

Licla K<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Odontopediatría, Escuela de Estomatología. Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

# ARTÍCULO DE REVISIÓN

## CONOCIENDO LA CAVIDAD ORAL DEL RECIÉN NACIDO

### RESUMEN

Muchas de las estructuras y lesiones que se encuentran en la boca del recién nacido son únicas; por tanto debemos ser capaces de detectarlas. El propósito del artículo es describir las características bucales y así como las lesiones más frecuentes del recién nacido.

**PALABRAS CLAVE:** Boca, recién nacido.

### KNOWING THE ORAL CAVITY OF NEWBORN

### ABSTRACT

*Many of the structures and lesions found in the mouth of the infant are unique; therefore we must be able to detect them. The purpose of this article is to describe the characteristics mouth and the most common newborn lesions.*

**KEY WORDS:** Mouth, newborn.



## INTRODUCCIÓN

Después del nacimiento, el feto debe hacer la transición a la vida extrauterina y someterse a cambios extraordinarios en un tiempo corto. El recién nacido trae un conjunto único de estructuras anatómicas, actividades fisiológicas y necesidades nutricionales.

La cara y la boca constituyen una encrucijada anatómica donde convergen las más importantes funciones de comunicación con el medio exterior.<sup>1</sup> Estas funciones realizadas correctamente desarrollan actividades neuromusculares que estimulan el crecimiento óseo, y proporcionan al maxilar y a la mandíbula el tamaño y la relación adecuada para alojar a los dientes.<sup>2</sup> En estos tiempos, el seguimiento de los recién nacidos resulta una necesidad pero al hacer el diagnóstico es necesario saber qué se conoce como norma y aquello que implica la anomalía. Una conducta inadecuada al realizar tanto la exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones puede pasar por alto lesiones importantes o indicar un tratamiento inadecuado.<sup>3</sup>

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.<sup>3</sup>

## PREVALENCIA

Marcos<sup>4</sup> determinó la frecuencia de presentación de las alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses de edad atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño – Perú desde julio a diciembre del 2008. En su estudio encontró que las alteraciones más frecuentes fueron los nódulos de Böhn con el 40.3%, el frenillo labial medio superior persistente con el 30.2% y las perlas de Epstein con el 29,3%.

## CARACTERÍSTICAS

Al nacer, el niño tiene una relación de la cara con el cráneo correspondiente a una cuarta parte del tamaño total de la cabeza.<sup>5</sup> Dos factores son de gran importancia en este momento. La primera es que se produce casi todo el crecimiento de los arcos dentales y la cara después del nacimiento del niño, y la segunda es que la dirección del crecimiento facial es direccionada hacia abajo y hacia delante desde la base de cráneo.<sup>6</sup>

### *Relaciones maxilo-mandibulares*

La relación mandibular sagital presenta cambios durante el desarrollo de la oclusión. El maxilar se encuentra en un posicionamiento hacia adelante en relación a la mandíbula es el aspecto más notable en el nacimiento y produce la aparición de pseudomicrognasia.<sup>7</sup> (Fig. 1) La relación entre los rodetes superior saliente y el inferior retraído ocurre con una discrepancia media de 5 a 6 mm.<sup>8,9</sup> Según Van Der Haven y cols.<sup>8</sup> los valores mayores predicen una alteración en la relación de los maxilares como la micrognasia, protrusión maxilar o ambos.



*Figura 1. Se observa la presencia de pseudo-micrognasia.*

Pocos recién nacidos presentan una relación mandibular borde a borde. El desplazamiento mandibular hacia atrás se asigna a la posición ventral del feto en la cavidad amniótica; el desarrollo correcto de las relaciones mandibular después del nacimiento es probable que se logre con los ejercicios de succión fisiológica.<sup>10</sup> Existe una mordida abierta anterior, considerada como fisio-

lógica antes de la erupción de los dientes. Este espacio es ocupado por la lengua en reposo y después será reemplazada por los dientes.

