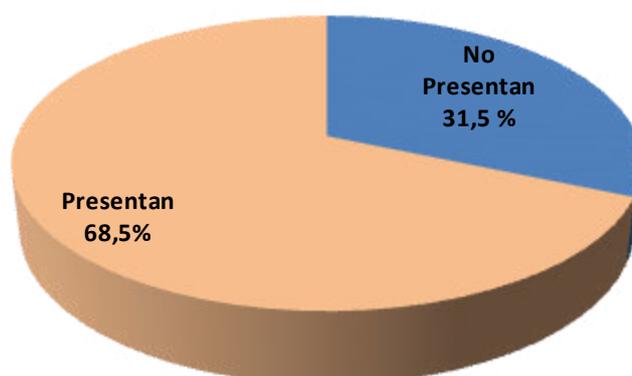
Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

Figura 1. Distribución de frecuencia según grupo etario y género

Se observa que del total de la muestra, los bebés del género masculino representan el 50,4%, (504), mientras que los bebés del género femenino representan el 49,6% (496). Los bebés menores de 1 mes representan el mayor porcentaje de toda la muestra con el 43,0% (430 bebés), seguido por el grupo de 1 a 4 meses con el 20,9% (209 bebés) mientras que el rango de 5 a 8 meses representa el menor porcentaje con el 16,4% (164 bebés).

Tabla 2. Distribución de la muestra según la presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
No Presentan	315	31,5
Presentan	685	68,5
Total	1000	100,0



Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

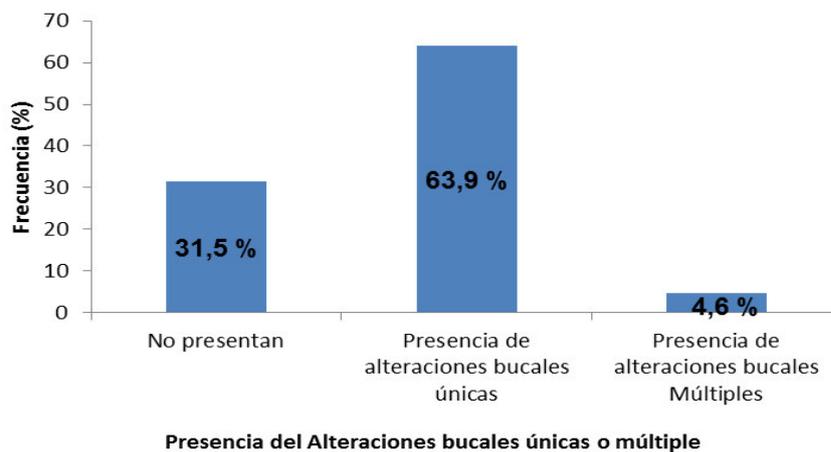
Figura 2. Distribución de la muestra según la presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Se encontró una mayor frecuencia de bebés que presentan alteraciones bucales congénitas y del desarrollo con el 68,5% (685 bebés), mientras que los bebés que no presentan ninguna alteración constituyen el 31,5% (315 bebés) de toda la muestra.

Tabla 3. Distribución de la muestra según presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo únicas o múltiples en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Presencia de Alteraciones		
Bucales	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Únicas o Múltiples		
No presentan	315	31,5
Presencia de alteraciones bucales únicas	639	63,9
Presencia de alteraciones bucales Múltiples	46	4,6
Total	1000	100,0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

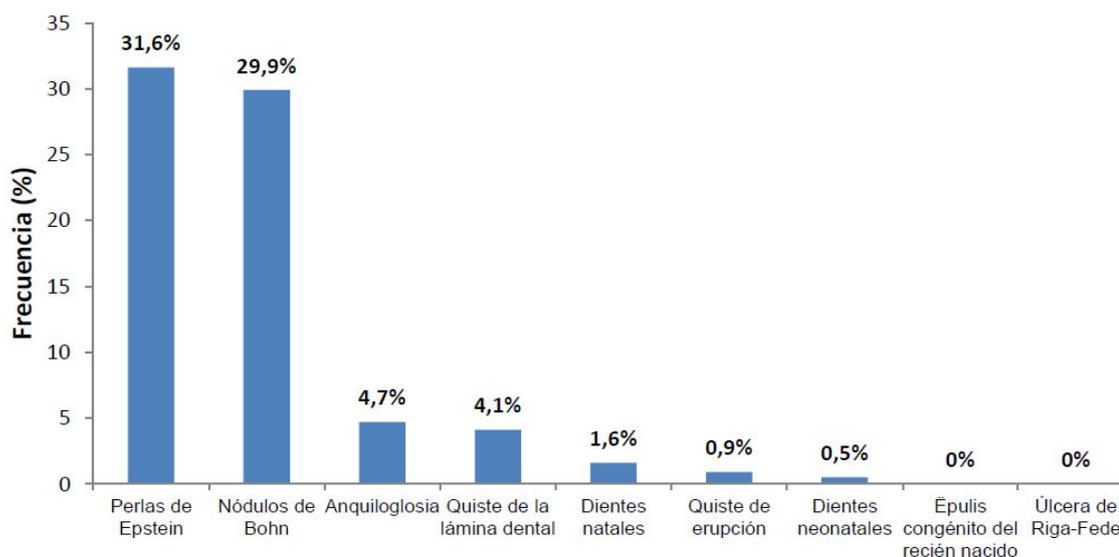
Figura 3. Distribución de la muestra según presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo únicas o múltiples en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Se observa que el 63,9% (639 bebés) presentaron alteraciones bucales congénitas y del desarrollo únicas mientras que el 4,6% (46 bebés) presentaron alteraciones bucales múltiples.

