



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANUAL PARA LA ATENCIÓN
BUCODENTAL
DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

TRABAJO TERMINAL ESCRITO
DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

CYNTHIA IVONNE ALCOCCER GARCÍA

TUTORA: C.D. DORA LIZ VERA SERNA
ASESOR: MTRO. JUAN ENRIQUE CASTRO OGARRIO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cynthia Ivonne Alcoccer García'.

MÉXICO D.F.

AGOSTO 2004



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.

A Dios

Gracias por estar siempre a mi lado y permitirme disfrutar un logro más en mi vida en compañía de mi familia y amigos.

A mi madre Dolores García

Gracias por amarme tanto y siempre brindarme tu apoyo incondicional, confianza plena y verdadera amistad.

A mi padre Ezequiel Alcocer

Gracias por tanto amor, confianza, comprensión y por ayudarme a hacer posible un logro más en mi vida.

Y sobretodo por la fe que depositaron en mí y por ser ambos mi ejemplo de superación. Los amo.

A mis hermanos Claudia, Alejandra y Carlos

Gracias por siempre contar con ustedes y por dejarme ser su apoyo siempre. Los quiero.

A toda mi familia

Gracias por su comprensión, paciencia y por confiar en mi trabajo.

A Sergio

Gracias por tu amistad sincera y por compartir momentos importantes en mi vida. Te quiero mucho.

A la CDEO Dora Liz Vera

Gracias por su confianza, orientación, ayuda y tiempo dedicado.

Al Mtro. Juan Castro y a los doctores que participaron en el Diplomado

Gracias por adentrarme en este maravilloso mundo de la Odontopediatría y sobre todo en la Odontología para el bebé.

A mis amigos y compañeros del Diplomado

Gracias por compartir los mismos sueños y ayudar a hacerlos realidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	10
2. HISTORIA CLÍNICA.....	13
3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....	16
3.1 Labios.....	20
3.2 Apoyo para succión (Sucking pad).....	21
3.3 Mucosa yugal.....	21
3.4 Arco maxilar, paladar duro y blando.....	22
3.5 Arco mandibular.....	22
3.6 Rodetes gingivales.....	23
3.7 Lobulaciones.....	24
3.8 Cordón fibroso de Robin-Magiot.....	25
3.9 Frenillos.....	25
3.9.1 Frenillo labial superior.....	25
3.9.2 Frenillo labial persistente.....	26
3.9.3 Frenillo labial inferior.....	26
3.9.4 Frenillo lingual.....	26
3.9.5 Frenillos o bridas laterales.....	27
3.10 Lengua y piso de boca.....	27
4. CARIES.....	28
4.1 Caries por alimentación infantil.....	31
5. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DENTALES.....	33
5.1 Asesoramiento prenatal.....	33
5.2 Maniobras de higiene.....	36
5.2.1 Maniobras de higiene en lactantes(28 días de nacido a 15 meses).....	36
5.2.2 Maniobras de higiene en preescolares (de 18 meses a 36 meses).....	39
5.3 Administración de fluoruros.....	42

5.3.1	Mecanismo de acción.....	42
5.3.2	Administración sistémica.....	42
5.3.3	Administración tópica.....	43
5.3.3.1	Dentífricos fluorados.....	43
5.3.3.2	Aplicaciones profesionales.....	44
5.3.3.3	Preparados para aplicación casera	45
5.3.4	Seguridad y toxicidad del fluoruro.....	45
5.4	Dieta.....	46
6.	AMAMANTAMIENTO.....	48
6.1	Fisiología y desarrollo de la succión.....	48
6.2	Ventajas del amamantamiento.....	51
6.3	Posiciones para el amamantamiento.....	52
6.4	Succión no nutritiva.....	53
6.4.1	Efectos negativos.....	56
7.	DESARROLLO DE LA PRIMERA DENTICIÓN.....	57
8.	PATOLOGÍA BUCAL	61
8.1	Quistes de Inclusión.....	61
8.1.1	Perlas o pàpulas de Epstein.....	61
8.1.2	Nódulos de Böhn.....	62
8.1.3	Quistes de la lámina dental.....	63
8.2	Quiste de erupción.....	64
8.3	Candidiasis.....	65
8.4	Dientes natales y neonatales.....	66
8.5	Enfermedad de Riga-Fede.....	68
8.6	Micrognatia.....	69
8.7	Alteraciones de la lengua.....	70
8.8	Anomalías dentarias.....	72
8.8.1	Anomalías de número.....	73
8.8.1.1	Agenesia dental.....	73
8.8.1.2	Hiperodoncia.....	74

8.8.2 Anomalías de tamaño.....	75
8.8.2.1 Microdoncia.....	75
8.8.2.2 Macrodoncia.....	75
8.8.2.3 Fusión.....	76
8.8.2.4 Geminación.....	76
8.8.3 Anomalías de forma.....	77
8.8.3.1 Cúspides y tubérculos accesorios.....	77
8.8.3.2 Dilaceración.....	77
8.8.4 Anomalías de estructura.....	77
8.8.4.1 Amelogénesis imperfecta tipo I por hipoplasia.....	77
8.8.4.2 Amelogénesis imperfecta tipo II por hipomaduración.....	78
8.8.4.3 Amelogénesis imperfecta tipo III por hipocalcificación.....	78
8.8.4.4 Defectos inducidos por el ambiente.....	79
8.8.4.5 Dentinogénesis imperfecta	79
8.8.4.6 Odontodisplasia regional...	79
CONCLUSIONES.....	80
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	82

INTRODUCCIÓN

Durante la mayor parte del siglo XX, la Odontología no se orientaba a la prevención sino al tratamiento de las caries, es decir, a la restauración. El odontólogo que no realizaba programas de prevención en sus pacientes, no tenía razón para verlos sino hasta que se desarrollaba alguna enfermedad por ejemplo, si los dientes del niño necesitaban restauración, el odontólogo que se enfocaba a esto se encontraba ante un dilema de realizar técnicas delicadas de restauración en un paciente que oponía resistencia mediante el llanto, el pataleo y mostrando incapacidad para comunicarse y suprimir sus temores en relación a una situación nueva y desconocida.

Por esto la odontología infantil tradicional recomendaba que la primera visita dental del niño se realizara a los tres años de edad, sugerencia que se basaba en la capacidad para cooperar en el entorno clínico, y no en la ausencia de enfermedad dental en los menores de tres años.¹

La tendencia actual intenta suspender esa tradición ya que existe la profunda convicción de que los programas de prevención deben comenzar antes de los tres años de edad para asegurar el éxito en la salud bucodental.