#### **Apoyo de succión o sucking pad:**

Está presente en la porción media del labio superior, como múltiples proyecciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno, permite fijar la areola y sirve de contacto durante el amamantamiento; más desarrollado en niños de menor edad que se alimentan con leche materna.<sup>11,12</sup>(Fig.2)



**Figura 2.** Apoyo de succión.

#### **Almohadillas gingivales**

Las encías del bebé son firmes como en la boca del adulto desdentado y no tiene dientes ni procesos alveolares, lo que tiene son porciones basales de hueso recubiertas por almohadillas gingivales, las cuales, posteriormente, serán segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo.<sup>13</sup> Las almohadillas no son lisas, se hallan recubiertos de crestas y surcos. En sus lados externos se observan eminencias correspondientes a los gérmenes de los incisivos.<sup>14</sup> El tamaño de las almohadillas gingivales al nacer pueden estar determinados por el estado de madurez del infante al nacer, el tamaño al nacer expresado por el peso de nacimiento, el tamaño de los dientes primarios en desarrollo, factores puramente genéticos más allá de las mandíbulas. En las zonas laterales presentan 2 prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos.<sup>13</sup>

#### **Cordón fibroso de Robin y Magilot**

En una vista oclusal, sobre las regiones de los incisivos y caninos y en los bordes libres de los rodetes, existe un cordón fibroso de Robin y Magilot (Fig. 3), el cual está bien desarrollado en el recién nacido y desaparece en la época de la erupción dentaria, ellos cumplen la función de facilitar la deglución durante el amamantamiento.<sup>13</sup>



**Figura 3.** Cordón fibroso de Robin y Magilot a nivel de incisivos y caninos.

#### **Frenillo labial y lingual**

Su origen es amplio; pero el tejido del frenillo propiamente dicho es estrecho.<sup>14-16</sup> El frenillo labial es una estructura dinámica y con frecuencia variable y está sujeta a la variación en la forma, tamaño y posición durante las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.<sup>17, 18</sup> El labio superior unido a la papila palatina favorece el amamantamiento al afirmar más el labio superior.<sup>3</sup> Esta posición variable es encontrada en 76.7% a 90% de recién nacidos.<sup>19,20</sup> En el recién nacido, el frenillo labial a menudo tiene su inserción en la región de la papila incisiva, el que es denominado frenillo tectolabial y pueden permanecer así hasta el final del período de dentición temporal,<sup>21</sup> cuando la inserción palatina persiste será considerado anómalo.<sup>3</sup>

#### **Alteraciones frecuentes en el desarrollo:**

Las patologías bucales son variadas; lo más importante es verificar que no interfieran con la fisiología normal del bebé; ya que si éste no puede alimentarse, respirar o tener una calidad de vida adecuada el médico deberá intervenir de mane-

ra inmediata.<sup>9</sup> Al efectuar la evaluación del bebé desde el nacimiento se pueden identificar varias patologías que deben tratarse para prevenir algún problema durante su desarrollo.

Entre ellas tenemos:

#### **Dientes natales y neonatales:**

La dentición primaria comienza su proceso de erupción a los 6 meses de edad siendo los incisivos centrales inferiores los primeros en erupcionar. Cuando los dientes primarios erupcionan prematuramente se clasifican de acuerdo al momento de aparición en la cavidad bucal, como dientes natales, los cuales están presentes desde el nacimiento y dientes neonatales, los cuales erupcionan durante los primeros 30 días de vida. Los dientes que erupcionan después de 30 días son referidos como dientes de la infancia temprana.<sup>22</sup> (Fig. 4)



**Figura 4.** Borde incisal de la corona del diente natal atravesando la mucosa oral.

Existen diversos factores que afectan la secuencia de erupción, como son los factores hereditarios, endócrinos, infecciones, deficiencias nutricionales, factores ambientales, entre otros.<sup>22,23</sup> Algunos investigadores, sugieren que los dientes natales y neonatales pueden ser más frecuentes en niños con trastornos genéticos, y su presencia podría ser un signo clínico para el reconocimiento de algunos trastornos.<sup>24,25</sup> Se ha reportado que el 85% erupciona en la región incisal de la mandíbula, el 11% en la región incisal del maxilar, el

