

**LESIONES ORALES EN RECIÉN NACIDOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE
CONTROL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL ENGATIVÁ – CALLE 80 Y
SU IMPACTO EN LA LACTANCIA MATERNA**

Angie Marlen Cubides Mojica

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- AGOSTO 2023**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología Pediátrica
Título:	Lesiones orales en recién nacidos que asisten a la consulta de control del recién nacido en el Hospital Engativá – calle 80 y su impacto en la lactancia materna
Grupo de Investigación	Unidad de Investigaciones en Epidemiología Clínica Oral UNIECLO
Línea de investigación:	Odontología Pediátrica
Tipo de investigación:	Posgrado/grupo
Obra derivado del trabajo de grado:	Garzón-Perdomo FL. Patologías orales en recién nacidos que asisten a la consulta del recién nacido en el Hospital Infantil Universitario De San José [trabajo de grado] Bogotá DC: Programa de Odontología Pediátrica- Universidad El Bosque; 2022.
Institución Participante	Hospital Engativá
Estudiantes:	Angie Cubides Mojica
Director:	Sandra Hincapié Narváez
Codirectores	Aida Murillo Martha Cecilia Tamayo Muñoz
Asesor metodológico	Martha Cecilia Tamayo Muñoz
Análisis y asesoría estadística	David Augusto Díaz Báez

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTTO BAUTISTA GAMBOA	Presidente del Claustro
MIGUEL RUIZ RUBIANO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL GALVIS	Rector(a)
NATALIA RUÍZ ROGERS	Vicerrector(a) Académico
RICARDO ENRIQUE GUTIÉRREZ MARÍN	Vicerrector Administrativo
GUSTAVO SILVA CARRERO	Vicerrectoría de Investigaciones.
CRISTINA MATIZ MEJÍA	Secretaria General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
HERNEY ALONSO RENGIFO REINA	Decano Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA MARIA ESCOBAR JIMENEZ	Director Área Bioclínica
ALEJANDRO PERDOMO RUBIO	Director Área Comunitaria
JUAN GUILLERMO AVILA ALCALÁ	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
SANDRA HINCAPIE NARVAEZ	Coordinadora Postgrados Facultad de Odontología
ANDREA DEL PILAR CORTES PAEZ	Director del programa de Odontología pediátrica

La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

	Págs.
1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
3. Planteamiento del problema	13
4. Justificación	16
5. Objetivos	17
6. Metodología del Proyecto	18
6.1. Tipo de estudio	18
6.2. Población y muestra	18
6.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información	19
6.4. Hipótesis de estudio	24
6.5 Plan de tabulación y análisis.	25
7. Consideraciones éticas.	26
8. Resultados	32
9. Discusión	37
10. Conclusiones	39
11. Referencias.	40

LISTADO DE TABLAS

		Págs.
Tabla 1	Prevalencia de lesiones orales en recién nacidos en relación con la dificultad en la lactancia. <i>Tomado de Garzón-Perdomo [2022]</i>	19
Tabla 2	Datos para la recolección de información a partir de la historia clínica, de la valoración clínica del recién nacido y de la entrevista a la madre sobre la dificultad de lactancia materna <i>(Adaptada de Garzón-Perdomo [2022])</i>	20
Tabla 3	Localización anatómica de las lesiones orales. <i>(Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	32
Tabla 4	Frecuencia de las lesiones orales encontradas. <i>(Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	32
Tabla 5	Categorización de las lesiones de anquiloglosia de acuerdo las clasificaciones de Coryllos (Coryllos et al,2004) y BTAT (Ingram et al., 2015). <i>(Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	34
Tabla 6	Lactancia materna en recién nacidos del Hospital Engativá calle 80. <i>(Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	34
Tabla 7	Asociación de lesiones orales con la dificultad en la lactancia. <i>(Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	35
Tabla 8	Asociación de anquiloglosia con la dificultad en la lactancia. <i>(Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	35

LISTADO DE FIGURAS

		Págs.
Figura 1	Guía de Consenso de Patologías Orales del Recién nacido - Posgrado de Odontología Pediátrica [Garzón-Perdomo, 2022] .	24
Figura 2	Localización anatómica lesiones orales. <i>(Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	33
Figura 3	Frecuencia de lesiones orales. <i>(Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	33
Figura 4	Frecuencia de anquiloglosia asociada a dolor al momento de lactar. <i>(Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	36
Figura 5	Frecuencia de anquiloglosia asociada a dificultad en el agarre del pezón. <i>(Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)</i>	36

RESUMEN

Lesiones orales en recién nacidos que asisten a la consulta de control del recién nacido en el Hospital Engativá Calle 80 y su impacto en la lactancia materna.

Antecedentes: Existen diferentes lesiones orales que pueden estar presentes en recién nacidos, su incidencia es incierta debido a la diferencia que existe en los criterios de diagnóstico, al subregistro o al desconocimiento de ellas por parte de algunos médicos y aunque muchas de ellas se limiten solo a la cavidad oral, algunas veces podrían ser un indicio de condiciones sistémicas o de interferencias en la lactancia materna. **Objetivo:** establecer la frecuencia de lesiones orales en los pacientes que asisten a la consulta de control del recién nacido del Hospital Engativá -Calle 80 - y su asociación con dificultades en la lactancia materna. **Métodos:** En este estudio observacional de corte transversal con perspectiva analítica, se observaron 145 pacientes recién nacidos en el Hospital Engativá entre julio y septiembre de 2023, los datos se recolectaron a partir de la historia clínica, de la valoración clínica del paciente, la evaluación de la lactancia materna a través de entrevista y examen clínico de la madre, este trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad El Bosque y El Hospital Engativá. **Resultados:** De los 145 recién nacidos el 57% son de sexo masculino, con una edad de Me 5 días con peso promedio de 2995gr. Todos los recién nacidos evaluados pertenecen al régimen subsidiado, en su gran mayoría a la EPS Capital Salud (51.7%). Al examen clínico se observó que el 35,86 % presentó alguna lesión oral, siendo la de mayor frecuencia la de los Nódulos de Bohn (16.5%), seguida de la anquiloglosia (10.34%). El 100% de los recién nacidos recibe lactancia materna; un 93,79% de manera exclusiva. De ellos el 13,79% presentó dificultades en la lactancia materna de los cuales el 40% estuvo asociada a anquiloglosia ($p=0.0001$) con un $OR:11.2$ [IC95%: 2.91 - 42.65] Ninguna otra lesión presentó asociación. Las mayores dificultades reportada en el proceso de lactancia, y asociadas con anquiloglosia fueron el agarre del pezón y el dolor de la madre al momento de lactar. **Conclusiones:** Dentro de las limitaciones de este estudio se puede concluir que las lesiones orales más frecuentes en recién nacidos pueden ser los Nódulos de Bohn y la anquiloglosia, y esta última aparece estar latamente relacionada con las dificultades de la lactancia por lo cual debe ser tratada oportunamente.

Palabras clave: Recién Nacido, Lesión Oral, Lactancia Materna, Frecuencia

ABSTRACT

Oral lesions of newborns attending control check-ups at Hospital Engativa Calle 80 and its impact on maternal lactation

Background: oral lesions present in newborns have uncertain incidence due to diagnosis criteria, subregistry or the physician's lack of knowledge. Many are only in the mouth but sometimes could be an indication of systemic conditions or interferences in maternal lactation. **Objective:** to establish oral lesion frequency among patients attending newborn control check-ups at Hospital Engativa -Calle 80 – and its association with maternal lactation difficulties. **Methods:** in this observational cross-sectional study with analytical perspective 145 newborns at Engativa Hospital between July and September 2023 were observed. Data was collected from the clinical history, patient valuation, maternal lactation assessment from an interview and a clinical examination of the mother. This was approved by the ethics committee from Universidad El Bosque and Hospital Engativa. **Results:** from the 145 newborns, 57% were males, with an average age of five days and an average weight of 2995 grams. All are covered by the subsidized regime in Capital Salud EPS (51.7%). The clinical exam revealed that 35.86% had some oral lesion and the most frequent was Bohn's nodules (16.5%), followed by ankyloglossia (10.34%), all newborns are lactate, 93.79% exclusively; from these, 13.79% had difficulties with maternal lactation and 40% of them were associated with ankyloglossia ($p=0.0001$) with an OR:11.2 [IC95%: 2.91 - 42.65]; no other lesion was associated. The greatest difficulties reported during lactation and associated with ankyloglossia were nipple grasp and pain during breastfeeding. **Conclusions:** It may be stated within the limited scope of this study that the most frequent oral lesions among newborns are Bohn's nodules and ankyloglossia, the latter may be considerably related with lactation difficulties and must be treated opportunely.

Key words: Newborn, Oral lesion, Frequency, Breastfeeding.

1. INTRODUCCIÓN

Se ha observado que desde el nacimiento o durante el primer mes de vida pueden presentarse algunas lesiones orales, algunas de estas involucionan sin ningún tipo de intervención y otras si pueden afectar de alguna manera el desarrollo normal ([Majorana et al, 2010](#)). Unas de las alteraciones orales que se presentan de forma común son los dientes natales y neonatales, úlceras de Riga Fede, Anquiloglosia, Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn, Épulis congénito, candidiasis, gránulos de Fordyce, Mucocela, Ránula, entre otros. ([Bilodeau & Hunter, 2021](#)). En Colombia, [Garzón Perdomo \[2022\]](#) reportó en un estudio analítico observacional de corte transversal realizado en 375 recién nacidos en el Hospital Infantil Universitario de San José una prevalencia de patologías orales de 31.5%, siendo el punto anatómico con mayor frecuencia la lengua. Se evidenció que la patología oral que se presentó con mayor prevalencia fue la anquiloglosia con un 21.1% y el 99.7% reciben lactancia materna, siendo exclusiva para el 92.5% de los recién nacidos, y el 86.7% de los bebés presentaron dificultad para amamantar.

El Hospital de Engativá como centro de referencia para la localidad de Engativá hace parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte Empresa Social del Estado en el cual no se ha realizado un estudio en el que se pueda observar la frecuencia de lesiones orales en recién nacidos, por lo cual en este estudio se pretende evaluar mediante un examen clínico la frecuencia de lesiones orales en los pacientes que asisten a la consulta de control del recién nacido del Hospital Engativá y si alguna de estas lesiones podría estar relacionada con la dificultad de la lactancia materna.

2. MARCO TEÓRICO

a. Resumen de búsqueda de información:

Se definieron las siguientes variables: **Lesiones orales y neonato**

- **Recién nacido:** Un recién nacido, o neonato, es un niño menor de 28 días de edad (WHO, 2017).
- **Lesiones orales:** Cualquier cambio anormal o cualquier elevación en la superficie de la mucosa oral (Sullivan et al. 2011)

Se consultaron las siguientes bases de datos: The Cochrane Oral Health Group's Trials Register (hasta 8 de junio de 2022), PUBMED (hasta 8 junio 2022).

Se utilizaron las siguientes palabras clave: Newborn, Infant, Newborn baby, Neonat, Pathology oral, Ankyloglossia, Mouth abnormalities, Tongue Tie, Partial Ankyloglossia, Natal Teeth, Bohn Nodules, Epstein Nodules, Dental lamina Cyst, Fordyce granules, Micrognathism, Cleft palate

Se buscaron los siguientes tipos de estudios: Metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y controlados, estudios de casos y control, estudios de cohorte.