Tabla 4. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Alteraciones bucales	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Perlas de Epstein	316	31,6
Nódulos de Bohn	296	29,6
Anquiloglosia	47	4,7
Quiste de la lámina dental	41	4,1
Dientes natales	16	1,6
Quiste de erupción	9	0,9
Dientes neonatales	5	0,5
Épulis congénito del recién nacido	0	0,0
Úlcera de Riga-Fede	0	0.0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

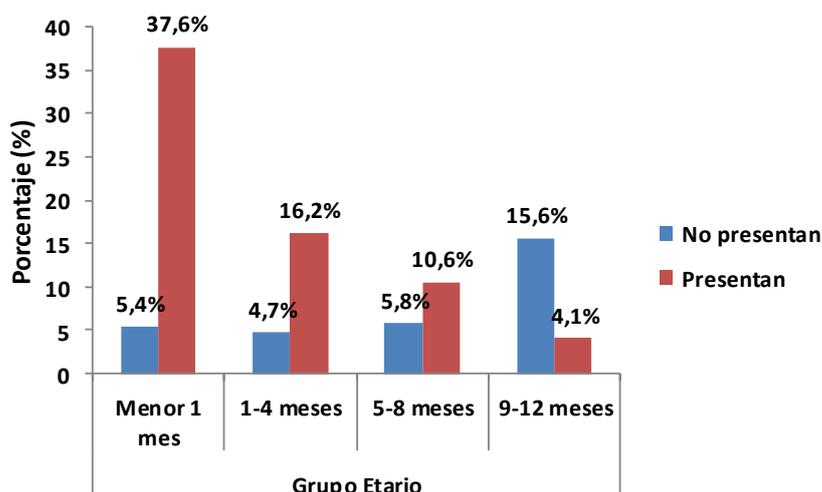
Figura 4. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo más frecuentes son las perlas de Epstein con el 31,6%, seguida por los nódulos de Bohn con el 29,6% y la anquiloglosia con el 4,7 %, mientras que el épulis congénito del recién nacido y la úlcera de Riga-Fede no se presentan en ningún caso en el presente estudio.

Tabla 5. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Presencia de Alteraciones Bucles	Grupo Etario								Total	
	Menor 1 mes		1-4 meses		5-8 meses		9-12 meses		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
No presentan	54	5,4	47	4,7	58	5,8	156	15,6	315	31,5
Presentan	376	37,6	162	16,2	106	10,6	41	4,1	685	68,5
Total	430	43,0	209	20,9	164	16,4	197	19,7	1000	100,0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

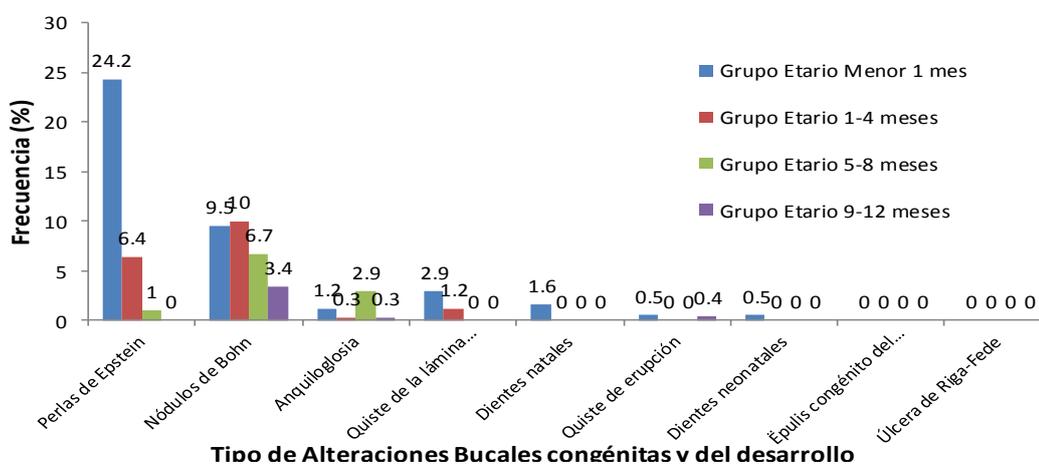
Figura 5. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

La tabla 8 y la figura 8 nos muestra las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según el grupo etario, los bebés menores de 1 mes presentan mayor porcentaje de alteraciones bucales con el 37,6 %, seguida por los bebés que se encuentran en el rango de 1 a 4 meses con el 16,2%, mientras que los bebés de 9 a 12 meses presentan el menor porcentaje con el 4,1%.