Actualmente la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) y la Asociación Dental Americana (ADA), recomiendan que los niños sean llevados a su primer visita dental a más tardar a los 12 meses de edad,¹ por el contrario la Academia Americana de Pediatría recomienda que ésta sea a los tres años de edad, basados en que el pediatra tiene la habilidad para realizar los exámenes bucales necesarios y dar la información preventiva a niños menores de tres años.

La odontología moderna se orienta a la prevención, y la mayoría de los odontólogos actuales comprenden sus obligaciones para prevenir enfermedades y buscar estrategias preventivas para asegurar que se conserve la salud bucal en

todos sus pacientes. Actualmente el niño menor de un año de vida, es un paciente muy deseable desde el punto de vista preventivo, ya que cualquier acción que se realice a favor de la prevención tendrá un efecto de por vida.

La práctica odontológica para bebés está fundamentada en la aplicación del concepto de que la educación genera prevención. Para eso es importante trabajar entre otras cosas, sobre el riesgo de la caries, a través de la educación a los padres, antes de cualquier acción directa sobre el bebé. Para apoyar lo anterior se han elaborado lineamientos para mantener la salud bucodental del lactante y del paciente menor de tres años, el enfoque en gran medida es teórico y aún pocos clínicos lo llevan a la práctica diaria, aunque en México encontramos que desde el Porfiriato existe la preocupación por la salud bucal infantil; a finales del siglo XIX ya se abarcaban temas acerca del fluoruro y malos hábitos. En 1923 se creó un centro dedicado a la higiene infantil, lo cual nos indica el interés por prevenir. Hacia 1930 se instauran los primeros programas de higiene dental pública dirigidos a higiene prenatal e higiene dental infantil, lo cual nos indica que la preocupación por prevenir no es algo nuevo sino que no se ha llevado a la práctica en su totalidad.²

Actualmente, en México este interés por la prevención ha aumentado; en 1989 se iniciaron programas educativos-preventivos en niños preescolares, aunque el esquema básico de prevención se enfocaba a niños de 4 a 14 años porque como los niños más pequeños no controlan sus movimientos psicomotrices adecuadamente, no se les tomaba en cuenta en estos programas.²

El 6 de enero de 1995, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la norma NOM-013-SSA2-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucles en la cual se tratan temas sobre la enseñanza de la salud bucal, sobre cómo realizar la higiene bucal en la población infantil menor de un año y de uno a tres años, así como el uso de selladores de fosetas y fisuras y la prevención de

malos hábitos. Por lo tanto deducimos que la prevención no es algo nuevo sino que no se ha llevado a la práctica en su totalidad.

Por lo anteriormente explicado, surgió en mí la necesidad de elaborar un manual destinado a los alumnos de la Licenciatura de Odontología, especialmente a los que deseen dedicarse a la atención pediátrica, ya que contiene los fundamentos básicos para poder prevenir, diagnosticar e intervenir a tiempo ante la presencia de alguna alteración en la salud bucodental. La elección de un manual para presentar este trabajo se debe a que éste es un documento que contiene la explicación de cómo debe realizarse una actividad con detalles, en este caso, la atención odontológica a bebés. Este trabajo está presentado por capítulos secuenciales con el objetivo de que si no se está en su totalidad familiarizado con el tema, pueda ser capaz de realizar lo que se explica guiándose en este manual.

El contenido está basado en el Diplomado de Actualización profesional en atención durante la primera infancia (Odontología para el bebé), y con el apoyo de la literatura describiremos la información necesaria y los procedimientos para realizar programas de prevención, los cuales deben iniciar lo más pronto posible después del nacimiento. En estas visitas al consultorio, que deberán ser subsecuentes, se realizarán procedimientos como la elaboración de la historia clínica seguida de una completa inspección bucodental, y se discutirán con los padres diversos temas referentes a la salud de su hijo, se les explicará acerca del desarrollo de la dentición, las diferentes aplicaciones del fluoruro y sus indicaciones, informaremos sobre la alimentación, la importancia del amamantamiento, los hábitos de succión y el uso de chupones, y demostraremos las diferentes instrucciones de higiene.³

Para la mejor comprensión de este manual definiremos los periodos por los que pasa el niño hasta los 72 meses, aunque en este texto abarcaremos

únicamente desde el periodo prenatal hasta los 36 meses de vida, a lo que denominamos primera infancia:

- Periodo prenatal o intrauterino. Abarca desde la concepción hasta el momento del nacimiento.
- Periodo de recién nacido. Abarca desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- Periodo de lactancia. Abarca desde los 28 días de nacido hasta los 15 meses. Se le llama así porque el niño se encuentra en el periodo en el que su alimento principal es la leche.
- Periodo pre-escolar. Se divide en dos etapas:
 1. De los 16 a los 36 meses.
 2. De los 36 a los 72 meses ¹

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Como ya se había mencionado existen antecedentes importantes sobre la atención bucodental en etapas tempranas en nuestro país, en la literatura se mencionan hallazgos importantes en otras partes del mundo:

- 1929 Brasil. Pereira, enfatizaba que la atención debe comenzar desde la vida intrauterina hasta la formación de los órganos dentarios bien calcificados y que los dientes, en función de la dificultad del cepillado, necesitaban de limpieza con gasa embebida en solución de bicarbonato de sodio. Alertaba también, que el niño no debe dormir después de una comida sin antes lavar la boca y limpiar los dientes.⁴
- 1939 Brasil. Costa, tomó una posición contraria a Pereira, afirmando el concepto de la atención a niños antes de los 2 años sólo en casos raros de erupción dentaria muy precoz.³
- 1949 Alemania. Kantorowicz, realiza tratamientos preventivos pero después de los 2 años, en la escuela odontológica de este país.³
- 1960 Alemania. Brauer y cols., mencionan que el momento ideal para comenzar los exámenes dentales periódicos de los niños y los tratamientos, cuando sean necesarios, es a partir de los 2 años de edad.³
- 1963 Inglaterra. Robinson y Naylor, afirmaron que lo referente a métodos preventivos en niños de edad escolar estaba bien documentado, pero pocos destacaban el control de hábitos alimenticios como medio de prevención de caries en bebés. Se daba mucho énfasis al daño causado por el uso indiscriminado de carbohidratos en niños de edad escolar pero poco en bebés.⁴