Se utilizaron las siguientes estrategias de búsquedas

#1	Newborn OR Infant, Newborn OR Newborn baby OR Neonate
#2	Pathology oral OR Ankyloglossia OR Mouth abnormalities OR Tongue Tie OR Partial Ankyloglossia OR Natal Teeth OR Bohn Nodules OR Epstein Nodules OR Dental lamina Cyst OR Fordyce granules OR Micrognathism OR Cleft palate
#3 (#1)AND (#2)	(Newborn OR Infant, Newborn OR Newborn baby OR Neonate) AND (Pathology oral OR Ankyloglossia OR Mouth abnormalities OR Tongue Tie OR Partial Ankyloglossia OR Natal Teeth OR Bohn Nodules OR Epstein Nodules OR Dental lamina Cyst OR Fordyce granules OR Micrognathism OR Cleft palate)
ESTRATEGIA FINAL	(Newborn OR Infant, Newborn OR Newborn baby OR Neonate) AND (Pathology oral OR Ankyloglossia OR Mouth abnormalities OR Tongue Tie OR Partial Ankyloglossia OR Natal Teeth OR Bohn Nodules OR Epstein Nodules OR Dental lamina Cyst OR Fordyce granules OR Micrognathism OR Cleft palate)

No hubo restricción de lenguaje ni de fechas de publicación.

*Con esta estrategia se encontraron un **total** de 9142 artículos en la base de datos de PUBMED de los cuales fueron preseleccionados por **título y abstract** 82 y de estos se seleccionaron 18 por **relevancia**.*

Se **excluyeron**, editoriales, abstracts que no hubieran sido seguidos por una publicación posterior, cartas o comentarios.

B. Marco de referencia:

Las lesiones orales corresponden a cualquier cambio anormal o elevación en la superficie de la mucosa oral (Suliman *et al.*,2011) y que puede presentarse en las diferentes estructuras como labios, mucosa, reborde alveolar, piso de boca, lengua, paladar y demás estructuras intraorales (Suliman *et al.*,2011., Mearini *et al.*,2020).

Desde el nacimiento o durante el primer mes de vida pueden presentarse algunas de estas lesiones. Sin embargo, la prevalencia exacta de estas lesiones puede ser incierta debido a los diferentes estándares o criterios de evaluación, subregistros clínicos o falta de descripción médica de estas patologías (Majorana *et al.*,2010). Es importante en el diagnóstico clínico del recién nacido evaluar las condiciones orales que permitan detectar lesiones presentes y prevenir complicaciones estructurales o funcionales del mismo.

Una de las alteraciones orales que se presentan de forma común son los dientes natales y neonatales, úlceras de Riga Fede, Anquilosis, Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn, Épulis congénito, candidiasis, gránulos de Fordyce, Mucocela, Ránula, entre otros. (Bilodeau & Hunter, 2021).

Dientes natales y neonatales. La erupción normal de los dientes temporales inicia cerca de los seis meses de edad. Su aparición al nacer o durante el periodo neonatal se considera una alteración (Kadam *et al.*,2013). Se les llama dientes natales a los que se detectan al momento del nacimiento y dientes neonatales a los que erupcionan durante el periodo neonatal que comprende los primeros 28 días de vida (WHO, 2017). La incidencia reportada está entre 1:2000 y 1:3500 nacidos vivos (Kadam *et al.*,2013) ocurren con mayor frecuencia en la parte anterior de la mandíbula y su etiología aún se desconoce, aunque algunos estudios reportan la transmisión autosómica dominante de un rasgo genético no identificado (Mhaske *et al.*,2013)

A menudo se reportan con mayor incidencia en recién nacidos con labio paladar hendido (LPH), como se observa en un estudio retrospectivo realizado en la Universidad de Yeditepe, Estambul en el que usaron datos de 69 recién nacidos con LPH y se observó que en el 7% se presentaron dientes neonatales, sin diferencias estadísticamente significativas en género,

pero sí en casos de LPH unilateral en donde su incidencia fue mayor hacia el lado de la hendidura y en reborde maxilar superior (Yilmaz *et al.*,2016).

La mayoría de los dientes natales son componentes de la dentición primaria normal. Menos del 10% han sido reportados como supernumerarios (Kates *et al.*,1894). Clínicamente, los dientes natales son pequeños, tienen forma cónica y características de hipoplasias y/o falta de desarrollo radicular por lo que están adheridos a la mucosa pueden presentar movilidad y en algunos casos pueden estar cubiertos por tejido blando (Sothinathan & Shakib, 2011).

Existen clasificaciones como la de Spouge & Feasby [1996] en la que se describe la clasificación de dientes natales y neonatales según sus características morfológicas en dientes maduros o inmaduros. Dientes maduros asociado a dientes natales y neonatales que son completamente desarrollados en forma y tienen una morfología comparable a la de los dientes normales y dientes inmaduros son dientes natales y neonatales cuya estructura y desarrollo es incompleto. También se utiliza la clasificación de Hebling [1997] en la que se describen 4 categorías: 1: Corona en forma de concha mal adherida al alvéolo por el tejido gingival y ausencia de raíz. 2: Corona sólida mal adherida al alvéolo por el tejido gingival y poca o ninguna raíz. 3: Erupción del margen incisal de la corona a través de los tejidos gingivales. 4: Edema del tejido gingival con un diente no erupcionado, pero palpable. (Shivpuri *et al.*,2021)

La presencia de dientes natales y neonatales puede generar complicaciones como: interferencia con lactancia materna, lesiones traumáticas, inflamación, dolor, riesgo de aspiración (Shivpuri *et al.*,2021). Las opciones de tratamiento están basadas en los riesgos, en donde puede definirse realizar extracción de estos dientes o no, según cada caso teniendo en cuenta los criterios clínicos y la opinión de los padres, considerando siempre el bienestar de paciente y su estado de salud en general (Shivpuri *et al.*,2021).

Úlceras traumáticas Riga Fede: Es una condición patológica benigna caracterizada por la presencia de úlceras en la superficie de la lengua (60% de las lesiones), labios, paladar, membrana mucosa del vestíbulo y el piso de la cavidad oral, frecuentemente son lesiones causadas por la fricción de dientes natales y neonatales contra la mucosa. Las lesiones ulcerosas pueden ser unifocales o multifocales y pueden afectar también a la mama materna debido a una lactancia traumática (Cunha *et al.*,2001., Iandolo *et al.*,2013).

El diagnóstico clínico se basa en la evaluación de las lesiones ulcerosas teniendo en cuenta el tamaño de la lesión, el sitio anatómico afectado y la posible relación con dientes natales y neonatales, se debe hacer diagnóstico diferencial con otras alteraciones como infecciones de origen fúngico o bacterianas, tumores, linfomas, etc. (Cunha *et al.*,2001).

En el año 2021 se realizó una revisión sistemática cuyo criterio de exclusión fue estudios que no estuvieran asociados con dientes natales y neonatales. Se evaluaron 52 estudios en los que se observó que el 72,1% de los casos presentaban dientes natales con movilidad dental de los cuales el 93,5% recibió exodoncia, del 27,9% que no tenían movilidad se le realizó exodoncia al 41,6% como parte del tratamiento de las úlceras Riga Fede además del uso en algunos casos de agentes tópicos para disminuir el dolor. El tratamiento puede variar según cada caso y de la misma forma que al evaluar los dientes natales y neonatales depende de cada paciente en particular (Mhaske *et al.*,2013).

Anquiloglosia: la anquiloglosia se ha descrito en términos de inserción del frenillo en la punta de la lengua o cerca de ella. Esta condición puede generar limitación en la movilidad de la lengua, posterior dificultar en el habla y articulación, alteraciones periodontales, maloclusiones, alteraciones en la lactancia materna (Walsh & Tunkel,2017., Mearini *et al.*,2020). Esta última, recientemente evaluada a menudo dada la importancia en el desarrollo del bebé. La lactancia materna exclusiva por un periodo de 6 meses y la alimentación complementaria con la clave para alcanzar las ventajas en el desarrollo del bebé (Levy & Bértolo, 2008). Se ha estimado una prevalencia mundial de 0,1% a 12,11%, un rango amplio debido a la falta de consenso en la evaluación de este diagnóstico (Lalakea & Messner,2003).

Walsh & Tunkel [2017] reportaron el aumento en diagnósticos de anquiloglosia en los últimos años con presuntas dificultades en la lactancia materna. Otros estudios han observado la relación entre lactancia materna y anquiloglosia (Araujo *et al.*, 2020., Barberá-Perez *et al.*, 2021). Sin embargo, siguen existiendo brechas en este aspecto, por esto es importante utilizar protocolos clínicos para evaluar la anquiloglosia y que estos permitan establecer parámetros y ayudar a los profesionales a realizar un diagnóstico correcto y planificar un tratamiento eficaz (Lima & Dutra, 2021).

Un adecuado diagnostico requiere de conocimientos integrales acerca de anatomía de la lengua y su función, de los labios, vías aéreas nasales, análisis funcional de deglución, entre

otros. Para el niño, la anquiloglosia puede manifestarse como un agarre deficiente, pérdida frecuente del agarre, alimentación prolongada, irritabilidad con la alimentación, poco aumento de peso o incapacidad para amamantar, en el examen físico se observa restricción de la movilidad de la lengua, deformidad de la lengua en forma de corazón o restricción de la protrusión de la lengua. La madre de un bebé con anquiloglosia puede experimentar dolor con lactancia materna, ulceración del pezón, sangrado del pezón, producción deficiente de la leche debido a una succión inadecuada del lactante, mastitis o infecciones del pezón (Walsh & Tunkel, 2017).

Para determinar la anquiloglosia en un diagnóstico clínico se utilizan diferentes sistemas de clasificación. Por ejemplo:

Sistema Coryllos (Academia Americana de Pediatría 2004):

Tipo 1: unión del frenillo a la punta de la lengua

Tipo 2: 2-4mm detrás de la punta de la lengua y sobre o justo detrás de la cresta alveolar

Tipo 3: unión hacia la parte media de la lengua y de piso de boca

Tipo 4: contra la base de la lengua.

Sistema Kotlow (1999)

Normal: > 16mm de longitud de lengua libre

Clase I: leve, 12 a 15mm de longitud de lengua libre

Clase II: moderada, 8 a 11mm de longitud de lengua libre

Clase III: grave, 3 a 7mm de longitud de lengua libre

Clase IV: completa, <3mm de longitud de lengua libre

Sistema Kotlow modificado (2011)

Clase I: inserción de 0 a 3mm desde la punta de la lengua

Clase II: inserción de 4 a 6mm desde la punta de la lengua

Clase III: inserción de 7 a 9mm desde la punta de la lengua

Clase IV: 10 a 12 mm o inserción submucosa

Sistema elevación de la lengua (Lalakea y Messner 2003, Williams y Waldron 1985, Noestina 1990, Ruffoli 2005)

Normales: < 23mm

Suave: 17 a 22mm

Moderado: 4 a 16mm

Grave: menor o igual a 3mm

Sistema Protrusión de la lengua (Lalakea y Messner 2003)

Normales: 20-25mm

Anquiloglosia: <15mm

Los sistemas que involucran el análisis de la función son la herramienta de evaluación de Hazelbaker para la función del frenillo lingual y lengua y la herramienta de evaluación de la lengua de Bristol. Hazelbaker evalúa 10 puntos para la apariencia del frenillo y 14 puntos para la función de la lengua, se sugiere frenotomía cuando la puntuación de apariencia es inferior a 8 o la puntuación de función es inferior a 11. El sistema de Bristol fue diseñado para hacerlo más fácil y enseñable, en el cual la escala tiene 4 ítems para clasificar la apariencia de la punta de la lengua, la ubicación de la unión alveolar, la lengua, elevación y protrusión de la lengua (Walsh & Tunkel, 2017).

El tratamiento primario para la anquiloglosia en bebés es la frenotomía. Una técnica común de frenotomía implica el aislamiento del frenillo con un retractor ranurado y corte del frenillo hasta la base del músculo con unas tijeras (Walsh & Tunkel, 2017).

Las tasas de complicaciones informadas para los procedimientos de anquiloglosia es baja (Messner & Lalakea, 2000., Solis-Pazmino *et al*, 2020). Las complicaciones incluyen sangrado, recurrencia, lesión del labio, lesión de los conductos de Wharton, infección, disfunción lingual y compromiso de las vías respiratorias. El sangrado es la complicación más común informada, con un rango de 3% a 5%, y la mayoría de los sangrados no requieren intervención.

