

**PATOLOGÍAS ORALES EN RECIÉN NACIDOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL
RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ**

Francy Lorena Garzón Perdomo

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTA DC. - JULIO 2022**

HOJA DE IDENTIFICACION

Universidad El Bosque

Facultad Odontología

Programa Odontología Pediátrica

Título: Patologías orales en recién nacidos que asisten a la consulta del recién nacido en el Hospital Infantil Universitario de San José

Grupo de Investigación: UNIECLO

Línea de investigación: Odontopediatría

Otra Institución participante: Hospital Infantil Universitario De San José

Tipo de investigación: Posgrado/Grupo

Estudiantes: Francly Lorena Garzón Perdomo

Director: Dra. Ana María Pulido

Codirector: Dra. María Juliana Ochoa

Asesor metodológico: Dra. Ingrid Mora

Otros asesores: Dra. Nancy Milena Bernal Camargo

Asesor y análisis estadístico: Dr. David Díaz

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTTO BAUTISTA GAMBOA	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LÓPEZ TRUJILLO	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
MARIA ROSA BUENAHORA TOVAR	Decana 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
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología
SANDRA HINCAPIÉ NARVAEZ	Director del Programa de Odontología Pediátrica

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
	Pág.
1.Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Planteamiento del problema	15
4. Justificación	17
5. Situación Actual	18
6. Objetivos	20
6.1 Objetivo general	20
6.2 Objetivos específicos	20
7. Metodología del Proyecto	21
7.1. Tipo de estudio	21
7.2. Población y muestra	21
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información	21
7.4. Hipótesis de estudio	23
7.5 Plan de tabulación y análisis.	26
a. Hipótesis estadísticas (alterna y nula)	26
b. Estadística descriptiva	26
8. Consideraciones éticas	27
a. Sustento legal	27
b. Consentimiento y asentimiento informado	27
9.. Resultados	31
11.1. Fase descriptiva	31
11.2. Fase analítica	31
10. Discusión	37
11. Conclusiones	39
12. Referencias bibliográficas	40
13. Anexos	45

LISTADO DE TABLAS

		Págs.
Tabla 1	Variables. Elaboración propia	24
Tabla 2	Caracterización demográfica de recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Análisis estadístico realizado por David Díaz	31
Tabla 3	Presencia y localización de patologías orales en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Análisis estadístico realizado por David Díaz.	32
Tabla 4	Prevalencia de patologías orales en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Análisis estadístico realizado por David Díaz.	33
Tabla 5	Índice de lactancia materna en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Análisis estadístico realizado por David Díaz.	35
Tabla 6	Prevalencia de patologías orales en recién nacidos por sexo. Análisis estadístico realizado por David Díaz. Realizado mediante χ^2 / Test exacto de Fisher	35
Tabla 7	Prevalencia de patologías orales en recién nacidos según consumo lactancia materna exclusiva. Análisis estadístico realizado por David Díaz.	36
Tabla 8	Prevalencia de patologías orales en recién nacidos en relación con la dificultad en la lactancia.	36

LISTADO DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1	
La figura (a). muestra la cantidad y porcentaje de los recién nacidos según el sexto y en la figura (b). se observan la cantidad de recién nacidos por EPS atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Elaboración propia.	32
Figura 2	
Prevalencia de patologías orales en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Elaboración propia.	34
Figura 3	
Distribución de anquiloglosia por tipo en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José. Análisis estadístico realizado por David Díaz.	34

RESUMEN

PATOLOGÍAS ORALES EN RECIÉN NACIDOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

Antecedentes: Frente a las numerosas alteraciones que se pueden hallar en la cavidad oral de los recién nacidos, el odontólogo debe ser capaz de diagnosticarlas, para llevar a cabo un correcto manejo. Los estudios realizados en población neonatal para este tipo de patologías orales son muy escasos, ya que los más comunes son los relacionados a identificación de caries de la primera infancia y el estado periodontal, o están orientadas a otras poblaciones. El objetivo fue determinar cuál es la prevalencia de patologías orales en pacientes neonatales de la consulta de control del recién nacido del Hospital Infantil Universitario San José en el primer periodo del 2022.

Método: El tipo de estudio es analítico observacional de corte transversal. Las variables fueron extraídas de la historia clínica y de la valoración clínica del recién nacido y se consignaron en una base de datos en Excel, garantizando la anonimización de los sujetos. Previo al examen clínico, se firma un consentimiento informado por parte de los padres. Según la Resolución N 008430 de 1993 esta investigación no presentó ningún riesgo, este trabajo fue con previa aprobación por el Comité de Investigaciones del Hospital y por el Comité de Ética Institucional.

Resultados: Se exploraron a 375 recién nacidos. La prevalencia de patologías orales fue de 31.5%, el punto anatómico con mayor frecuencia fue la lengua y no se detectaron patologías localizadas en labios. Se evidencia 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.

Conclusiones: Al examinar a los recién nacidos en el Hospital Infantil Universitario de San José, se destaca la alta prevalencia de la anquiloglosia en la población de estudio, así como el altísimo porcentaje de neonatos con dificultades para recibir la lactancia. Por ende se recomienda continuar realizando investigaciones sobre las alteraciones orales en neonatos en el país y su influencia sobre la lactancia materna.

Palabras claves: Recién nacidos- Patologías Orales – Odontología Pediátrica

ABSTRACT

ORAL PATHOLOGIES OF NEWBORNS WHO ATTEND INFANT CONSULTATION AT SAN JOSE UNIVERSITY HOSPITAL

Background: A dentist must be able to identify the oral pathologies of infants in order to proceed with proper treatment. Studies of oral pathologies in newborn population are very scarce since most are based on identification of first-infancy caries and periodontal condition or other populations. The aim was to determine which pathologies prevail in said population who attend newborn control at San Jose University Hospital during the first period of 2022. **Materials and methods:** Cross-sectional analytic observational study. Variables were extracted from the clinical histories and filed in an Excel database, guaranteeing subject anonymity. An informed consent was signed by the parents before the clinical examination and as per Resolution N 008430 of 1993, this research did not pose any risk. The study had approval by the hospital's research committee and the institutional ethics committee. **Results:** 375 newborns were examined, the prevalence of pathologies was 31.5%, the most frequent location was the tongue, none were detected on the lips, the most prevalent was ankyloglossia with 21.1%, 99.7% were still breast-fed with 92.5% exclusively and 86.7% had feeding difficulty. **Conclusions:** A high prevalence of ankyloglossia was detected as well as feeding difficulties. Further research of oral alterations on newborns and their influence on breast-feeding in the country is required.

Key words: newborn, oral pathologies, paediatric dentistry.

1. Introducción

La integridad del sistema estomatognático en el bebé es importante para cumplir de manera efectiva las funciones de succión, deglución y respiración. Por tal motivo el odontólogo tiene la responsabilidad de diagnosticar las patologías que puedan interferir con estas funciones.

Entre las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo se pueden encontrar quistes de inclusión, que están comprendidos por los nódulos de Böhn, las perlas de Epstein y los quistes de la lámina dental; los dientes natales y neonatales; el épulis congénito del recién nacido; la anquiloglosia; la úlcera de Riga-Fede; los quistes de erupción; el hematoma de erupción; entre otros. La mayoría de éstas son transitorias y características de la boca del bebé. (Bronoosh et al.,2014)

Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la magnitud de las lesiones en la cavidad oral debido a su asociación con las alteraciones sistémicas y las limitaciones funcionales que esto conlleva. En los consultorios pediátricos y odontológicos un número importante de niños con patologías orales se pueden detectar; desafortunadamente el escaso conocimiento, la falta de exploración completa o el pasar por alto las recomendaciones de atención dental para los pacientes, propicia que éstos no sean atendidos adecuada y oportunamente por lo que con frecuencia los pacientes se atienden en forma tardía con alteraciones avanzadas o incluso en ningún momento. (Álvarez, 2019)

Actualmente la literatura científica, sobre las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo, tiene como referencia a grupos poblacionales diferentes al del presente proyecto. En vista de ello es indispensable realizar estudios en la población colombiana con el fin de dar a conocer la prevalencia de cada una de estas lesiones en la cavidad bucal, puesto que este tipo de alteraciones se convierten en diagnósticos precoces y conlleva a limitaciones funcionales. (Herrera y Rico, 2019)

Por esta razón, tener conocimiento sobre la prevalencia de estas patologías permitirá establecer un correcto manejo, lo cual orientará a los profesionales de la salud oral para estar alerta en los exámenes clínicos y así poder diagnosticar de forma asertiva este tipo de

patologías. En la lactancia humana a veces puede afectar al momento de la succión el agarre al seno. Este proyecto se va a desarrollar en el Hospital Infantil Universitario de San José y será una herramienta vital de diagnóstico temprano para los profesionales de la salud que tengan contacto con pacientes recién nacidos, estudiantes, padres de familia.

2. Marco teórico

Antecedentes

Los estudios realizados sobre la mucosa oral en la población infantil son realmente escasos a diferencia de los estudios epidemiológicos que versan sobre la caries y enfermedad periodontal. Frente a las alteraciones que podamos encontrar en la mucosa de la boca del niño, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones. (Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. Med Oral Patol. Oral Cir. Bucal 2005; 10:376-87)

(Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years'. Oral Surgery, Oral Medicine. 2014; 7 (1):126-136). Mediante un estudio retrospectivo de corte transversal, evaluaron en Europa la prevalencia de patología oral en 10.128 niños en edades de 0 a 5 años: presentaron 28.9% lesiones en mucosa oral, 28.4% de las lesiones fueron candidiasis oral, 14.8% estomatitis aftosa recurrente, 10.9% lengua geográfica, 9.3% virus herpes simple, 4.5% gingivoestomatitis herpética primaria, se describieron 22 pacientes con anquiloglosia (0.75%) y 21(0.72%) con quistes de erupción.

(Bronoosh P, Kasraeian M, Ghazi B. Oral abnormalities in an Iranian newborn population. Pediatric Dental Journal. , 2014; 24(1):8-11), evaluaron 995 neonatos, nacidos a término en el Hospital Hafiz, Shiraz, Irán, identificado en 151 pacientes (15,2%) quistes orales, 82 (8,5%) frenillo superior sobre insertado, 39 (3,9%) anomalías lengua (bífida, geográfica, anquiloglosia) 18 (1,8%) dientes natales, 3 (0,3%) gránulos de Fordyce.

(George D, Bhat S, Hegde S. Karnataka State. Oral Findings in Newborn Children in and around Mangalore, Medical Principles and Practice. 2013; 17(5):385-9) Examinaron 1.038 recién nacidos, 555 hombres y 483 mujeres y reportan el quiste gingival como la lesión más frecuente en lactantes, encontrada en 143 neonatos (13,8%), perlas de Epstein estuvieron

presentes en 365 recién nacidos (35,2%), gránulos de Fordyce en 8 neonatos (0,8%), 1 recién nacido presenta dientes natales.

