



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

CARRERA CIRUJANO DENTISTA

**FRECUENCIA Y TIPO DE ALTERACIONES
BUCODENTALES DEL RECIÉN NACIDO EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DE OCTUBRE DEL 2006 A
MAYO DEL 2007.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N:
CLAUDIA ASCENCIO TREJO
ESLI PAMELA FLORES FELIPE**

**DIRECTORA:
C.D. MA. CLEMENTINA SOTO SÁMANO**

**ASESORA:
C.D. PATRICIA MUÑOZ CERVANTES**

MEXICO, DF

2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

C.D. M^a. CLEMENTINA SOTO SAMANO:

Nuestra inmensa gratitud por haber contado con el apoyo de una profesional excelente, en todos los sentidos gracias por su dedicación, paciencia, apoyo incondicional, sabios consejos, sus valiosas sugerencias y acertados aportes así como su asistencia general para guiar esta Tesis sin las cual no hubiera sido posible concluiría.

C.D. PATRICIA MUÑOZ CERVANTES:

Por su generosidad al brindarnos la

oportunidad

de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de esta Tesis, Por todo lo que nos dio durante todo un año, gracias a usted, tantas dudas resueltas, tantas preguntas respondidas, tanta confusión iluminada por su Sabiduría eternamente gracias.

A LOS SINODALES:

C.D. Luis Enrique Salgado Valdés.

C.D. Martha Mares Valdez.

C.D. Fabiola Beltrán Paz.

Quienes revisaron con paciencia esta Tesis y contribuyeron con aportes para la mejora de la misma.

Y a todas aquellas personas que de una u otra

forma,

colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivos nuestros más sinceros agradecimientos.

Dr. Antonio Guerrero (jefe del área de Ginecología del Hospital General de México).

C.D. Gonzalo López (Ortodoncista del área de Pediatría del Hospital General de México).

C.D. Martha Fernández (Ortodoncista del área de Pediatría del Hospital General de México).

C.D. Margarita Torres (Odontopediatra del área de Pediatría del Hospital General de México).

C.D. Guadalupe Rivas (Odontopediatra del área de Pediatría del Hospital General de México).

Esto representa el final de una de las etapas más importantes de nuestra vida y el inicio de otra que será aun más enriquecedora.

A DIOS:

*Por ser todopoderoso y maravilloso al darme vida,
salud física y mental, brindándome la oportunidad
grandiosa de contar con su ayuda a lo largo de mi existencia,
al tomar el control de mi camino colocando así cada pieza
del rompecabezas en el lugar y en el momento adecuado
para alcanzar la culminación final de mi formación académica.*

A FERNANDO Y ROSARIO:

*Mis padres porque día a día me han llenado de amor,
cariño, ternura y apoyo incomparable quienes sin
escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado
una parte de su vida para formarme y educarme con principios,
valores y sentimientos que me conduzcan por el buen
camino para alcanzar mis metas y ser una triunfadora,
por todo esto les entrego este éxito, es de ustedes,
es su obra, gracias por darme esa confianza que han depositado en mi,
gracias a no dejarme caer nunca y por compartir logros y tropiezos,
es que juntos hemos logrado esto. LOS AMO*

A DALAN Y DANIEL Y

*Gracias mis niños porque no se imaginan
todo lo que provocan en mí, en los momentos
difíciles bastaba solo una sonrisa, un abrazo o
una palabra no muy clara por su corta edad, para yo seguir
adelante y darme cuenta que solo era eso, un momento difícil
y que tendría que pasar.*

A SAID:

*Por todo lo maravilloso que hemos compartido
a lo largo de 9 años, sobretodo por ser el compañero,
amigo, confidente y el amor de mi vida, gracias
por estar conmigo en todo momento sea bueno o malo,
gracias por escucharme y por tus consejos, por cierto de gran
ayuda en esos momentos difíciles, gracias por tu apoyo personal
para concluir esta Tesis y alcanzar una de las tantas metas
que tenemos juntos.*

*Dedicada para la mujer más maravillosa;
A quien le debo lo que soy: Mi madre.
Con cariño para Rosario Trejo Roldán.*

Claudia Ascencio Trejo

A Dios:

*Por la bendición de darme la vida,
por guiar mi camino de dicha y dulzura, por lo que de mi ser haz hecho,
por mis sueños logrados, por todo cuanto me das yo te doy gracias señor.*

A mi Padre y Madre:

*Porque sus brazos siempre se abrían cuando quería un abrazo,
porque su corazón intuía cuándo necesitaba comprensión.
Porque sus ojos tiernos se endurecían cuando me hacía falta una lección.
Son las únicas personas del mundo, que siempre están de forma incondicional.
Si me equivoco, me acogen, si los demás no pueden conmigo, me abren una puerta.
Si estoy feliz, celebran conmigo. Si estoy triste, no sonríen hasta que me hacen reír.
Son capaces de dar todo sin recibir nada. De querer con todo su corazón
sin esperar nada a cambio.
Porque gracias a su fuerza y su amor me guiaron y me dieron alas para volar.*

A mis hermanos:

*Por su indudable colaboración y apoyo recibido en el transcurso de mis estudios,
y por todo el amor y cariño que me han brindado durante toda mi vida.
Por estar conmigo en los momentos que me hacen falta.*

A Diego:

*Por la paciencia que has tenido cuando me
encontraba en mis ratos de estrés y locura.
Porque de forma constructiva me hacías ver mis errores
y me orientas a seguir la senda del buen camino.
Porque sigues confiando en mi cuando a veces yo
ni siquiera confiaba en mi.
Porque aun cuando llegaba al fondo de la desesperación
tu siempre te encontrabas a mi lado sin abandonarme,
porque siempre me miras con dulzura, hermosura y amor*

Porque ustedes representan el símbolo de mi amor. Con mucho cariño

Esli Pamela Flores Felipe

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.....	1
I. TÍTULO	4
II. INTRODUCCIÓN.....	5
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. MARCO TEÓRICO.....	8
V. GLOSARIO.....	29
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
VII. HIPÓTESIS.....	31
VIII. OBJETIVOS.....	32
IX. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS.....	33
X. RECURSOS.....	38
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40
XII. RESULTADOS	41
XIII. DISCUSIÓN.....	47
XIV. CONCLUSIÓN.....	50
XV. REFERENCIAS.....	51

II. INTRODUCCIÓN

En el recién nacido pueden encontrarse alteraciones bucodentales simples que no requieran de un tratamiento odontológico, sin embargo se pueden presentar otras, que si bien no representan un mayor riesgo para la vida del recién nacido si será necesario de la intervención médica oportuna, así como de evaluaciones a lo largo del desarrollo del neonato.

En ambos casos es necesario que el diagnóstico sea realizado en esta etapa, y es fundamental que en el equipo de la salud que se le proporcione a la madre y el recién nacido se incorpore la participación del Cirujano Dentista.

Esta colaboración es importante ya que el Cirujano Dentista es el especialista que conoce las características de la cavidad bucodental y por lo tanto la persona idónea para realizar la valoración odontológica del recién nacido detectando las alteraciones que pueden presentarse; de esta forma se contaría con un diagnóstico y tratamiento oportuno.

También es conveniente señalar que las investigaciones sobre este tema en nuestro país son escasas, probablemente por que la mayoría de estas lesiones no representan un problema de salud que ponga en riesgo la vida del recién nacido, y muchas ocasiones no se emite un diagnóstico de las mismas y pueden pasar desapercibidas.

Por todo lo anterior se realiza esta investigación que tiene como finalidad identificar cuál es la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales en el recién nacido.

III. JUSTIFICACIÓN

En la cavidad bucodental del recién nacido se pueden presentar alteraciones bucodentales tales como dientes natales, nódulos de bohn, perlas de epstein y ulcera de riga-fede; hasta más complejas como labio y paladar hendido.