El diagnóstico y manejo de la anquiloglosia en el lactante puede ser un tema controversial actualmente entre médicos y familias (Ghaheri *et al*, 2017). La frenotomía es un

procedimiento de bajo riesgo que es probable que sea beneficioso en el cuidado de un paciente completamente seleccionado, pero la historia natural de la anquiloglosia no tratada todavía no se ha determinado. La variabilidad en el diagnóstico y decisión de manejo, así como de los estudios realizados evidencia que se necesita un consenso para mejorar la calidad de las investigaciones y así proporcionar al personal médico y familias herramientas de diagnóstico y manejo adecuadas ([Walsh & Tunkel, 2017](#)).

Quistes de inclusión (perlas de Epstein, nódulos de Bohn). La mayoría de los neonatos presentan quistes de inclusión en la cavidad bucal, los cuales se caracterizan por ser lesiones pequeñas de color blanco-amarillento y de base sésil de 1-4 mm de diámetro ([Hernández et al., 2021](#)). Dependiendo de su localización se han denominado perlas de Epstein localizados en la línea media palatina o nódulos de Bohn localizados en los rebordes alveolares. Estas lesiones resuelven espontáneamente al cabo de unas semanas por lo cual no tienen mayor relevancia clínica. Los nódulos de Bohn se priginan de restos epiteliales de glándulas salivares menores, mientras que las perlas de Epstein se deben a degeneración quística de restos epiteliales atrapados durante la fusión del paladar ([Mecarini et al., 2020](#)).

Candidiasis. *Candida Albicans* (CA) es la levadura oral más común y se asocia con la candidiasis. La CA coloniza al recién nacido ya sea verticalmente durante el parto vaginal u horizontalmente desde el entorno ([Vainionpää et al., 2019](#)). La prevalencia varía entre el 4% y el 15% en la literatura ([Aqel & Shehabi, 2011](#)).

El recién nacido es más susceptible a la infección tanto por su sistema inmune inmaduro como por los procedimientos invasivos a los que se ve sometido o por el uso de antibióticos de amplio espectro. La infección se observa más con el uso de los catéteres intravasculares o de la nutrición parenteral prolongada. La infección sistémica por *Candida* ha aumentado y puede representar hasta 10% de los casos de septicemia tardía o nosocomial ([Tinoco-Araujo et al., 2013](#)).

Se conocen en la literatura 2 tipos básicos de infección por *Candida*, la mucocutánea o superficial y la diseminada; ambas pueden ser de origen congénito o neonatal, esta última es la más común. La candidiasis oral grave o persistente puede ser indicación inicial de infección por el virus de inmunodeficiencia humana ([Mecarini et al., 2020](#)). La forma diseminada no tiene signos muy específicos de infección, pero según donde se localice puede ser mortal en

un 15 a 54%. El diagnóstico de la infección diseminada se hace por el aislamiento de *Candida* en sangre o en otros líquidos normalmente estériles. (Izquierdo & Santolaya, 2014).

Clínicamente, la forma pseudomembranosa es la manifestación más frecuente de la candidiasis oral, manchas blanquecinas con eritema circundante que afecta a las mucosas de las mejillas, la lengua y el paladar. Estas lesiones son difícilmente removibles y la erosión de la mucosa puede ocurrir después del estrés mecánico (Mecarini *et al.*, 2020).

El tratamiento de la infección mucocutánea puede ser tópico únicamente, con nistatina o ketoconazol; en los recién nacidos de muy bajo peso se ha sugerido tratamiento sistémico.

Épulis congénito. Es un tumor benigno de etiología desconocida presente en el momento del nacimiento. Es llamado también tumor congénito de células granulosas, tumor gingival de células granulosas, tumor de Newmann o simplemente épulis congénito del recién nacido (Mateu *et al.*, 2004). La etiología es desconocida, describiéndose las causas odontogénica, fibroblástica, histiocítica, miogénica o neurogénica basadas en estudios inmunohistoquímicos (Braga *et al.*, 2009).

Clínicamente es una masa pedunculada, insertada en la cresta del reborde o proceso alveolar. Puede ser uni o multilobular, su tamaño puede ser variable desde algunos milímetros hasta varios centímetros e incluso ocupar toda la cavidad oral comprometiendo la alimentación y respiración (Braga *et al.*, 2009). Su coloración varía del rosado al rojo de acuerdo con su irrigación. La prevalencia es mayor, en proporción 2:1, en el maxilar superior y en mujeres (8:1). Es muy raro y existen menos de 1000 casos comunicados en el mundo (Correa, 2005). Histológicamente el tumor se caracteriza por ser encapsulado, con una proliferación de células de morfología poligonal, núcleo oval y citoplasma granular cubierto por un epitelio estratificado fino y sin proyecciones en el epitelio subyacente. Están descritos algunos casos en los que se genera involución de la lesión de manera espontánea. Sin embargo, el tratamiento generalmente es la escisión quirúrgica y tener en cuenta las alteraciones asociadas que presente el recién nacido en cuanto a su respiración y alimentación.

Gránulos de Fordyce: Se consideran una anomalía del desarrollo donde se presentan en forma única o múltiples, glándulas sebáceas ectópicas o coristomas sebáceos (tejido normal

en localización anormal), que carecen de folículo piloso y se distribuyen dispersamente sobre mucosas de diferentes sitios (Regezi & Sciuba, 2000). Generalmente se encuentran sobre la mucosa bucal, en forma bilateral y simétrica. La mucosa que los cubre y rodea es de característica normal. Los Gránulos de Fordyce son lesiones de carácter benigno. aparecen como consecuencia de la presencia del ectodermo en la cavidad bucal, teniendo algunas de las potencialidades de la piel en el curso del desarrollo de los procesos maxilares y mandibulares durante la vida embrionaria (Mecarini *et al.*, 2020).

Clínicamente, se observan múltiples lesiones papulares de color amarillo o blanco-amarillento asintomáticas bien delimitadas; su diámetro es del tamaño de la cabeza de un alfiler, aproximadamente 1 a 2 mm. Su ubicación más frecuente es a nivel de la mucosa de los carrillos, el bermellón de los labios y la región retromolar (Regezi & Sciuba, 2000). Histológicamente presentan las mismas características de una glándula sebácea normal, solo que no están asociados a folículos pilosos. Por lo general, estas glándulas se ubican superficialmente y se componen de muchos o pocos lóbulos agrupados cerca a los ductos, que se abren en la superficie de la mucosa (Sapp *et al.*, 1998). No tienen un tratamiento indicado, estas lesiones permanecen sin causar alteraciones y son de descripción características.

Mucocele: Los mucocelos son lesiones en la mucosa oral debidas a una alteración en las glándulas salivales menores, y que consisten en una acumulación de material mucoide. Esta sustancia mucoide se retiene y acumula dando lugar a una tumefacción evidente y bien circunscrita (Sparice-Pulido *et al.*, 2002)

Presentan dos factores etiológicos: traumatismos y la obstrucción ductal. La incidencia se estima en 2,5 lesiones por cada 1.000 pacientes con mayor frecuencia en la segunda década de la vida con menor frecuencia, en pacientes menores de un año de vida.

La impresión diagnóstica se hace por las características clínicas de la lesión, que suelen presentarse como una lesión superficial o nodular, de base sésil e indolora que se percibe a la palpación como fluctuante, otras veces está situado inmediatamente por debajo del epitelio que en algunas ocasiones puede colapsar y vaciarse por traumatismo, su tamaño es variable. Es importante para realizar el diagnóstico la correcta realización de la anamnesis; ya que es común que la lesión tiende a vaciar su contenido al ser mordido y vuelve a llenarse al cabo

de pocos días. El resultado del estudio histopatológico será el único que confirmará el diagnóstico clínico (Sparice-Pulido *et al.*, 2002)

La eliminación quirúrgica es el tratamiento de elección en este tipo de patologías, es importante que cuando se realice la eliminación quirúrgica de la lesión se eliminen las glándulas salivales menores que se encuentran alrededor para evitar su reaparición. Al ser el mucocelo una lesión de origen reactivo debido a que se origina por consecuencia de un trauma en la zona de aparición, no se maligniza y tiene un excelente pronóstico. Al controlar el factor traumático la recurrencia es prácticamente nula. Los casos de mucocelos en pacientes lactantes no son comunes, y rara vez han sido reportados. (Essaket *et al.*, 2020)

Ránula: La ránula es un tipo especial de mucocelo que aparece en la parte antero lateral del piso de boca en relación con la glándula sublingual y representa el 45% de todas las lesiones de las glándulas salivales. Se puede originar por rompimiento de un conducto o por dilatación del mismo, aunque es menos común (Suárez & Piñola, 2015). Cuando su localización es en el piso de boca son llamados ránulas debido a que el aumento de volumen simula el vientre de una rana, por su distensión y su aspecto finamente vascularizado; en ambos casos se originan por la retención de moco en el interior de la glándula salival o por extravasación hacia los tejidos vecinos (Suárez & Piñola, 2015).

La mayoría ocurren en el labio inferior, piso de boca, cara ventral de la lengua y paladar, aunque aparecen en cualquier lugar donde existan glándulas salivales. La glándula parótida y submandibular raramente presentan esta lesión. Dos tercios de los mucocelos se dan en las tres primeras décadas de la vida, en niños y adultos jóvenes afectando por igual a hombres y mujeres (Suárez & Piñola, 2015). El aspecto clínico depende de su localización, los superficiales suelen ser masas fluctuantes de aspecto azulado translúcido, rosa o amarillentos por su contenido salival y rojizo por congestión vascular y cianosis; cuando se mezcla con eritrocitos por hemorragia, son de color azul oscuro o morado rojizo. A mayor profundidad, se manifiestan como nódulos submucosos blandos o fluctuantes de color normal a la mucosa que los recubre. El tamaño de los mucocelos varía entre 0.2-1cm sin ser mayores de 1.5 cm, en piso de boca suelen ser de mayor tamaño e incluso podrían afectar la respiración (Suárez & Piñola, 2015).

el tratamiento casi siempre es quirúrgico cuando la ránula no se resuelve por sí mismo. Existen tres posibles abordajes para el manejo de los mucocelos: escisión, marsupialización o una combinación de estas dos, permitiendo la cicatrización y formación del conducto salival. El pronóstico de la ránula es bueno porque no es una lesión pre neoplásica. Otros autores han señalado que también se debe tener en cuenta la dificultad para la masticación y la deglución de los alimentos sobre todo en edades más tardías requiriendo tratamiento quirúrgico basado en la patogenia y la anatomía patológica de la lesión de forma específica (Samant *et al.*, 2011).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Descripción del problema

Las lesiones orales en el recién nacido son un campo importante de la pediatría, aunque muchas de ellas se limiten solo a la cavidad oral algunas veces podrían ser un indicio de condiciones sistémicas ([Patil et al., 2016](#)). Es importante conocer el desarrollo de las estructuras de cavidad oral en un neonato para así mismo evaluar la presencia de anomalías. Para esta detección es imprescindible un adecuado examen físico, anamnesis y evaluación de la función ([Bilodeau & Hunter, 2021](#)). Durante los primeros meses de vida, los recién nacidos presentan algunas características inherentes a su etapa de desarrollo y a sus necesidades fisiológicas que pueden generar dudas entre padres o cuidadores e incluso en profesionales de la salud. El médico pediatra y personal de salud en contacto con el neonato debe reconocer estas lesiones, identificarlas, diagnosticarlas y definir determinada conducta teniendo en cuenta lo importante que puede ser una lesión oral como indicio de alguna condición sistémica ([Madurapperuma et al., 2021](#)).