(Yilmaz A, Sarifakioglu E, Bilici M, Gorpelioglu C, Dogan D, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2013; 14(3):349) valoraron patologías de mucosa en 299 lactantes entre 0 y 2 años (145 mujeres y 154 hombres) reportaron que la lesión de tejidos blandos más frecuente fue la candidiasis oral, 32 pacientes (10,70%), encontraron perlas de Epstein en 8 pacientes (2,68%), lengua geográfica en 8 pacientes (2,68%), estomatitis aftosa recurrente en 2 pacientes (0,67%), gingivoestomatitis aftosa recurrente 1 paciente.

(Delaney JE, Keels MA. Pediatric oral pathology: Soft tissue and periodontal conditions. *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(5):1125–47) valoraron la prevalencia de las alteraciones orales congénitas y del desarrollo en 621 bebés de 0 a 6 meses de edad atendidos el hospital universitario materno infantil; el 7.25% de casos presentaron alguna alteración oral, con localización principalmente maxilar. Los quistes de inclusión (perlas de Epstein y nódulos de Bohn) fueron las alteraciones prevalentes con el 6.28%, presentándose en mayor número en el grupo etario de 0 a 3 meses de edad.

Prevalencia

Entre las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo podemos encontrar a los quistes de inclusión, que están comprendidos por los nódulos de Böhn, las perlas de Epstein y los quistes de la lámina dental; los dientes natales y neonatales; el épulis congénito del recién nacido; la anquiloglosia; la úlcera de Riga-Fede; los quistes de erupción; el hematoma de erupción; entre otros. La mayoría de éstas son transitorias y características de la boca del bebé. (da Silva et al., 2019)

Dinis y col. en el 2002 (Brasil) evaluaron las características morfológicas y las alteraciones del desarrollo de la cavidad bucal en recién nacidos donde el 61.4% de bebés presentaron procesos alveolares irregulares, el 92.2% frenillo labial medio superior y el 64% quistes de inclusión. Concluyendo que los recién nacidos presentan características propias consideradas normales en esa fase etaria.

Palomino y col. en el 2001 (Perú) determinaron la distribución de perlas de Epstein en 235 recién nacidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal donde se encontró una alta prevalencia del 73,61%; siendo ligeramente mayor en el género femenino.

Acevedo y col. en 1995 (México) investigaron la prevalencia de quistes de inclusión en 50 recién nacidos del hospital Materno Infantil Iguarán del Distrito Federal, siendo del 44%. La entidad que se observó con mayor predominio fue el nódulo de Böhn.

La cavidad oral del recién nacido

El recién nacido presenta detalles estructurales orales propios de la edad donde el labio superior presenta en su porción media el llamado *apoyo de succión* con múltiples proyecciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno, esta área sirve de contacto durante el amamantamiento, está más desarrollada en niños de menor edad y que maman el pecho materno (Santos et al., 2018).

En la porción interna y media del labio superior existe el *frenillo labial* que, en más del 50% de los recién nacidos une el labio superior a la papila constituyendo el llamado frenillo labial persistente que favorece el amamantamiento afirmando más el labio superior. Lateralmente están los *frenillos o brida laterales* que auxilian la fijación del labio en el maxilar. Internamente, los *rodetes gingivales* se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival, adelante está adherido al frenillo labial y a las bridas laterales; y por detrás está el paladar con la bóveda, la *papila palatina* y las *rugosidades palatinas* por delante, en la porción media y posterior el *rafe palatino* medio, más atrás está la transición del paladar duro con el blando siendo este último más rojizo. En la transición del paladar con el rodete está el *surco alveolar interno* desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuo hacia vestibular. Mas atrás del rodete se puede notar después del *surco oblicuo alveolar interno* el llamado *pliegue palatino transitorio*. (Childers et al., 2011)

La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un desarrollo pobre de la mandíbula y excesivo para el maxilar, que en casos extremos puede llegar a más de un

centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia a desarrollar una clase II en el futuro (Robles, Guerrero., 2014).

El labio inferior; en la línea media está el *frenillo labial inferior* uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las *bridas* que son menos desarrolladas que del arco superior. En el arco inferior después del frenillo y las bridas también existe el piso y el *frenillo lingual*, el surco alveolar interno con una transición oblicua (Pessoa et al., 2014).

En ambos rodetes superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un *cordón fibroso de Robín y Magitot* que está bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo siendo un factor indicativo del momento de erupción cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso. (Pattel., 2003)

La *lengua* del neonato es proporcionalmente más grande que la de un adulto; de ahí que su movimiento hacia arriba y hacia abajo durante la succión inicie una onda de propulsión hacia atrás que rápidamente ocupa casi la totalidad de la cavidad oral y, por ende, facilita el desplazamiento de la leche hacia la orofaringe, es por esta misma razón que cualquier alimento mal situado en la cavidad oral será expulsado de la boca por la lengua. Por otro lado, la Laringe del neonato es corta y fácilmente desplazable hacia delante, en dirección hacia la epiglotis. (Rendón y Serrano, 2011)

El desenvolvimiento neural de la lengua se inicia en la edad fetal y permite distinguir trayectos funcionales receptores y efectores (establecimiento del Arco Reflejo). Las primeras manifestaciones de sensibilidad refleja se dan en la zona naso- bucal en la 8ª semana Ya para la 14ª y 24ª semanas, surge la capacidad intra y extrareceptiva y la movilidad lingual o reflejo de deglución. (González, 2016)

Por otro lado, el frenillo lingual en los recién nacidos se extiende desde la base anterior de la lengua hasta la base del hueso alveolar de la mandíbula. Después de algunas semanas ocurre un alargamiento gradual de la lengua y el frenillo pasa a ocupar su posición definitiva que es en la porción central de la cara ventral de la lengua. (González, 2016)

Alteraciones frecuentes del desarrollo

Dientes natales y neonatales

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), según la clasificación, de Massler & Savara (1950) para los dientes que erupcionan prematuramente. Estos dientes erupcionan sin formación radicular, con pulpa dental amplia y muy vascularizada, lo que se considera una de las causas de la erupción prematura; otras causas que determinan su aparición pueden tener origen hereditario, hipovitaminosis, posición superficial del germen dentario o asociación con síndromes como la Displasia Condroectodérmica. (Childers et al., 2011)

Otros autores, como Spouge & Feasby (1966) sugirieron que estos dientes podrían clasificarse de mejor forma según su grado de madurez, siendo un diente natal o neonatal maduro aquel que tiene un desarrollo normal y que tiene relativamente buen pronóstico; el término inmaduro de un diente natal o neonatal implica un desarrollo defectuoso con un mal pronóstico en cuanto a la retención en la cavidad oral.

Por otro lado, Hebling (1997) manifiesta que, los dientes natales y neonatales primarios son similares a los dientes normales primarios, pero la mayoría de las veces son pequeños, cónicos, amarillentos, con esmalte y dentina hipoplásica. El diente neonatal es semejante a un diente deciduo y puede ser clasificado como diente de corona sólida perdida unida al alvéolo por la mucosa oral; pequeña o ninguna raíz.

La frecuencia de aparición según Massler; Savara (1950) es de 1/2000 nacimientos. Generalmente son de la serie normal el 95% (Incisivos temporales inferiores) y solamente el 5% son supernumerarios, es más frecuente en niñas que en niños en una relación 3 a 1 de acuerdo con Ronk (1982).

El diagnóstico diferencial más importante se obtiene mediante una radiografía para diferenciar un diente de la serie normal de un supernumerario, además, se debe diferenciar de quistes, nódulos y observar que no forme parte de un síndrome más complejo. Para determinar si el diente pertenece a la serie normal o supernumeraria se debe tomar una

radiografía y determinar la existencia de 3/5 de corona formado para el diente normal, si hay una imagen doble se confirma el diagnóstico de dientes supernumerarios. Los dientes natales o neonatales pueden determinar lesiones secundarias tanto en el pecho materno durante la lactancia o lesiones en base de lengua conocidas como úlcera de *Riga Fede*. (Taweevisit et al., 2018)



Figura 1. Diente neonatal



Figura 2. Diente natal

Fuente: Tomado de (Nicole et al., 2016)

Clasificación según Hebling, 1997: (Shivpuri, 2018)

Categoría 1: Corona mal fijada a los alvéolos por el tejido gingival y ausencia de raíz.

Categoría 2: Corona mal fijada a los alvéolos por tejido gingival y poca o ausencia de raíz.

Categoría 3: Erupción del borde incisal de la corona a través del tejido gingival.

Categoría 4: Edema del tejido gingival con diente sin erupcionar, pero palpable.

Nódulos de Bohn, Perlas de Epstein y Quistes de la lámina dental

Son alteraciones semejantes a pequeñas perlas blanco amarillentas, estas alteraciones pueden considerarse remanentes de estructuras embrionarias epiteliales, las cuales generalmente desaparecen en el primer mes de vida, aunque algunos aumentan de volumen hasta el tercer mes que al persistir dan una falsa impresión de absceso. (Paula, 2006)

Los nódulos de Bohn, se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el arco superior, como se muestra en la figura 3. Estos nódulos provienen de restos del tejido glandular mucoso. Solo se recomienda el masaje digital suave y la observación. (Santos et al., 2018).



Figura 3. Nódulos de Bohn.

Fuente: (Odontoespacio, 2019)

Las perlas de Epstein, 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, son menos frecuentes que los nódulos, posiblemente debido a las dificultades de observación, como se muestra en la figura 4. No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas. (Pattel., 2003)



Figura 4. Perlas de Epstein

Fuente: (Odontoespacio, 2019)

Los quistes de la lámina 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, como se muestra en la figura 5; se recomienda el masaje suave para la involución, si el volumen es exagerado se sugiere la marsupialización. (Paula, 2006)



Figura 5. Quistes de la lámina dental
Fuente: (Odontoespacio, 2019)

Gránulos de Fordyce: 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 requieren tratamiento. (Prosdócimo et al., 2018)

Micrognatia: Es una disminución de la mandíbula provocada por una deficiencia de crecimiento de los cóndilos, 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. (da Silva et al., 2019)

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 el amamantamiento es recomendable la posición ortostática. El dispositivo de Dunn en los biberones también es un elemento útil para estimular el desarrollo de la mandíbula. (da Silva et al., 2019)



Figura 6. Micrognasia

Fuente: (Suárez et al., 2010)

Macrogнатia: 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. (Golikeri et al.,2020)



Figura 7. Macrognasia

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.⁽⁷⁾ 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. (Bronoosh et al.,2014)



Figura 8. Macroglosia

Fuente (Ventiades y Tattum, 2006)

Anquilosis de la lengua por el 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; el bebé se cansa ya que la lengua no puede colocarse en la posición correcta. En el recién nacido el frenillo lingual corto altera la alimentación por interferir en los movimientos de succión y deglución. (De la Teja et al., 2011)



Figura 9. Anquilosis de la lengua por el frenillo corto.