Tabla 6. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Alteraciones Bucales	Grupo Etario								Total	
	Menor 1 mes		1-4 meses		5-8 meses		9-12 meses			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Perlas de Epstein	242	24,2	64	6,4	10	1,0	0	0,0	316	31,6
Nódulos de Bohn	95	9,5	100	10,0	67	6,7	34	3,4	296	29,6
Anquiloglosia	12	1,2	3	0,3	29	2,9	3	0,3	47	4,7
Quiste de la lámina dental	29	2,9	12	1,2	0	0,0	0	0,0	41	4,1
Dientes natales	16	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	1,6
Quiste de erupción	5	0,5	0	0,0	0	0,0	4	0,4	9	0,9
Dientes neonatales	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,5
Épulis congénito del recién nacido	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Úlcera de Riga-Fede	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

Figura 6. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según grupo etario en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

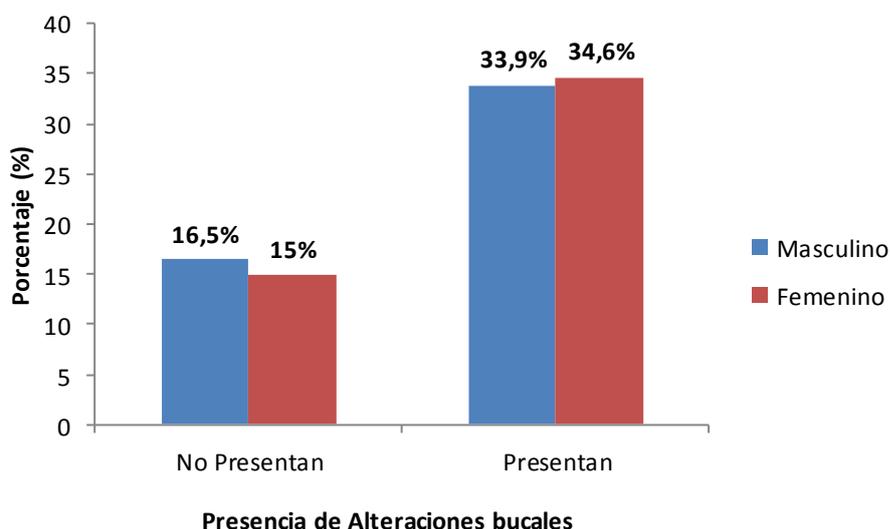
En los bebés menores de 1 mes predominan las perlas de Epstein con el 24,2%. En los bebés que se encuentran en el rango de 1 a 4 meses predominan los nódulos de Bohn con el 10,0%. Se observa también que en los bebés de 5 a 8 meses predominan los nódulos de Bohn con el 6,7%, así como también en los bebés de 9 a 12 meses se observa que la alteración bucal más frecuente son los nódulos de Bohn con el 3,4%.

Tabla 7. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo	GÉNERO				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
No Presentan	165	16,5	150	15,0	315	31,5
Presentan	339	33,9	346	34,6	685	68,5
Total	504	50,4	496	49,6	1000	100,0

$\chi^2=0,7282$ $P = 0,396= 39,6\%$ Nivel de significancia= $0.05=5\%$

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

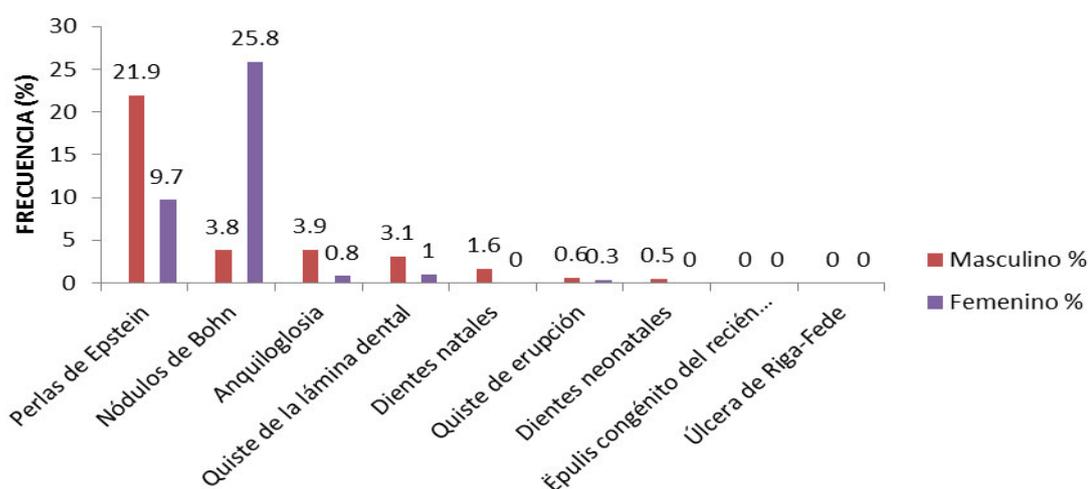
Figura 7. Distribución de presencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

En la tabla 10 y la figura 10 se observa que los bebés del género masculino presentan una frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo de 33,9% mientras que los bebés del género femenino presentan el 34,6%. Se observa que las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en ambos géneros se ven distribuido de manera similar, no existiendo diferencias significativas y se pudo corroborar estadísticamente mediante la Prueba de Chi-Cuadrado.