La presencia de alteraciones orales en recién nacidos como los dientes natales y neonatales, úlceras de Riga Fede, Anquiloglosia, Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn, Épulis congénito, candidiasis, gránulos de Fordyce, Mucocela, Ránula, entre otros, siempre han tenido importancia pero últimamente ha tomado relevancia clínica debido a la atención sobre el fomento de la salud y prevención en el recién nacido, la lactancia materna y todos los factores que influyen en el desarrollo adecuado del bebé ([Sparice-Pulido et al., 2002](#)). La literatura ha mostrado en los últimos años que hay diferencias en el diagnóstico y manejo de algunas lesiones orales en recién nacidos dada la falta de consensos en este aspecto y las diferencias metodológicas entre los estudios reportados. Por esto, es muy importante conocer el estado actual de la población en Colombia, la frecuencia de estas lesiones y así determinar los protocolos adecuados para la detección y manejo de las mismas ([Walsh & Tunkel, 2017](#)).

Hasta ahora, los estudios sobre la incidencia de estas lesiones han sido escasos y los datos son muy variables por esta misma razón. Sin embargo, algunos estudios han reportado por ejemplo en población de Nigeria que la incidencia de lesiones orales es de 2,3% siendo las más frecuentes los Nódulos de Bohn en un 37%, Candidiasis en un 25% y úlceras orales en

un 16,27% (Yilmaz *et al.*, 2011). En Europa, Majorana *et al* [2010] en un estudio retrospectivo de corte transversal con una muestra de 10,128 niños de 0 a 12 años reportó una prevalencia de 28.9% de lesiones orales en las que el 0,75% correspondía a anquiloglosia y 0,72% a quistes de erupción. George *et al* [2008] reportó en India en un estudio realizado en 1,038 recién nacidos una prevalencia de 47,4% de Nódulos de Bohn, 35,2% de perlas de Epstein. Carvalho-Santos *et al* [2009] reportaron en Brasil una prevalencia de 7,25% de lesiones orales en recién nacidos en los cuales las lesiones más frecuentes fueron Perlas de Epstein y Nódulos de Bohn en un 6,28%. En Colombia, Pieruccini-Arias [2016] reportó en un estudio descriptivo de corte transversal realizado en 260 niños de 0-1 año de la ciudad de Bogotá una prevalencia de lesiones orales del 54% siendo las lesiones más frecuentes los nódulos de Bohn en un 11.92, para Perlas de Epstein se evidenció una prevalencia de 3,46%, y para Anquiloglosia 1,15%. Garzón Perdomo [2022] reportó en un estudio analítico observacional de corte transversal realizado en 375 recién nacidos en el Hospital Infantil Universitario de San José una prevalencia de patologías orales de 31.5%, siendo el punto anatómico con mayor frecuencia la lengua. Se evidenció que la patología oral que se presentó con mayor prevalencia fue la anquiloglosia con un 21.1% y el 99.7% reciben lactancia materna, siendo exclusiva para el 92.5% de los recién nacidos, y el 86.7% de los bebés presentaron dificultad para amamantar. Teniendo en cuenta el impacto que puede tener este tipo de lesiones en la lactancia materna y como su diagnóstico y manejo en el lactante puede ser un tema controversial actualmente entre médicos y familias (Ghaheri *et al.*, 2017) es importante evaluar en más estudios la anquiloglosia como una de las lesiones que en este momento presenta variabilidad en el diagnóstico y decisión de manejo. Algunos estudios realizados evidencian que se necesita un consenso para mejorar la calidad de las investigaciones y así proporcionar al personal médico y familias herramientas de diagnóstico y manejo adecuadas (Walsh & Tunkel, 2017).

Actualmente, existe un convenio con el Hospital Engativá, institución prestadora de servicios de salud inaugurada en el año 2004 que hace parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte Empresa Social del Estado, Institución de segundo nivel de atención que presta servicios de salud al régimen subsidiado usuarios de Capital Salud EPS estratos 1 y 2 de la ciudad de Bogotá D.C. Dentro de sus servicios esta la atención al recién nacido desde sala de

parto en el momento del nacimiento, Alojamiento continuo que es la atención durante las primeras 24 horas en caso de nacimientos parto normal y primeras 48 horas en caso de nacimientos quirúrgicos (cesárea), Canguro para recién nacidos con prematurez o bajo peso al nacer y Control pediatría durante los primeros 7 días por área de pediatría consulta externa. En esta institución no se había realizado un estudio relacionado con la presencia de lesiones orales en recién nacidos. Se aplicó la misma metodología utilizada en el estudio analítico “Patologías orales en recién nacidos que asisten a la consulta del recién nacido en el Hospital Infantil Universitario de San José” en el servicio de control de recién nacido área de consulta externa pediatría para así identificar la frecuencia de estas lesiones y obtener herramientas de evaluación adecuadas que puedan ser útiles para todo el personal de la salud que tenga relación con la atención de neonatos.

3.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de lesiones orales en los pacientes que asisten a la consulta de control del recién nacido del Hospital de Engativá calle 80 y cuáles de ellas impactan una adecuada lactancia materna?

4. JUSTIFICACIÓN

El examen clínico intraoral en los recién nacidos toma cada vez más relevancia dentro de la evaluación médica en la búsqueda por promover un adecuado desarrollo de las estructuras y su función. La mayoría de lesiones orales en el recién nacido podrían pasar desapercibidos en un examen físico evitando así el diagnóstico de algunas condiciones sistémicas relacionadas ([Majorana et al.,2010](#)).

Las lesiones orales más frecuentes son los dientes natales y neonatales, úlceras de Riga Fede, Anquiloglosia, Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn, Épulis congénito, candidiasis, gránulos de Fordyce, Mucocela, Ránula ([Sparice-Pulido et al.,2002](#)). La detección de estas lesiones podría no solo indicar alteraciones mayores sino también permitir intervenciones oportunas que evite complicaciones y disfunciones en la masticación, respiración, fonación e incluso alimentación en el caso de lactancia materna. ([Araujo et al., 2020](#), [Barberá-Perez et al., 2021](#)). Walsh & Tunkel [2017] reportaron el aumento en diagnósticos de anquiloglosia en los últimos años con presuntas dificultades en la lactancia materna. Otros estudios han observado la relación entre lactancia materna y anquiloglosia ([Araujo et al., 2020](#), [Barberá-Perez et al., 2021](#)).

Los estudios en Colombia acerca de la presencia de lesiones orales en recién nacidos son escasos, en el Hospital Engativá-Calle 80 no se ha estudiado este aspecto antes. Es importante aportar desde la epidemiología permitiendo observar la frecuencia de lesiones orales y su impacto en la lactancia materna para conocer el estado actual y así mismo generar información a profesionales de la salud que permita no solo saber la frecuencia sino a partir de esto demostrar la importancia de pertenecer a un equipo perinatal que identifique oportunamente las lesiones, evalúe y determine un seguimiento pertinente conociendo que una de las prioridades en la atención de los recién nacidos es promover una lactancia materna que oriente un adecuado crecimiento y desarrollo. Además, de generar herramientas para el adecuado diagnóstico y manejo de las patologías orales, promover el bienestar de los pacientes y sus cuidadores teniendo en cuenta que muchas de estas lesiones generan preocupación en ellos.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

- Establecer la frecuencia de lesiones orales en los pacientes que asisten a la consulta de control del recién nacido del Hospital Engativá y si éstas impactan en una adecuada lactancia materna.

5.2 Objetivos Específicos

- Establecer las características demográficas de los recién nacidos que presenten alteraciones a nivel de la cavidad oral (peso, talla, semanas de gestación al nacer, afiliación a EPS, sexo) valorados en este estudio.
- Identificar las lesiones orales de mayor frecuencia en los pacientes recién nacidos valorados en este estudio.
- Determinar cuáles son las lesiones orales pueden impactar en una adecuada la lactancia materna

6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio observacional de corte transversal con perspectiva analítica.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Descripción de la muestra

Pacientes recién nacidos del Hospital Engativá que asistieron diariamente a consulta del recién nacido durante el periodo julio a septiembre de 2023.

Tamaño muestra:

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó como parámetro poblacional un estimado de 255 recién nacidos atendidos en el trimestre de marzo a junio de 2023 en la consulta de control del recién nacido de consulta externa del Hospital de Engativá, este parámetro estuvo basado en la tendencia anual de atención a recién nacidos del año 2021 y 2022 ([Tomado de: Libro de reporte estadístico mensual del servicio de Sala de partos- Hospital de Engativá](#)). Además, se utilizó un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño del 1.0 y una frecuencia hipotética de presencia de patologías orales de recién nacidos del 31.5% basado en el estudio del Hospital Infantil Universitario San José realizado por Garzón-Perdomo [2022].

De tal manera que el ***tamaño de muestra necesario para cumplir con el objetivo descriptivo se determinó como 145 unidades de muestra (pacientes).***

Por otro lado, ***con el fin de validar el objetivo analítico***, se estimó el tamaño de muestra basado en un nivel de confianza del 99%, una potencia estadística del 90%, una razón de asignación de 1, mediante la herramienta de cálculo de tamaño de muestra para comparación de proporciones independientes de Stata 14. Teniendo en cuenta una frecuencia de anquiloglosia en pacientes con presencia de dificultad en la lactancia materna de (79.4%) con respecto a una frecuencia de esta misma dificultad en pacientes sin la lesión del (20.6%) derivados del estudio de Garzón-Perdomo [2022] (tabla 1).

Los resultados de este cálculo sugieren un mínimo de 56 sujetos - pacientes recién nacidos con presencia de alguna de las lesiones evaluadas - para comprobar las hipótesis bivariadas.

Tabla 1. Prevalencia de lesiones orales en recién nacidos en relación con la dificultad en la lactancia. Tomado de Garzón-Perdomo [2022]

Prevalencia de patologías orales		DIFICULTAD EN LA LACTANCIA				Valor p
		Sin dificultad		Con dificultad		
		n	%	n	%	
Dientes Natales	No presenta	50	100,0%	324	99,7%	0,694
	Presencia	0	0,0%	1	0,3%	
Nódulos de Bohn	No presenta	47	94,0%	305	93,8%	0,966
	Presencia	3	6,0%	20	6,2%	
Perlas de Epstein	No presenta	40	80,0%	312	96,0%	0,001
	Presencia	10	20,0%	13	4,0%	
Quiste Lamina Dental	No presenta	50	100,0%	324	99,7%	0,694
	Presencia	0	0,0%	1	0,3%	
Anquiloglosia - Frenillo	No presenta	38	76,0%	258	79,4%	0,585
	Presencia	12	24,0%	67	20,6%	

Criterios de inclusión

- Pacientes recién nacidos que asisten al Hospital Engativá durante el periodo comprendido entre julio y septiembre de 2023.
- Pacientes recién nacidos que sus madres y/o tutores firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con condiciones sistémicas diagnosticadas en el momento del parto.
- Pacientes con prematurez.
- Pacientes cuyos padres o tutores no autorizan examen clínico.

6.3 Métodos y técnicas para la recolección de la información:

Este estudio es una obra derivada del estudio realizado en el Hospital Infantil Universitario de San José [Garzón-Perdomo, 2022], donde se evaluaron las mismas variables con los mismos formatos de recolección de la información (tabla 2).