Fuente: Chegg, 2021

Kotlow propone una clasificación de los tipos de anquiloglosia, en la que se pueden establecer las siguientes categorías (Kotlow, 2014):

1. Clínicamente aceptable, un rango normal de lengua libre: mayor de 16 mm.
2. Clase I: anquiloglosia leve: 12 a 16 mm.
3. Clase II: anquiloglosia moderada: 8 a 10 mm.
4. Clase III: anquiloglosia severa: 3 a 7 mm.
5. Clase IV: anquiloglosia completa: menos de 3 mm. (Kotlow, 2014)

Por otro lado, Coryllos en su clasificación, permite diferenciar los distintos tipos de anquiloglosia según su lugar de inserción (González et al, 2014):

1. Tipo I: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.
2. Tipo II: Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de la punta hasta cerca del surco alveolar.
3. Tipo III: Frenillo grueso, fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.
4. Tipo IV: El 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.

3. Planteamiento del problema

3.1 Descripción del problema

Frente a las numerosas alteraciones que se pueden hallar en la cavidad oral de los pacientes pediátricos, el clínico debe ser capaz de diagnosticarlas, para llevar a cabo un correcto manejo. Una de las fallas que más se presentan en consulta a la hora de realizar el examen clínico de cavidad oral es no realizar una exploración detallada y pasar por alto alteraciones relevantes lo que conlleva a realizar un diagnóstico errado y dar un manejo inapropiado.

Es necesario realizar la identificación de la frecuencia con la que se presentan las lesiones en la cavidad bucal de los recién nacidos, aquí toman gran importancia los estudios epidemiológicos del entorno, ya que a partir de estos es posible identificar las lesiones y tratarlas a tiempo para evitar que estos diagnósticos precoces se conviertan en limitaciones funcionales.

En la consulta odontológica se puede diagnosticar un importante número de enfermedades bucales en pacientes pediátricos; infortunadamente la falta de conocimiento, la poca exploración o pasar por alto las indicaciones odontológicas, proporciona que no sean atendidos adecuadamente y en la mayoría de los casos reciben una atención tardía con lesiones avanzadas o en gran porcentaje de los casos no reciben ningún tipo de manejo.

Los estudios realizados en población neonatal para este tipo de patologías orales son muy escasos, ya que los más comunes son los relacionados a identificación de caries de la primera infancia y el estado periodontal o están orientadas a otras poblaciones. La prevalencia de las enfermedades bucales está relacionada a edades más avanzadas y, por consiguiente, en diferentes estudios de la literatura mundial existen escasos reportes que hablen sobre las condiciones de la mucosa oral y de patologías prevalentes en los pacientes recién nacidos.

Por tales motivos se evidencia la importancia de desarrollar estudios en esta área y generar un aporte científico que sirva de base a futuras investigaciones. Ya que, es necesario que los profesionales en salud oral conozcan y sepan diagnosticar una patología oral en tejidos blandos, para así detectar oportunamente a los niños que se vean afectados con este tipo de

enfermedad y poder diagnosticar y controlar los estadios más avanzados y evitar posibles complicaciones.

En el Hospital Infantil Universitario de San José existe la consulta del recién nacido, en la cual se realiza el primer control de los recién nacidos y la instrucción en lactancia humana a la madres. En la guía de Manejo del Recién Nacido, se debe realizar una consulta de control por un médico especialista en pediatría a las 72 horas después del nacimiento del niño. En el caso de los recién nacidos sanos solo se necesitan 3 días para observarlo y detectar cercanamente si estos presentan riesgos de enfermedades críticas. Se mide el perímetro cefálico, la talla, el peso, reflejos y entre otros.

En lo que va del 2021 se han atendido 2.517 recién nacidos, tendríamos en la consulta a una persona encargada de revisar la cavidad oral del recién nacido por lo que es importante conocer qué patologías orales se presentan para poder brindar una correcta asesoría a los padres de familia o a los cuidadores.

Por lo anterior, el grupo investigador se plantea la siguiente pregunta de investigación:

3.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de patologías orales en pacientes neonatales de la consulta de control del recién nacido del Hospital Infantil Universitario San José en el primer periodo del 2022?

4. Justificación

Durante los primeros instantes de vida, los profesionales de la salud realizan una serie de evaluaciones para determinar el estado de salud del recién nacido; generalmente la inspección de la cavidad bucal se lleva a cabo de manera superficial, pudiendo pasar desapercibidas una serie de alteraciones que pueden comprometer la salud bucal del neonato y la lactancia.(Magaña et al, 2014)

El desarrollo de éstas comienza en el útero con los remanentes de las estructuras dentarias, traumatismos, factores hereditarios, injurias a los tejidos adyacentes, entre otras causas. El correcto examen clínico y la clasificación nos ayudan a determinar el adecuado tratamiento y pronóstico para la intervención oportuna de problemas de desarrollo, lactancia, alimentación y fonación a corto, mediano y largo plazo. (Magaña et al, 2014)

Con este estudio se busca establecer la prevalencia de patologías orales en los pacientes neonatales del Hospital Infantil Universitario de San José, del mismo modo poder diagnosticar de manera oportuna y así evitar posibles complicaciones a corto, mediano y largo plazo, además, de dar conocimiento a padres o tutores de los niños implicados en el estudio del manejo que se debe llevar. Entre las patologías mas frecuentes reportadas en la población de neonatales se encuentra la Glositis migratoria benigna, los Nódulos de Bohn, Perlas Epstein, Mucocele, Anquiloglosia, Dientes natales y neonatales, Úlcera de Riga Fede.

El proyecto beneficiará tanto al profesional de la salud como a sus respectivos pacientes, a partir de una identificación oportuna de la patología presente en la cavidad oral se puede realizar supervisiones y/o tratamientos que mejoren su calidad de vida. Adicionalmente el estudio se convertirá en una base epidemiológica para la comunidad académica, que pretenda seguir estudiando este tipo de alteraciones.

5. Situación Actual

Actualmente, se han realizado algunos estudios que analizan las patologías orales de los recién nacidos, por ejemplo, el Dr. Jhonny Ventiades y la Dra. Karen Tattum, en 2006 realizaron un artículo en el cual se realiza un análisis de las patologías orales de los recién nacidos, basándose en el hecho de que comenzar la atención odontológica antes del primer año de vida, ya que se puede conseguir mayor eficacia en atención primaria y control de caries dental. De este estudio se obtuvo que, no existe relación entre la pediatría y odontología para derivar a una interconsulta a los bebés antes de que cumplan el primer año para un examen oral. Es necesario crear mecanismos para integrar al control de crecimiento y desarrollo del niño, la valoración odontológica a partir de los seis meses, para beneficio del paciente y una correcta praxis médica ya que al intentar comenzar la atención y prevención en la edad escolar cuando los problemas de salud oral ya están presentes es demasiado tarde.

Un estudio realizado por Magaña, Robles y Guerreiro en 2014, en el cual se realiza una revisión de la literatura se describen las características clínicas y tratamiento de las principales alteraciones bucales natales y neonatales. En este, tras la revisión se obtiene que debido a la frecuencia relativamente común de las alteraciones bucales natales y neonatales, se recomienda realizar un examen estomatológico de rutina a todos los neonatos para diagnosticar y, en caso necesario, intervenir para permitir un correcto funcionamiento del neonato en una etapa fundamental para el desarrollo y crecimiento del mismo. La comunicación interdisciplinaria entre neonatólogos y odontólogos es esencial para la detección temprana de las alteraciones bucales. (Magaña et al., 2014)

Por otro lado, en un estudio de Angulo et al (2013), titulado “ El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido”, el cual busca demostrar la importancia de que el pediatra identifique la anatomía normal de la cavidad bucal del bebé y que conozca las patologías bucales benignas que existan; que sepa cuál es su tratamiento. De este estudio, se obtiene que, tras la revisión de trabajos de autores que abordan la patología bucal benigna del recién nacido, se indica que no se deben desconocer los aspectos estomatológicos del

bebé y que es importante incluir en la enseñanza de los médicos, pediatras y neonatólogos, temas relacionados con la patología bucal benigna del recién nacido. Además, se concluye que el tratamiento interdisciplinario entre estomatólogo y médicos encargados de la salud del niño permite valorar su crecimiento y desarrollo maxilofacial, detectar patologías tempranas y dar asesoramiento sobre cómo tratar y dar seguimiento a los pacientes, aun en caso de no presentar ninguna patología y que el pediatra puede y debe realizar algunos procedimientos para prevenir complicaciones y hacer diagnóstico oportuno y derivación si se encuentra en un centro de salud donde no exista algún especialista al que pueda remitirlo.

Abda Cauti en 2016, realizó un estudio cuyo objetivo era determinar la frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI "San Bartolomé" durante los meses de septiembre a noviembre del 2016. En este estudio se tomó una muestra de 1000 bebés, a los cuales se les realizó un examen clínico intraoral y se registró la información obtenida en una ficha de recolección de datos, los cuales fueron analizados posteriormente con estadística descriptiva. De este estudio se obtuvo que, 68.5% presentó alguna alteración bucal, de las cuales el 37,6% perteneció al grupo etario menor a 1 mes, no hubo diferencias significativas respecto al género. Las perlas de Epstein fueron las que se presentaron con más frecuencia (31,6%), seguido por los nódulos de Bohn (29,6%) y la anquiloglosia (4,7%). Además, se observó dientes natales en 16 pacientes (1.6%), dientes neonatales en 5 pacientes (0.5%) y quistes de erupción en 9 pacientes (0,9%) y anatómicamente la región más afectada fue el paladar duro con el 34,6%. A partir de los resultados obtenidos, fue posible concluir que, las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo tienen una alta frecuencia en este grupo etario, por lo que es importante que los profesionales de la salud tengan un mayor nivel de conocimiento sobre esta temática, a fin de establecer un diagnóstico diferencial temprano.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general:

- Establecer la prevalencia de patologías orales en los pacientes de la consulta de control del recién nacido del Hospital Infantil Universitario de San José en el primer período del 2022.

6.2. Objetivos específicos:

- Identificar las patologías orales de mayor prevalencia en los pacientes recién nacidos del Hospital Infantil Universitario de San José.
- 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)
- Determinar cuáles son las patologías que causan dificultades o interferencias en la succión y deglución del recién nacido.