Tabla 8. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo	GÉNERO				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Perlas de Epstein	219	21,9	97	9,7	316	31,6
Nódulos de Bohn	38	3,8	258	25,8	296	29,6
Anquiloglosia	39	3,9	8	0,8	47	4,7
Quiste de la lámina dental	31	3,1	10	1,0	41	4,1
Dientes natales	16	1,6	0	0,0	16	1,6
Quiste de erupción	6	0,6	3	0,3	9	0,9
Dientes neonatales	5	0,5	0	0,0	5	0,5
Épulis congénito del recién nacido	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Úlcera de Riga-Fede	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



TIPO DE ALTERACIONES BUCALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

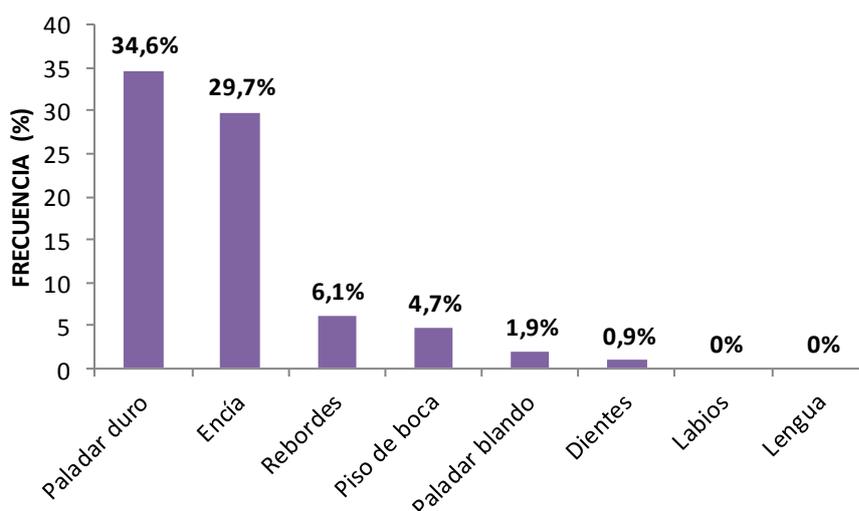
Figura 8. Distribución de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo según género en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Se observa que en el género masculino predominan las perlas de Epstein con el 21,9% seguidas de la anquiloglosia con el 3,9% y de los nódulos de Bohn con el 3,8% y mientras que en los bebés del género femenino predominan los nódulos de Bohn con el 25,8% seguidas de las perlas de Epstein con el 9,7% y los quistes de la lámina dental con el 1,0%.

Tabla 9. Frecuencia de la localización anatómica de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Localización Anatómica de la Alteración bucal	N	%
Paladar duro	346	34,6
Encía	297	29,7
Rebordes	61	6,1
Piso de boca	47	4,7
Paladar blando	19	1,9
Dientes	9	0,9
Labios	0	0,0
Lengua	0	0,0

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016



LOCALIZACIÓN DE LA ALTERACIÓN BUCAL

Fuente: Elaborado por el autor de la presente investigación, 2016

Figura 9. Frecuencia de la localización anatómica de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés atendidos en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el año 2016.

Se observa que la ubicación más frecuente en la que se localizaron las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo fue el paladar duro con el 34,6%, seguido por la encía con el 29,7% y por los reborde alveolares con el 6,1%.

VI. DISCUSIÓN

Las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés, representan un importante desafío para los odontopediatras y pediatras al tener una alta frecuencia de aparición.

Existen diversos trabajos de investigación de dichas alteraciones a lo largo de los años, desde los estudios de Acevedo y col²⁸ en 1995 hasta Lopes y col¹⁴ en el 2016.

Las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés se presentan en diversos países, como lo demuestran los estudios de Joseph y col¹⁵ en Canadá, Wang y col¹⁶ en Taiwán, Padovani y col¹⁷ en Brasil, González y col¹⁸ en España, entre otros más. Sin embargo aquí en Perú, no tenemos una estadística de referencia actualizada sobre dichas alteraciones.

Los resultados obtenidos después de realizar la evaluación en 1000 pacientes, mostraron que la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo es alta y corresponde al 68,5% del total de la muestra; cifra que se aproxima a Lopes y col¹⁴, quienes encontraron que el 69% de los 190 recién nacidos presentaron alteraciones bucales; Padovani y col¹⁷ encontraron que el 68.8 % de 586 bebés de 0 a 3 años de edad presentaron alteraciones bucales; Schmitt y col²¹, cuyo análisis arrojó que el 72,2% de los 270 pacientes presentaron alteraciones bucales, así como también Marcos¹, encontró una alta frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en el Hospital del Niño, el 72,5% de los pacientes evaluados en su investigación presentaron algún tipo de alteración bucal.

Cabe mencionar también que la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo encontrada en el presente estudio (68,5%) fue menor a los resultados obtenidos por Liu y col²⁵ (94%) y mayor a los resultados de las investigaciones hechas por Correa y col²⁷ (41.1%), Barboza y col¹⁹ (25,85 %), Yilmaz y col²³ (21,27%), González²² (20.82%), Santos y col²⁴ (7,25%).