3% en la región de caninos inferiores y el 1% en la región del canino en el maxilar<sup>26</sup> y menos del 10% es supernumerario.<sup>27</sup>

Los dientes natales y neonatales podrían parecerse en tamaño y forma a los dientes primarios, sin embargo, a menudo son más pequeños, cónicos, de color amarillento, con esmalte y dentina hipoplásicos, presentando el desarrollo de la raíz pobre o ausente.<sup>28</sup> La mayoría de los dientes natales son móviles.<sup>24, 29</sup> El diagnóstico diferencial más importante se obtiene mediante una radiografía para diferenciar un diente de la serie normal de un supernumerario.<sup>30</sup>

Las complicaciones que se pueden derivar de la presencia de los dientes natales son la aspiración o deglución de los dientes, la laceración de los senos de la madre, y la ulceración sublingual (Riga-Fede) con la consecuente evitación de la alimentación.<sup>27</sup> Si el diente no interfiere con la lactancia materna y en general es asintomático, no es necesario intervenir.<sup>31</sup> La extracción del diente se indica si el diente es supernumerario o si el diente no está bien implantado y es excesivamente móvil, lo que se asocia con un riesgo de aspiración.<sup>24</sup>

La lesión de Riga-Fede no es una indicación de extracción. El tratamiento de elección de esta úlcera incluye suavizar bordes incisales ásperos o la colocación de resina compuesta sobre los bordes incisales. La extracción temprana de un diente natal primario podría ocasionar apiñamiento de los sucesores permanentes, ya que el espacio originalmente ocupado por los dientes extraídos puede cerrarse y ser ocupado por los dientes vecinos.<sup>32</sup>

Si los dientes deben extraerse, es aconsejable esperar a que el lactante tenga por lo menos 10 a 14 días de nacido, esto permitirá que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K la cual es esencial para los niveles adecuados de protrombina que interviene en los procesos de coagulación. De lo contrario la administración profiláctica de vitamina K (0.5-1.0mg, intramuscular) se aconseja antes y después de extracción, debido

al riesgo de hemorragia.<sup>30</sup> Para evitar el desarrollo continuo de las células de la papila dental, extracción del diente debe ser seguido por legrado del zócalo. Si no se curetea se puede causar erupción de restos odontogénicos y requerir futuro tratamiento.<sup>33</sup>

### **Nódulos de Bohn**

Los nódulos de Bohn son quistes que se localizan preferentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el arco superior. Estos nódulos provienen de restos del tejido glandular mucoso.<sup>13</sup> No requiere tratamiento, involucionan con el tiempo. (Fig. 5)



**Figura 5.** Múltiples nódulos de Bohn.

### **Perlas de Epstein**

Derivadas de las células ectodérmicas residuales del paladar y su contenido es queratina. Tumorações quísticas pequeñas de 0.5 a 3 mm de diámetro, de color aperlado, localizadas en la línea media del paladar. Podrían corresponder a pequeñas islas de tejido epitelial que quedan atrapados durante la fusión de los procesos maxilares y que clínicamente se manifiestan como pequeños nódulos blanquecinos que varían de 1 a 3 mm de diámetro en su eje mayor, son menos frecuentes que los nódulos posiblemente debido a las dificultades de observación. No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas.<sup>13</sup>

### **Quistes de la lámina dental**

Son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas. Al parecer, tienen su origen en restos de la

lámina dental. Se localizan en las crestas dentales del maxilar superior y de la mandíbula. Son más frecuentes en la región posterior del maxilar.<sup>34</sup> (Fig.6)

### **Quistes de la lámina dental**

Son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas. Al parecer, tienen su origen en restos de la lámina dental. Se localizan en las crestas dentales del maxilar superior y de la mandíbula. Son más frecuentes en la región posterior del maxilar.<sup>34</sup> (Fig.6)



**Figura 6.** Lesión papular demarcada, blanda, fluctuante, translúcida.

Son menos frecuentes que los nódulos posiblemente debido a las dificultades de observación. No causan síntomas y se desprenden al cabo de unas semanas.<sup>13</sup>