7. Metodología del proyecto

7.1 Tipo de estudio

Esta investigación es analítica observacional de corte transversal, donde se estableció la prevalencia de patologías orales en pacientes recién nacidos del Hospital Infantil Universitario de San José presentadas en el primer año del 2022. Este tipo de estudio permitió analizar comparativamente grupos de sujetos a partir de datos ya generados. La investigación analítica observacional busca la asociación o correlación entre variables. No establece relaciones causales. El objetivo y/o hipótesis y las variables postulan “relaciones” probabilísticas. (Rojas, 2015)

Por otro lado, los estudios de corte son ideales para evaluar incidencia e historia natural de una enfermedad o evento de interés (Corte se refiere a un grupo de personas que comparten una característica previamente definida). Este tipo de estudios son adecuados para evaluar efectos de exposiciones raras, permiten estudiar distintas variables de resultado de forma simultánea realizando una determinación precisa de riesgos. Estos pueden ser la única forma de determinar la secuencia temporal entre variable de exposición y variable resultado. (Montreolaetal.,2019)

7.2 Población y muestra

Se tuvo en cuenta como población de estudio el total de los pacientes recién nacidos del Hospital Infantil Universitario de San José que asisten diariamente a consulta del recién nacido en el año del 2022. En la consulta del recién nacido se ha atendido un total de 3.786 pacientes , según el reporte entregado en el año del 2021.

El cálculo de tamaño de la muestra se calculó en el programa open epi entre las fórmulas de proporciones donde se estimo un tamaño de muestra requerido de 333 sujetos basados en un nivel de confianza de 95% y un parámetro poblacional estimado de 3.786 en el tiempo de Enero a Noviembre, con una frecuencia hipotética de presencia de patologías orales de recién

nacidos 61.4% basado en el estudio de Brasil (da Silva et al., 2019) con un límite de confianza del 5% y un efecto de diseño del 1.0.

Criterios de inclusión

- Pacientes recién nacidos que asistieron al Hospital Infantil Universitario de San José durante el periodo comprendido, primer periodo del año 2022.
- Pacientes recién nacidos que sus madres y/o tutores firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con condiciones sistémicas no controladas.

7.3 Métodos y técnicas para la recolección de la información

Las variables contempladas de este protocolo de investigación serán extraídas de la historia clínica y valoración clínica del paciente hacia un formato de recolección de información garantizando la anonimización de los sujetos. Las siguientes son las consideraciones para la recolección de la información de registro en formato sobre caracterización sociodemográfica y antecedentes clínicos del neonato y diagnóstico de la patología para crear una base de datos.

Un consentimiento informado con presentación y firma del cuidador para realizar el examen clínico extraoral del recién nacido de su lengua, labios, encías, dientes y paladar para poder diagnosticar el tipo de patología como dientes natales, nódulos de bohn, perlas de Epstein, quistes de lámina dental, granulos de fordyce, micrognasia, macrognasia, macroglosia y anquiloglosia por frenillo sobreinsertado. Si el recién nacido recibe lactancia materna y si es exclusiva o complementaria.

Se diseñó un consentimiento informado con la explicación a los cuidadores sobre el proyecto de grado y así poder realizar el examen clínico extraoral del recién nacido, de su cavidad oral y poder diagnosticar algún tipo de patología además de indagar lactancia materna.

Se hizo un consenso con el grupo de residentes del Postgrado de Odontología Pediátrica, el cual incluía videos, cuadro de identificación de las patologías por medio de fotografías y el paso a paso que se debe realizar en la consulta. Las residentes apoyaron en la recolección de datos.

Según la Resolución N 008430 de 1993 esta investigación no presenta riesgo ya que se realizarán una valoración de la cavidad oral del recién nacido la cual no causa ningún daño. Este trabajo fue expuesto y aprobado por el Comité de Investigaciones del Hospital Infantil Universitario de San José, y por el Comité de Ética Institucional por medio del Acta 006-2022 del 14 de marzo de 2022.

7.4 Hipótesis de estudio

Historia clínica:

La Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. Según la Resolución Numero 1995 De 1999, la Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Variables

En esta investigación se hace uso de variables independientes y dependientes, donde las primeras se refieren a aquellas que el investigador mide, manipula o selecciona para determinar su relación con el fenómeno observado. Es la variable que el investigador manipula para ver los efectos que esta produce en otras variables. Mientras que la variable dependiente, también conocida como la variable de respuesta, representa el comportamiento de resultante de un organismo que ha sido estimulado. Es el factor que aparece, desaparece o varia. (Buendía, Colás y Hernandez, 2021)

A continuación, en la tabla 1. se presentan las variables a evaluar en esta investigación.

Tabla 1. Variables

Tipo de variable	Nombre	Definición	Medición	Tipo de muestra
Dependientes	Sexo	Es la característica fenotípica que distingue entre hombre y mujer	Masculino- Femenino	Cuantitativa
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Días de nacido	Cuantitativa
Independientes	Patología Oral	Alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman)	Si-No	Cualitativa
	Región de patología oral	Regiones o zonas del área bucal donde se presenta la patología	-Lengua -Labios -Encías -Dientes -Paladar	Cualitativa
	Tipo de patología Oral	Clasificación diagnóstica de la patología presentada	-Dientes natales (Si/No) -Dientes neonatales (Si/No) - Nódulos de Bohn (Si/No) - Perlas de Epstein (Si/No) - Quistes de la lámina dental (Si/No)	Cualitativa
			- Gránulos de Fordyce (Si/No) - Micrognasia (Si/No) - Macrognasia (Si/No) - Macroglosia (Si/No) - Anquiloglosia (Si/No) - Frenillo lingual Corto (Si/No)	Cualitativa
	Lactancia Humana	Determinación si el neonato recibe alimentación por lactancia o no Dificultad en la lactancia humana por causa de patología oral	Si/No Si/No	Cualitativa

Fuente: Elaboración propia

Descripción del examen oral del recién nacido

El examen de la cavidad oral del niño, debe realizarse de forma muy cuidadosa y en detalle, debido a que por la edad de los niños estos no colaboran para abrir su boca y sienten temor, por lo que el examen puede resultar un verdadero desafío.

Este procedimiento a pesar de que no causa ningún daño, puede ser un poco molesto para el niño, por lo tanto, se debe realizar al final de la consulta de valoración de pediatría. Para realizar el examen de la cavidad oral, se necesita tener una buena fuente de luz y la inspección debe iniciar por los labios, evaluar si están secos o agrietados.

Seguidamente, se debe revisar la mucosa bucal y la cara interna de las mejillas, evaluar frenillo labial superior que puede encontrarse fibroso o hipertrofiado, y examinar las encías buscando signos de inflamación, sangrado o heridas. En la lengua se debe observar si presenta una capa blanquecina sobre su superficie, que aumenta con una higiene deficiente o cuadros febriles, evaluar frenillo lingual, para descartar un frenillo corto. Se debe evaluar los rebordes dentarios y/o dientes, evaluar la higiene oral.

Además, se debe evaluar si hay inflamación o heridas en pilares palatinos anteriores y posteriores y las amígdalas. Con el fin de detectar muchas patologías infecciosas que afectan a los niños, tanto virales como de origen bacteriano. (Perret et al, 2018)

Adicionalmente, el examen estará guiado por una calibración realizada anteriormente con un experto en pediatría oral. Es decir, se llegará a un consenso inicialmente teórico con el experto, mediante el uso de imágenes que servirán como herramientas de apoyo a los autores de este trabajo para facilitar la determinación de las lesiones y reducir los riesgos de equivocación en el diagnóstico sobre los pacientes del estudio.

Teniendo en cuenta la guía de Manejo del recién Nacido, es necesario considerar los aspectos importantes para llevar a cabo la consulta del recién nacido. Según esta guía, se debe realizar una consulta de control por un médico especialista en pediatría a las 72 horas después del

nacimiento del niño. En el caso de los recién nacidos sanos solo se necesita del tercero al quinto día de nacido para observarlo y detectar cercanamente si estos presentan riesgos de enfermedades críticas.

7.5 Plan de tabulación y análisis

- Análisis descriptivo

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo univariante, respecto a la incidencia de cada variable en la muestra. Se realizó la tabulación por medio de una base de datos establecida en Excel, se realizó una estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas en las variables categóricas, mientras que las medidas de resumen de tendencia central y de dispersión fueron utilizadas en las variables de naturaleza cuantitativa (promedio y desviación estándar).

- Análisis inferencial

Se realizó un análisis exploratorio bivariado el de la variable, sexo y lactancia humana con respecto a la presencia de los diferentes diagnósticos orales en los individuos analizados de la muestra. Para esto, se realizó la prueba estadística de chi cuadrado/test exacto de Fisher, para todas las medidas se calcularon todos los intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se realizaron con el software estaca 14 y con un nivel de significancia del 0.05.

8. Consideraciones éticas:

- Sustento Legal

Para la formulación de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios de justicia, autonomía y no maleficencia, es decir se pretende hacer el bien sobre cualquier circunstancia, además se consideró el hecho de trabajar con una población protegida por el estado como lo son los niños. Según la Resolución N 008430 de 1993 esta investigación no presenta riesgo ya que se realizará solo un control para establecer la prevalencia de patologías orales en los pacientes neonatales del Hospital Infantil Universitario de San José y además en las estrategias planteadas en esta investigación también se realizarán una valoración de la cavidad oral del recién nacido la cual no causa ningún daño ni efecto adverso al deseado sobre la población en estudio. Esta valoración se llevará a cabo durante la consulta del recién nacido, como parte de su examen médico y odontológico de rutina.

Por tanto, se realizara un consentimiento informado con base a los artículos 20 y 22 de la misma ley, el cual será formulado por escrito y contendrá la justificación y objetivos de la investigación, los procedimientos que se pretenden usar, como son la recolección de datos de historias clínicas, así mismo, se explicaran las estrategias propuestas dependiendo de los resultados obtenidos en la investigación, la aclaración de los riesgos y beneficios que traerá la investigación sobre la población en cuestión y la libertad de la persona de retirar su consentimiento en cualquier momento. Un formato de este, se presenta a continuación.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Universidad El Bosque, dando la aprobación para la realización del trabajo con código “CIE: 2022-009”.