La mayoría de investigaciones no demuestran una diferencia significativa en cuanto a la presencia de este tipo de alteraciones respecto al género de los bebés, al igual que en los resultados obtenidos en la presente investigación, el análisis estadístico de Chi cuadrado nos dice que no existe diferencia significativa entre ambos géneros ($P=39,6\%$); sin embargo, el número de bebés del género femenino con alteraciones bucales congénitas y del desarrollo fue ligeramente mayor que el de los hombres (34,6% frente a un 33,9%)

Las alteraciones bucales más predominantes en la presente investigación fueron las perlas de Epstein (31,6%), seguidas por los nódulos de Bohn (29,6%) y la anquiloglosia (4,7%). Respecto a la frecuencia de las perlas de Epstein, estos hallazgos coinciden con Lopes y col¹⁴, Padovani y col¹⁷, Schmitt y col²¹, Barboza y col¹⁹, Santos y col²⁴, Liu y col²⁵ y difieren con los estudios que encontraron una mayor prevalencia de los nódulos de Bohn como Marcos¹ con el 40,3%, al igual que Correa y col²⁷ con el 28.5% y Acevedo y col²⁸ con el 44 %. Respecto a la anquiloglosia el resultado obtenido en el presente estudio (4,7%) fue mayor que el obtenido por Joseph y col¹⁵ (0,6%) y menor que González y col¹⁸ (12,11%). Además es importante resaltar que la mayoría de bebés presentó solo una alteración bucal (63,9%).

El factor edad parece ser determinante en la presencia de este tipo de alteraciones bucales pues diversos estudios indican que a menor edad, mayor predisposición a presentar este tipo de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo. En la presente investigación el resultado obtenido por el grupo etario menor a 1 mes es el que presenta el más alto porcentaje de alteraciones bucales con un 37,6%, dichos resultados son similares a los obtenidos por Padovani y col¹⁷, Marcos¹.

Cabe resaltar que las perlas de Epstein y nódulos de Bohn se presentaron en mayor proporción en el grupo menor de 1 mes, disminuyendo considerablemente conforme el grupo etario era mayor.

Respecto a los nódulos de Bohn, en la presente investigación se presentaron con mayor frecuencia en los bebés del género femenino con un porcentaje del 25,8%,

dichos resultados coinciden con la investigación realizada por Palomino²⁶, y con Correa⁴ ya que en su libro se menciona que los nódulos de Bohn son más frecuentes en las mujeres que en los varones, siendo la proporción de 1 a 12.

En cuanto a la anquiloglosia se determinó que se presentó con mayor frecuencia en los bebés del género masculino con un porcentaje del 3,9%, dicho resultado coincide con los estudios realizados por González y col¹⁸ y Joseph y col¹⁵.

Los resultados obtenidos en la presente investigación respecto a los dientes natales 1,6 % y dientes neonatales 0,5% son similares al estudio realizado por Wang y col¹⁶, quienes encontraron que los dientes natales eran más abundantes que los dientes neonatales con una relación de 2,58: 1.

Según la localización anatómica se determinó que las alteraciones bucales afectaron en primer lugar al paladar duro (34,6%), luego a la encía (29,7%), y los rebordes alveolares (6,1%). Este hallazgo coincidió con el estudio de Palomino²⁶ que indica que las zonas anatómicas más afectadas son el límite del paladar duro y blando con el 47%.

VII. CONCLUSIONES

- La frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo es alta, el 68,5% de bebés presentaron alguna alteración bucal.
- Dentro de los tipos de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo presente en los bebés, las que se presentaron con mayor frecuencia fueron las perlas de Epstein (31,6%), seguidas por los nódulos de Bohn (29,6%).
- El género femenino presentó una ligera mayor prevalencia de frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo que el género masculino (34,6% frente a un 33,9%). Sin embargo no existe diferencia estadísticamente significativa.
- En los bebés del género masculino se presentaron con mayor frecuencia las perlas de Epstein (21,9%), seguida por la anquiloglosia (3,9%) y en los bebés del género femenino se presentaron con mayor frecuencia los nódulos de Bohn (25,8%), seguida por las perlas de Epstein (9,7%).
- El paladar duro fue la estructura anatómica en la que se presentaron más alteraciones bucales congénitas y del desarrollo con un porcentaje del 34,6%, seguido por la encía con un porcentaje del 29,7% y de los rebordes alveolares con un porcentaje del 6,1%.
- El grupo etario correspondiente a los bebés menores de 1 mes fue el grupo que más porcentaje de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo presentó con un porcentaje del 37,6%.
- Respecto a la cantidad alteraciones bucales congénitas y del desarrollo, el 63,9% de bebés presentaron alteraciones bucales únicas, mientras que el 4,6% de bebés presentaron alteraciones bucales múltiples.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar estudios similares con mayor tamaño muestral, incluyendo a población de las diferentes regiones del Perú, para así poder establecer comparaciones y determinar si existen diferencias significativas.
- Se recomienda realizar investigaciones evaluando el nivel de conocimientos de estas alteraciones bucales congénitas y del desarrollo tanto en odontólogos como en profesionales de salud que evalúan a este grupo etario.
- Se recomienda elaborar Guías Médicas que orienten a los profesionales de salud en el reconocimiento y tratamiento de estas alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés.
- Se recomienda elaborar guías que orienten a las madres en el conocimiento y tratamiento apropiado para estas alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en sus bebés.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Marcos J. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses atendidos en el Instituto Nacional de Salud del niño [tesis]. Tesis bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
2. Ten A. Ten Cate's Oral Histology: Development, structure and function. 7a ed. USA: Mosby Elsevier; 2008
3. Kumar A, Grewal H, Verma M. Dental lamina cyst of newborn: a case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent [Internet]. 2008 [citado 2 May 2016]; 26(4):175-176. Disponible en: <http://www.jisppd.com/article.asp?issn=09704388;year=2008;volume=26;issue=4;spage=175;epage=176;aulast=Kumar>
4. Correa M. Características del Sistema Estomatognático y algunas anomalías en el recién nacido. En: Villena R. Odontopediatría en la primera Infancia. 1a ed. Brasil: Livraria Santos Editora Ltda; 2009. p. 61- 74
5. Ventiades J, Tattum K. Patología oral del recién nacido. Rev Soc Bol Ped [Internet]. 2006 [citado 5 May 2016]; 45(2):112-115. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v45n2/v45n2a09.pdf>
6. Angulo M, Ángeles E, Durán A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2013 [citado 6 May 2016]; 34(4):196-204. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2013/apm134e.pdf>
7. Magaña M, Robles M, Guerrero C. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM. [Internet]. 2014 [citado 6 May 2016]; 71(3):115-119. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od143d.pdf>
8. George D, Bhat SS, Hegde SK. Oral findings in newborn children in and around Mangalore, Karnataka State, India. Med Princ Pract. 2008; 17(5):385-389.
9. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Ferrés-Amat E, Mareque-Bueno J, Prats-Armengol J, Ferrés-Padró E. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood.