Las referencias nos indican en este aspecto que los dientes Natales tienen una frecuencia de 1 en cada 2000 nacimientos y esta alteración puede dar como consecuencia secundaria a la Ulcera de Riga-Fede; mientras que los Nódulos de Bohn, se encuentran en un 92% de los recién nacidos, las Perlas de Epstein se reportan con una prevalencia del 80%.¹

De igual forma los datos estadísticos nos indican para labio y paladar hendido un índice de 1 caso de labio y paladar fisurado en cada 1.000 nacimientos; sin embargo que el paladar fisurado se presenta 1 en cada 2.500 nacimientos.²

En este sentido es importante señalar que estos informes provienen de estudios realizados en otros países, en virtud de que los estudios en nuestro país, las investigaciones en este ámbito son escasos.

Por otro lado es conveniente destacar que la valoración médica del recién nacido es efectuada generalmente por el médico general, residentes o enfermeras, quienes no brindan la importancia adecuadas a la exploración de la cavidad bucodental; cabe mencionar que son pocos los casos que son remitidos al pediatra u odontopediatra; por lo tanto sería conveniente que el Cirujano Dentista participara en el equipo de salud ya que con ello se podría emitir un diagnóstico pertinente al respecto para el tratamiento correspondiente y la orientación a los padres de familia.

Cabe mencionar que en el Hospital General de México O.D. esta revisión es efectuada la mayoría de las veces por el Pediatra Neonatólogo, sin embargo el número de nacimientos es elevado, y se le brinda una atención urgente a las alteraciones de mayor riesgo para el recién nacido.

Por todo lo anterior en el área de odontopediatría del Hospital General de México O.D. se realiza esta investigación con el propósito de identificar cuál es la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales que se presentan en los recién nacidos durante el periodo comprendido de Octubre del 2006 a Mayo del 2007.

IV. MARCO TEÓRICO

En la cavidad bucodental del recién nacido se pueden presentar alteraciones bucodentales tales como: dientes natales, nódulos de bohn, perlas de epstein, ulcera de riga-fede hasta más complejas como el labio y paladar hendido.

El diagnóstico de estas alteraciones es importante en esta etapa, ya que en algunas el tratamiento puede ser simple, en otros casos puede requerir de intervenciones más complejas; sin embargo la detección oportuna es necesaria para poder aplicar el tratamiento pertinente en cada alteración.

También estas alteraciones para los padres del recién nacido son situaciones de alarma por el desconocimiento de las misma, por tal motivo se requiere la orientación por parte del profesional del área de la salud.

A continuación presentamos la información teórica que nos va a permitir precisar el problema y la hipótesis en esta investigación.

1.- Características generales del Recién Nacido.

Podemos definir al recién nacido vivo como la expulsión o la extracción de un niño (a) de la madre con un peso superior a 500 gramos, que respira y presenta latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios.

Después del nacimiento el recién nacido es recibido por el ginecólogo, quien lo canaliza al médico pediatra, el cual se encarga de proporcionar los cuidados necesarios. Inicia con el secado de la piel con frazadas para eliminar el líquido

amniótico y prevenir la pérdida de calor por evaporación y tensión por el frío; continua con el calentamiento del neonato, envolviéndolo en sábanas, esto es importante ya que la exposición al frío produce una respuesta fisiológica peligrosa como la vasoconstricción y consumo de oxígeno; enseguida realiza la limpieza de vías aéreas, aspirando las flemas de nariz y boca con una perilla, se debe realizar con precaución para no producir bradicardia, por reflejos vagales sobretodo en la aspiración profunda de la bucofaringe. Cabe mencionar que la permeabilidad de vías aéreas no debe sobrepasar los 10 segundos para evitar una hipoxia cerebral.

Posteriormente se continúa con el examen físico el cual incluye lo siguiente:

- **Frecuencia respiratoria:** En el recién nacido es de 40 a 60 respiraciones por minuto.
- **Frecuencia cardíaca:** Se realiza una valoración, los valores normales en el recién nacido son de 120 a 160 latidos por minuto.
- **Color de la piel:** En un niño sano debe de ser de color rosa, si se torna icterico indica valores de bilirrubina altos y si la coloración es cianótica indica un trastorno cardiorrespiratorio.
- **Tamaño, forma y simetría de la cabeza:** En un niño normal es de 34 centímetros, aunque puede estar más grande de lo normal debido a la presión ejercida antes o durante el canal de parto; se miden fontanelas, la anterior tiene dimensiones de 1-4 centímetros; la posterior es menor a 1 centímetro. Cabe mencionar que la tercer fontanela solo es palpable en recién nacidos con Síndrome de Down.
- **Tronco:** Se aprecia en los recién nacidos un cuello corto y ancho, hombros pequeños y caídos.

- **Abdomen:** Este debe ser de apariencia plana, blanda y deprecible, la distensión del abdomen puede indicar alguna lesión u obstrucción.
- **Extremidades:** Las manos se encuentran con los puños cerrados, uñas delgadas y las líneas de las palmas se observan finas y con pliegues profundos; las piernas están frecuentemente flexionadas contra el abdomen, y al extenderlas son mas cortas en comparación a los brazos.
- **Genitales:** En el sexo masculinos se revisa que no exista deformidad, presencia de hernias, que el escroto este adherido al glande, también es importante descartar la presencia de hipospadias. En el sexo femenino se revisan los labios mayores, los labios menores, y el clítoris, la característica normal del himen es que este perforado. En esta valoración también se descarta que existan genitales ambiguos.^{3,4}

De igual forma en esta revisión otro parámetro que se utiliza para evaluar el estado clínico del recién nacido es el Apgar, escala numérica que va de 0 a 10.

En esta escala los signos a valorar son latidos cardiacos, respiración, tono muscular, irritabilidad, y color de la piel, para cada uno se emite un calificación.

(Tabla 1)

Tabla: 1

Escala Apgar

signo	0	1	2
Latido cardiaco	Ausente	Lento < 100	Mas de 100
Respiración	Ausente	Lento, irregular	Llanto
Tono muscular	Flácido	Flexión	Movimientos activos
Irritabilidad	No hay respuesta	Muecas	Llanto Tos
Color	Azuloso pálido	Cuerpo rosado Extremidades Azules.	Totalmente rosado

Fuente: Tricia Lacy G. Neonatología.

1992.

Este parámetro consiste en dar puntuaciones a los diferentes signos revisados, al final se suman todos los valores asignados, y de acuerdo a las puntuaciones obtenidas se determina lo siguiente:

- Una suma de 7 a 10 se considera al recién nacido como sano.
- Si la suma es 4 a 7 se considera que es necesario implementar acciones de reanimación.
- Si la calificación es menor a 3 se considera que el recién nacido tiene el riesgo de una parálisis cerebral.

Generalmente esta valoración se realiza al minuto de haber nacido y, se repite a los 5 y 10 minutos posteriores.^{5,6}

Por lo que respecta a la cavidad bucodental las características normales en el recién nacido son una boca húmeda y rosada, con escasa producción de saliva,

paladar y reborde alveolar intactos, lengua móvil con frenillo corto, presencia de reflejo de búsqueda, succión, deglución, náuseas y llanto vigoroso.

En los labios del recién nacido sano se puede observar una línea de demarcación entre la piel y la mucosa, una apariencia normal surcada y una delgada capa de epitelio superficial fácilmente desprendible que forma una elevación a la que se le describe como callo de succión y un paladar cerrado.⁷

2.- Alteraciones Bucodentales en el recién nacido.

Existen diferentes tipos de alteraciones bucodentales en el recién nacido y pueden ser sin valor patológico ya que no necesitan tratamiento porque desaparecen a lo largo del crecimiento; en otros casos, puede tratarse de alteraciones que, estrictamente son consideradas y clasificadas como patologías. A continuación se realiza la descripción de las alteraciones bucales.