- Consentimiento y asentimiento informado

Nombre Del Estudio: Análisis De Patologías Orales En Recién Nacidos

Investigador Principal: Francy Lorena Garzón Perdomo

Institución: Hospital Infantil Universitario de San José

Dirección: Carrea 69 # 80 – 20 - Bogotá D.C

Número Telefónico: 3123580061

Datos Comité de Ética: 6489000 Ext. 1520

Comité Institucional de Ética en investigación

Dirección: Calle 132 N^o. 7^a – 63 – Bogotá D.C

Este documento le proporcionará la información necesaria para que usted pueda decidir si participa o no en la investigación. La participación del investigador consiste en observar la cavidad oral del recién nacido para identificar el tipo de patología que presenta. Por favor léalo con detenimiento y realice todas las preguntas necesarias para su entendimiento al investigador del estudio. De cualquier forma, usted no está obligado a participar y puede retirarse en el momento en que así lo desee y por esto usted no perderá ningún derecho en su atención de salud.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El estudio propuesto busca establecer la prevalencia de patologías orales en los pacientes recién nacidos que asisten a la consulta de primera vez por Pediatría en el Hospital Infantil Universitario de San José, y del mismo modo poder diagnosticar de manera oportuna de forma visual examinando la cavidad oral del recién nacido y así evitar posibles complicaciones a corto, mediano y largo plazo, además, de dar conocimiento a padres o tutores de los niños implicados en el estudio del manejo que se debe llevar.

¿A quién va dirigida este estudio?

Este estudio va dirigido a pacientes recién nacidos que asistan a la consulta del recién nacido en el Hospital Infantil Universitario de San José en el primer periodo del 2022, a excepción de pacientes con condiciones sistémicas no controladas.

Publicación

Todos los resultados de esta investigación sean positivos, negativos o inconclusos serán publicados acorde a lo descrito en la Declaración de Helsinki. Se le informa que en caso de que considere que quiere retirar al paciente del estudio, puede hacerlo en cualquier

momento sin que ello tenga consecuencias legales o implicaciones en su atención médica. El presente estudio se rige por los principios éticos establecidos de manera internacional para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, las pautas establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las normas administrativas, técnicas y científicas establecidas por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Se requiere del consentimiento informado de los padres de los pacientes involucrados, quienes son en su totalidad menores de edad.

¿Recibiré una compensación por la participación en el estudio?

Por esta investigación los investigadores no recibirán compensación económica por la investigación. Usted como participante no recibirá compensación económica por su participación.

¿La información sobre mi participación en el estudio se mantendrá confidencial?

En el estudio usted tendrá la plena seguridad de que la información no será divulgada de manera personal, se garantiza la confidencialidad en cuanto a la reserva médica. El investigador asegurará la confidencialidad de su historia clínica, en la cual no se identificará al sujeto, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, utilizando códigos hasta donde las leyes y regulaciones lo permitan y no serán accesibles públicamente. Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir los datos y revocar la autorización salvo las excepciones legales, en cualquier momento. Usted recibirá una copia de este documento firmado y fechado.

Consentimiento Informado

He leído y entendido las declaraciones en este formato de consentimiento informado. Todas las preguntas sobre el estudio y mi participación han sido contestadas. Libre y voluntariamente consiento mi participación y autorizo al investigador principal acceder a la historia clínica de mi hijo(a) por motivos de la investigación, como se describe en este documento.

Entiendo que por mi participación no renuncio a ninguno de mis derechos legales a los que tengo derecho. Se me ha explicado y autorizo de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y por el Decreto 1377 de 2.013 que reglamenta parcialmente dicha ley, informa a todos los titulares de datos personales que reposan en las Bases de Datos de los participantes en estudios de investigación, se han adoptado las medidas de tipo legal, técnicas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad en integridad de este tipo de datos durante la vigencia del estudio de investigación. Se me ha explicado que una vez firmado este documento el Usuario autoriza al INVESTIGADOR para recolectar, almacenar, conservar, usar, suprimir, actualizar, compartir y circular a terceros, sus datos personales de orden demográfico, de localización, de salud; Para beneficio propio o de terceros con los que el INVESTIGADOR haya celebrado convenio para envío y recepción de cualquier tipo de información.

De acuerdo a los principios establecidos en el reporte Belmont, las pautas de Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Según la Resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia donde se establecen las normas científicas y administrativas de la investigación en salud, teniendo en cuenta las características de esta investigación la clasifica como sin riesgo, ya que se realizará solo un control para establecer la prevalencia de patologías orales de manera visual en los pacientes recién nacidos que asisten a la consulta de pediatría del Hospital Infantil Universitario de San José.

Nombre y apellidos del participante: _____

Número de identificación: _____

Nombre y apellidos del representante legal /Padre/Madre:

Número de cedula: _____

Dirección: _____

Fecha y hora: _____

9. Resultados

Fueron evaluados en total 375 recién nacidos (RN) del Hospital Infantil Universitario de San José, siendo el 48% de sexo masculino y un 52% de sexo femenino (Figura 1a), los RN incluidos presentaron un promedio de edad de 5 ± 2 días. El promedio de edad de los acudientes fue de 29 ± 7 años. El peso estimado promedio de los RN fue de $2838 \text{ gr} \pm 402 \text{ gr}$. En relación con los antecedentes médicos, el 0.5% de los RN presentó ictericia. El 85.1% de la población se encuentra afiliada a la EPS Salud Total (Tabla 1 y figura 1b)

Tabla 2. Caracterización demográfica de recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

Variables de caracterización demográfica		n=375	%
Sexo			
	Masculino	180	48.0%
	Femenino	195	52.0%
Antecedentes médicos del R.N			
	Ictericia	2	0.5%
	Ninguno	373	99.5%
EPS Del Recién Nacido			
	Alian Salud	4	1.1%
	Capital salud	1	0.3%
	Compensar	12	3.2%
	Famisanar	8	2.1%
	Nueva EPS	11	2.9%
	Salud Total	319	85.1%
	Sanitas	2	0.5%
	ServiMed	2	0.5%
	ServiSalud	16	4.3%
Edad del acudiente (años)	Promedio (DS)	29 (± 7)	
Edad del R.N (días)	Promedio (DS)	5 (± 2)	
Peso (gr)	Promedio (DS)	2838 (± 402)	

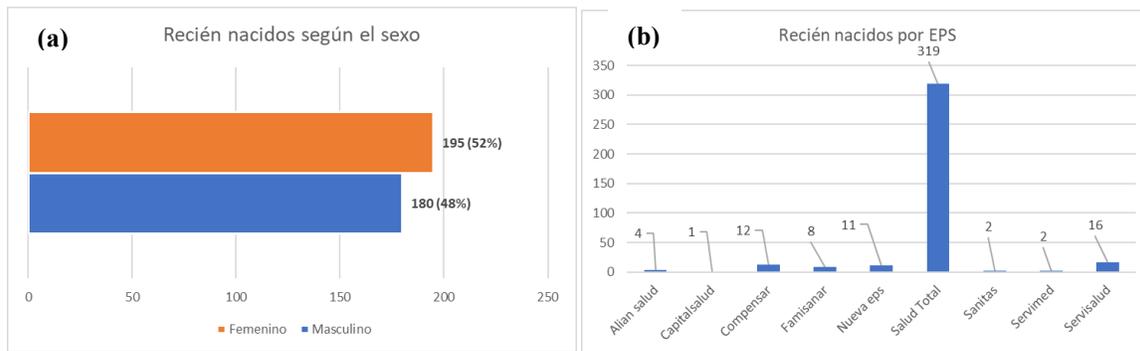


Figura 1.

La figura (a). muestra la cantidad y porcentaje de los recién nacidos según el sexo y en la figura (b). se observan la cantidad de recién nacidos por EPS atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

En la tabla 3 se observa la localización de las patologías orales de interés en RN, la prevalencia general de patologías orales fue de 31.5% en la población de estudio [IC 95%, 26.8 - 36.2]. El punto anatómico con mayor frecuencia de patologías fue la lengua (21.1%) [IC 95% 16.9 - 25.2]. No se detectaron patologías localizadas en labios.

Tabla 3. Presencia y localización de patologías orales en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

	n	%	IC 95%
Presencia Patología Oral			
No presenta	257	68.5%	
Presencia	118	31.5%	(26.8 - 36.2)
Lengua			
No presenta	296	78.9%	
Presencia	79	21.1%	(16.9 - 25.2)
Labios			
No presenta	375	100.0%	
Presencia	0	0.0%	No calculable
Encías			
No presenta	350	93.3%	
Presencia	25	6.7%	(4.1 - 9.2)
Dientes			
No presenta	374	99.7%	
Presencia	1	0.3%	(0.0 - 0.8)
Paladar			
No presenta	353	94.1%	
Presencia	22	5.9%	(3.5 - 8.2)

En la tabla 4 se evidencia que la patología oral que se presentó con mayor prevalencia fue la anquiloglosia (21.1%) [IC 95% 16.9 - 25.2]. Los nódulos de Bohn y las perlas de Epstein se presentaron en igual frecuencia (6.1%) [IC 95% 3.7 - 8.6]. Entre los RN, solo se presentó un caso de dientes natales (0.3%) [IC 95% 0.0 - 0.8]. No se encontraron sujetos con gránulos de Fordyce

Tabla 4. Prevalencia de patologías orales en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

Variables de prevalencia de patologías orales	n	%	IC 95%
Dientes Natales			
No presenta	374	99.7%	
Presencia	1	0.3%	(0.0 - 0.8)
Nódulos De Bohn			
No presenta	352	93.9%	
Presencia	23	6.1%	(3.7 - 8.6)
Perlas De Epstein			
No presenta	352	93.9%	
Presencia	23	6.1%	(3.7 - 8.6)
Quiste Lamina Dental			
No presenta	374	99.7%	
Presencia	1	0.3%	(0.0 - 0.8)
Gránulos De Fordyce			
No presenta	375	100.0%	
Presencia	0	0.0%	No aplica
Anquiloglosia - Frenillo			
No presenta	296	78.9%	
Presencia	79	21.1%	(16.9 - 25.2)
Otras Malformaciones			
No presenta	373	99.5%	
Presencia	2	0.5%	(0.0 - 1.3)

En la siguiente figura se puede observar la cantidad y el porcentaje de los casos de prevalencia de patologías orales identificados en los recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

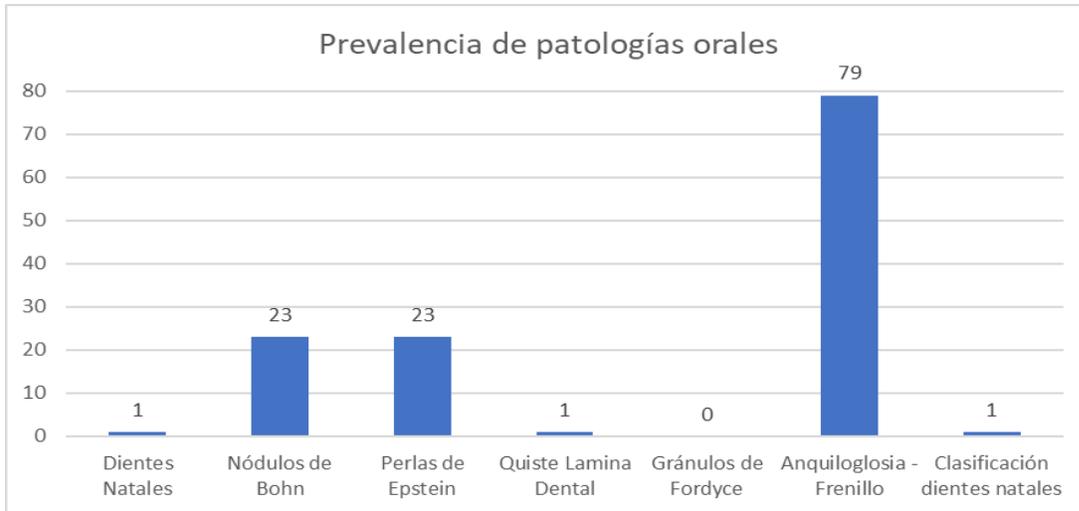


Figura 2. Prevalencia de patologías orales en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