- Treatment of 101 cases. A protocol. *Medicina Oral Patología Oral Cirugía Bucal* [Internet]. 2016 [citado 20 Oct 2016]; 21(1):39-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26595832>
10. Leung A, Robson W. Natal teeth: a review. *J Nat Med Assoc* [Internet]. 2015 [citado 23 Oct 2016]; 98(2): 226-228. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/167085089>
 11. Grossmann SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gómez RS, Aguiar MC, Mesquita RA. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* [Internet]. 2013 [citado 24 May 2016]; 104(6):35-41. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17942344>
 12. De la Teja A, Cadena G. *Patología Bucal. Neonatología Clínica.* 8ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
 13. Alemán N, Martínez M, Leonardo M, Bezerra da Silva R, Herrera W, Piccolo H. Congenital Eruption Cyst: A Case Report [Internet]. 2012 [citado 25 Oct del 2016];21(3): 259-62. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402010000300015
 14. Lopes L, Silva A, Alves da Cruz I, Fraiz F, Da Silva Assunção L. Oral Findings in Brazilian Infants Born at Full Term. *Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic* [Internet]. 2016 [citado 28 Sep 2016];16(1):289-298. Disponible en: revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/download/3031/pdf
 15. Joseph K.S, Kinniburgh B, Metcalfe A, Razaz N, Sabr Y , Lisonkova S. Temporal trends in ankyloglossia and frenotomy in British Columbia, Canada, 2004–2013: a population-based study [Internet]. 2016 [citado 10 Set 2016]; 4(1) : 33-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27280112>

16. Wang Ch., Lin Y, Lin Y. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *Journal of the Formosan Medical Association* [Internet]. 2016 [citado 25 Oct 2016]; 1(1):1-4. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664616300389>
17. Padovani MC, Santos MT, Santanna G, Guaré R. Prevalence of oral manifestations in soft tissues during early childhood in Brazilian children. *Brazilian Oral Research* [Internet]. 2014 [citado 24 Ago 2016]; 28(1):1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100246
18. González D, Costa M, Riaño I, González M, Rodríguez MC, Lobete C Prevalence of ankyloglossia in newborns in Asturias. *Pediatr (Barc)* [Internet]. 2014 [citado 15 Set 2016]; 81(2):115-119. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000350>
19. Barboza A, Aguilar S. Prevalência de alterações bucais em pacientes de 0 a 36 meses da Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. *Revista odontológica UNESP* [Internet]. 2014 [citado 25 Ago 2016]; 43(4): 523-532. Disponible en: <http://www.revodontolunesp.com.br/issues/view/volume/43/issue/Especial>
20. Moura L, Moura M, Lima M, Lima C, Dantas-Net N, Lopes T. Natal and Neonatal Teeth: A Review of 23 Cases. *Journal of Dentistry for Children* [Internet]. 2014 [citado 30 Ago 2016]; 81(2): 107-111. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/aapd/jodc/2014/00000081/00000002/art0000>
21. Schmitt BH, Guzzi SH, Damo MN, Araújo SM, Farias MM. Características da Cavidade Oral de Bebês Recém-Nascidos, Blumenau/SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa* [Internet]. 2012 [citado 8 Set 2016]; 12(1):89-92. Disponible en: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1147/796>