8

2.1. Nódulos de Bohn:

Son formaciones circunscritas submucosas, sólidas palpables de una coloración blanquecina que miden de 2 a 3 mm de diámetro, su localización es únicamente a lo largo de la zona vestibular y palatina del reborde alveolar; a diferencia de las perlas de epstein las cuales van a estar situadas solo en el paladar.⁹ (Figura 1)

Figura 1

Titulo: Nódulos de Bohn



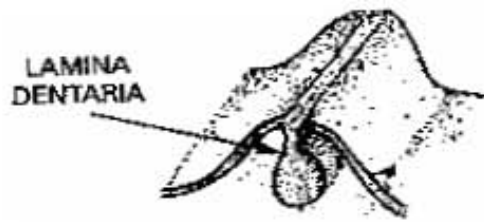
Fuente: Ascencio Trejo C., Flores Felipe E P 2006.

Esta alteración también se le conoce como quiste de la lamina dental, ya que proliferan fragmentos de ésta en la mucosa del reborde alveolar después de la formación de los dientes, dando como resultado la formación de pequeños quistes queratinizados.¹⁰

La formación de la lámina dental ocurre alrededor de la sexta semana de gestación que es cuando se produce la diferenciación de la lámina dental, listón dentinario, primer signo de los órganos dentarios deciduos y permanentes, a este proceso se le conoce como odontogénesis. ¹¹ (Figura 2)

Figura 2

Titulo: Esquema de lamina dentinaria.



Fuente: Gomez de Ferraris. Histología y Embriología Bucodental. 2002.

Las referencias reportan que esta alteración se presenta en 1 de cada 10 nacimientos y es más frecuente en el sexo femenino, no requieren tratamiento puesto que desaparecen en los primeros meses de vida, a pesar de que algunos pueden crecer. ¹²

2.2. *Perlas de Epstein:*

Son pequeñas y múltiples formaciones quísticas y epiteliales, blanco grisáceas y amarillentas, las cuales contienen proteínas, se localizan en el rafe del paladar duro; a diferencia de los nódulos de bonh, que se encuentran a lo largo de la zona vestibular. (Figura 3)

Figura 3

Título: Perlas de Epstein



Fuente : Ascencio Trejo C., Flores Felipe E P 2006.

Esta alteración se encuentra presente en un 80% de los neonatos. No se requiere tratamiento, ya que los quistes se rompen espontáneamente durante los primeros 5 meses de vida ^{13, 14, 15}

2.3. *Dientes Natales:*

Son aquellos que están presentes en la cavidad bucal al momento del nacimiento, no se conoce una etiología concreta sobre esta alteración, generalmente se le asocia a otros factores tales como: origen hereditario, hipovitaminosis, síndromes

como la Displasia Condroectodérmica y a posición superficial del germen dentario. ^{16, 17, 18} (Figura 4)

Figura 4

Título: Dientes Natales



Fuente: Ascencio Trejo C., Flores Felipe E P 2006.

También en investigaciones experimentales realizadas en animales se reporta que las secreciones de diversos órganos endocrinos (tiroides, suprarrenales y gónadas) pueden alterar el grado de erupción de los dientes; además, se ha sugerido que en algunos casos de erupción temprana en humanos puede haber una alteración endocrina mal definida.¹⁹

En relación a esta alteración generalmente erupcionan uno o dos dientes, siendo característico los incisivos centrales mandibulares.²⁰

Clínicamente son dientes más pequeños con un esmalte irregular están fijados al alveolo por un tejido conectivo fibroso. Pueden erupcionar en una buena posición y con poca movilidad o inclinados y movibles. El diagnóstico diferencial más importante se basa en discernir si pertenecen a una serie normal o a dientes supernumerarios. Ya que es importante mencionar que embriológicamente la lamina dentaria, forma varios brotes redondeados, diez por cada arco alveolar, cinco por cada cuadrante; que corresponde a los primordios de los dientes temporales.

El tratamiento de estos dientes depende de su inclinación, movilidad, origen; para esto se debe tomar una radiografía después de haberse realizado la observación clínica para discernir si este diente pertenece a la dentición primaria o solo es un diente supernumerario. Ya que la mayoría se encuentra insertados solamente en la gingiva van a presentar una movilidad, esto representa una preocupación, puesto que estos dientes pueden ser engullidos o aspirados causando complicaciones de la vía aérea o digestiva, en este caso lo recomendable es la exodoncia, en la cual es necesario esperar a que pasen 10 días para que el recién nacido forme vitamina K, factor importante para la formación del coágulo.

Esta se realiza con anestesia local en brazos del padre o de la madre en posición de rodilla-rodilla, e inmediatamente después de la exodoncia se indica a la madre dar de amantar al bebé para disminuir la angustia y favorecer la cicatrización. En el caso que pertenezca a la serie normal y se encuentren bien implantados deberán conservarse, pulirlos de existir algún ángulo y realizar fluoroterapia casera con fluoruro de sodio al 0.02%, si el caso lo requiere.^{21, 22}

La prevalencia de dientes Natales es baja. Leung llevo acabo un estudio retrospectivo de registros hospitalarios sobre 50.892 niños nacidos en Calgary, Alberta.

Estos registros identificaron 15 niños con dientes natales con una prevalencia de 1 en 3.392 nacimientos.²³

Otra investigación realizada en año de 1984 en el Hospital de Boston en EE.UU. por George A. Kates y colaboradores sobre dientes Natales y

Neonatales refiere que de 18. 155 nacimientos 13 tuvieron dientes Natales y que de estos el 66% fue del sexo femenino con una minoría de 31% del sexo masculino, y en cuanto su localización se encontró que del 80 al 90% se presentan los incisivos centrales inferiores.²⁴

Por otro lado en el Hospital Materno de Paris se hizo un estudio prospectivo encontrando 1 caso de dientes natales por cada 6. 000 nacidos.²⁵

También otro estudio prospectivo de dientes natales y neonatales en el periodo de 1985 y 1986 fue realizado en el servicio de estomatología del Instituto Nacional de Pediatría, por Dra. Maria Elena Llarena del Rosario y colaboradores y se obtuvieron los siguiente resultados de 21 pacientes 57% pertenece al sexo femenino y 43% al sexo masculino.

El total de dientes fue de 35, de los cuales 32 resultaron dientes natales (94%) y 3 neonatales (6%). Con antecedentes heredofamiliares se presentaron 6 niños (29%) y 15 pacientes (71%) negaron que algún miembro de la familia hubiera tenido esta anomalía.

De los 21 niños estudiados el 52% resultaron aparentemente sanos el 48% presentaron los siguientes diagnósticos de base: hidrocefalia, ictericia, labio y paladar hendido, síndrome de Silver-Rosell, diarrea crónica y cardiopatía congénita.^{26, 27}

2.4. Ulcera de riga-fede:

Es una lesión circunscrita de la mucosa que se caracteriza por la perdida de epitelio. Esta ulcera se presenta cuando algún ángulo agudo de los dientes incisivos inferiores provoca traumatismos mecánicos en la parte ventral de la lengua, accidentales secundarios a los continuos movimiento protusivos y retrusivos al momento de la lactación. También puede producir una laceración en la glándula mamaria de la madre. (Figura 5)

Figura 5

Titulo: Ulcera de Riga-fede.



Fuente: Cameron Agus. Manual de Odontología pediátrica. 2000.

El tratamiento consiste en rebajar los bordes incisales de los dientes o colocar cubiertas de composite sobre ellos. Ocasionalmente cuando se presenten ángulos agudos y además tengan movilidad, es recomendable la extracción, esta se realiza en el consultorio, con anestesia local, en brazos de la madre o bien del padre; e inmediatamente después de la exodoncia se coloca a el bebé a mamar para disminuir la angustia.^{28, 29, 30}

2.5. Labio y paladar hendido:

El labio leporino y el paladar hendido son anomalías de tipo congénito que están presentes al momento del nacimiento, en la zona de la boca y del labio. El paladar hendido se presenta cuando el paladar no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal; mientras que el labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal.³¹

Esto ocurre, entre la quinta y octava semana de gestación, las prominencias maxilares forman las partes laterales del labio superior. La mayor parte del maxilar y paladar secundario aumentaran de tamaño, y las prominencias

nasales mediales se mueven medialmente y se fusionan para formar el segmento anteromaxilar que incluye el tabique nasal.