Tabla 2. Datos para la recolección de información a partir de la historia clínica, de la valoración clínica del recién nacido y de la entrevista a la madre sobre la dificultad de lactancia materna (Adaptada de Garzón-Perdomo [2022])

CATEGORIA		SUBCATEGORIAS		FORMA DE REGISTRO	FUENTE DE INFORMACIÓN
DATOS DEMOGRÁFICOS	Datos acudiente	Nombre de acudiente		Respuesta abierta	Historia Clínica
		Identificación acudiente		Respuesta abierta	Historia Clínica
		Edad acudiente		Respuesta abierta	Historia Clínica
	Datos recién nacido	Nombre recién nacido		Respuesta abierta	Historia Clínica
		Edad recién nacido		Respuesta abierta	Historia Clínica
		Sexo		F(1) / M(0)	Historia Clínica
		EPS		Respuesta abierta	Historia Clínica
DATOS ANTECEDENTES RECIÉN NACIDO	Datos recién nacido	Algún diagnóstico sistémico durante la gestación o al momento de nacer?	Presentó?	SI(1) / NO(0)	Historia clínica y Entrevista con acudiente
			Cuál? ____	Respuesta abierta	Entrevista con acudiente
		Le realizaron exodoncias al momento de nacer?		SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
		Le realizaron algún procedimiento quirúrgico prenatal o al momento de nacer?		SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
		Peso al nacer		Respuesta abierta	Historia Clínica
		Peso actual		Respuesta abierta	Examen clínico
DATOS LESIONES ORALES EN RECIÉN NACIDO	Datos recién nacido	Presenta alguna lesión oral?		SI(1) / NO(0)	Examen clínico
		Tipo de Lesion oral	Perlas de Epstein	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Nódulos de Bohn	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Quistes de la lámina dental	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Dientes natales	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Categoría dientes natales	Categoría 1 (1)	Examen clínico
				Categoría 2 (2)	Examen clínico
				Categoría 3 (3)	Examen clínico
				Categoría 4 (4)	Examen clínico
			Gránulos de Fordyce	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Anquiloglosia	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Evaluación de frenillo según Coryllos	Tipo I (1)	Examen clínico
				Tipo II (2)	Examen clínico
				Tipo III (3)	Examen clínico

CATEGORIA		SUBCATEGORIAS		FORMA DE REGISTRO	FUENTE DE INFORMACIÓN
				Tipo IV (4)	Examen clínico
			Evaluación de frenillo según puntuación BTAT	Puntuación 8 (1)	Examen clínico
				Puntuación 6-7 (2)	Examen clínico
				Puntuación <5 (3)	Examen clínico
			Epulis congénito	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Úlcera de Riga Fede	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
	Datos recién nacido	Ubicación anatómica de Lesión oral	Lengua	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Labios	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Encia	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Dientes	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Paladar	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
			Carrillo	SI(1) / NO(0)	Examen clínico
DATOS LACTANCIA MATERNA	Datos recién nacido	Recibe lactancia materna	Recibe lactancia materna?	SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
			Recibe lactancia materna exclusiva?	SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
			Recibe lactancia materna mixta?	SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
	Datos madre	Madre presenta dolor al lactar?		SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
		Presenta mastitis?		SI(1) / NO(0)	Entrevista con acudiente
	Datos recién nacido	Recién nacido muestra dificultad en el agarre?		SI(1) / NO(0)	Examen clínico y Entrevista con acudiente

6.3.1 Recolección de datos

Los datos que se usaron en este estudio fueron extraídos de la **historia clínica**, de la **valoración clínica del paciente y la evaluación de la lactancia materna a través de entrevista y examen clínico de la madre**. Todos los datos se registraron en un formato de recolección de información, mediante códigos preestablecidos para cada variable y garantizando el anonimato de los sujetos. (Tabla 2.)

Durante la primera consulta de control del recién nacido en el servicio de consulta externa, se informó a la madre acerca de la investigación y su objetivo, se realizó explicación de consentimiento informado por parte de residente de Odontología Pediátrica en donde se

detalló todo el examen a realizar, además se entregó a la madre el documento para leerlo, se aclararon dudas y al ser aceptado por la madre, se llevó a cabo la firma del documento por parte de la madre, del investigador principal y de los dos testigos para iniciar con la recolección de los datos:

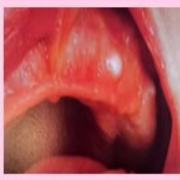
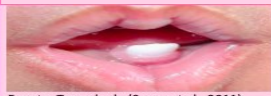
6.3.2 Recolección de datos a partir de historia clínica:

Se extrajeron los datos de historia clínica como nombre de acudiente, identificación, edad, nombre de recién nacido, edad, peso al nacer, Entidad Promotora de Servicios de Salud EPS, sexo, antecedentes médicos del recién nacido (si fue diagnosticado durante gestación o al momento del nacimiento).

6.3.3 Recolección de datos a partir del examen clínico del recién nacido:

Prevía calibración de examinadora (Residente de odontología pediátrica) con Guía de consenso de patologías orales del recién nacido (Grafica 1 [Garzón-Perdomo, 2022].). Basados en la guía de práctica clínica de recién nacido aplicada en el Hospital Engativá calle 80 se realizó el examen clínico del recién nacido en el servicio de pediatría consulta de control de recién nacido que se hace entre las primeras 72 horas y los 7 días de nacimiento, este examen clínico se realizó de la siguiente manera:

- Lavado de manos bajo parámetros de organización mundial de la salud.
- Colocación guantes de nitrilo.
- Se observaron labios de manera extraoral, se procede a levantar labio superior e inferior para evaluar mucosas intraorales.
- Examen de mucosa labial interna, carrillos, surcos yugales, rebordes alveolares, paladar duro, paladar blando, piso de boca y lengua con el objetivo de determinar la presencia de alguna de las lesiones orales y en caso de detección, sus características clínicas.
- En caso de hallazgo de lesión oral se explicó a la madre la presencia de la misma y su manejo.

DEFINICIÓN	IDENTIFICACIÓN	TRATAMIENTO	FOTOGRAFÍAS
NÓDULOS DE BOHN: <i>Pequeños remanentes de glándulas salivales constituidas por epitelio plano estratificado y un trama de tejido conectivo fibroso.</i>	Pequeños remanentes de glándulas salivales constituidas por epitelio plano estratificado y un trama de tejido conectivo fibroso, se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el arco superior.	No requieren tratamiento, involucionan con el tiempo. Solo se recomienda el masaje digital suave y la observación	 Fuente: (Odontoespacio, 2019)
PERLAS DE EPSTEIN: <i>Derivadas de las células ectodérmicas residuales que los cubren y su contenido es queratina.</i>	Tumores quísticos pequeños de 0.5 a 3 mm de diámetro, de color aperlado, están a lo largo del rafe palatino medio y son remanentes de epitelio del paladar, se consideran restos de tejido epitelial que queda atrapado en esa zona a medida que el feto desarrolla.	No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas. Involucionan solos.	 Fuente: (Odontoespacio, 2019).  Fuente: (Propia)
QUISTES DE LA LAMINA DENTAL:	son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas situadas a lo largo del reborde mandibular y maxilar a nivel de la región posterior de los arcos, son restos de la lámina dental primitiva.	se recomienda el masaje suave para la involución, si el volumen es exagerado se sugiere la marsupialización.	 Fuente: (Odontoespacio, 2019) 
GRANULOS DE FORDYCE: <i>glándulas sebáceas que se encuentran en la mucosa oral, o porción lateral del bermellón del labio superior.</i>	Son múltiples granulaciones blanco amarillentas dispuestas en racimos o placas localizadas en labios y en la mucosa malar, son glándulas sebáceas ectópicas presentes al nacer, aunque en la mitad de los niños se hipertrofian y permanecen como pápulas.	No requiere tratamiento	
DIENTES NATALES: <i>Son dientes que aparecen en la cavidad bucal en el momento del nacimiento (natales) o que aparecen durante las primeras semanas de vida o 30 días después (neonatales).</i>	Estos dientes erupcionan prematuramente, sin formación radicular, con pulpa dental amplia y muy vascularizada.	1. Extracción (sólo si hay exagerada movilidad la cual al desprenderse puede ocasionar aspiración y obstruir vía aérea). 2. Desgaste de bordes filosos. 3. No realizar la extracción antes de 10 a 14 días porque el niño no produce vitamina K.	
CLASIFICACIÓN: SEGÚN HEBBLING, 1997: CATEGORÍA 1:	Corona mal fijada a los alvéolos por el tejido gingival y ausencia de raíz.	TRATAMIENTO: Por la movilidad y para que no lo pase: -Extracción	 Fuente: Tomado de (Souza et al., 2011)
CATEGORÍA 2:	Corona mal fijada a los alvéolos por tejido gingival y poca o ausencia de raíz.	TRATAMIENTO: Si se presenta molestia al lactar: - Extracción	 Fuente: Tomado de (Nicole et al., 2016)
CATEGORÍA 3:	Erupción del borde incisal de la corona a través del tejido gingival.	TRATAMIENTO: Si presenta ulcera en lengua: - Observación - Desgaste de los bordes incisales	 Fuente: Tomado de (Nicole et al., 2016)
CATEGORÍA 4:	Edema del tejido gingival con diente sin erupcionar, pero palpable.	TRATAMIENTO: - Controles cada mes	 Fuente: Tomado de (Taweesit et al., 2018)

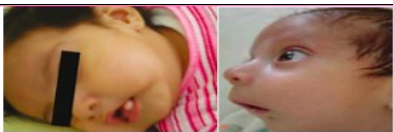
MICROGNATIA: Es una disminución de la mandíbula provocada por una deficiencia de crecimiento de los condilos.	se observa en el síndrome de Pierre Robin, la disostosis mandibulofacial o la microsomía hemifacial. La micrognasia también puede ocurrir durante la infancia por paralización del crecimiento de la región condilar presentada por trauma o infección.	La terapia consiste en estimular el crecimiento lo antes posible, activando y ejercitando la apertura bucal a través de dispositivos mecánicos fijos o removible, además durante amamantamiento es recomendable la posición ortostática.	 Fuente: (Suárez et al., 2010)
MACROGNATIA: Es el aumento de tamaño de la mandíbula, generalmente está asociado a alteraciones sistémicas, la causa es idiopática.	Es posible diferenciar con la displasia fibrótica facial, hemihipertrofia facial o neoplasias.	Esta alteración requiere el control ortodóncico temprano, el retiro de interferencias y el descruce digital.	 Fuente: Caycedo, 2013
MACROGLOSIA: El aumento de tamaño de la lengua, se presenta en el hipotiroidismo, síndrome de Down, el linfangioma, o hipertrofia muscular congénita.	La macroglosia puede llevar a un cuadro de mordida abierta y la inclinación vestibular de los dientes.	El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos más graves.	 Fuente (Ventiades y Tattum, 2006)
ANQUILOSIAS DE LENGUA POR FRENILLO CORTO: El frenillo lingual corto o grueso limita los movimientos de la lengua y se debe al desarrollo anormal de la misma.	El frenillo se encuentra en la parte ventral media de la lengua, unido al piso de la boca; dificulta la alimentación del bebé al pecho materno; se cansa ya que la lengua no puede colocarse en la posición correcta. El frenillo corto altera la alimentación por los movimientos de succión y deglución.	Procedimiento quirúrgico, frenotomía.	

Figura 1. Guía de Consenso de Patologías Orales del Recién nacido - Posgrado de Odontología Pediátrica [Garzón-Perdomo, 2022].

6.3.4 Recolección de datos referentes a la lactancia materna:

Durante la misma consulta con el apoyo del médico pediatra se realizó entrevista a la madre indagando lo siguiente:

- ¿Recibe lactancia materna? En caso de respuesta afirmativa – Se indagó si la lactancia es exclusivamente materna o mixta.
- ¿Presenta dolor al momento de lactar? En el momento del examen clínico realizado por pediatra, se valoró:
- La presencia de grietas en los pezones
- Presencia de dificultad en el agarre de los mismos durante la lactancia

6.4 Hipótesis de estudio

Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones orales del recién nacido y la dificultad en la lactancia materna.

Hipótesis alterna: Si existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones orales del recién nacido y la dificultad en la lactancia materna.

6.5 Plan de tabulación y análisis

Análisis descriptivo

Se realizó una estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas en las variables dicotómicas como lo son: Sexo, Presencia de algún diagnóstico al momento de nacer, exodoncias al momento de nacer, presencia de alguna lesión oral, y variables politómicas como lo son la clasificación de anquiloglosia y dientes natales. Mientras que, las medidas de resumen de tendencia central y de dispersión se utilizó mediana en las variables de naturaleza cuantitativa como lo son edad, peso al nacer y peso al momento de la consulta ya que los datos eran muy dispersos. Para todas las medidas de resumen se estimó los intervalos de confianza al 95%.