22. González J. Frecuencia de variantes de la normalidad y lesiones de la mucosa oral de neonatos del Hospital Gineco-obstetricia No 15, "Ignacio García Téllez" de la Cd. De Chihuahua, Chih., México." [Tesis]. Chihuahua: Universidad Autónoma de Chihuahua. Facultad de Odontología; 2012.
23. Yilmaz A, Gorpelioglu C , Sarifakioglu E , Dogan D, Bilici M, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2011[citado 10 de agosto del 2016]: 14(3): 349-353. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/njcp/article/viewFile/74549/65171>
24. Santos FF, Pinho JR, Libério SA, Cruzmc. Prevalência de alterações orais congênitas e de desenvolvimento em bebês de 0 a 6 meses. *Rev. Odonto ciênc*. 2009; 24(1):77-80.
25. Liu M, Huang W. Oral Abnormalities in Taiwanese Newborns. *Journal of Dentistry for Children* [Internet]. 2004 [citado 2 Set 2016]; 71(2):118-120. Disponible en:<http://www.ingentaconnect.com/content/aapd/jodc/2004/00000071/00000002/art00007>
26. Palomino M, Aguilar D. Perlas de Epstein, su distribución y frecuencia en recién nacidos vivos [Internet]. 2001 [citado 10 de julio del 2016]. Disponible en: http://www.ceo.com.pe/005_revista_art04.htm
27. Correa MS, Villena RS, Frascino SM. Características da cavidade bucal e ocorrência de anomalias em recém-nascidos. *Rev. paul. Odontol*. 1997;19(3):34-40.
28. Acevedo GO, Castillo CDS, De la Teja AE. Prevalencia de quistes de inclusión en recién nacidos. *Rev ADM* [Internet]. 1995 [citado 6 Jul 2016];52(6):291-292. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/ADM/Odv52n6/espanol/Wod56-01.html>
29. Moore KL. Embriología clínica; "Período organogénico de la cuarta a la octava semana". 8ª edición. España: Elsevier; 2009.

30. Sadler T.W. Langman S. Embriología Médica; “De la tercera a la octava semana: el período embrionario”. 12ª edición. España; Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
31. Gómez de Ferraris M., Campos A. Histología y Embriología Bucodental. 2ª edición. España: Editorial Panamericana; 2002.
32. Larsen. “Human Embryology”. 4ª edición. España: Elsevier-Churchill Livingstone; 2009.
33. Balinski B. Introducción a la Embriología. 5ª edición. México: Editorial Omega; 2010.
34. Valentich E. Histología y Embriología del Ser Humano. 4ta edición. España: Editorial Panamericana; 2011.
35. Silva CM, Montanha Ramos M, De Carvalho Carrara CF, Da Silva Dalben G. Oral characteristics of Newborns. J Dent Child [Internet]. 2012 [citado 20 Jul 2016]; 75(1):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18505640>
36. Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. Rev Chil Pediatr. 2006; 77 (2); 198-212.
37. Bezerra da Silva L. Tratado de odontopediatria. Tomo 1. Cronología y secuencia de la erupción dental. 1ª ed. Brasil: Editorial Amolca; 2008.
38. Santos F, Pinho J, Libério S, Cruzm C. Prevalência de alterações orais congênitas e de desenvolvimento em bebês de 0 a 6 meses. Rev. Odonto ciênc. 2014; 24 (1): 77-80.
39. Fromm, A.E.P. Bohn's Nodules and Inclusion-Cysts of the Oral Cavity. J Dent Child. 1967; 34(3):275-285.
40. Ceyhan A, Yildirim M, Basak P, Akkaya V, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. Clin Exper Dermatol. 2008;34(1):186-188.
41. Freudenberg S. Intraoral findings and other developmental conditions in Mexican neonates. Journal of Dentistry for Children. 2008; 73(3):13-16.

42. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;12(2):85-91.
43. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci*. 2014;46(4):253-257.
44. Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. *J Clin Pediatr Dent*. 2014;28(2):183-186.
45. Woodroffe S, Mihailidis S, Hughes T, Bockmann M, Seow WK, Gotjamanos T, Townsend G. Primary tooth emergence in Australian children: timing, sequence and patterns of asymmetry. *Aust Dent J*. 2012; 55(3): 245-251.
46. Correa M. Condiciones Patológicas de la cavidad bucal en la Infancia. En: Valentin C. *Odontopediatría en la primera Infancia*. 1a ed. Brasil: Livraria Santos Editora Ltda; 2009.
47. Regezy JA; Sciubba. JJ.- Patología buccal. Correlaciones clínico-patológicas. Trad. por José C.B. Teles e Sylvio Bevilacqua. Río de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013.
48. Singh B, Bajaj P, Singh G. Presentation of two simultaneous eruption cysts haematomas in relation with two adjacent permanent teeth, causing tumor scare. *Indian J Dent Sci [Internet]*. 2011 [citado 25 Jul 2016]; 3(1):16-18. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authype=crawler&jrnl=09764003&AN=67635415&h=fnuFAVW4uXn2bjC7I9Apqav6AxqLU86uggf%2bpc0f59EAIAaVXgf7LkwjMT%2bMGQXcU9MH4MJPI209uel549qdgg%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authype%3dcrawler%26jrnl%3d09764003%26AN%3d67635415>
49. Espinosa MA, Anzures LB. Dentición primaria infantil. Mitos y realidades. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2013; 66(1):43-47.
50. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven*. 1ª Ed. Madrid: Ripano Editorial Médica; 2010.