El segmento intermaxilar esta constituido por tres partes: un componente labial que forma el filtro del labio superior, un componente palatino, y un componente premaxilar, que incorpora los cuatro dientes incisivos superiores y su encía.

La formación del paladar es uno de los últimos fenómenos morfogenético que tiene lugar en el embrión y en el feto esto se da entre la 5ª y 12ª semana de gestación. Este proceso se forma de tres primordios que son: apófisis palatina media (paladar primario) y dos apófisis palatinas laterales.³²

Las causas más frecuentes del labio leporino y el paladar hendido son; malformaciones faciales y bucales que pueden estar asociadas con otros síndromes o defectos de nacimiento y cuyas causas podrían ser, entre muchas otras, genes mutantes heredados de uno o ambos padres y teratógenos los cuales

son agentes que causa anomalías durante el desarrollo del feto, como es el caso de ciertos virus, drogas u otras toxinas.³³

Diferentes investigaciones señalan que el 40% de los casos de labio leporino parecen ser hereditarios, mientras que el 20% de los casos solo son caso de fisura palatina aislado.

Otros estudios han demostrado que la mayoría de fisuras son poligénicos ósea influidos por varios genes diferentes que actúan juntos, en este contesto se supone que cada individuo es portador de un riesgo genético para la formación de fisuras, el 5% de fisuras se presenta en conjunto con síndromes. Entre los factores ambientales tenemos factores nutricionales, estrés fisiológico, emocional o traumático; isquemia relativa sobre el área, obstrucción mecánica

por una lengua aumentada de tamaño; sustancias como alcohol, fármacos o toxinas y por último infecciones.³⁴

Uno de los síntomas de esta alteración es el problema fonético, el cual estriba en la alteración que tenga el paladar blando y su relación con la faringe; la calidad de voz en estos casos esta severamente afectada.

También la articulación del lenguaje y la deglución que se llevan acabo por mecanismos de compensación se desarrollan desde el nacimiento.

Las alteraciones más frecuentes del paladar blando son incompetencia e insuficiencia velofaríngeas; estas se detectan fácilmente al penetrar los alimentos a la nasofaringe durante la deglución. Otra evidencia de esta alteración es la entrada excesiva de aire a la cavidad nasal durante la articulación de fonemas que requieren el efecto adverso, es decir cuando se necesita que este aire se dirija a la cavidad bucal.

Las inserciones musculares del paladar blando permiten el cierre de la cavidad nasal esta acción es conocida como cierre palatofaríngeo; su mecanismo de acción se realiza mediante contracciones musculares casi simultaneas. Cuando estas inserciones se alteran el lenguaje se ve afectado y la voz se torna hipernasal.³⁵

En este aspecto existen diferentes clasificaciones del labio leporino con paladar fisurado o sin la presencia de fisura. Generalmente, un labio fisurado puede ser unilateral, bilateral o medial (Figura 5) el cual este último es de tipo más raro (Figura 6) y presentarse como una fisura completa o incompleta en distintos grados. Pueden ocurrir también fisuras del proceso alveolar y del paladar primario y/o secundario. No se hace la reparación simultánea de un labio fisurado y de un paladar fisurado, por una cantidad de razones; los momentos óptimos son diferentes a la morbilidad y mortalidad

aumentan a causa de la posible obstrucción de las vías aéreas y de la pérdida de sangre. (Figura 7 y 8)

Figura 5.

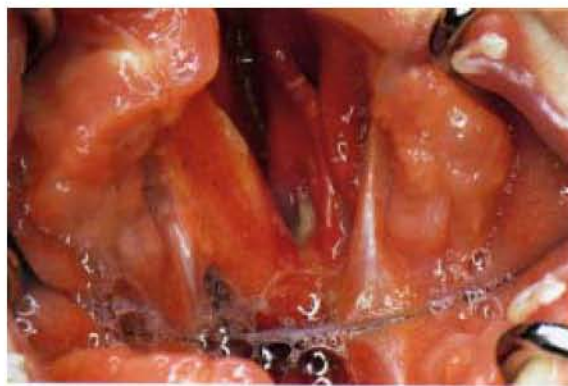
Titulo: labio y paladar hendido bilateral.



Fuente: Ascencio Trejo C., Flores Felipe E P 2006.

Figura 6.

Titulo: Fisura medial.



Fuente: Van Waes H. Atlas de odontología pediátrica. 2002

Figura 7.

Titulo: Clasificación de labio y paladar hendido.



Fuente: Coiffman. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 1994

Figura 8.

Titulo: Titulo: clasificación de labio y paladar hendido.



Fuente: Coiffman. . Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 1994.

Por lo tanto el labio leporino bilateral podrá ser la combinación de uno incompleto y otro completo, los dos incompletos o los dos completos. Asociados o no a deformidad nasal ligera, moderada o grave y/o fisura palatina, generalmente la fisura palatina suele asociarse con más frecuencia al labio leporino bilateral, ya que el paladar fisurado suele ser secundario a la alteración del desarrollo del labio. ³⁶

La frecuencia de labio leporino es aproximadamente de 1: 600 a 1: 1.200 nacidos vivos, y es dos veces mayor en los niños que en las niñas. El lado izquierdo esta afectado en el 70% de los casos, mientras que el labio leporino bilateral ocurre en el 25% del número total del labio leporino, dejando solo un 5% para el labio leporino unilateral del lado derecho. El paladar hendido esta asociado con el 85% de labio leporino bilateral y con 70% de los casos de labio leporino unilateral. La frecuencia de paladar hendido aislado es de 1:250 en los caucásicos y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. ³

Se ha demostrado que en la mujer las crestas palatinas se fusionan alrededor de una semana después que en el varón esto explicaría porque se observa con mayor frecuencia en mujeres que en varones la fisura de paladar aislada. ³⁸

La predicción del riesgo se toma de vital importancia. Si un niño a resultado afectado, el riesgo para un hermano futuro es estimado en aproximadamente el 5%. Cuando tanto uno de los padres y un hijo esta afectado, el riesgo para futuros hermanos aumenta 15%. Esta afección tiene una marcada predisposición familiar. ³⁹

El manejo del paciente con labio y paladar hendido es desde su nacimiento; por la dificultad que representa su alimentación, puesto que existen fisuras que afectan a todo el velo del paladar, a este se le puede alimentar mediante un chupete de orificio amplio que se introduce al fondo de la boca librando la fisura que se presente. En caso de que no se logre la adecuada provisión de esta forma, se puede realizar con una jeringa de 20 ml. desechable. ⁴⁰ (Figura 10)

Figura 10

Titulo: Figura que afecta todo



el velo del palada.

Fuente: Van Waes H. Atlas de odontología pediátrica. 2002

Otro punto importante es la ortopedia maxilar, ya que a través de una prótesis que se realiza para ser colocada en el paladar a los pocos días del nacimiento le facilita la ingestión de alimentos y evita la deformación de las porciones maxilares por efecto extrínsecos como la contrapresión de mejillas y labios, la interposición de la lengua en la hendidura palatina. Esta prótesis se cambia varios periodos en virtud del desarrollo del niño hasta el momento de la operación. ⁴¹ (Figura 11)

Figura 11.

Titulo: Prótesis obturadora.



Fuente: Ascencio Trejo C., Flores Felipe E P 2006.