Análisis inferencial

Se realizó un análisis exploratorio bivariado entre la presencia de dificultades de lactancia materna con respecto a la presencia de las diferentes de lesiones orales enmarcadas en la Tabla 1. Para esto, se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado o el test exacto de Fisher, para todas las medidas se calcularon todos los intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se realizaron mediante el software SPSS-22 y Stata 15 y con un nivel de significancia del 0.05

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

a. Sustento legal

Este proyecto se realizó bajo los principios éticos para las investigaciones con seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki 2013 y en la Resolución 8430 de 1993- “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

Teniendo en cuenta los aspectos éticos de la ley en relación con la investigación en seres humanos (Título II, capítulo 1, artículo 11), este estudio se consideró una **investigación con riesgo mínimo**: dado que es un estudio de tipo descriptivo cuyo fin es examinar recién nacidos para determinar frecuencia de lesiones orales y su asociación estadística con dificultades en la lactancia materna. *“Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios [...]”*.

Debido a que son niños recién nacidos se tuvo en cuenta que el Capítulo III de la resolución 8430 de 1993 en el cual se determina las investigaciones en menores de edad y discapacitados, se tuvo en cuenta lo establecido en el artículo 28 parágrafo primero numerales a y b que dicen: “a. *La intervención o procedimiento deberá representar para el menor [...] una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educativa. Numeral b. La intervención o procedimiento deberá tener alta probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor [...] que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.* Además, se preservaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía (Beauchamp & Childress, 2001), respeto por los derechos de los participantes y autonomía (Art 5).

Con respecto al principio de confidencialidad, los nombres de los participantes no fueron expuestos en ningún momento; no se incluyeron nombres propios en la presentación de resultados del estudio. El principio de justicia se evidenció durante el proceso de

selección e inclusión de los participantes que cumplan con los criterios de inclusión los cuales presentaron las mismas condiciones y/o requisitos para acceder al estudio.

El principio de beneficencia para los participantes consistió en ser examinados para determinar la presencia de lesiones orales que pueden o no afectar su salud y que al ser detectadas oportunamente suponen un beneficio para ellos y su desarrollo adecuado.

Los resultados del estudio beneficiaran a los profesionales en salud y cuidadores aportando al conocimiento sobre las lesiones orales en recién nacidos y su asociación estadística con dificultades en la lactancia materna.

La realización del estudio tuvo en cuenta el no causar daño o incomodidad a los participantes del mismo, atendiendo así el principio de no maleficencia.

Este trabajo contó con consentimiento informado firmado por la madre del recién nacido, investigador principal y dos testigos, la explicación del mismo estuvo a cargo del investigador principal. Este trabajo, no contó con asentimiento informado ya que se realizó en recién nacidos y según la resolución 8430 de 1993 capítulo III artículo 26 se debe obtener la aceptación del menor *“Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan [...] después de explicarle lo que se pretende hacer [...]”*

Este proyecto fue avalado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad El Bosque - Acta 009-2023 y por comité de ética de Hospital Engativá Calle 80.

b. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:	Lesiones orales en recién nacidos que asisten a la consulta de control del recién nacido en el Hospital Engativá - Calle 80 y su impacto en la lactancia materna
------------------------------------	---

Nombre y datos de contacto del equipo de investigación	
Director y responsable del proyecto	Dra. Sandra Hincapié @: hincapiesandra@unbosque.edu.co Tel: 316 8309204
Codirectora 1	Dra. Aida Milena Murillo @: amurilloz@unbosque.edu.co Tel: 317 7772708
Codirectora 2 y asesora metodológica	Dra. Martha Cecilia Tamayo Muñoz @: tamayomartha@unbosque.edu.co

	Tel: 317 3743807
Investigador	Dra. Angie Cubides Mojica @: acubides@unbosque.edu.co Tel: 320 2287505
Correo electrónico Comité Institucional de Ética en Investigación	comiteetica@unbosque.edu.co
Teléfono de contacto:	648 9000 extensión 1520
Dirección	Calle 132 No.7A-63. Piso 2 y 3

Introducción

Reciba un cordial saludo. Somos investigadores de la Universidad El Bosque y estamos realizando un estudio de tipo descriptivo en donde identificaremos las lesiones orales más comunes en recién nacidos que asisten al Hospital de Engativá (calle 80) y una posible relación entre estas lesiones y la dificultad en la lactancia materna.

¿Por qué se está haciendo esta investigación?

Esta investigación se está realizando con el fin de aportar conocimiento que permita conocer la frecuencia de estas lesiones orales y su asociación con dificultad en la lactancia para que los profesionales de la salud y cuidadores obtengan información que permita el desarrollo de herramientas para el adecuado diagnóstico y manejo de las patologías orales. Igualmente, para promover el bienestar de los pacientes y sus cuidadores permitiendo una detección oportuna y manejo adecuado de las lesiones orales que mejoraría la calidad de vida tanto de pacientes como de sus familias. Así como impactar positivamente la epidemiología en este campo.

¿En qué consiste esta investigación?

Este estudio, que es de tipo descriptivo con perspectiva analítica, se desarrollará a través de él examen clínico realizado a los recién nacidos que asisten a la consulta de control de pediatría en el Hospital de Engativá.

¿Qué tengo que hacer si mi bebé participa en esta investigación?

La participación es voluntaria, al aceptar participar los padres deberán responder a una serie de preguntas relacionadas con el recién nacido y la lactancia materna y permitir el examen clínico.

¿Cuántas personas participarán en esta investigación?

Participaran **145** recién nacidos que asisten a la consulta de control de pediatría en el Hospital de Engativá.

¿Cuánto tiempo estará mi bebé en esta investigación?

El tiempo de participación en la investigación será el tiempo necesario para la realización del examen clínico el cual es de aproximadamente 20 minutos.

¿Puedo retirar a mi bebé de la investigación de manera voluntaria en cualquier momento?

Usted puede retirar a su bebé del estudio en cualquier momento e inclusive pedir que la información dada por usted sea retirada del estudio.

¿Qué pasa si retiro a mi bebé de la investigación?

No tendrá ninguna consecuencia negativa por retirarse de la investigación de manera voluntaria

¿Por qué razones puede el investigador principal retirar a mi bebé de la investigación tempranamente?

Los investigadores del proyecto pueden retirar a su bebé de la investigación cuando usted no cumpla reiterativamente con las orientaciones proporcionadas y acordadas.

¿Cuáles son los riesgos o incomodidades asociados a esta investigación? Esta investigación presenta riesgo mínimo debido a que no tendrá ninguna intervención médica, ni odontológica; se realizará un examen clínico que permita evaluar la presencia o no de lesiones orales.

¿Obtendrá mi bebé algún beneficio al participar en esta investigación?

Se beneficiará al tener la posibilidad de detectar oportunamente lesiones orales en el recién nacido.

¿Qué opciones tengo si decido que mi bebé no participe en esta investigación?

Puede dejar de participar sin afectar el proceso de la investigación, es de carácter voluntario

¿Cómo se va a manejar la privacidad y confidencialidad de nuestros datos personales?

El estudio respetará plenamente los principios éticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia; su nombre no será utilizado en ningún momento durante el estudio; a cambio serán utilizados códigos y seudónimos.

¿Tiene algún costo la participación de mi bebé en esta investigación?, ¿recibiré alguna compensación o pago?

Su participación en este estudio no representa ningún costo, y así mismo no será remunerada.

¿Cuáles son los derechos como sujeto de investigación?

Está en su derecho de conocer el motivo de esta investigación, en qué consiste y lo que deberá hacer si acepta participar, también tiene derecho a acceder a sus resultados y a conocer si el estudio presenta o no complicaciones e incomodidades durante su desarrollo.

Este estudio no tiene intervención médica ni odontológica, por lo cual no se le administrará ningún tipo de medicamento y no presenta ningún riesgo o complicación para el recién nacido ni para ninguno de los participantes. Sin embargo, si tiene alguna duda la puede expresar sin ningún problema para lo cual se incluyen los datos de la asesora responsable de la investigación los cuales se encuentran al inicio de este documento. Tendrá derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento y se mantendrá su derecho a la privacidad y confidencialidad de sus datos.

¿Cómo y en qué momento va a conocer los datos finales de la investigación?

Los resultados de este estudio serán socializados una vez se cuente con el informe final, con el fin de ofrecer a los encuestados una retroalimentación sobre este proceso.

¿Qué hacer si tengo alguna pregunta o problema?

Si tiene alguna pregunta, puede hacerla en cualquier momento a los investigadores responsables del estudio cuyos datos están al inicio de este documento.

Formulario de firmas

Mi bebé ha sido invitado(a) a participar del estudio “Lesiones orales en recién nacidos que asisten a la consulta del recién nacido en Engativá.”

He entendido el documento de consentimiento informado que me ha sido leído y explicado. Entiendo que la participación consistirá en permitir el examen clínico del recién nacido y datos de la historia clínica.

Todas mis preguntas han sido contestadas claramente, he tenido tiempo de pensar en mi decisión de participar. No tengo duda sobre la participación de mi bebé en este estudio y estoy de acuerdo con hacer parte de esta investigación. Cuando firme este consentimiento informado recibiré una copia del mismo.

Autorizo el uso de la información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar. Sé que puede terminar mi participación en cualquier momento.

Al firmar este consentimiento no renuncia a ninguno de sus derechos legales:

Como constancia firmo a los ____ (días), de _____ (mes) del _____ (año).

Tutor legal del Participante	Firma del Tutor legal
Investigador principal	Firma del Investigador
Nombre del Testigo (I)	Firma del Testigo (I)
Nombre del Testigo (II)	Firma del Testigo (II)

8. RESULTADOS

Caracterización demográfica

Fueron evaluados 145 recién nacidos del Hospital Engativá Calle 80, en donde el 57% correspondió a sexo masculino y el 43% a sexo femenino. Los recién nacidos presentaron una mediana de edad de 5 días (RIQ 4.0-7.0), un peso al nacer con media de 2.995 gramos (RIQ 2.850-3.280 gr). Ninguna madre refirió exodoncias en el bebé al momento de nacer. El 100% se encuentra afiliado a régimen subsidiado de los cuales el 51,7% se encuentra afiliado a EPS Capital Salud.

Frecuencia de lesiones Orales

La prevalencia general de presencia de lesiones orales fue de 35,86% siendo mayor en niños (63,4%) que en niñas (36,6%). En la tabla 1 se observa que la localización anatómica con mayor frecuencia de lesiones orales fue la encía en un 18,62% seguido por la lengua en un 10,34% y paladar 8,97%. La lesión oral con mayor prevalencia fue Nódulos de Bohn en un 16,5%, anquiloglosia en un 10,34%, perlas de Epstein en un 8,97%. 3 recién nacidos presentaron Quistes de la lámina dental lo cual representa un 2% de la población, un recién nacido presentó Gránulos de Fordyce y no se observaron dientes natales o neonatales, úlceras de Riga Fede ni Epulis congénito.

Tabla 3. Localización anatómica de las lesiones orales. (Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo-Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Localización	Frecuencia n=52 L/145 RN	Porcentaje %	IC 95%	
Encías	27	18.62	12.30	25.00
Lengua	15	10.34	5.40	15.30
Paladar	13	8.97	4.30	13.60
Labios	1	0.69	0.00	2.00
L: Lesiones orales- RN: Recién Nacidos evaluados				

Tabla 4. Frecuencia de las lesiones orales encontradas. (Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo-Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Localización	Frecuencia n=52 L/145 RN	Porcentaje %	IC 95%	
Nódulos De Bohn	24	16.55	10.50	22.60
Anquiloglosia	15	10.34	5.40	15.30
Perlas De Epstein	13	8.97	4.30	13.60
Quiste Lamina Dental	3	2.07	0.00	4.40

En las figuras 2 y 3 se puede observar el porcentaje de casos de prevalencia de lesiones orales encontradas en los recién nacidos valorados en el Hospital Engativá Calle 80 por localización anatómica y tipo de lesión.