51. Adekoya-Sofowora CA. Natal and neonatal teeth: a review. *The Nigerian Postgraduate Medical J* [Internet]. 2013 [citado 10 Jul 2016]; 15(1):38-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18408782>
52. Aktoren O, Tuna EB, Guven Y, Gokcay G. A study on neonatal factors and eruption time of primary teeth. *Community Dent Health* [Internet]. 2010 [citado 5 Ago 2016]; 27(1): 52-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20426262>
53. Romero-Maroto M, Sáez-Gómez JM. Eruption of primary dentition--a grave health problem according to Spanish doctors of the XVI-XVIII centuries. *J Dent Res*. 2013; 88(9):777-780.
54. Choi NK, Yang KH. A study on the eruption timing of primary teeth in Korean children. *ASDC J Dent Child*. 2011; 68(4): 244-249.
55. Liversidge HM, Molleson T. Variation in crown and root formation and eruption of human deciduous teeth. *Am J Phys Anthropol*. 2014; 123(2): 172-180.
56. Huber KL, Suri L, Taneja P. Eruption disturbances of the maxillary incisors: a literature review. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2008 [citado 5 Jul 2016]; 32(3):221-230. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18524273>
57. O'Connell AC, Torske KR. Primary failure of tooth eruption: a unique case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Oral Radiol Endod*. 2013; 87(6):714-720.

X. ANEXO

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

N° Ficha:



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA – HONADOMANI
“San Bartolomé”

Fecha: / /
N° HC:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN “FRECUENCIA DE ALTERACIONES BUCALES CONGÉNITAS Y DEL DESARROLLO EN BEBÉS DE 0 A 12 MESES DE EDAD”.

Yo.....con N° DNI.....
mayor de edad, y con domicilio en
madre de

DECLARO

Que la investigadora Jannette Abad Cauti, me ha explicado de manera detallada acerca de los fines del estudio de investigación: “Frecuencia de Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad”. Entiendo que a mi hijo (a) se le realizará: Inspección de cavidad oral y toma de fotografías intraorales, los cuáles no representan riesgo para mi hijo (a) ya que se trata de evaluaciones no invasivas. Las revisiones serán de manera cuidadosa y con materiales estériles con el fin de preservar la salud de los participantes. Estoy consciente que se realizará únicamente una revisión a mi menor hijo (a) y que puedo solicitar mayor información acerca del estudio si así lo deseo y asimismo puedo retirar a mi hijo del estudio en cualquier momento. Así mismo, los datos obtenidos de esta revisión, podrán ser publicados y/o difundidos únicamente con fines científicos, manteniendo en forma anónima los datos de identificación personal de mi hijo (a).

He comprendido lo explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que he solicitado.

Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecha con la información recibida y habiendo comprendido el alcance de la investigación, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que mi hijo (a) participe en dicho estudio de investigación que se llevará a cabo en la SALA “D” DE GINECOLOGÍA, CENTRO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ENFERMERÍA y en el CONSULTORIO DE NEONATOLOGÍA del HONADOMANI “San Bartolomé”.

Lima,.....de.....del.....

Firma de la madre

Firma investigadora

ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° Ficha: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA – HONADOMANI

Fecha: / /
N° HC: _____

“San Bartolomé”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Frecuencia de Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad

Nombres y Apellidos: _____

Edad: ____ meses/días Género: ____

Dirección: _____

Teléfono: _____

I. Examen clínico

- Nódulos de Bohn
- Perlas de Epstein
- Quistes de la lámina dental
- Épulis congénito del recién nacido.
- Anquiloglosia
- Úlcera de Riga-Fede.
- Quistes de erupción

1. Tejidos blandos:

Labio superior: _____

Inferior: _____

Carrillos: _____

Frenillos: _____

Paladar duro: _____

blando: _____

Orofaringe: _____

Lengua dorsal: _____

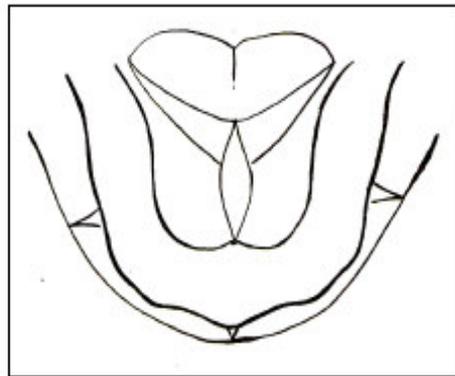
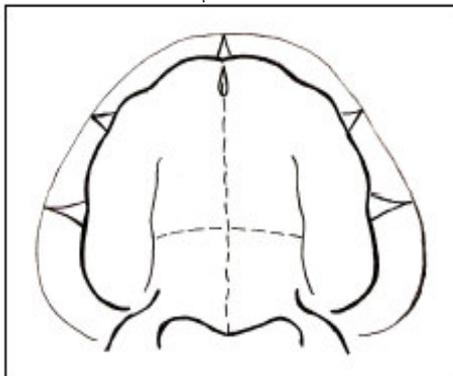
Ventral: _____

Piso de boca: _____

Proceso alveolar superior: _____

Inferior: _____

Encía: _____



2. Tejidos duros:

Diente natales:

Número:

Color:

Posición:

Movilidad:

Forma:

Diente neonatales:

Número:

Color:

Posición:

Movilidad:

Forma:

ANEXO N° 3: FOTOGRAFÍAS

SALA “D” DE GINECOLOGÍA DEL HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ”



CENTRO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ENFERMERÍA Y CONSULTORIO DE NEONATOLOGÍA DEL HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ”



PERLAS DE EPSTEIN



NÓDULOS DE BOHN



QUISTES DE LA LÁMINA DENTAL



QUISTES DE ERUPCIÓN



DIENTES NATALES



DIENTES NEONATALES



ANQUILOGLOSIA