El tratamiento quirúrgico está indicado, invariablemente, los dientes están en maloclusión en los casos de paladar fisurado, y el tratamiento ortodóncico es una parte inherente del manejo del mismo, la terapia para la fonación también forma parte del tratamiento.⁴²

Cuando se realiza el tratamiento quirúrgico se debe operar antes de que el paciente alcance el mes de edad, o en el momento que ha recuperado su peso natal y sigue aumentando el cual es aproximadamente de 4 a 5 kilogramos.⁴³

Una consecuencia del tratamiento quirúrgico es la Hipoplasia Maxilar, que suele ser el resultado de cicatriz del cierre primario tanto del labio como del paladar con un porcentaje del 15 al 20%, para lo cual la cirugía ortognática de maxilar son consideradas los tratamientos indicados para la corrección de esta deformidad ósea.⁴⁴

El paladar hendido submucoso requiere una atención multidisciplinaria en donde participan: psicólogos, foniatras, audiólogos, estomatólogos, cirujanos plásticos, genetistas y otorrinolaringólogos, ya que causa alteraciones que interfieren en el desarrollo psicológico, intelectual y en la interrelación social del paciente. Todo esto requiere conocer sus manifestaciones para lograr un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado para cada caso.⁴⁵

Por otra parte, sobre esta alteración se han realizado diversas investigaciones, una de ellas efectuada en el año de 1987 a 1991 en el Hospital Central de San Luis Potosí del servicio de Cirugías Maxilofacia por el Dr. Martín Toranzo Fernández y colaboradores sobre un estudio de análisis epidemiológico en 121 pacientes, y observaron 94 pacientes con fisura labiopalatina; 14 con fisura labial y 13 con fisura palatina. Hubo una mayor preponderancia de varones en todas las fisuras excepto en el labio.

En las fisuras labiopalatinas y labiales aisladas el lado izquierdo fue el más afectado (41.7%) seguida de la bilateral (36.1%).⁴⁶

Otro estudio realizado en el año de 1997 al 2000 en el Hospital Central Militar y Clínica de la mujer por C. D. Ernesto I. Villalobos Domínguez y colaboradores, en el cual muestra que la prevalencia de nacimientos vivos del periodo de Diciembre de 1997 al 31 de mayo del 2000 fue de 1.9 por cada 1000 nacidos vivos. La incidencia de recién nacidos vivos del periodo del 1º de Enero de 1999 al 31 de mayo del 2000 fue de 1.8 por 1000 nacidos vivos. De los casos presentados, 7

afectaron al sexo masculino y 5 al femenino. Con relación a las fisuras, se mostró que 9 fueron labiopalatinas, 3 con hendiduras palatina y ninguna labial. En tanto al tipo de herencia encontraron que el 75% (9 casos) presentaron etiología multifactorial y 25% (3 casos) herencia dominante.⁴⁷

Otra publicación realizado en un periodo de cinco años de 1989 a 1993, en el Hospital General de Ensenada del servicio de Ginecología y neonatología realizado para registrar las distintas malformaciones presentadas en ese lapso, así como la relación que tenía esto con la edad de la madre; en el cual fueron registrados 7 917 nacimiento, con una incidencia de 96 malformaciones congénitas y de estas solo nueve con labio y paladar hendido, tres casos correspondieron al sexo masculino (33.3%) y seis al sexo femenino (66.6%). Se encontraron cuatro fisuras unilaterales izquierdas y una derecha; tres fisuras bilaterales; todas asociadas a fisura palatina. Así como un caso de paladar secundario; dos de los casos fueron significativos al presentar asociación con otra malformación, esto en madres con mayor edad.⁴⁸

También se realizó un estudio por el Dr. Trigos Micoló en el año 2003 acerca del tratamiento quirúrgico de labio y paladar hendido en el periodo de 2000 a 2003 a nivel hospitalario, en donde reportan que realizan más intervenciones quirúrgicas en el IMSS del Distrito Federal, cuyas cifras van de 650 a 700 al año; mientras que

en el Hospital General de México, se efectúan 350 operaciones, y con un número menor de cirugías, se encuentra el Departamento del distrito Federal

con 150 procedimientos, en total el cálculo de eventos quirúrgicos anuales de labio y paladar hendido en la ciudad de México es de 3250.

Es preciso reconocer que no se cubre la incidencia y mucho menos la prevalencia de la alteración de labio y paladar hendido, ya que se reportando 3521 casos nuevos al año y 139 casos por cada 1000 nacimientos vivos dando un número total de 139000 mexicanos afectados.⁴⁹

Como podemos darnos cuenta en la cavidad bucodental del recién nacido se pueden encontrar alteraciones que no tienen mayor grado de complejidad para el tratamiento odontológico, sin embargo al no realizarse un diagnóstico certero pueden causar preocupaciones en los padres de familia.

Por lo tanto es importante que en la revisión que se realiza en el recién nacido sea incluida la exploración bucodental del neonato, pero por un Cirujano Dentista que es el especialista indicado para efectuar esta valoración.

También los estudios de investigación sobre estas alteraciones son escasos, quizás debido a que algunas alteraciones no representan mayor importancia para la salud del recién nacido.

Finalmente es importante señalar que a pesar de que algunas alteraciones bucodentales en el recién nacido no van a poner en peligro la vida, si es conveniente su diagnóstico para realizar el tratamiento adecuado y la orientación a los padres de familia; en otras alteraciones se va a requerir también su diagnóstico oportuno en virtud de que será necesario que los padres estén alertas por el seguimiento que requiere la patología. Por todo lo anterior se realiza la investigación.

V. GLOSARIO

- Reflejos Vagales:** Función o movimientos involuntarios de un órgano o parte del cuerpo en respuesta a un estímulo concreto.
- Bucofaringe:** Relativo a la boca y a la faringe.
- Hipoxia cerebral:** Tensión reducida e inadecuada de oxígeno arterial.
- Ictérico:** Coloración amarillenta de la piel, mucosas y conjuntivas causada por cifras de bilirrubina en sangre superiores a las normales.
- Bilirrubina:** Pigmento de color amarillo-anaranjado de la bilis formado principalmente por la degradación de la hemoglobina tras la terminación de su periodo normal de la vida.
- Cianotico:** Coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre.
- Fontanela:** Espacio cubierto por una membrana fuerte entre los huesos del cráneo del lactante.
- Hipospadia:** Defecto congénito en que el meato urinario se encuentra en la cara inferior del pene.
- Odontogénesis:** Origen y formación de los dientes.
- Teratógenos:** Se aplica a la sustancia, agente 9º proceso que interfiere con el normal desarrollo prenatal, produciendo anomalías fetales.
- Palatofaringeas:** Relativo al paladar y a la faringe.
- Hipoplasia Maxilar:** Desarrollo incompleto o deficiente del maxilar.⁵⁰

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La valoración del lactante es el aspecto más importante de la exploración física; y la cavidad bucodental no debe ser la excepción, ya que existen diferentes tipos de alteraciones que afectan a la misma. Además en nuestro país los estudios al respecto son escasos probablemente porque el Cirujano Dentista no participa en el equipo que realiza la valoración médica al recién nacido y estas alteraciones pueden pasar desapercibidas.

Por todo lo anterior en esta investigación nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales del recién nacido en el Hospital General de México en el periodo de Octubre del 2006 a Mayo del 2007?

VII. HIPÓTESIS

En base a las evidencias científicas en relación a la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales del recién nacido en esta investigación esperamos encontrar una frecuencia de un 40% de alteraciones orales en esta población, el tipo de alteraciones presentes en los bebés de acuerdo al orden de mayor porcentaje serán: Perlas de Epstein, seguido de los Nódulos de Bonh, Dientes Natales, Ulcera d Riga-Fede y por último de Labio y Paladar Hendido.

VIII. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales en el recién nacido, del Hospital General de México

ESPECÍFICO:

- Identificar la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales en el recién nacido, en relación al sexo del Hospital General de México.

IX. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio:

Se realizará un estudio de tipo: Observacional, Descriptivo, Trasversal y Prolectivo; de acuerdo a la clasificación del Dr. Ignacio Méndez.

2. Universo:

Se tomaran en cuenta a todos los recién nacidos, durante el periodo de Octubre del 2006 a Mayo del 2007.

2.1. Criterios de inclusión:

- Recién nacidos vivos del Hospital General de México.

2.2. Criterios de exclusión:

- Recién nacidos cuyos padres no autoricen su revisión.