Las opciones de tratamiento han sido: ningún tratamiento y seguimiento, marsupialización o la extracción quirúrgica. El tratamiento quirúrgico es obligatorio debido a la incapacidad del bebé se alimente adecuadamente.<sup>35</sup>

### **Quistes de erupción**

El quiste de erupción es un quiste de tejido blando que resulta de una separación del folículo dental de la corona de un diente en erupción.<sup>36</sup> (Fig.7)

Los informes sobre los quistes de erupción en edades extremas son poco usuales. Los quistes de

erupción son observados en los recién nacidos en raras ocasiones considerando que en esta etapa de vida los dientes en erupción son infrecuentes. Los quistes de erupción pueden estar asociados a los dientes neonatales o natales.<sup>37</sup> Los quistes de erupción comúnmente se encuentran en la región molar en el maxilar inferior molar.<sup>38, 39</sup> Estas lesiones pueden tener color normal a azul-negro o marrón, dependiendo de la cantidad de sangre en el quiste.<sup>38, 39</sup> Debido a que el diente entra en erupción través de la lesión, el tratamiento no es necesario.<sup>38, 39</sup> Si el quiste no se rompe espontáneamente o la lesión se infecta, el techo del quiste se puede abrir quirúrgicamente.<sup>38</sup>



**Figura 7.** Quiste de erupción a nivel anterior al momento del nacimiento.

### Épulis congénito

También conocido como tumor de células granulares o tumor de Neumann, es un raro tumor benigno visto sólo en los recién nacidos.<sup>40</sup>

La predilección femenina ha sido demostrada.<sup>41</sup> Es sugestivo de influencias hormonales, pero no se han detectado receptores de estrógeno o progesterona.<sup>41</sup> Aparece en el borde gingival, habitualmente del maxilar superior. Consisten en nódulos blandos, eritematosos o violáceos, por lo general menores de 2 cm de diámetro, con una superficie lisa lobulada. (Fig. 8) El estudio histológico revela acúmulos compactos de células granulosas delimitados por tejido conectivo fibrovascular compacto.<sup>41</sup> El épulis congénito es tratado mediante escisión quirúrgica, especialmente cuando existen problemas respiratorios obstruc-

tivos o de alimentación o cuando se requiere la confirmación histológica del diagnóstico.<sup>42</sup> El enfoque de esperar – observar puede ser seguido en casos menores donde se ha informado de que existe regresión espontánea.<sup>42</sup>



**Figura 8.** Épulis congénito pedunculado.

### Anquiloglosia

La anquiloglosia es una anomalía congénita caracterizada por un anormal frenillo lingual corto, que puede restringir la movilidad de la punta de la lengua<sup>43</sup> o porque la lengua aparece fusionada al piso de la boca (Anquiloglosia total).<sup>44</sup> Los estudios con diferentes criterios diagnósticos reportan prevalencia de anquiloglosia entre 4 y 10.7 % de la población. Varias clasificaciones de diagnóstico se han propuesto basadas en criterios anatómicos y funcionales, pero ninguno ha sido universalmente aceptado.<sup>45</sup>

El odontólogo debe examinar el aspecto de la lengua cuando ésta se levanta, cuando el bebé llora o trata de extender la lengua.<sup>46</sup> (Fig.9) Durante el examen de la lengua del infante, se debe palpar el frenillo y se debe determinar su elasticidad. La inserción del frenillo lingual normalmente debería ser de aproximadamente 1 cm posterior a la punta de la lengua.<sup>47</sup> La anquiloglosia ha sido asociado con problemas de lactancia entre los recién nacidos, la movilidad limitada la lengua y dificultades del habla y maloclusión.<sup>48</sup> Un corto frenillo puede inhibir el movimiento de la lengua y crear los problemas de deglución durante la lactancia, un frenillo restrictivo puede causar persistente dolor en los pezones de la madre, todos los cuales pueden afectar la alimentación. Los artícu-

los de revisión sistemática reconocen el papel del procedimiento de la frenectomía en la mejora de la lactancia materna y la reducción del dolor del pezón materno.<sup>49</sup>