Respecto la distribución de RN que presentaron anquilosia según la clasificación de Coryllos, el 46.3% corresponde al tipo III, 26.3% corresponde al tipo IV, 23.8% corresponde al tipo II, y 3.8% corresponde al tipo I (Figura 3)

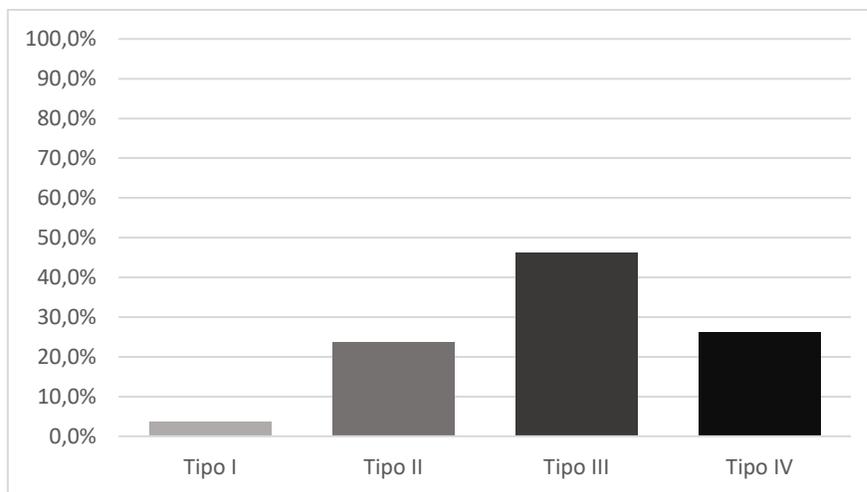


Figura 3. Distribución de anquilosia por tipo en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

Por otra parte, se observó que el 99.7% [IC 95% 99.2 - 100.0] de RN recibe lactancia materna, siendo la forma de alimentación exclusiva para el 92.5% [IC 95% 89.9 - 95.2]. Asimismo, se

encontró que se presenta dificultad en la lactancia en el 86.7% de todos los RN evaluados [IC 95% 83.2 – 90.1] (Tabla 5).

Tabla 5. Índice de lactancia materna en recién nacidos atendidos en el Hospital Infantil Universitario de San José.

Índice de lactancia materna	n	%	IC 95%
Recibe Lactancia			
No recibe	1	0.3%	99.2 - 100.0
Si recibe	374	99.7%	
Dificultad En La Lactancia			
Sin dificultad	50	13.3%	9.9 - 16.8
Con dificultad	325	86.7%	83.2 - 90.1
Lactancia Materna Exclusiva			
No	28	7.5%	89.9 - 95.2
Si	347	92.5%	
Lactancia Complementaria			
No	345	92.0%	5.3 - 10.7
Si	30	8.0%	

Al realizar el análisis comparativo entre la presencia de patologías orales y el sexo de los RN, se encontró que la presencia de anquiloglosia, perlas de Epstein y nódulos de Bohn fue mayor en recién nacidos varones. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas (Tabla 6.)

Tabla 6. Distribución de patologías orales en recién nacidos por sexo.

		SEXO				Valor p
		Masculino		Femenino		
		n	%	n	%	
Dientes Natales	No	180	100.0%	194	99.5%	0.366
	presenta					
Nódulos de Bohn	Presencia	0	0.0%	1	0.5%	0.202
	No	166	92.2%	186	95.4%	
Perlas de Epstein	presenta	14	7.8%	9	4.6%	0.088
	No	165	91.7%	187	95.9%	
Quiste Lamina Dental	Presencia	15	8.3%	8	4.1%	0.336
	No	180	100.0%	194	99.5%	
Anquiloglosia - Frenillo	Presencia	0	0.0%	1	0.5%	0.198
	No	137	76.1%	159	81.5%	
	Presencia	43	23.9%	36	18.5%	

Realizado mediante χ^2 / Test exacto de fisher

En el segundo análisis bivariado tampoco se encontraron diferencias significativas que indiquen una relación entre la presencia de patologías orales en RN con el consumo de lactancia materna exclusiva (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de patologías orales en recién nacidos según consumo lactancia materna exclusiva.

		LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				Valor p
		No recibe		Si recibe		
		n	%	n	%	
Dientes Natales	No presenta	28	100,0%	346	99,7%	0,776
	Presencia	0	0,0%	1	0,3%	
Nódulos de Bohn	No presenta	24	85,7%	328	94,5%	0,062
	Presencia	4	14,3%	19	5,5%	
Perlas de Epstein	No presenta	25	89,3%	327	94,2%	0,294
	Presencia	3	10,7%	20	5,8%	
Quiste Lamina Dental	No presenta	28	100,0%	346	99,7%	0,081
	Presencia	0	0,0%	1	0,3%	
Anquiloglosia - Frenillo	No presenta	22	78,6%	274	79,0%	0,961
	Presencia	6	21,4%	73	21,0%	

Realizado mediante χ^2 / Test exacto de Fisher

Adicionalmente, se observó una asociación entre la presencia de perlas de Epstein con la dificultad en la lactancia de RN ($p = 0,001$). En este estudio, no se encontraron diferencias significativas al comparar la dificultad en la lactancia con patologías más prevalentes, como la anquiloglosia (Tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia de patologías orales en recién nacidos en relación con la dificultad en la lactancia.

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%	

Realizado mediante χ^2 / Test exacto de fisher

10. Discusión

En el Hospital Infantil Universitario de San José en el primer período del 2022, la prevalencia de patologías orales en 375 pacientes valorados en la consulta de control del recién nacido fue del 31,5%, un valor considerablemente bajo si se compara con un estudio realizado en Ecuador en el año 2017, donde identificaron una prevalencia del 72,3% (Carrillo, 2017) y con otro de Perú en el 2014 donde fue del 72,5% (Marcos-Pari, y Núñez-Lizárraga, 2014).

Con relación al tipo de patología más frecuente, las diferencias entre los estudios también son evidentes. En el estudio ecuatoriano las perlas de Epstein fueron la alteración más común y se presentaron en la mitad de la población, mientras que en la presente investigación solo estaban en el 6,1% de los neonatos (Carrillo, 2017). En el caso del estudio peruano, los nódulos de Bohn fueron los más prevalentes y se identificaron en el 40,3%, (Marcos-Pari, y Núñez-Lizárraga, 2014), mientras que en el Hospital Infantil Universitario de San José la prevalencia de esta condición es del 6,1%.

Es claro que este tipo de alteraciones bucales en neonatos son relativamente frecuentes, sin embargo, los resultados de este estudio contrastan incluso con los hallazgos encontrados en países de contextos similares, y si bien las causas de estas diferencias pueden ser amplias, la que más se sospecha podría estar relacionada con los criterios utilizados para realizar el diagnóstico de cada una de las patologías orales (Carrillo, 2017; Marcos-Pari, y Núñez-Lizárraga, 2014). La literatura menciona que la importancia de la comunicación interdisciplinaria entre neonatólogos y odontólogos es esencial para la detección temprana de las alteraciones bucales, las cuales resultan ser frecuentes, y el hecho de que exista una ausencia de guías clínicas concisas para su diagnóstico y tratamiento, genera en este tipo de discrepancias entre profesionales y múltiples dificultades al momento de la atención (Magaña et al., 2014).

La patología oral más prevalente en los neonatos estudiados fue la anquiloglosia con un 21,1%, que, a diferencia de los casos anteriores, si se considera un número alto, ya que la prevalencia más alta reportada correspondía al estudio ejecutado en el Principado de Asturias en el año 2013, donde la frecuencia correspondía al 12,11%. Esta diferencia también demuestra que es necesario unificar los criterios de diagnóstico, ya que existen discrepancias

que resultan en hallazgos tan variados en diferentes investigaciones; asimismo, queda clara la importancia de la exploración de la cavidad oral en los recién nacidos, especialmente en la presencia de anquiloglosia (González et al., 2014).

Diferentes artículos científicos son enfáticos al recomendar más investigaciones que evalúan las patologías orales en neonatos y su asociación con dificultades en la lactancia (González et al., 2014), asimismo, los resultados de este estudio encontraron que esta situación únicamente se daba de forma significativa en los recién nacidos con la presencia de perlas de Epstein ($p = 0,001$).

Este hallazgo carece de consistencia científica, ya que actualmente no hay evidencia que respalde esta asociación, no obstante, la literatura menciona que son comunes y se encuentran en el 75% al 80% de los recién nacidos, situación que tampoco coincidió con nuestro estudio (Council, 2015).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) es clara al mencionar la importancia de la duración de la lactancia materna, ya que está relacionada con el correcto desarrollo del bebé durante los primeros seis meses de vida; de esta forma, alteraciones como la anquiloglosia dificultan el funcionamiento de los mecanismos de succión-deglución, generando una limitación sobre los movimientos linguales impidiendo que el neonato pueda alimentarse de forma correcta, de hecho, los resultados de este tipo de estudio concuerdan con esta afirmación, ya que el total de bebés que presentaron anquiloglosia, el 84.8% tuvieron dificultad en la lactancia, una proporción alta que podría indicar una relación. (Magaña et al., 2014).

La principal recomendación es realizar estudios que indaguen sobre los conceptos básicos relacionados con estas alteraciones, para seguir evidenciando las problemáticas existentes, unificar los criterios de diagnóstico y relacionar estas alteraciones con lactancia de los recién nacidos, pero sobre todo para que esta información llegue a los profesionales de la salud encargados y de esta forma ellos puedan brindar la orientación adecuada a los padres y finalmente generar un plan de tratamiento adecuado para cada caso (Shivpuri et al., 2021).