3. Variables:

- Sexo del niño.
- Tipo de alteraciones bucodentales.

3.1 Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE Y NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIA	
SEXO	Características fenotípicas de un individuo.	Cualitativo. Nominal.	Femenino. Masculino.	
ALTERACIONES BUCODENTALES	Son todas aquellas características que no son normales en la anatomía bucodental del recién nacido; pueden ser simples y complejas.	Cualitativo. Nominal	Nódulos de Bohn.	Presente Ausente
			Perlas de Epstein.	Presente Ausente
			Dientes Natales.	Presente Ausente
			Úlcera de Riga Fede.	Presente Ausente
			Labio y paladar hendido.	Presente Ausente

4. Técnicas e instrumentos

- Se solicitó la autorización del jefe del servicio del área de Ginecología del Hospital General de México OD. Para realizar este proyecto de investigación
- También se solicitó la autorización de los padres de familia para poder efectuar la revisión de los recién nacidos.
- La revisión de los bebés será realizada en el área de alojamiento conjunto de la unidad de Ginecología del Hospital General de México.
- Esta revisión será realizada por las pasantes responsables de la investigación, quienes previamente unificaron criterios para el diagnóstico de las alteraciones bucodentales en el recién nacido. (Fotografía 1)
- Para la revisión de los recién nacidos se utilizará lámpara sorda de diagnóstico, abatelenguas, guantes y cubrebocas.
- La información obtenida se registrará en una ficha epidemiológica diseñada para dicha investigación. (Ficha 1)
- Posteriormente se realizará la concentración de la información para el análisis estadístico correspondiente.

5. Diseño estadístico

- A los resultados que se obtengan se les aplicarán porcentajes.

Fotografía 1

Revisión de los recién nacidos en el Hospital general



Fuente: Ascencio Trejo C., Flores Felipe E P 2006.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

1) Ficha de identificación del recién nacido:

Fecha de nacimiento. Día _____, Mes _____, Año _____, Hrs _____.

Genero _____.

Parto: Natural _____ ó Cesárea _____.

Semana de gestación _____, Peso _____.

Recién nacido. Único _____, Gemelar _____, Triple _____.

2) Datos de la Madre:

Edad _____.

Antecedentes _____.

3) Exploración Buco-Dental del recién nacido:

Dientes: Natales <input type="radio"/>	Neonatales <input type="radio"/>
Localización	
Erupción de corona <input type="radio"/> 1/3 <input type="radio"/> 2/3 <input type="radio"/> 3/3	
Movilidad grados: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
Nódulos de Bohn <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	
Localización	
Disposición <input type="radio"/> aislada <input type="radio"/> grupal	
Labio y Paladar Hendido <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	
Localización y Tipo	

Perlas de Epstein: <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no
Disposición: <input type="radio"/> aislada <input type="radio"/> grupal
Ulceras de Riga-Fede <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no

Otra:

Describe _____

X. RECURSOS

HUMANOS

- Dos pasantes de la carrera de Cirujano Dentista.
- Director de Tesis.
- Asesor de tesis.

MATERIALES

- Abatelenguas
- Una lámpara sorda de luz
- Guantes
- Cubrebocas
- Gasas
- Fichas epidemiológicas
- Cámara fotográfica
- Diskets
- Computadora

FÍSICOS

- Área de alojamiento conjunto de la unidad de Ginecología del Hospital General de México
- Un consultorio dental de la unidad de Pediatría del Hospital General de México.

PAPELERIA

- Hojas
- Lápiz
- Pluma
- Copias
- Impresiones
- Sacapuntas
- Goma

BIBLIOTECAS

- Biblioteca de Facultad de Zaragoza UNAM
- Biblioteca de Facultad de Odontología Ciudad Universitaria
- Biblioteca de Hospital General de México
- Biblioteca de Instituto de Pediatría Nacional
- Biblioteca de Hospital Infantil Federico Gómez

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades Tiempo	2006				2007							
	Sep.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MZ.	A	MY.	JN.	JL.	AG.
Revisión bibliografica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elaboración del proyecto		x	x	x								
Revisión de los recién nacidos	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Diseño estadístico										x		
Reporte de la investigación											x	x

XII. RESULTADOS

El total de recién nacidos revisados durante el periodo de octubre del 2006 a mayo del 2007 fue de 995 niños, en donde el 55% corresponde al sexo femenino (gráfica 1).

En relación a la frecuencia de alteraciones bucodentales esta se observó en 426 recién nacidos, es decir en el 43% de ellos (gráfica 2).

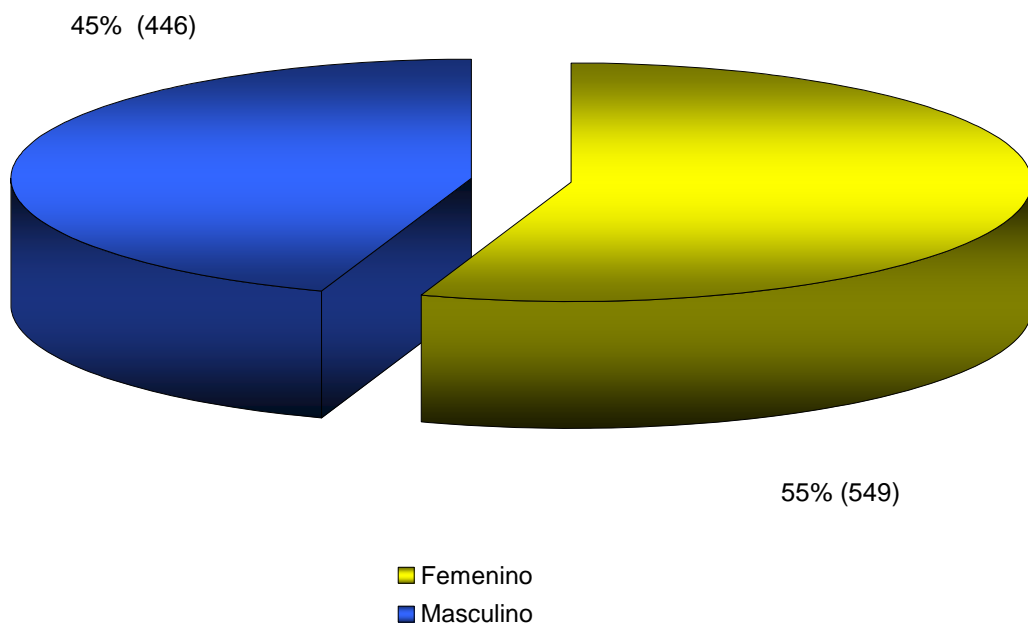
Con respecto al tipo de alteraciones bucodentales que se presentó en los recién nacidos la frecuencia fue de Nódulos de Bonh con un 60%, seguida de Perlas de Epstein con 33%, Labio y Paladar Hendido con 4%, Dientes Natales con 3% y otro tipo de alteraciones como úlceras aftosas 2%, mientras que de úlcera de Riga-Fede no se encontró algún dato. (gráfica 3).

Al relacionar el sexo con la presencia de alteraciones bucodentales se encontró el sexo femenino predominó con un 58% (cuadro 1).