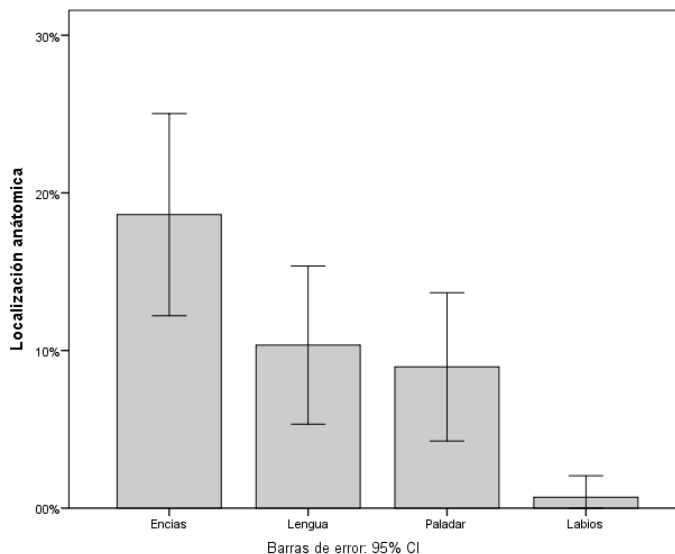


Figura 2. Localización anatómica lesiones orales. (Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

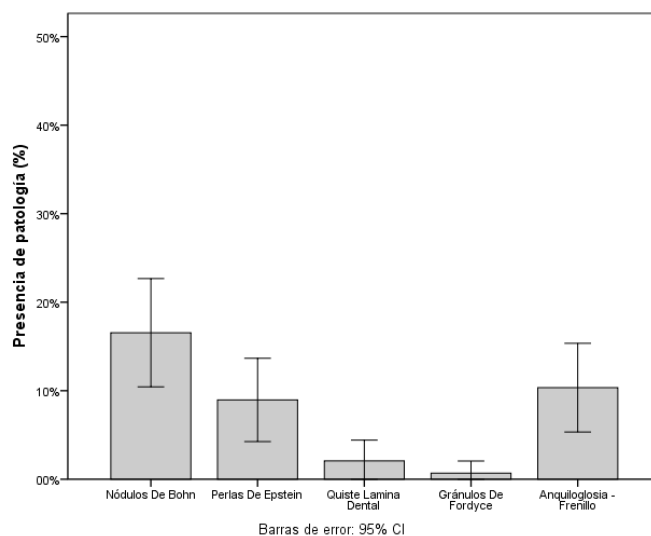


Figura 3. Frecuencia de lesiones orales. (Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Con respecto a la distribución de recién nacidos que presentaron anquiloglosia se puede observar en la Tabla 2. Que según la clasificación de Coryllos, el 46,67% de la población estuvo en categoría 3, el 26,67% en categoría 2 y el 20% en categoría 4. Mientras que según la clasificación BTAT el 40% se clasificó en categoría 1, también un 40% en categoría 2 y un 20% en categoría 3.

Tabla 5. Categorización de las lesiones de anquiloglosia de acuerdo las clasificaciones de Coryllos (Coryllos et al,2004) y BTAT (Ingram et al., 2015). (Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Clasificación Coryllos et al 2004	Frecuencia n=15 AQ /145 RN	Porcentaje %	IC 95%	
1: Frenillo no se ve; se palpa con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca.	1	6,67	0.0	19,3
2: Frenillo grueso, fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.	4	26,67	4,3	49,0
3: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de la punta hasta cerca del surco alveolar.	7	46,67	21,4	71,9
4: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón	3	20,00	0,0	40.2
Clasificación BTAT Bristol Tongue Assesment Tool	Frecuencia n=15 AQ /145 RN	Porcentaje %	IC 95%	
1: Puntuación 8	6	40,00	15,2	64,8
2: Puntuación 6-7	6	40,00	15,2	64,8
3: Puntuación > 5	3	20,00	0.0	40,2

Dificultad de la lactancia materna

Por otra parte, se observó que el 100% de los recién nacidos reciben lactancia materna, siendo la forma de alimentación exclusiva en un 93,79% (IC 95% 89.9 – 97.7) y mixta con formula láctea en un 6,21% (IC 95% 2.3 – 10.1). Así mismo, se encontró que se presenta dificultad en el agarre en un 13,79% (IC 95% 8.2 – 19.4) y el 100% de las madres de estos recién nacidos refieren dolor en el momento de lactar (Tabla 3).

Tabla 6. Lactancia materna en recién nacidos del Hospital Engativá calle 80. (Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Lactancia Materna		Frecuencia n= 145 RN LM	Porcentaje %	IC 95%	
Tipo de lactancia	Exclusiva	136	93.79	89.9	97.7
	Mixta	9	6.21	2.3	10.1
	Dolor al lactar	20	13.79	8.2	19.4

Dificultad de lactancia	Mastitis	1	0.69	0.0	2.0
	Dificultad en agarre	20	13.79	8.2	19.4

RN LM: Recién nacidos que reciben lactancia materna

Al realizar el análisis bivariado entre la presencia lesiones orales como Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn, Quistes de la lámina dental, Gránulos de Fordyce y lactancia materna se observa que no hay asociación estadísticamente significativa (Tabla 4). Sin embargo, se encontró que entre las variables de presencia de anquiloglosia y la dificultad en la lactancia materna si hay una asociación estadísticamente significativa en cuanto a dificultad en el agarre y el dolor de la madre al momento de lactar (Valor p 0.0001) Tabla 5 y figuras 3 y 4.

Tabla 7. Asociación de lesiones orales con la dificultad en la lactancia. (Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Lesiones Orales		Dificultad en la lactancia				Valor p
		No		Si		
		n	%	n	%	
Nódulos De Bohn	Ausencia	104	83.2	17	85.0	0.841
	Presencia	21	16.8	3	15.0	
Perlas De Epstein	Ausencia	115	92.0	17	85.0	0.309
	Presencia	10	8.0	3	15.0	
Quiste Lamina Dental	Ausencia	122	97.6	20	100.0	0.484
	Presencia	3	2.4	0	0.0	
Gránulos De Fordyce	Ausencia	124	99.2	20	100.0	0.688
	Presencia	1	0.8	0	0.0	
Anquiloglosia	Ausencia	118	90.8	7	46.7	0.0001
	Presencia	12	9.20	8	53.3	

Tabla 8. Asociación de anquiloglosia con la dificultad en la lactancia. (Diseño de la tabla David Díaz & Martha Tamayo- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

Dificultades lactancia		ANQUILOGLOSIA - FRENILLO						
		Ausencia		Presencia		Valor p	OR	IC 95%
		n	%	n	%			
Dolor al lactar	Ausencia	118	90,8	7	46,7	0.0001	1	2.91 - 42.65
	Presencia	12	9,2	8	53,3		11.2	
Mastitis	Ausencia	129	99,2	15	100	0.733	1	NC
	Presencia	1	0,8	0	0,0			
Dificultad en agarre	Ausencia	118	90,8	7	46,7	0.0001	1	2.91 - 42.65
	Presencia	12	9,2	8	53,3		11.2	
NC: No calculable. 1: Grupo de referencia en esa comparación.								

NC: No calculable. **1:** Grupo de referencia en esa comparación.

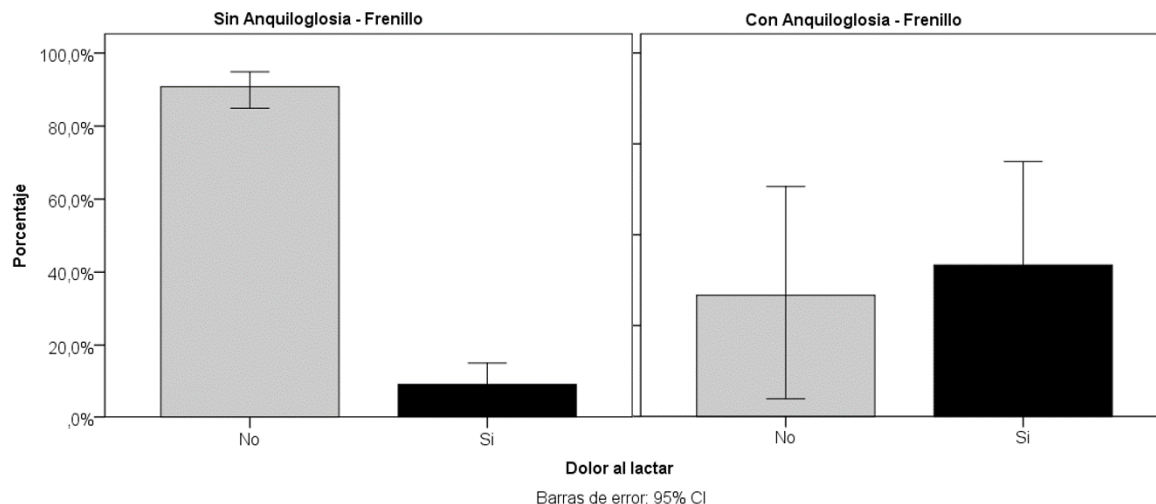


Figura 4. Frecuencia de anquiloglosia asociada a dolor al momento de lactar. (Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

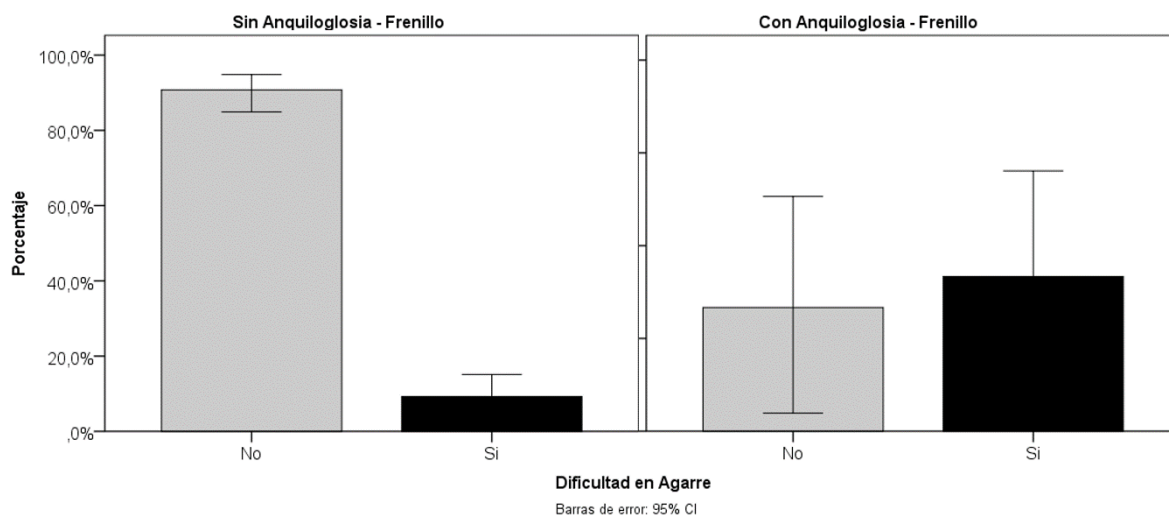


Figura 5. Frecuencia de anquiloglosia asociada a dificultad en el agarre del pezón. (Diseño de la figura David Díaz o- Datos suministrados Cubides-Mojica, 2023)

En cuanto al peso, ninguno de los recién nacidos valorados perdió más del 10% de peso entre el nacimiento y la cita de control. No se encontraron diferencias significativas entre el cambio de peso y la presencia de anquiloglosia.

9. DISCUSIÓN

En el Hospital Engativá – Calle 80, en el periodo comprendido entre julio y septiembre de 2023, la prevalencia de lesiones orales en 145 pacientes valorados en la consulta de control de recién nacido fue de 35,86%, un valor significativamente más alto que el encontrado en Brasil por [Carvalho-Santos et al \[2009\]](#) en donde reportaron una prevalencia de 7,25% en recién nacidos, pero similar a la prevalencia encontrada en el estudio [Garzón Perdomo \[2022\]](#) en donde se reporta un 31,5% de prevalencia de lesiones orales en 375 pacientes valorados en la consulta de control del recién nacido del Hospital Infantil Universitario de San José Bogotá Colombia.