**Figura 9.** Evidencia de la anquiloglosia cuando el recién nacido llora.

## CONCLUSIONES

Se recomienda realizar un examen estomatológico a todos los neonatos como rutina. Por ello, es necesario estar capacitado para diagnosticar las características normales del recién nacido y las lesiones y así dar un buen asesoramiento a los padres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mora CI, López R, Pérez I, Calzada A, Pérez RA, Santos M. Determinación de la discrepancia hueso diente en niños de 5 a 11 años respiradores bucales. *MediSur* 2009; 7(1): 65-72.
- Simoes WA. Ortopedia funcional vista a través de la rehabilitación neuro-oclusal. 3ra. ed. Brasil: Lázaro Barbosa, Artes Médicas; 2004.
- Rioboo MR, Planells P, Rioboo R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:376-87.
- Marcos J, Núñez M. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses del Instituto Nacional de Salud del Niño. *Odontol Sanmarquina* 2014; 17(2): 67-71.
- Camargo MCF. Programa preventivo de maloclusiones em bebês. In: Gonçalves EAN, Feller C. *Atualização na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p.405-42.
- Castro LA, Modesto A, Vianna R, Soviero VLM. Estudo transversal da evolução da dentição decidua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(4): 367-73.
- Villena RS, Corrêa MSNP. Características do sistema estomatognático: algumas anomalias no recém-nascido. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos; 1998 p.87-100.
- Van Der Haven I, Mulder W, Van Der Wal K, Hage J, de Lange-de Klerk ES, Haumann TJ. The jaw index: New guide defining micrognathia in newborns. *Cleft Palate Craniofac J*. 1997; 34(3):240-1.
- Angulo M, De la Teja E, Duran A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. *Acta Pediatr Mex*. 2013; 34:196-204.
- Legovic M, Ostric L. The effects of feeding methods on the growth of the jaws in infants. *J Dent Child* 1991; 58:253-5.
- López Y, Arias MM, Del Valle O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Cubana Ortod* 1999; 14 (1):32-8.
- Johnsen D, Tinanoff N. Lesiones frecuentes de los tejidos blandos de la cavidad bucal. En: *Tratado de Pediatría de Nelson*. 16a. ed. México: Ed. Mc Graw Hill; 2001.p. 1227.
- Ventiades FJ, Tattum BK. Patología oral del recién nacido. *Rev Soc Bol Ped*. 2006; 45:112-5.
- McDonald RE, Avery DR. Principios de Patología estomatológica. En: *Odontología pediátrica y del Adolescente*. 6a. ed. Buenos Aires. Ed. Harcourt Brace; 1998. p. 234-44.
- McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. São Paulo: Artes Médicas; 1995. p.107-9.
- Cavalcante JA, Xavier P, Mello-Moura ACV, Alencar CJF, Imparato JCP. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista – relato de caso. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(3):290-4.
- Ceremello PJ. The superior labial frenum and the midline diastema and their relation to growth and development of the oral structures. *Am J Or-*