- 1978 E.E.U.U. Novak, describe que un niño debería ir inicialmente al dentista a la edad de 3 a 5 años y que los programas de prevención de enfermedades deben ser iniciados o desarrollados lo más cercano a la época de inicio de la erupción de los dientes.⁴
- 1980 E.E.U.U. Blinkhorn, destacó la necesidad de cambio en el comportamiento de los cirujanos dentistas en educación para la salud, estableciendo rutinas que podrían prevenir o controlar las afecciones más frecuentes en la cavidad bucal de bebés.⁴
- 1982 E.E.U.U. Elvey y Hewie, describieron que muchos problemas se podrían evitar si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre la terapia de fluoruro, los hábitos locales y sus consecuencias, desarrollo de la dentición y métodos de prevención.⁴
- 1982 Japón. Morinushi y cols., afirmaron que un camino más seguro para el mantenimiento de la salud bucal fue la incorporación de una guía de salud bucal junto con el examen médico. Esta orientación sobre los cuidados diarios fue transmitida a las madres con niños de 4 meses de edad.⁴
- 1985 Suecia. Persson y cols., relataron que los programas preventivos de caries dental son orientaciones transmitidas a los padres, como procedimiento principal, cuando el niño tiene 6 meses de edad y repetido a los 18 meses.⁴
- 1985 Brasil. Inicia actividades la Clínica de Bebés de la Universidad Estatal de Londrina con la tendencia de atención odontológica a niños de corta edad (bebés) con establecimiento de programas de atención primaria y tratamientos curativos específicos.⁴

- 1989 E.E.U.U. Goepferd, informó que, en la Universidad de Iowa se estableció durante 18 meses un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras que podrían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los niños. Basado en sus resultados indicó que la primera visita del niño al dentista debe ser realizada a los seis meses de edad, época en que se consigue mayor eficacia en atención primaria y control de caries dental.⁴
- 1994 E.E.U.U. Dos instituciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, publicaron *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* ("Futuros Brillantes: lineamientos para la supervisión de la salud en el lactante, niños y adolescentes"), escrita por profesionales de la salud con el objeto de sentar las bases para la supervisión de medidas preventivas de salud en niños pequeños.¹
- 1995 Brasil. Se crea el Núcleo de Odontología para bebés, para la atención precoz en niños de 0 a 30 meses de edad.⁴
- 2003 México. Se inician las actividades del Diplomado de Actualización profesional en Atención Durante la Primera Infancia: "Odontología para el bebé", impartido en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2. HISTORIA CLÍNICA

El primer paso es realizar una historia clínica, siendo ésta un documento legal donde vamos a recopilar ordenada y detalladamente toda la información personal y familiar del paciente, que nos van a servir de base para fundamentar un diagnóstico y el tratamiento a seguir.

En la historia clínica a utilizar en los pacientes de la primera infancia es importante realizar algunas modificaciones importantes que a continuación discutiremos.

Antes de comenzar el interrogatorio es opcional brindar a los padres una carta de bienvenida y felicitación por interesarse en conseguir una salud bucal apropiada para sus hijos; esto les brindará confianza y podrán entender el interés que les brindamos a sus hijos y a los mismos padres.⁵ El contenido de la historia clínica se desglosará a continuación:

DATOS PERSONALES

El padre, la madre o el tutor, contestarán un cuestionario el cual debe contener la siguiente información:

1. Nombre del paciente completo y su sobrenombre, para que el niño sienta confianza al nombrarlo como lo hacen en su casa.
2. Fecha de nacimiento.
3. Dirección.
4. Nombre de los padres o tutores, su ocupación y su estado civil.
5. Número telefónico de los padres.
6. Circunstancias sociales, familiares o financieras que puedan influenciar en el tratamiento o cuidado dental.
7. Nombres y edades de los hermanos.⁶

Estos datos nos aportarán conocimientos sobre la estructura familiar y nos ofrece un entendimiento de las relaciones entre los padres y el niño, que es vital para elaborar sugerencias sobre modificaciones en la dieta y en los procedimientos de higiene.¹

8. Información sobre seguro dental (si lo tiene).
9. Nombre y teléfono del pediatra.
10. Historia médica completa incluyendo accidentes, enfermedades, problemas de desarrollo y condiciones médicas las cuales pueden afectar el tratamiento dental como: anomalías cardíacas, hidrocefalia o alergias.
11. Inmunizaciones.
12. Hospitalizaciones.
13. Medicaciones actuales y anteriores.
14. Antecedentes médico familiares.⁶

El obtener una historia médica precisa es tan importante en la atención de lactantes y preescolares como en la de niños mayores y adultos. Así mismo los antecedentes de episodios constantes de infecciones previas, la administración oral concomitante y frecuente de suspensiones antibióticas con altas concentraciones de sacarosa, por ejemplo, influyen en las recomendaciones sobre la dieta, los procedimientos de higiene y las posibles aplicaciones de fluoruro.¹

15. Crecimiento y desarrollo. Los conocimientos básicos del desarrollo, como la erupción del primer diente, ayuda al odontólogo a descubrir alteraciones relevantes en el crecimiento y sienta las bases para responder las numerosas preguntas que tienen los padres sobre el desarrollo dental.
16. Alimentación. La revisión de los antecedentes alimentarios del lactante es necesario para efectuar un análisis pertinente de las influencias dietéticas en la caries dental y modificar posibles prácticas alimenticias dañinas. La información importante abarca la

distinción entre alimentación con biberón y al seno, la frecuencia y duración de ésta, el uso del biberón por la noche o el uso de éste a modo de chupón, el tipo de líquido que contiene el biberón, la suspensión de uso del biberón o el destete y la transición a beber de tazas con tapa.

17. Antecedentes prenatales, natales y neonatales. La información recabada nos permite explicar anomalías dentales en la dentición primaria y los posibles eventos causales.
18. Exposiciones a fluoruro, es necesario conocer dónde ha vivido el niño o si está viviendo en una comunidad fluorada o no; es importante determinar si el niño bebe o no agua u otros líquidos fluorados, también si ha recibido suplementos de fluoruro y de qué tipo, en qué concentración y la frecuencia.
19. Hábitos orales incluyendo el uso del biberón (cómo se le da al niño y con qué líquidos) succión digital o uso de chupón.⁵
20. Firma del padre o tutor, se debe realizar una carta en la que se explica cada uno de los procedimientos a realizar durante el tratamiento (carta de consentimiento informado).⁶

Una vez que se ha dado el consentimiento por parte de los padres, el odontólogo está listo para proceder con la examinación del paciente.

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

La idea de examinar la cavidad oral de los pacientes durante la primera infancia forma parte importante del cuidado de la salud general, el cirujano dentista u odontopediatra deberá realizarlo lo mejor posible aunque represente un verdadero reto, debido a la pequeñez, a la dificultad de mantener la boca abierta del bebé y a que aún sus estructuras anatómicas están en pleno periodo de crecimiento y desarrollo, y aunque desde el nacimiento hasta la edad de tres años el bebé esté bajo estricto control de su médico, el cual se responsabiliza del estado general, el cirujano dentista debe actuar en esta etapa de la vida del niño para detectar alguna patología de los tejidos orales ya sean congénitos o adquiridos y no retrasar por ningún motivo la inmediata atención y el tratamiento correspondiente.