Con relación al tipo de patología se evidencia similitudes entre estudios. En Brasil se reportó que la lesión más frecuente fue Nódulos de Bohn igual que el estudio realizado en Hospital Engativá Calle 80, pero con diferencias en sus prevalencias siendo 6,28% y 16,55% respectivamente. En el caso del estudio realizado por [George et al \[2008\]](#) hubo una prevalencia mucho mayor que la de la presente investigación, con un 47,4% de prevalencia de Nódulos de Bohn, pero coinciden en que también fue la lesión que se presentó con más frecuencia. En cuanto al estudio del Hospital Infantil Universitario de San José por [Garzón Perdomo \[2022\]](#) la lesión con mayor prevalencia fue en esta investigación, la anquiloglosia con un 21.15, siendo la segunda lesión con mayor prevalencia, mientras que los nódulos de Bohn se presentaron en un 6.1% de la población. Sin embargo, en esta investigación la anquiloglosia fue la segunda lesión oral con mayor prevalencia con un valor de 10.34%, siendo significativamente más alto que otro estudio en Colombia realizado por [Pieruccini-Arias \[2016\]](#) en donde se reporta un 1,15%.

Es claro que se observan diferencias entre estudios en cuanto a hallazgos de anquiloglosia, tal vez porque se deben unificar criterios de diagnóstico que permitan disminuir las discrepancias metodológicas. Sin embargo, es importante conocer que es una de las lesiones que se presentan en cavidad oral de recién nacidos ([Walsh & Tunkel, 2017](#)).

En el estudio de [Garzón Perdomo \[2022\]](#) se reportó que la según la clasificación Coryllos, la mayoría correspondiente a un 46,3% de la población se encontró en categoría III (La lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el piso de boca), dato similar al encontrado en esta investigación en donde se observó que de los pacientes con anquiloglosia el 46,6%

presentó categoría III según la clasificación de Coryllos. En este estudio también se tuvo en cuenta la clasificación BTAT que es una herramienta para evaluar el frenillo no solo desde una perspectiva anatómica sino también funcional, y se encontró que la mayoría de pacientes con anquiloglosia presentan puntajes entre 6 y 8 (40% categoría 1 que es puntaje 8 y 40% en categoría 2 que es puntaje 6-7). Lo cual muestra que la mayoría de pacientes con anquiloglosia en este estudio se encuentran en categorías de anquiloglosia leve tanto en clasificación de Coryllos como BTAT.

Varios estudios mencionan la importancia de la evaluación de lesiones como anquiloglosia en relación a la lactancia materna ([Barberá-Pérez et al, 2021](#)) ([Araujo et al, 2020](#)). El estudio de [Araujo et al. \[2020\]](#) evaluó el frenillo lingual de 233 bebés en el Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira usando dentro de sus herramientas de diagnóstico la herramienta BTAT en donde encontraron que 14 bebés (6%) de los cuales 3 (21,42%) presentaba dificultades en la lactancia materna. Similar a lo encontrado en este estudio en donde se observó con la misma herramienta de diagnóstico que si hay una asociación estadísticamente significativa entre anquiloglosia y dificultad en la lactancia materna desde las variables dificultad en el agarre y dolor de la madre al momento de lactar. Se observó que de los recién nacidos con anquiloglosia el 53,3% presenta dificultad en la lactancia materna. Sin embargo, es importante mencionar que durante el examen clínico se observó que el 100% de estas madres presentaban dificultades en la técnica de lactancia que al momento de corregirla durante la consulta en todos se observaba mejoría del dolor y mejoría en el agarre de recién nacido a pezón, tal vez en este estudio porque la mayoría presentaba casos de anquiloglosia leves. Por esto, se considera importante continuar realizando estudios con uniformidad en la herramienta de diagnóstico, con investigadores calibrados y con seguimiento a las variables de lactancia durante determinado tiempo para saber si se requiere o no de frenotomía en determinados casos o si únicamente con mejorar la técnica de lactancia puede existir una adecuada función en esta etapa del crecimiento y desarrollo.

10. CONCLUSIONES

Dentro de los límites de este estudio se puede concluir que:

1. La frecuencia de lesiones orales en recién nacidos del Hospital Engativá calle 80 en el periodo de julio a septiembre de 2023 fue de 35,86%.
2. Las lesiones orales más frecuentes encontrados en los recién nacidos del Hospital Engativá calle 80 fueron los Nódulos de Bohn en un 16,55% seguido por anquiloglosia en un 10,34%.
3. Todos los recién nacidos evaluados en el Hospital Engativá calle 80 reciben lactancia materna, de los cuales solo es mixta en un 6,21%, el 93,79% recibe lactancia materna exclusiva.
4. Las dificultades más frecuentes en el proceso de lactancia materna fueron la dificultad en el agarre del pezón y dolor de la madre al momento de lactar.
5. La única lesión oral que se encontró asociada a dificultades de la lactancia materna- dificultad agarre y dolor- fue la anquiloglosia con un OR de 11.2 [IC95%: 2.91 - 42.65].

Se sugiere seguir realizando estudios con uniformidad en la aplicación de herramientas diagnósticas para anquiloglosia, con mayor tamaño de muestra y seguimiento longitudinal a los casos de anquiloglosia que presentan dificultad en la lactancia para determinar si estas variables mejoran con solo corregir la técnica de lactancia o se requiere de frenotomía en algunos casos.

13. REFERENCIAS

1. Araujo MDCM, Freitas RL, Lima MGS, Silva AV, Melo Junior PCD, Arnaud M, Albuquerque EC, Rosenblatt A. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96(3):379-85.
2. Barberá-Pérez PM, Sierra-Colomina M, Deyanova-Alyosheva N, Plana-Fernández M, Lalaguna-Mallada P. Prevalence of ankyloglossia in newborns and impact of frenotomy in a Baby-Friendly Hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2021;78(5):418-23.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th. New York: Oxford University Press; 2001.
4. Bilodeau EA, Hunter KD. Odontogenic and Developmental Oral Lesions in Pediatric Patients. *Head Neck Pathol*. 2021 Mar;15(1):71-84.
5. Braga-Tavares, H. Santos, I. M Pinto, M. Ramos, P. de Sousa. Épulis congénito. *Cirurgia Pediátrica*. 2009; 22: 49-51.
6. Carvalho-Santos F, Pinho J, Libério S, da Cruz M. Prevalence of congenital and developmental oral abnormalities in infants aged 0 to 6 months. *Rev. odonto ciênc*. 2009;24(1):77-80.
7. Correa MSNP. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso; 2008.
8. Coryllos E, Genna CW, Salloum AC. Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding. *AAP section on breastfeeding*. 2004; Summer: 1-6
9. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001 Mar-Apr;23(2):158-62
10. Garzón-Perdomo FL. Patologías orales en recién nacidos que asisten a la consulta del recién nacido en el Hospital Infantil Universitario De San José [trabajo de grado] Bogotá DC: Programa de Odontología Pediátrica- Universidad El Bosque; 2022.
11. George D, Bhat S, Hegde S. Oral Findings in Newborn Children in and around Mangalore, Karnataka State, India. *Medical Principles and Practice*. 2008; 17(5):385-9.
12. Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, Chuop M, Mace JC. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *Laryngoscope*. 2017 May; 127(5):1217-23.
13. Hernández-Ordaz AC, Elizondo-Garza Nemesio, Yitzhak-Garza S, Reyes AL, Ortiz E, Nakagoshi SE, Solis-Soto JM. Inclusion cysts, natal and neonatal teeth, congenital épulis and hemangioma: An update. *Int J Appl Dent Sci* 2021; 7(2):318-22

14. Iandolo A, Amato A, Sangiovanni G, Argentino S, Pisano M. Riga-Fede disease: A systematic review and report of two cases. *Eur J Paediatr Dent.* 2021;22(4):323
15. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H, Emond A. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015 Jul;100(4):F344-8.
16. Izquierdo G, Santolaya ME. Candidiasis invasoras en recién nacidos: diagnóstico, tratamiento y prevención. *Rev Chilena Infectol.* 2014; 31(1), 73-83
17. Kadam M, Kadam D, Bhandary S, Hukkeri RY. Natal and neonatal teeth among cleft lip and palate infants. *Natl J Maxillofac Surg* 2013; 4:73-6.
18. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Assoc.* 1984; 109: 441-3.
19. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50(2):381-97.
20. Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés; 2008.
21. Lima ALX, Dutra MRP. Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. *Codas.* 2021; 33(1):08-26.
22. Madurapperuma SW, Jayaweera AHM, Jayasinghe RD. Spontaneously Regressing Neonatal Oral Aphthous Ulceration of the Palate. *Case Rep Pediatr.* 2021 Feb 6; 2021: 6660302
23. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* July 2010;110(1):e13-8.
24. Mateu PA, Ferrando RF, Espinoza RJJ, Jimenez MA, Fuertes PA, Marquina VA. Épulis congénito. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2004; 32:173-5.
25. Mecarini F, Fanos V, Crisponi G. Anomalies of the oral cavity in newborns. *J Perinatol.* 2020; 40(3):359-68
26. Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000; 54(2-3):123-31.
27. Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and neonatal teeth: an overview of the literature. *ISRN Pediatr.* 2013 Aug 18; 2013: 956269.

28. Patil S, Rao RS, Majumdar B, Jafer M, Maralingannavar M, Sukumaran A. Oral Lesions in Neonates. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2016 Apr-Jun;9(2):131-8
29. Pieruccini-Arias SP. Caracterización de las alteraciones orales en niños de 0-1 año, nacidos en el hospital de Engativá y atendidos en la clínica del bebé de la Fundación HOMI Hospital de la Misericordia Bogotá, DC. Un estudio retrospectivo y prospectivo. [trabajo de grado] Bogotá DC: Programa de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar- Universidad Nacional de Colombia; 2016.
30. Regezi JA, Sciuba J. Patología bucal. 3era ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.
31. Samant S, Morton RP, Ahmad Z. Surgery for plunging ranula: the lesson not yet learned? *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011 Oct; 268(10):1513-8.
32. Shivpuri A, Mitra R, Saxena V, Shivpuri A. Natal and neonatal teeth: Clinically relevant findings in a retrospective analysis. *Med J Armed Forces India*. 2021 Apr; 77(2):154-7
33. Solis-Pazmino P, Kim GS, Lincango-Naranjo E, Prokop L, Ponce OJ, Truong MT. Major complications after tongue-tie release: A case report and systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020 Nov;138:110356
34. Sothinathan R, Shakib K. Natal teeth: a sign of fortuity or grave misfortune. *Br Dent J*. 2011 Mar 26;210(6):265-6
35. Sparice-Pulido E, Jiménez C, Villarroel-Dorrego M. Manejo quirúrgico de mucocoele en paciente lactante. Reporte de casos. *Acta Odont. Venez*. 2002; 40 (2): 177-80
36. Suárez GN, Piloña RSG. Ránula sublingual en un recién nacido. *Rev Ciencias Médicas*. 2015;19(3):549-555.
37. Suliman NM, Astrøm AN, Ali RW, Salman H, Johannessen AC. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. *BMC Oral Health*. 2011 Sep 19; 11:24.
38. Tinoco-Araujo JE, Araújo DF, Barbosa PG, Santos PS, Medeiros AM. Invasive candidiasis and oral manifestations in premature newborns. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013 Jan-Mar;11(1):71-5
39. Vainionpää A, Tuomi J, Kantola S, Anttonen V. Neonatal thrush of newborns: Oral candidiasis? *Clin Exp Dent Res*. 2019;5:580–582.
40. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants: a review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;143 (10): 1032-39
41. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>

42. Yilmaz AE, Gorpelioglu C, Sarifakioglu E, Dogan DG, Bilici M, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. Niger J Clin Pract 2011;14:349-53.
43. Yilmaz RBN, Cakan DG, Mesgarzadeh N. Prevalence and management of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate patients. Eur J Dent. 2016 Jan-Mar;10(1):54-58.