11. Conclusiones

El desconocimiento sobre las alteraciones del desarrollo que se pueden presentar en la cavidad oral de los neonatos ha generado descuidos por parte de los odontólogos a la hora de examinar y diagnosticar importantes patologías en pacientes pediátricos recién nacidos. De igual forma, los hallazgos acerca de estas malformaciones que han sido reportados en la literatura son escasos.

Por tanto, con el presente estudio se buscó no solo identificar las patologías orales más prevalentes en los neonatos, sino que además se quiso resaltar su importancia y el impacto que generan en la población, para de esta manera, profundizar en el compromiso que tenemos los profesionales de la salud en la detección y tratamiento de estas manifestaciones.

Al examinar a los bebés recién nacidos en el Hospital Infantil Universitario de San José, se destaca la alta prevalencia de la anquiloglosia en la población de estudio, así como el altísimo porcentaje de neonatos con dificultades para recibir la lactancia. Sin embargo, los resultados del análisis no encontraron una relación directa entre las dos condiciones, por el contrario, observándose una posible influencia asociada a la presencia de perlas de Epstein, patología con una prevalencia mucho menor en el estudio.

Estos hallazgos pueden deberse a limitaciones del estudio como la necesidad de una muestra más amplia, o bien, a la inexperiencia de las madres que ocasionara problemas al momento de alimentar al bebé más allá de las condiciones orales de los mismos. Por esta razón, recomendamos continuar realizando investigaciones sobre las alteraciones orales en neonatos en el país y su influencia sobre la lactancia materna, ajustando los parámetros de los criterios diagnósticos y de recolección de datos.

12. Referencias bibliográficas

1. Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005 Nov-Dec;10(5):376-87.
2. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years'. *Oral Surgery, Oral Medicine*. 2014; 7 (1):126-136.
3. Bronoosh P, Kasraeian M, Ghazi B. Oral abnormalities in an Iranian newborn population. *Pediatric Dental Journal*. , 2014; 24(1):8-11.
4. George D, Bhat S, Hegde S. Karnataka State. Oral Findings in Newborn Children in and around Mangalore, . *Medical Principles and Practice*. 2013; 17(5):385-9.
5. Yilmaz A, Sarifakioglu E, Bilici M, Gorpelioglu C, Dogan D, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2013; 14(3):349.
6. Delaney JE, Keels MA. Pediatric oral pathology: Soft tissue and periodontal conditions. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47(5):1125-47.
7. Golikeri SS, Grenfell J, Kim D, Pae C. Pediatric Oral Diseases. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2020;64(1):229-40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.012>
8. Da Silva Barros CC, da Silva LP, Gonzaga AKG, de Medeiros AMC, de Souza LB, da Silveira ÉJD. Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population. *Clin Oral Investig*. 2019;23(4):1587-93.
9. Palomino M, Aguilar D. Perlas de Epstein, su distribución y frecuencia en recién nacidos vivos. Informe Científico. *Ceo.com. pe* [Internet]. [Consultado 2021 mar 30]. Disponible en: [http:// www.ceo.com.pe/005_revista_art04.htm](http://www.ceo.com.pe/005_revista_art04.htm)
10. Acevedo GO, Castillo CDS, De La Teja AE. Prevalencia de quistes de inclusión en recién nacidos. *Rev ADM* 1995;52(6):291-292.

11. Childers ELB, Fanburg-Smith JC. Congenital epulis of the newborn: 10 New cases of a rare oral tumor. *Ann Diagn Pathol* [Internet]. 2011;15(3):157–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2010.10.003>
12. Robles Andrade MS, Guerrero Sierra C. Alteraciones bucales del recién nacido. *Rev la Asoc Dent Mex*. 2014;71(3):115–9.
13. Pessôa CP, Alves TDB, Santos NCN dos, Santos HLR dos, Azevedo A de CS, Santos JN dos, et al. Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015;79(11):1865–71.
14. Taweewisit M, Tantidolthanes W, Keelawat S, Thorner PS. Paediatric oral pathology in Thailand: a 15-year retrospective review from a medical teaching hospital. *Int Dent J*. 2018;68(4):227–34.
15. Paula JDR, Dezan CC, Frossard WGT, Walter LRF, Pinto LMCP. Oral and facial inclusion cysts in newborns. *J Clin Pediatr Dent*. 2006;31(2):127–9.
16. Prosdócimo ML, Agostini M, Romañach MJ, de Andrade BAB. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro–Brazil over a 75-year period. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2018;23(5):e511–7.
17. Bessa CFN, Santos PBJ, Aguilar MCF, Do Carmo MAV. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004;33:17- 32
18. Boj J, Catalá M, Ggarcía Ballesta C, Mendoza A. Prevalencia de patologías orales. *Odontopediatría*. 2004;61:227–39.
19. Aldrigui JM, Silva PEd, Xavier FCA, Nunes FD, Bussadori SK, Wanderley MT. Mucocele of the lower lip in a 1-year-old child. *Pediatric Dental Journal* 2010;20(1):95-8
20. Nicole Chicurel, R., Guerrero Sierra, C., Robles Andrade, M., (2016), Manejo de los dientes natales y neonatales. Reporte de dos casos. Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México, *Revista ADM* 2016; 73 (2): 92-95.
21. Suárez Barrientos, E., López Fajerstein, D., Sanz Arrazóla, H., (2010), Síndrome De Pierre Robín, *Gac Med Bol V.33 N.1 Cochabamba*.
22. Caycedo-García, D.J (2013), Beneficios de la distracción mandibular en neonatos con apnea del sueño. *Cir. plást. iberolatinoam*. vol.39 no.4 Madrid oct./dic.
23. Viñals Iglesias, H.; Caballero Herrera, R. ; Sabater Recolons, M.M (1996). Pseudopatología lingual. *Avances en Odontoestomatología*; 12: 113-125.

24. Chacón-Moscoso, A., Baños-Lara, R., De La Hoz Perafán, R., (2016) Frenillo labial en el tratamiento de ortodoncia. ¿Su eliminación, antes o después del tratamiento?, revista Oral, 17(55): 1398-1403.
25. Monterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., García, N., (2019) Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 30, Issue 1, Pages 36-49.
26. Rojas Cairampoma, M., (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria, vol. 16, núm. 1, pp. 1-14 Veterinaria Organización Málaga, España.
27. Buendía, L., Colás, P. y Hernandez, F., (2001). Métodos de investigación en Psicopedagogía. Madrid: McGraw-Hill
28. Chegg, (2021), <https://www.chegg.com/flashcards/patologia-oral-en-pacientes-pediatricos-0702eed7-051e-42df-bbb1-67c894a2e2cf/deck>
29. De la Teja, A., López-Fernández, R., Durán-Gutiérrez, L., Cano-de Gómez, A., Téllez-Rodríguez, J., (2011). Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediatr Mex 2011;32(6):355-356.
30. Magaña Pérez, M., Robles Andrade, M., y Guerrero Sierra, C., (2014). Alteraciones bucales del recién nacido. Oral disorders in the newborn. Revista ADM 2014; 71 (3): 115-119
31. Alvarez Herrera, B. A. (2019-08). Tesis. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44131>
32. Herrera J., y Rico Cordero, L., (2019) Prevalencia De Patologías En Tejidos Blandos En Niños De 0 A 5 Años Que Asisten A La Clínica Odontológica De La UCC Campus Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Odontología Villavicencio
33. Ventiades F. J., Tattum B. K., (2006), Patología Oral del Recién nacido, Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, *versión On-line* ISSN 1024-0675, Rev. bol. ped. v.45 n.2 La Paz.
34. Angulo-Espinoza MA, de la Teja Ángeles E, Durán-Gutiérrez A. (2013) El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex 2013;34:196-204.

35. Abad Cauti J, Frecuencia de alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el HONADOMANI "San Bartolomé"- 2016. Universidad nacional mayor de san marcos facultad de odontología. TESIS Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima – Perú
36. Rendón-Macías M, Serrano-Meneses G. Physiology of nutritive sucking in newborns and infants. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011;68(4):319-327.
37. González-Herrera M, Caracterización anatómica del frenillo lingual en recién nacidos y su relación con la lactancia materna. Universidad de Carabobo facultad de odontología. Valencia, Venezuela 2016.
38. Spouge, J, & Feasby W. Erupted teeth in the newborn. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 22:198- 208, 1966.
39. Schour , I. & Massler, M. Development of the human dentition. *J. Am. Dent. Assoc.*, 28:1153-60, 1941.
40. Hebling J, Zuanon ACC, Vianna DR. Dente Natal: A case of natal teeth. *Odontología Clínica*. 1997;7(1):37-40.
41. Kotlow L, Ankyloglossia (tongue-tie) (2004): A diagnostic and quandary. Pág 259-262.
42. González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez MT, Rodríguez Pando MC, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *An Pediatría [Internet]*. 2014 Aug.
43. Shivpuri, A., Mitra, R., Saxena, V., & Shivpuri, A. (2021). Natal and neonatal teeth: Clinically relevant findings in a retrospective analysis. *Medical journal, Armed Forces India*, 77(2), 154–157.
44. Carrillo Hinojosa, O. M. (2017). Prevalencia de alteraciones bucales del recién nacido, en Quito-Ecuador (Master's thesis, Quito: UCE).
45. Marcos-Pari, J., & Núñez-Lizárraga, M. E. (2014). Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses del Instituto Nacional de Salud del Niño. *Odontología sanmarquina*, 17(2), 67-71.
46. Council, O. (2015). Guideline on management considerations for pediatric oral surgery and oral pathology. *Am Acad Pediatr Dent*, 37(6), 279-288.