En la actualidad el examen comienza en el lactante, dando con ello inicio a lo que estamos denominando Odontología para el bebé, cuyos conocimientos nos ayudarán a conocer las condiciones normales de la cavidad oral del bebé para después poder diferenciarlas de las condiciones patológicas debido a que la cavidad oral del recién nacido y del lactante presentan características únicas y propias de la edad.

El examen clínico debe realizarse con los padres presentes en un ambiente que no resulte amenazador, porque así el niño se siente en confianza y los padres pueden ayudar al dentista durante el procedimiento.

Casi nunca es necesario ni aconsejable usar el sillón dental para examinarlos. De hecho resulta más adecuado un sitio agradable, alejado de la unidad dental.⁶

Para dicho examen se han descrito diferentes técnicas que nos van a facilitar este procedimiento y que a continuación se describirán:

1. Contacto íntimo. (Niño/padres/odontólogo). Descrita por Mathewson y cols., en 1982, donde no se requiere de ningún aditamento especial para llevarla a cabo y es la denominada rodilla con rodilla, donde se necesita la ayuda de la madre o el padre ya que éste y el odontólogo estarán sentados cada quien en una silla al mismo nivel, frente a frente con las rodillas encontradas donde el bebé debe estar colocado en una posición supina con sus piernas alrededor de la cintura del padre así él, puede tener control de las piernas del bebé con sus codos, y su cabeza va a estar extendida sobre las rodillas del odontólogo (figs.1 y 2), esto permite a la madre inmovilizar al bebé con gentileza y de que ella y el dentista tengan una visibilidad adecuada a la cavidad bucal del paciente.

La posición es cómoda para el bebé, y el contacto materno refuerza su tranquilidad. Esta posición es indicada para exámenes eventuales y/o procedimientos sencillos.³



Fig.1 Mamá y odontólogo frente a frente, la paciente sentada en las rodillas de su mamá.



Fig.2 La mamá deja extendida a su hija en las piernas del odontólogo.

2. Niño en contacto íntimo con los padres (regazo). En este método también se requiere la presencia de los padres en el consultorio, aunque ésta sea motivo de controversia, en estas edades facilitará la transición a una relación más directa con el niño. En este caso, la madre sentada en el sillón dental, toma en su regazo al niño con la cabeza apoyada sobre los brazos y el pecho del niño, y abrazándolo con suavidad contribuye a su restricción física (fig.3).

La asistente debe estar preparada para tomar los pies del niño o sus brazos si la madre los soltase. Esto nos permite utilizar una buena fuente de luz y poder tener mejor visibilidad. Debe ser usada en raras ocasiones y no como rutina.⁷



Fig. 3 Niño en contacto íntimo con la madre.⁸

3. Contacto parcial. El contacto parcial es la manera más productiva y ergonómica de atención odontológica al bebé. Esto se realiza con el uso de una camilla especial, una pieza de mobiliario que facilita el examen clínico de lactantes donde el profesional y los padres participan en la atención odontológica y es denominado también sistema co-participativo (fig.4), pues los padres podrán participar directamente y observar todo el procedimiento, éste dispositivo que es una combinación de silla y hamaca, no requiere que el niño coopere, ya que proporciona una posición cómoda con inmovilización mínima, así como excelente visualización de la cavidad bucal.¹



Fig.4 Contacto parcial padre, hijo, profesional.⁴

La mayoría de los niños menores de 6 meses cooperan muy bien durante la examinación dental, y requieren una mínima restricción por parte de los padres, aunque el llanto no se pueda evitar ya que es muy común que lloren y se inquieten durante el examen. El examinador debe tranquilizar a los padres ya que ese comportamiento es completamente normal y no se considera al niño como no cooperador, mal paciente o con comportamiento negativo⁵ ya que los niños lloran en situaciones semejantes como en el consultorio del pediatra, en la peluquería, en la zapatería y en ocasiones sin razón alguna, y esto aunque es bien sabido por los padres, es necesario explicarles que el llanto por si solo o la inquietud no van a interferir ni a dificultar la examinación.⁶

Previamente al examen, el odontólogo debe lavarse las manos con agua tibia y jabón de preferencia a la vista de los padres, esto les dará confianza acerca de la higiene que se tendrá durante el examen y se utilizará agua tibia para prevenir una reacción de sorpresa hacia el niño cuando se comienza con el procedimiento,⁶ se deben utilizar guantes, cubrebocas y una adecuada fuente de luz natural o artificial. Todas las maniobras se realizarán con mucho cuidado y delicadeza.⁹

El dentista comenzará por una apreciación general del niño, se recomienda un tacto cordial y amable en las manos del bebé de preferencia dentro de su campo visual de este modo el puede ver y sentir que el tacto del examinador es cálido, suave y no agresivo.^{5,6} Si el examinador comenzara inmediatamente con algún instrumento, el niño no puede adivinar las intenciones del dentista ni adecuarse al tacto ni a otros aspectos del procedimiento. El dentista debe tener siempre en su mente que él está examinando a un niño muy pequeño y no únicamente a una boca pequeña. Durante la examinación se debe mantener un continuo monólogo con palabras calmantes acompañadas de una manipulación muy suave de la cabeza y de la cara.⁶

Una vez que se tiene control del paciente en la posición apropiada, el odontólogo puede efectuar el examen completo de la región de cabeza y cuello, seguida por la examinación intraoral.⁶ Se debe realizar una inspección general, poniendo atención sobre región de cabeza y cuello en búsqueda de anomalías en tamaño, forma y simetría cefálica y facial, nódulos linfáticos, ojos, oídos, nariz, labios y boca.^{5,6} Para la examinación intrabucal se aconseja el siguiente orden:¹⁰

3.1 Labios

En el lactante son más gruesos, debido al predominio de la succión,¹⁰ están separados por el surco labiogeniano. El labio superior presenta una depresión en la línea media (surco subnasal) con un hundimiento en la línea mucocutánea y el tubérculo del labio en su borde libre, también en la línea media se presenta el arco de Cupido, una línea prominente de demarcación en el borde bermellón (unión de la piel con la membrana mucosa). La piel que cubrirá el tercio externo de la superficie labial, es lisa y rosada.

La mucosa labial presenta ligeras arrugas, de color púrpura ligeramente elevadas, húmedas y brillantes (fig. 5). La zona del borde libre de los labios es seca, ya que carece de glándulas a diferencia de la mucosa. Los labios tienen una estructura semejante a las mejillas, pero poseen menos grasa y tienen la movilidad necesaria que exige la función en el reflejo de succión.¹⁰



Fig. 5 Forma y consistencia de los labios del lactante.