Al relacionar el tipo de alteración y sexo se muestra que el género femenino es preponderante con respecto a los Nódulos de Bonh con un 59%, Dientes Natales con un 80% y Labio y Paladar Hendido con un 67%, mientras que el sexo masculino es superior en cuanto a Perlas de Epstein con un 55% (cuadro 2)

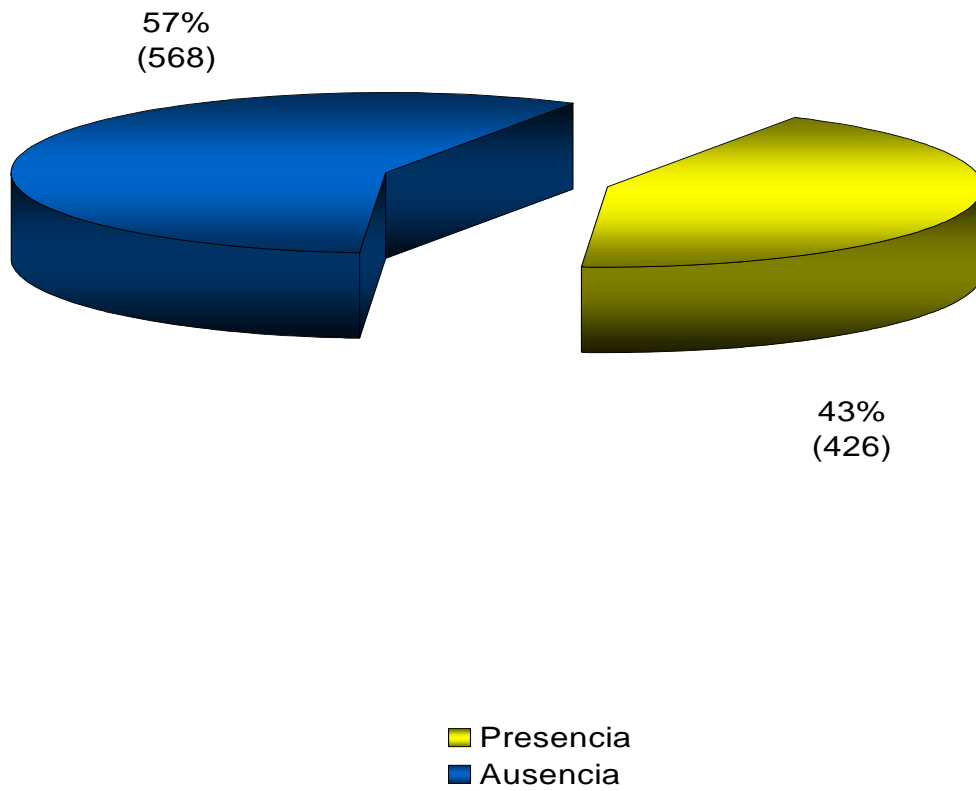
Gráfica 1

Recién nacidos del Hospital General de México O. D. en relación al sexo



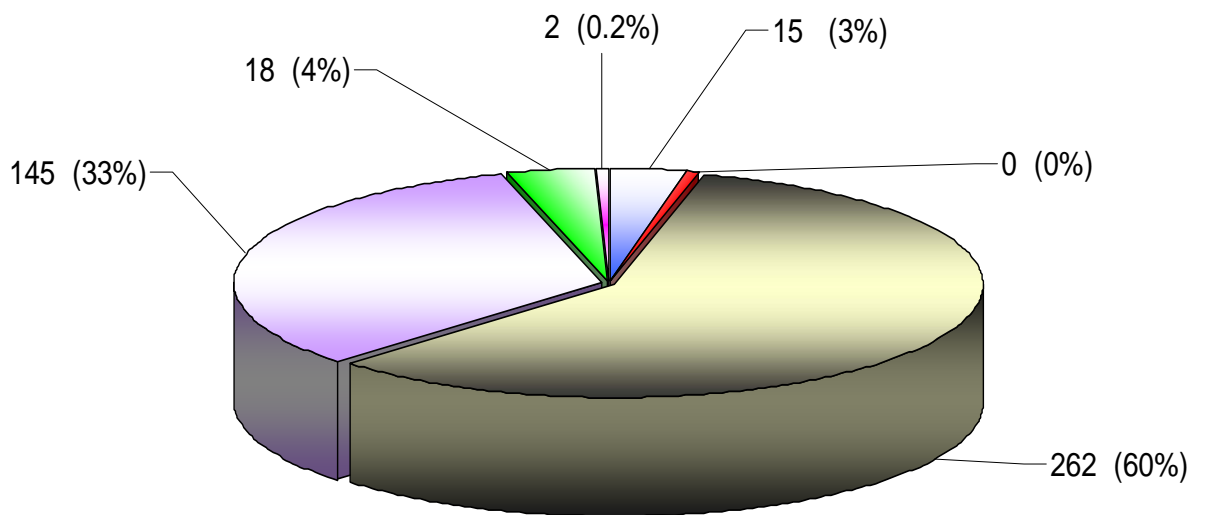
Gráfica 2

Frecuencia de Alteraciones Bucodentales de los recién nacidos en el Hospital General de México O. D.



Gráfico

Tipo de Alteraciones Bucodentales en recién nacidos del Hospital General de México



- Diente natal
- Ulcera de Riga-Fede
- Nodulos de Bonh
- Perlas de Epstein
- Labio y Paladar Hendido
- Otros

XIII. Discusión

En el recién nacido pueden estar presentes alteraciones bucodentales que muchas ocasiones no son diagnosticadas en esta etapa; en este aspecto los datos bibliográficos refieren cifras altas; sin embargo los estudios de investigación actuales en nuestro país son escasos.

En esta investigación se encontró el 43% de los recién nacidos con algún tipo de alteración bucodental, esto es inferior a los estudios realizados en el Centro de Investigación Materno Infantil Grupos de Estudio al Nacimiento (CIMIGEN), en el año 2003; probablemente esta diferencia se deba a que la población que se maneja tuvo un menor riesgo tanto hereditario como embriológico para presentar algún tipo de estas alteraciones.

Con respecto al tipo de alteración bucodentales en el recién nacido se encontró que los Nódulos de Bohn se presentaron en un 60% seguido de las Perlas de Epstein con el 33%, estos resultados son similares a la investigación realizada en el Centro de Investigación Materno Infantil Grupos de Estudio al Nacimiento (CIMIGEN), en el año 2003 y a la bibliografía consultada para esta investigación. Esto se puede entender porque los recién nacidos revisados en esta investigación presentan una mayor predisposición embriológica en el momento de la formación de la lámina dentaria, ya que este tipo de alteración no es hereditario ni consecuencia de un factor de riesgo perinatal.

Por otra parte el labio y paladar hendido se encontró en un 4%, es decir de 995 recién nacido revisados se presentaron 18 casos siendo más frecuente en el sexo femenino con 12 casos, estos resultados coinciden con la investigación realizada por Tesuji Tamashiro Higa en 1996 en Ensenada Baja California Norte. En este ámbito podemos señalar que embriológicamente es más común que se presente labio y paladar hendido en el sexo femenino, debido a que en la mujer cierra una semana después el proceso palatino a diferencia del

hombre que cierra una semana antes; sin embargo es importante mencionar que la presencia de este tipo de alteración esta relacionada con otros factores tal es el caso de la influencia hereditaria, factores químicos o físicos.

Con respecto a la presencia de dientes natales en los recién nacidos revisados se encontraron 15 casos, que representan el 3% de donde predomino el sexo femenino, estos resultados son inferiores a los reportados en la investigación realizada por Llarena del Rosario en el Instituto Nacional de Pediatría en el año de 1986, probablemente esto fue debido a que los recién nacidos revisados en el Hospital General de México en el periodo comprendido, presentaron una menor predisposición hereditaria para que tuvieran este tipo de alteración, además de que fue más frecuente en el sexo femenino porque en la población revisada el número de nacimientos del sexo femenino fue mayor.

En relación a la Ulcera de Riga-fede, en este estudio no se presentó ningún caso, de igual forma no existen estudios que reporten esta alteración en los recién nacidos, probablemente porque para su presencia es necesario un periodo de traumatismo como puede ser en esta etapa los ángulos cortantes de los dientes natales y neonatales durante la lactancia. Esta alteración es secundaria a los mismos por lo que se sugiere de estudios de seguimiento para determinar su frecuencia.

Finalmente queremos mencionar que la participación del Cirujano Dentista en el equipo de salud en la atención de la madre y el niño, es importante, ya que es el especialista que puede realizar el diagnóstico certero y tratamiento de las alteraciones bucodentales que se pueden presentar en el recién nacido.