- thod 1953; 39:120-39.
- 18.Haddad AE, Fonoff RD. Freiotecto-labial persistence. Diagnostico e tratamento cirurgico. *J Brasileiro Odont do Bebe* 2000; 3:125-9.
  - 19.George D, Bhat SS, Hegde SK. Oral findings in newborn children in and around Mangalore, Karnataka State, India. *Med Princ Pract* 2008; 17:385-9.
  - 20.Flinck A, Paludan A, Matsson L, Holm AK, Axelsson I. Oral findings in a group of newborn Swedich children. *Int J Ped Dent* 1994; 4: 67-73.
  - 21.Walter LRF *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p.58.
  - 22.Magaña M, Robles MS, Guerrero C. Alteraciones bucales del recién nacido. *Revista ADM* 2014; 71 (3): 115-119.
  - 23.Komboj M. Neonatal Tooth: How dangerous can it be? *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2009; 34 (1): 59-60.
  - 24.Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *ASDC J Dent Child* 1995; 62:123-8.
  - 25.Abanto J, Raggio DP, Alves FBT, Corrêa FNP, Bönecker M, Corrêa MSNP.Oral characteristics of newborns: report of some oral anomalies and their treatment. *Int J Dent* 2009, 8(3):140-145.
  - 26.Alexander KC. Natal and neonatal teeth: A review. *Journal of the National Medical Association*.2006; 98 (2): 226-228.
  - 27.Adekoya-Sofowora C.A. Natal and neonatal teeth: a review. *Niger Postgrad. Med. J.*, 15(1):38-41, 2008
  - 28.Galassi, M. S.; Santos-Pinto, L. &Ramalho L. T. Natal maxillary primary molars:case report. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, 29:41-4, 2004.
  - 29.Cunha, R. F.; Boer, F. A. C.; Torriani, D. D. &Frossard, W. T. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr. Dent.*, 23:158-62, 2001.
  - 30.Fierro MC, Bravo RL, Torres CF, Álvarez HC, Pérez FMA. Dientes natales, revisión bibliográfica y caso clínico. *Int J Odontostomat* 2010; 4(2):105-110.
  - 31.Seminario, AL, Ivancaková R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica* 2004, 47:229-33.
  - 32.Goho, C. Neonatal sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease): reports of cases. *J Dent Child* 1996; 63:362-4.
  - 33.Ziai MN, Bock DJ, Da Silveira A, Daw JL. Natal teeth: a potential impediment to naso-alveolar molding in infants with cleft lip and palate. *J Craniofac Surg*. 2005; 16:262–266.
  - 34.Da Silva CM, Ramos MM, Carrara CF, Dalben Gda S. Oral characteristics of Newborns. *J Dent Child* 2008; 75:4–6.
  - 35.Marini R, Chipaila N. Unusual symptomatic inclusion cysts in a newborn: a case report Roberta. *Journal of Medical Case Reports* 2014, 8:314.
  - 36.Sonis A, Keels MA. Oral pathology/oral medicine/ syndromes. In: Nowak AJ, Casamassimo PS, eds. *The Handbook: Pediatric Dentistry*. 3rd ed. Chicago, Ill: American Academy of Pediatric Dentistry; 2007:29-53.
  - 37.Navas RMA, Mendoza MGM, Leonardo MR, Silva RAB, Herrera HW, Herrera HP. Congenital eruption cyst: a case report. *Braz Dent J*. 2010; 21(3):259–262.
  - 38.Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Soft tissue tumors. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd ed. St. Louis, Mo: Saunders Elsevier; 2009:537-8.
  - 39.Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Odontogenic cysts and tumors. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd ed. St. Louis, Mo: Saunders Elsevier; 2009:682.
  - 40.Marakoglu I, Gursoy U, Marakoglu K. Congenital epulis: Report of a case. *J Dent Child* 2002; 69(2):191-2.
  - 41.Dilley DC, Siegel MA, Budnick S. Diagnosing and treating common oral pathologies. *Pediatr-Clin North Am* 1991; 38:1227–64.
  - 42.Vanheerden WFP, Van Zyl AW.Diagnosis and management of oral lesions and conditions in the newborn. *South African Family Practice* 2010, 52:6, 489-491.
  - 43.Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr Clin North Am* 2003; 50:381-397.
  - 44.Amir L, James J, Beatty J. Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. *J Paediatr Child Health* 2005; 41(5-6):243-5.
  - 45.Segal L, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia. *Can Fam Physician* 2007; 53(6):1027-33.
  - 46.Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia. Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126:36 –9.
  - 47.Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management. *Pediatr Dent* 2005;

- 27: 40-6.
48. Ochi J. Treating tongue-tie: Assessing the relationship between frenotomy and breastfeeding symptoms. Clin Lactation 2014; 5(1):20-7.
49. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management considerations for pediatric oral surgery and oral pathology. Pediatr Dent 2015; 37(6):282.

*Recibido: 02-02-16*

*Aceptado: 16-05-2016*

*Correspondencia: Karina Liela*

*Dirección: kalieh351@hotmail.com*