3.2 Apoyo para succión (Sucking pad)

Se encuentra en la porción media del labio superior, con múltiples proyecciones vellosas que tienen, por característica, aumentar de volumen cuando está en contacto con el pecho de la madre, o cuando son estimuladas; las cuales se desarrollan en el último trimestre del embarazo y eventualmente desaparecen durante los primeros meses de vida postnatal, estas proyecciones facilitan la adhesión de los labios con el pezón de la madre por la creación de una superficie rugosa y aumentan el área de contacto (fig.6). Esta zona sirve de contacto durante el amamantamiento y está más desarrollada en niños de menores de edad y que maman en el pecho de la madre.¹¹

3.3 Mucosa yugal

La pared de la mucosa yugal está formada esencialmente por el músculo buccinador y la bola adiposa de Bichat (pelotón subcutáneo de grasa) que le da al recién nacido el aspecto de “querubín” (fig. 7). El buccinador mantiene los líquidos alimenticios por vía oral dentro de la misma cavidad y la bola adiposa impide que la mejilla se deprima durante la succión. En la mucosa de los carrillos hay tejido elástico que impide la formación de pliegues, manteniendo con esto una superficie lisa pero flexible y que ayuda a retirar los líquidos del vestíbulo.¹⁰



Fig. 6 Sucking pad. “apoyo para succión”.



Fig.7 Abultamiento que provoca la bola de Bichat en la pared de la mucosa yugal.

3.4 Arco maxilar, paladar duro y blando

Anatómicamente, el maxilar presenta en el arco superior un rodete gingival que en su parte anterior es delgado y en la parte posterior es aplanado; el cual está adherido al frenillo labial y las bridas laterales por vestibular, en la parte posterior se observa una protuberancia gingival a nivel de su región molar llamada borde pseudoalveolar la cual desaparece con el crecimiento del proceso alveolar.¹⁰ Por palatino, tenemos el paladar con la bóveda, la papila y las rugosidades palatinas, en la porción anterior y media de anterior a posterior, el rafe palatino medio. En posterior se encuentra la transición del paladar duro con el blando, que se nota por un cambio de color siendo este último más rojizo (fig. 8). En la transición del paladar con el rodete, existe el surco alveolar interno desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuamente hacia vestibular. En la porción posterior del rodete se puede notar después del surco oblicuo alveolar interno, el llamado pliegue palatino transitorio.⁴

3.5 Arco mandibular

La región anterior del proceso gingivoalveolar se caracteriza por su gran delgadez, condición estructural importante que facilita la prensión del seno materno (fig. 9). La región posterior se encuentra aplanada, por lingual, existe el piso y el frenillo lingual así como el surco alveolar interno.¹⁰ Además, observamos los frenillos laterales muy cortos a nivel de los primeros molares.



Fig. 8 Arco maxilar, paladar duro y blando.

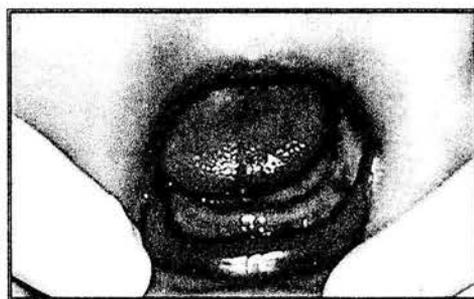


Fig. 9 Arco mandibular caracterizado por su gran delgadez.

3.6 Rodetes gingivales

Los procesos alveolares están cubiertos por abultamientos gingivales que luego se segmentan para indicar la localización de los dientes, en este instante, la boca desdentada, presenta una mucosa gingival de color rosada, firmemente adherida denominada rodete gingival (fig.10) y persiste desde el nacimiento hasta el inicio de la erupción de los dientes.¹²

Se localizan internamente separando el vestíbulo de la cavidad bucal propiamente dicha, se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival.⁴



Fig. 10 Rodetes gingivales superior e inferior.

La relación entre los rodetes, protuido el superior y en sentido anteroposterior, retruido el inferior (fig.11) ocurre con una discrepancia media de 5-6mm (Korkhous, 1958). En valores mayores, existe un desarrollo pobre para la mandíbula y excesivo para el maxilar, en estos casos hay una tendencia al desarrollo futuro de una Clase III.⁴

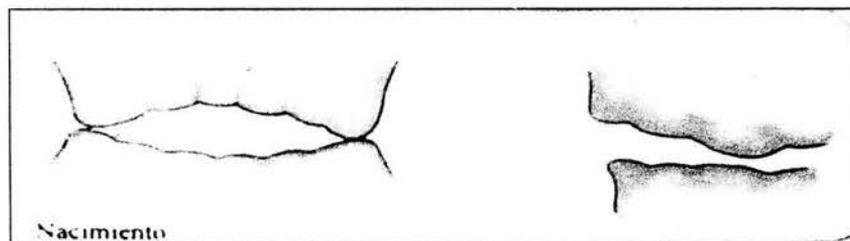


Fig.11 Relación de los rodetes superior protuido e inferior retruido.⁷

La relación de los rodetes gingivales durante el proceso evolutivo del establecimiento de la oclusión, presenta modificaciones significativas desde la vida intrauterina. Por tanto, la característica más marcada en sentido anteroposterior en el nacimiento, es la maxila anteriorizada en relación con la mandíbula. La posición más distal de la mandíbula, es provocada por la posición ventral del feto en la cavidad amniótica y que la interrelación correcta de los rodetes gingivales, que ocurre post-nacimiento se deriva de la succión.¹⁵ Observando frontalmente la relación intermaxilar de un recién nacido, puede ser encontrada una de las siguientes características: a) espacio o apertura entre los rodetes en la región anterior, equivalente a lo que sería una mordida abierta anterior; b) sobremordida ó c) relación anterior o borde a borde. La mayoría de los autores coinciden en afirmar que la prevalencia del espacio vertical anterior es una característica común y natural y es considerada también como condición favorable que puede llevar a la instalación de sobremordida ideal después de la erupción de los dientes.¹⁵

3.7 Lobulaciones

Son segmentos verticales que se encuentran en la región anterior y vestibular de los rodetes y que coinciden con la presencia de los incisivos y caninos, por lo tanto, los rodetes gingivales se presentan lobulados y son indicativas de la presencia de los gérmenes dentarios⁴ (figs.12 y 13).

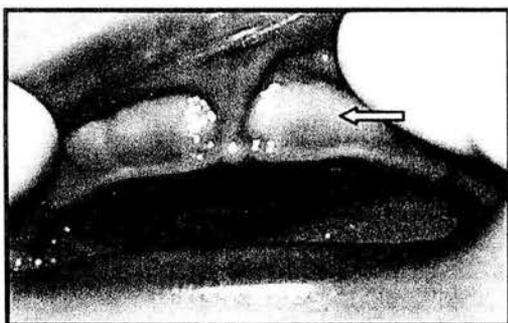


Fig. 12 Lobulaciones en el rodete superior.