XIV. CONCLUSIÓN

“En base a las evidencias científicas en relación a la frecuencia y tipo de alteraciones bucodentales del recién nacido en esta investigación esperamos encontrar una frecuencia de un 40% de alteraciones orales en esta población, el tipo de alteraciones presentes en los bebés de acuerdo al orden de mayor porcentaje serán: Perlas de Epstein, seguido de los Nódulos de Bonh, Dientes Natales, Úlcera de Riga-Fede y por último de Labio y Paladar Hendido.”

- En esta investigación la frecuencia encontrada de alteraciones bucodentales en el recién nacido fue del 43%, siendo superior a lo esperado, en la hipótesis y similar a los reportes científicos sobre el tema.
- El tipo de alteraciones bucodentales más frecuentes fueron los: Nódulos de Bonh seguido de las Perlas de Epstein, Labio y Paladar Hendido, Dientes Natales y respecto a la Úlcera de Riga-Fede no se encontró ningún caso, esto fue diferente a lo manejado en la hipótesis y las evidencias científicas al respecto.

XV. REFERENCIAS

- 1.- Walter, Ferelle, Issao. Odontología para el Bebe. 2000.
2. – L. Raymond, Brahan Meile, Morris E. Odontología Pediátrica. 2ª Ed. México: Panamericana; 1989.
- 3.- Cloherty P. Jhon. Manual de cuidados Neonatales. 3ª Ed. Barcelona: Mansson; 2002.
- 4.- Marlon R. Dorothy. Enfermería Pediatrica: Interamericana, México 1997.
- 5.- Janzen Carla, Gill L. William. Cherney Alan, Nathan Lauren. Diagnostico y tratamiento ginecoobstétricos. 8ª Ed. México: Manual Moderno; 2003.
- 6.- Tricia Lacy Gomela. Neonatología: Panamericana; México. 1992.
- 7.- Hoekelman A. Rober, Adam M. Henry, Nelson M. Nicholas. Atención primaria en Pediatría. Vol. I, Madrid: Harcourt; 2002. p .589.
8. - Hubertos J. M.,Stockl W. Paul. Odontopediatría: Barcelona: Masson; 2000.
9. - Kotch Goran, Modere Thomas, Polsen Sue. Odontopediatría enfoque clínico: Buenos Aires: Panamericana; 1994.
- 10.- Regezi J, Serubba J. Patología Bucal. 3ª Ed. México: . Interamericana; 2000.
- 11.- Gómez de Ferraris, Campos Muñoz A. Histología y embriología Bucodental. 2ª Ed. México: Panamericana; 2002.
- 12.- Mc Donald R.E. En odontología pediatrica y del adolescente. Buenos Aires: Médica Panorámica; 1991.
- 13.- Grispan. Enfermedades de la boca: Tomo I. Argentina. Mundi; 1975.
14. – Colon JD. Skin lesion in the neonato pediatr clin norh Am. 2004, 51(4): 83-88.
15. - Naville Brad. Atlas of Clinical oral pthology: Philadelphia, 1991. p24-47.
16. - Barber K. Thomas, Lake S. Larry. Odontología Pediátrica: México: Manual Moerno; 1985. p 82-84.
- 17.- Bhaskar S. N. Patología bucal. 3ª Ed. México: Ateneo.

- 18.- Figueredo W. L., Ferelle M. A. Odontología para el bebé. Artes Médicas; 1996.
- 19.- William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal. México: Interamericana;1986.
20. - Mathewson J. Richard, Primosch Rober E.. Fundamentals of Pediatric Destistry. 3ª Ed. Chicago: Quintessere; 1995.
- 21.- Aredondo Guadalupe. Embriologia: Toronto, Interamericana; 1995.
- 22.- Elías Podestá Mario César. Natal and neonatal tooth: Riga-fede. Lima Peru, 2006.
- 23.- Mcdonal E. Ralph, Avery R. David. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ª Ed. Buenos Aires: Panamericana; 1990.
- 24.- Kates A. George, Needleman L. Howard, Holjmees B. Lewis. Natal and Neonatal teeth: a Clinical Study. Jada: 1984; 109: 441-443.
- 25.-Zho Jianfu, Kin David. Natal and Neonatal teeth. Jourenal of Dentistry for Children 1995; March-April: 123-127.
- 26.- Llarena Maria Elena, James R. Elizabeth, Cadena G. Antonio. Dientes Natales y Neonatales. ADM 1986; 42 (1): 9-12.
27. - Bigeard, Luciente, Hemmerle Joseph, Sommermater I. Jeanne. Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: Enamel and dentin assessments. Jornal of Dentistry for Children; 1996; January-Frbruary: 23-30.
28. - Chow H. Michael. Natal and Neonatal teeth; Jada, 1980; (100): 215-216.
29. - Cameron Agus, Widmer P. Richard. Manual de odontología pediátrica; Madrid: Harcord, 2000.
- 30.- Regezi . Patología Bucal. 2ª Ed. México: Interamericana; 1995.
- 31.- Alexander G. Guilleam. Healt Topics; University of Virgini, 2007.
- 32.-Matsumura George, England A. Marjorie. Embriología Representaciones Graficas; México: Mosby, 1996.
- 33.- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Medline Plus.

- 34.- Sapp J. Philip, Eversole R. Lewis. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Harcourt.
- 35.- Echevarría Enrique, Vela C. Antonio, Del Vecchio c. Carlos. Prótesis Fonoarticuladora en Pacientes con Labio y Paladar Hendido; Cirugía plástica, 2000; 10 (1): 31-36.
- 36.-Coiffman. Cirugía Plástica, reconstructiva y estética, Vol II. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- 37.- Zegarelli V. Edgard. Diagnóstico en Patología Oral. 2ª Ed. Barcelona: Salvat; 1982.
- 38.- Lagman. Embriología Médica con Orientación Clínica. 9ª Ed. México: Panamericana; 2002.
- 39.- Spouge J. D. Patología bucal; Paraguay: Mundy.
- 40.- Van Waes H, Stockli P. Atlas de Odontología Pediátrica. Barcelona: Masson; 2002.
- 41.- Rickham Meter. Manual de cirugía. México: Salvat; 1986.
- 42.- Mac Carthy Philipl. Enfermedades de la Mucosa Bucal. 2ª Ed. Buenos aires: El Ateneo; 1985.
- 43.- Shafer. Tratado de Patología Bucal. 3ª Ed. México: Interamericana; 1975.
- 44.- Ramírez L. Raymundo, Luís R. Rafael, López N. Juan Carlos. Consideraciones especiales en Cirugía Ortognática para el manejo de la Hipoplasia Maxilar en pacientes con secuelas de LPH reporte de un caso y revisión de lectura. Med. Oral, 2006; 8 (2): 74-77.
- 45.- Teja A. Eduardo, Madrigal E. Gerardo, Darán G. Américo. Diagnóstico de paladar Hendido Submucoso. Características clínicas informe de un caso. Acta Pediatra México 2006; 27 (1): 19-23.
- 46.- Toranzo F. Martín, Melich Marco Antonio, Santos D. Miguel Ángel. Fisura labiopalatina Análisis Epidemiológico En 121 pacientes. ADM, 1993; 50 (3): 165-167.
- 47.- Escorza C. Dalia, Rentaría Maximiliano, Villalobos D. Ernesto. Incidencia y Análisis Genético de Labio y Paladar Hendido. Valoración de Placas Obturadoras de proflex en el manejo odontopediátrico. Medicina oral, 2000; 2 (4): 97-101.

- 48.- Tamashiro H. Tessuji, Ventura P. Fernando, Rivera P. Vidal. Cirugía de labio y paladar hendido, en el Hospital General de Ensenada BCN. Cir Ciru, 1996; 64 (6): 171-174.
- 49.- Trigos Micoló Ignacio, Guzmán María E. Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. Cirugía Plástica, 2003; 13 (1): 55-39.
- 50.- Gispert C. Diccionario de Medicina Océano Mosby. 4ª Ed. Barcelona: Océano; 2003.