13. Anexos

- Cuadro de patologías orales que se realizó para el consenso:

DEFINICIÓN	IDENTIFICACIÓN	TRATAMIENTO	FOTOGRAFÍAS
<p>NÓDULOS DE BOHN: Pequeños remanentes de glándulas salivales constituidas por epitelio plano estratificado y un trama de tejido conectivo fibroso.</p>	<p>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.</p>	<p>No requieren tratamiento, involucionan con el tiempo. Solo se recomienda el masaje digital suave y la observación</p>	 <p>Fuente: (Odontoespacio, 2019)</p>
<p>PERLAS DE EPSTEIN: Derivadas de las células ectodérmicas residuales que los cubren y su contenido es queratina.</p>	<p>Tumoraciones quísticas pequeñas 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.</p>	<p>No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas. Involucionan solos.</p>	 <p>Fuente: (Odontoespacio, 2019). Fuente: (Propia)</p>
<p>QUISTES DE LA LAMINA DENTAL:</p>	<p>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.</p>	<p>se recomienda el masaje suave para la involución, si el volumen es exagerado se sugiere la marsupialización.</p>	 <p>Fuente: (Odontoespacio, 2019)</p>
<p>GRANULOS DE FORDYCE: glándulas sebáceas que se encuentran en la mucosa oral, o porción lateral del bermellón del labio superior.</p>	<p>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.</p>	<p>No requiere tratamiento</p>	
<p>DIENTES NATALES: 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).</p>	<p>Estos dientes erupcionan prematuramente, sin formación radicular, con pulpa dental amplia y muy vascularizada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>CLASIFICACIÓN: SEGÚN HEBBLING, 1997:</p>			
<p>CATEGORÍA 1:</p>	<p>Corona mal fijada a los alvéolos por el tejido gingival y ausencia de raíz.</p>	<p>TRATAMIENTO: Por la movilidad y para que no lo pase: -Extracción</p>	 <p>Fuente: Tomado de (Souza et al., 2011)</p>
<p>CATEGORÍA 2:</p>	<p>Corona mal fijada a los alvéolos por tejido gingival y poca o ausencia de raíz.</p>	<p>TRATAMIENTO: Si se presenta molestia al lactar: - Extracción</p>	 <p>Fuente: Tomado de (Nicole et al., 2016)</p>
<p>CATEGORÍA 3:</p>	<p>Erupción del borde incisal de la corona a través del tejido gingival.</p>	<p>TRATAMIENTO: Si presenta ulcera en lengua: - Observación - Desgaste de los bordes incisales</p>	 <p>Fuente: Tomado de (Nicole et al., 2016)</p>
<p>CATEGORÍA 4:</p>	<p>Edema del tejido gingival con diente sin erupcionar, pero palpable.</p>	<p>TRATAMIENTO: - Controles cada mes</p>	 <p>Fuente: Tomado de (Tawevisit et al., 2018)</p>

MICROGNATIA:

Es una disminución de la mandíbula provocada por una deficiencia de crecimiento de los cóndilos.

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 desdruce 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 (Ventades 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.

**CLASIFICACIÓN:
Según Kotlow**

1. Tipo I:

Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.

TRATAMIENTO:
Si no presenta dolor o dificultad a la lactancia:
- Observación



Fuente: Tomado de (Propia)

2. Tipo II:

Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de la punta hasta cerca del surco alveolar.

TRATAMIENTO:
Si se presenta molestia al lactar:
- Frenotomía



Fuente: Tomado de (Chegg, 2021)

3. Tipo III:

Frenillo grueso, fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.

TRATAMIENTO:
Quirúrgico
- Frenotomía

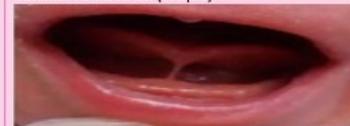


Fuente: Tomado de (Propia)

4. Tipo IV:

El 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.

TRATAMIENTO:
Quirúrgico
- Frenotomía



Fuente: Tomado de (Chegg, 2021)

- Fotografías de las patologías orales encontradas en recién nacidos:

21 DE ABRIL DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO IV IAN SUAREZ - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV NOAH JEREZ - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III ANDRES SANCHEZ - 4 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN MARÍA SANTANA - 6 DÍAS
27 DE ABRIL DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO I DANNA TRUJILLO - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III MATÍAS BELTRAN - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV MARÍA GARCÍA - 3 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III ANGEL ARGMEDO - 4 DÍAS
28 DE ABRIL DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO II LUCIANA VARGAS - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV JACOBO HERNÁNDEZ - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV LIAM PARRA - 3 DÍAS	
29 DE ABRIL DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III EMYLIA SARMIENTO - 2 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III EMILIA DAZA - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III EIMMY SILDARIAGA - 3 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III SARAY RODRÍGUEZ - 3 DÍAS
02 DE MAYO DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO IV LESLI TORO - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV Y NÓDULOS DE BOHN ANY GARCÍA - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III IAN TRUJILLO - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III LIA GAMBOA - 4 DÍAS
05 DE MAYO DEL 2022/		06 DE MAYO DEL 2022	
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III ANGEL SANCHEZ - 2 DÍAS	OTRAS MALF... MICROGNATIA EMILIANO GARRIDO - 3 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III VICTORIA BERNAL - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV JUAN PICO - 3 DÍAS

10 DE MAYO DEL 2022



ANQUILOGLOSIA TIPO IV
ISABELLA PARRA - 5 DÍAS

11 DE MAYO DEL 2022



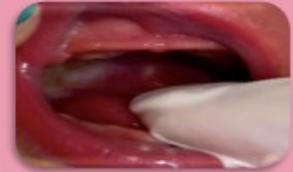
ANQUILOGLOSIA TIPO I
PERLAS DE EPSTEIN
SERGIO PULIDO - 5 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
WILLIAM CASTRO - 5 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
ALAN PULIDO - 5 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
SAMARA WILSON - 8 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
CAROLINE JAIMES - 4 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
MARIA MONROY - 4 DÍAS

12 DE MAYO DEL 2022



NÓDULOS DE BOHN
SAMUEL LOAIZA - 4 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
MATEO CÁRDENAS - 3 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO IV
WILLIAM CASTRO - 3 DÍAS

16 DE MAYO DEL 2022



ANQUILOGLOSIA TIPO II
DILAN RAMIREZ - 5 DÍAS

17 DE MAYO DEL 2022



DIENTE NATALES CATEGORÍA IV
THIFFANY CASTAÑEDA - 3 DÍAS

26 DE MAYO DEL 2022



ANQUILOGLOSIA TIPO I
SAMIR OBANDO - 5 DÍAS

31 DE MAYO DEL 2022



QUISTE DE LA LAMINA DENTAL
YOHEL SILVA - 11 DÍAS

13 DE JUNIO DEL 2022

			
ANQUILOGLOSIA TIPO IV PERLAS DE EPSTEIN ELLEN MAVIS - 6 DÍAS	PERLAS DE EPSTEIN MARIANA BERROCA - 11 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV PERLAS DE EPSTEIN JOHAN LEON - 8 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO II IAN PEREZ - 5 DÍAS
			
PERLAS DE EPSTEIN CERON ROJAS - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO II EIMY SÁNCHEZ - 8 DÍAS	QUISTE DE LÁMINA DENTAL EIMY SÁNCHEZ - 8 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO IV EMILY ALFONSO - 5 DÍAS
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III ISABELLA MARÍAN - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO II NÓDULOS DE BOHN ADAM FRANCOIS - 6 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO I NÓDULOS DE BOHN JERÓNIMO PIRA - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III STERLING FRANCO - 9 DÍAS

14 DE JUNIO DEL 2022

			
ANQUILOGLOSIA TIPO II THIAGO GÓMEZ - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III JUAN RAMOS - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO II NÓDULOS DE BOHN EVELYN MORALES - 8 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III PERLAS DE EPSTEIN MARTÍN SANDOVAL - 5 DÍAS
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III ANTONELLA MELO - 5 DÍAS	QUISTE DE LA LÁMINA DENTAL NICOLAS RIVERA - 5 DÍAS		

15 DE JUNIO DEL 2022

			
NÓDULOS DE BOHN NAHIA ARANGUA - 3 DÍAS	PERLAS DE EPSTEIN ISABELLA BENAVIDES - 6 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III RACHEL BOHORQUEZ - 5 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO I THIAGO SORLOZANO - 3 DÍAS

			
NÓDULOS DE BOHN THIAGO SORLOZANO - 3 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III IAN LOZANO - 5 DÍAS	PERLAS DE EPSTEIN MIA SAUMET - 5 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN ISABELLA BENAVIDEZ - 6 DÍA
16 DE JUNIO DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III LIAM ROJAS - 5 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN LIAM TROCHEZ - 4 DÍAS		
17 DE JUNIO DEL 2022			
			
PERLAS DE EPSTEIN SEBASTIAN CAPERA - 4 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO II MIA MUÑOZ - 4 DÍAS		
21 DE JUNIO DEL 2022			
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III VICTOR FERNÁNDEZ - 6 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN DOMINIC MELÉNDEZ - 6 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN ADONELA PUENTES - 6 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN JERÓNIMO QUESADA - 6 DÍAS
			
NÓDULOS DE BOHN VALENTINA QUIROGA - 5 DÍAS	NÓDULOS DE BOHN ANQUILOGLOSIA CLASE II VALERIA CASTRO - 3 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III VICTORIA CASTRO - 3 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III MARTÍN - 7 DÍAS
22 DE JUNIO DEL 2022		23 DE JUNIO DEL 2022	
			
ANQUILOGLOSIA TIPO III MARIANA TRIVIÑO - 6 DÍAS	ANQUILOGLOSIA TIPO III LIAM ANDRES - 6 DÍAS		ANQUILOGLOSIA TIPO II ANA GÓMEZ - 5 DÍAS

28 DE JUNIO DEL 2022



ANQUILOGLOSIA TIPO II
LIAM BELEÑO - 7 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
GABRIEL GUZMÁN - 7 DÍAS

29 DE JUNIO DEL 2022



PERLAS DE EPSTEIN
DAVID MAYA - 7 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
DANA VILLAMIL - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO II
DOMINIC GÓMEZ - 6 DÍAS

30 DE JUNIO DEL 2022



NÓDULOS DE BOHN
ELISA GONZALEZ - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO IV
DIEGO CÓRDOBA - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
NÓDULOS DE BOHN
MARIANA AMAYA - 5 DÍAS



NÓDULOS DE BOHN
LIAM BARRERA - 5 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO II
ISAÍAS - 7 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
MARTÍN ÁLVAREZ - 5 DÍAS

06 DE JULIO DEL 2022



NÓDULOS DE BOHN
JUAN TERÁN - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO II
ELY RIVERA - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO II
KAROLINE LLANOS - 6 DÍAS

07 DE JULIO DEL 2022



NÓDULOS DE BOHN
SARA TIPAS - 5 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO I
JUAN ARENAS - 7 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
JUAN ZAPATA - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO IV
CATALINA SÁNCHEZ - 7 DÍAS

11 DE JULIO DEL 2022



NÓDULOS DE BOHN
JHOAN BARRERO - 8 DÍAS



NÓDULOS DE BOHN
MATEO BELEÑO - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
EIMY RAMÍREZ - 9 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
ELIAN SOTO - 6 DÍAS

12 DE JULIO DEL 2022



PERLAS DE EPSTEIN
LINDA MEDINA - 8 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO II
AMY CORTES - 15 DÍAS



NÓDULOS DE BOHN
ANGEL SANTIAGO - 8 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
EMILIO MUÑOZ - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO II
ANDRES DÍAZ - 10 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO IV
DAVID LAMBY - 6 DÍAS

13 DE JULIO DEL 2022



ANQUILOGLOSIA TIPO IV
ARON JIMENEZ - 7 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
ABBIE YEPES - 6 DÍAS



ANQUILOGLOSIA TIPO III
NAIBY RUIZ - 7 DÍAS



PERLAS DE EPSTEIN
AARON DAVID - 7 DÍAS