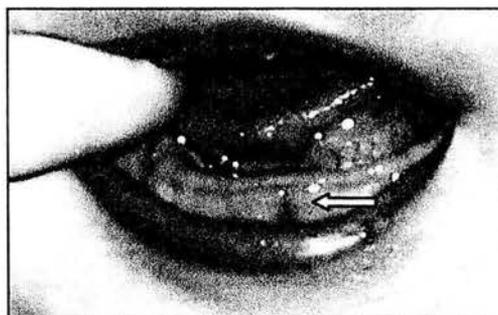


Fig.13 Lobulaciones en el rodete inferior.

3.8 Cordón fibroso de Robin-Magitot

Se refiere a la presencia de un cordón fibroso y flácido a la palpación, bien desarrollado en el recién nacido, se encuentra en ambos rodetes gingivales sobre la región de los incisivos y caninos (fig.14), conforme se aproxima el periodo de erupción éste va desapareciendo, siendo un factor indicativo del momento de erupción.⁴ La desaparición del cordón indica una espera de máximo dos meses para que los dientes aparezcan en la cavidad bucal. Se considera también que este cordón colabora como límite de los maxilares siendo así, un auxiliar durante la succión.¹⁵

3.9 Frenillos

3.9.1 Frenillo labial superior

Se encuentra variablemente pudiendo estar por encima de la cresta alveolar pero en los lactantes se observa con mayor frecuencia que se inserta en la cresta del reborde alveolar (fig.14). Más tarde con la erupción de los incisivos y con el desarrollo del hueso alveolar existe aumento en la altura de la inserción que se desliza progresivamente hacia la superficie vestibular del reborde alveolar asumiendo una posición más alta.¹⁵ Para examinar las inserciones del frenillo labial superior, basta solamente con levantar el labio superior y fácilmente se observará el frenillo labial.¹⁰

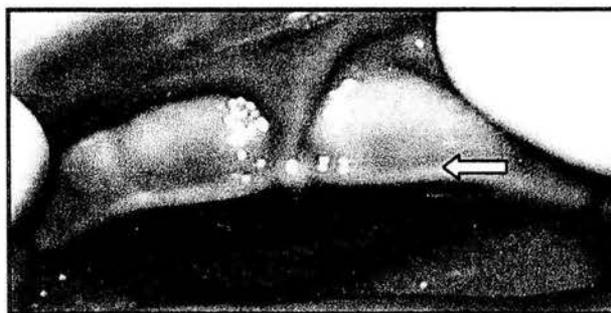


Fig. 14 Cordón fibroso de Robin-Magitot y frenillo labial superior.

3.9.2 Frenillo labial persistente

Es conocido también como frenillo teto labial persistente. Se origina cuando la inserción epitelial del frenillo se mantiene en la papila incisiva dejando que sus fibras se establezcan entre los incisivos centrales superiores (fig.15), en estos casos este frenillo puede llegar a causar problemas de mal oclusión.



Fig. 15 Frenillo teto labial persistente.¹³

3.9.3 Frenillo labial inferior

Se encuentra en el labio inferior, en la línea media, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival.⁴ Sus inserciones se encuentran en la cara interna del labio inferior, hasta la mitad del proceso vestibular en su línea media. El frenillo labial inferior se explora separando y bajando el labio inferior suavemente.¹⁰

3.9.4 Frenillo lingual

Este pliegue medial de mucosa, se inserta en la parte anterior e inferior de la lengua, el cual desciende hasta el piso de la boca (fig.16). En algunos casos está corto, provocando la limitación de los movimientos linguales necesarios para realizar el reflejo de deglución principalmente, pero que en base al ejercicio diario de alimentación, su elasticidad le permitirá en la mayoría de las ocasiones no necesitar la intervención quirúrgica.

Para la exploración del frenillo lingual se necesita la boca abierta y elevar ligeramente la punta de la lengua.¹⁰

3.9.5 Frenillos o bridas laterales

Se encuentran lateralmente al frenillo bucal, las cuales auxilian a la fijación del labio en el maxilar (fig.17). En inferior se encuentran menos desarrolladas a comparación de las superiores.⁴

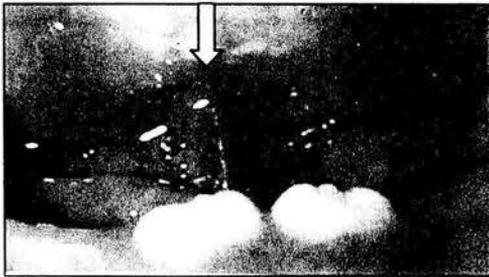


Fig. 16 Frenillo lingual. ³



Fig. 17 Frenillos laterales. ⁴

3.10 Lengua y piso de boca

La lengua del lactante presenta una base o raíz, vértice o punta, una cara dorsal y una ventral, al igual que la del adulto aunque difiere un poco ya que la lengua del neonato aparenta estar "atada" por su posición de descenso en el piso de la boca (fig. 18). El crecimiento de la lengua se produce en la punta durante el primer año de vida por lo que al principio no es del todo móvil, pero poco a poco sus movimientos se harán normales y el niño podrá llevarla fuera de la boca.¹⁰



Fig. 18 Imagen de la lengua de un lactante.

4. CARIES

El objetivo principal de este capítulo es entender el origen de las lesiones cariosas; por lo tanto, se hará referencia a la manera de adquisición y colonización del *Streptococcus mutans* en la cavidad oral de los niños ya que éste es el principal responsable del inicio del proceso carioso y es importante incluirlo en este trabajo ya que debemos tomar medidas preventivas para retrasar o disminuir el índice de lesiones cariosas a temprana edad.

La caries dental es una enfermedad compleja y multifactorial, el análisis detallado rebasaría el alcance de este capítulo, pero se realizará un resumen para entender el proceso, y así dar las indicaciones pertinentes a los padres para prevenir estas lesiones.

Comienza por la descalcificación de las porciones orgánicas del diente. La pérdida del contenido mineral va seguida de una ruptura de la matriz orgánica, este proceso es el resultado del metabolismo de los carbohidratos por parte de los microorganismos bucales.¹

De los muchos organismos presentes en la cavidad bucal, *Streptococcus* es el género que participa con mayor frecuencia en la causa de caries en particular el *S. mutans*, en la actualidad se presume que desempeña una función importante en el inicio de la lesión aunque no es el primero en colonizar la superficie dental (Loesche et al., 1975).

Numerosos estudios han demostrado que *S. mutans* está relacionado con la placa cariogénica y asociado con su comienzo; en la saliva hay un aumento significativo de estos microorganismos antes de la formación de la caries dental.

Los *Streptococcus mutans* son altamente acidúricos, crecen en un pH de 5.0 y pueden continuar la producción de ácido por debajo de un pH de 4.5, cuando

el *S. mutans* incrementa su metabolismo y como producto de la degradación bacteriana se forman ácidos, sobre todo ácido láctico, que provocan la disminución del pH local, dando inicio así a la desmineralización del esmalte¹⁸ (fig. 19).

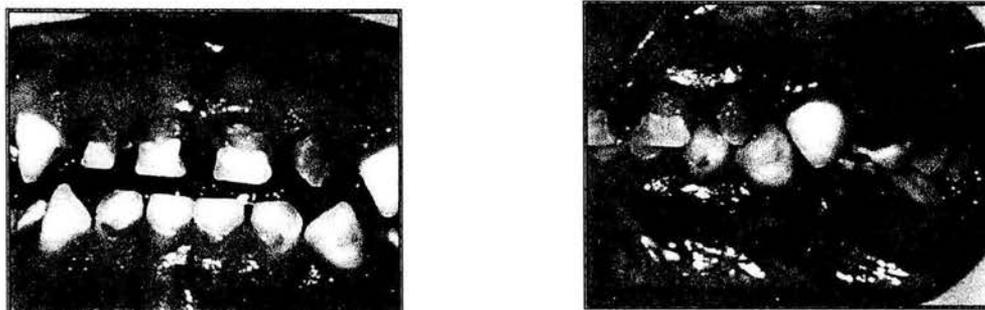


Fig.19 Lesiones cariosas en la primera dentición.

Referente a la adquisición, diversos autores mencionan que la cavidad oral del feto, al estar en el útero de la madre, se encuentra libre de gérmenes y que a partir del nacimiento la cavidad oral del niño está expuesta inicialmente a la microbiota normal del tracto vaginal materno, y posteriormente, se contamina con la microflora de personas que se encuentran en contacto con el recién nacido, principalmente la madre. Así mismo, se suman los microorganismos que están presentes en el medio ambiente, estableciéndose la flora definitiva en los primeros meses de vida.¹⁹

Cuando el niño se va desarrollando se expone a mayor cantidad y variedad de microorganismos, y por las condiciones que posee la cavidad oral se considera como medio ambiente ideal para los microorganismos.²⁰

Varios artículos demuestran que la madre es la principal fuente transmisora de *S. mutans* en los niños, ya que la colonización se ve favorecida por un gran inoculador y repetidas exposiciones; y la madre representa a la persona que tiene más contacto con el niño durante la alimentación y cuidados en los primeros años de la vida de éste.

Lo mencionado anteriormente, aunado a los estudios que respaldan esta idea, demuestra que la madre es el origen de la transmisión del *S. mutans* a sus hijos.²¹

Liébana y Blanco coinciden en la afirmación de que antes de la erupción de los primeros dientes, los *S. mutans* no pueden crecer y reproducirse en la cavidad oral, ya que estas bacterias necesitan una superficie dura sin exfoliación para poder colonizar y dicha superficie es aportada por los dientes.¹

Sabiendo que el *S. mutans* es el responsable del proceso carioso, tenemos que conocer los periodos clave del proceso de colonización. Cool Kendal los llamó "ventanas de infectividad". La primera se establece entre los siete y 29 meses y la segunda de los siete a los doce años.¹⁴

Caufield en una investigación publicada en 1993, menciona que la edad promedio del comienzo de la erupción de los dientes de la primera dentición es a los siete meses y que el periodo de la adquisición inicial del *S. mutans*, es entre los 7 y los 29 meses, esto se explica porque la cavidad oral del niño en sus dos primeros años de vida, experimenta un rápido incremento de nuevas superficies dentales, por lo que estos últimos se relacionan directamente con la adquisición inicial. Tal vez los dientes recién erupcionados representen un hábitat virgen, el cual permite la colonización del *S. mutans* sin que haya competencia por el sitio con otras bacterias establecidas.²³

El término de la erupción de la dentición primaria puede explicar el aparente cierre de las ventanas de infectividad; el último diente primario que erupciona lo hace alrededor de los dos años y medio de edad; y posteriormente, no aparece ningún otro diente adicional, hasta los seis años de edad con la erupción del primer molar permanente. Lo anterior se debe a que el *S. mutans* depende para su colonización de las nuevas superficies expuestas. Por lo tanto, es razonable pensar que el establecimiento de la bacteria se lleva a cabo sólo en el periodo en

que los dientes erupcionan en la cavidad oral. Los *S. mutans* pueden tener dificultad para establecerse después de este tiempo, ya que tendrían que competir con otras bacterias que ya colonizaron las superficies dentarias.²³

Por lo antes mencionado es que se debe insistir en la prevención temprana de caries dental basada principalmente en la educación. Los profesionales de la salud, sobre todo los pediatras y odontopediatras, son los responsables de impartir programas educativos a los padres sobre cuidados bucales durante el primer año de vida, con programas subsiguientes y adicionales dirigidos a los niños a medida en que crecen y maduran.¹

4.1 Caries por alimentación infantil

La caries por alimentación infantil, es un proceso carioso muy destructivo el cual afecta principalmente a los dientes incisivos superiores y a los primeros molares durante la primera dentición mientras que los incisivos inferiores son protegidos por la lengua y permanecen intactos. La destrucción puede ocurrir en pocas semanas, causando dolor e irritabilidad en niños tan pequeños de hasta 12 meses de edad.⁵ Los azúcares en la leche, fórmulas, jugos o bebidas endulzadas que se quedan en contacto con los dientes por largos periodos de tiempo propician la formación de estas lesiones cariosas.

Aunque el tema de cariología a avanzado rápidamente en las últimas décadas sabemos que los desafíos para la primera infancia son inmensos, la caries se puede manifestar de forma agresiva llevando a la destrucción completa de la corona dentaria en un tiempo sorprendentemente pequeño pudiendo evolucionar en cuadros tan severos que interfieran negativamente en el crecimiento y desarrollo de los niños afectados, trayendo trastornos físicos y emocionales para los niños²⁵ (fig.20). Por otro lado aunque la mayoría de las estadísticas actuales muestran que la mayoría de las madres discontinúan la lactancia materna antes de la erupción de los dientes, se han encontrado que

aproximadamente del 3 al 6% de la población pediátrica presenta caries durante la lactancia, la alimentación prolongada al seno materno a libre demanda también ha sido identificada como un factor que en algunos casos contribuye a la presencia de caries durante esta etapa.

También ha sido asociada con una alimentación materna inapropiada sobre todo cuando se trata de alimentación frecuente y prolongada una vez que los dientes han erupcionado. Los padres deben ser educados sobre los métodos más adecuados para la alimentación y los riesgos asociados con una mala alimentación.

Con mayores conocimientos sobre las causas de las lesiones cariosas infantiles y estrategias eficaces para disminuir su riesgo se reducirán en gran medida los costos de tratamientos dental inicial y a largo plazo.¹

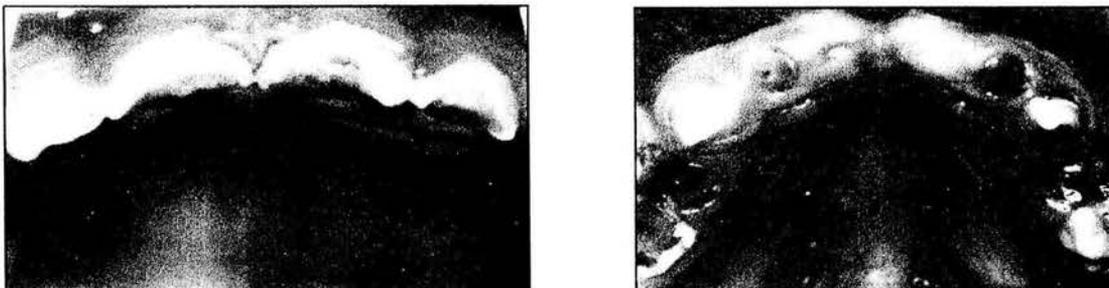


Fig. 20 Lesiones cariosas por alimentación infantil.

5. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DENTALES

Es bien sabido que la caries dental y las enfermedades periodontales se encuentran entre las enfermedades bacterianas más frecuentes que afectan al ser humano, y aunque se han hecho grandes esfuerzos para reducir la frecuencia y gravedad de estas enfermedades la realidad es que millones de niños y adultos aún tienen caries, enfermedad periodontal, pérdida dental y maloclusiones, la mayor parte de estas se pueden evitar mediante la participación de un programa diario de higiene bucal y la atención profesional de manera periódica.¹

El objetivo de este capítulo es proporcionar al odontólogo una guía que pueda ayudar a lactantes y niños preescolares a evitar las enfermedades dentales donde se requiere la participación del personal odontológico, de los niños, sus padres y cualquier persona responsable de la salud bucodental del niño.

Los procesos de prevención deberán empezar poco después de la concepción antes de que la enfermedad se instaure, y permanecerán durante toda la vida ya que la boca desempeña una de las funciones más importantes en la vida del ser humano.²⁶

5.1 Asesoramiento prenatal

La profesión médica ha reconocido desde inicios del siglo XX la importancia de proporcionar asesoría y atención prenatales a la futura madre. Gracias a estos esfuerzos, la morbilidad y la mortalidad infantiles se han reducido. Sin embargo, fue hasta fechas recientes que la profesión odontológica se unió a este esfuerzo preventivo básico,²⁷ ya que las alteraciones dentales en los niños han sido atribuidas a una mala higiene bucal y a una nutrición inadecuada; ninguno de estos problemas es controlado por los niños, así que es muy importante

concientizar a los padres en el periodo prenatal. La educación de los padres determinará la salud dental futura del niño.²⁹

Aunque en los últimos años se ha diseñado una gran variedad de programas de orientación en temas de salud bucal, sus objetivos han sido similares, todos cumplen el objetivo, que es proporcionar a los padres información sobre el desarrollo de las estructuras bucales y sus funciones, los procesos de enfermedad dental y las medidas preventivas recomendadas. Así mismo se debe proporcionar información sobre la importancia de la dieta de la madre incluidos los efectos de sustancias, tabaco y alcohol durante el embarazo, la importancia del cuidado de la salud bucal materna durante el embarazo y el plan de tratamiento recomendado.

También es necesario hablar sobre el desarrollo de la dentición, ya que casi siempre es el primer episodio bucal al que deberán enfrentarse los padres. Se debe orientar también acerca del momento adecuado para la primer visita al odontólogo, al igual que sobre suplementos de fluoruro, hábitos, prevención de traumatismos, higiene de la cavidad bucal del niño y del riesgo de caries, principalmente por alimentación infantil.

La única oportunidad para alcanzar los objetivos y compartir con los padres acerca de la salud bucal del bebé, es durante el periodo prenatal, ya que el embarazo es un periodo único para la mujer y tanto ella como el papá comienzan a pensar en el feto como una persona, tienen fantasías en torno al bebé y ansiedades acerca de su propio comportamiento como padres.²⁸ Por lo tanto los papás durante este periodo, están muy emocionados por su pronta paternidad y por lo tanto están más motivados y receptivos para aprender nueva información acerca de la salud de su futuro hijo y también están ansiosos por asumir la responsabilidad de la salud bucal del nuevo bebé.²⁹

Por lo tanto, el ginecoobstetra es un vector importante para la transmisión de la educación a la madre ya que es el profesional de la salud que mantiene el primer y mayor contacto con la gestante ejerciendo un fuerte poder de influencia sobre ella. Así que tendrá que ser él quien remita a la gestante con el odontólogo para que éste le proporcione la información acerca de los cuidados que deberá tener para proveer una adecuada salud bucodental hacia ella y a su futuro hijo.³⁰

Por otro lado, el proceso de educación envuelve sobretodo un cambio de actitud, por esto es importante detectar los puntos favorables y las dificultades de este proceso para aplicar un programa de educación para la salud bucal. La educación está basada en los siguientes aspectos psicosociales: características socioeconómicas, percepciones, creencias, conocimiento e información.

Las características socioeconómicas son de fundamental importancia cuando se analiza el cambio de comportamiento, pues los aspectos culturales, educacionales, económicos y sociales son importantes para la delimitación del problema, sus posibles soluciones, barreras de comunicación y otros aspectos ligados a este proceso y el comportamiento en cualquier situación es determinado principalmente por las creencias, actitudes y valores que poseemos.³¹

En cuanto al desarrollo de la dentición se platicará acerca de los dientes de la primera dentición ya que estos se forman dentro del útero durante el periodo del segundo al sexto mes de embarazo, ya que las condiciones sistémicas de la madre durante este periodo podrán afectar a estos dientes. La alimentación de la madre es sumamente importante; se ha demostrado que una mala nutrición causa alteraciones dentales con respecto a su forma, susceptibilidad a caries, tiempo de erupción y apiñamiento.²⁹

La dieta de la madre también influye en la calcificación de los huesos y dientes del niño incluyendo estructuras histológicas, composición química, tiempos de erupción, maloclusiones y susceptibilidad a caries.

Hay una gran relación entre el estrés nutricional y defectos en el desarrollo como la debilitación del esmalte, erupción retardada y una reducción en el tamaño de los dientes.

Muchos medicamentos pasan a través de la barrera placentaria, por lo tanto no deberían ser tomados por las mujeres embarazadas ya que podrían afectar al feto.²⁹

5.2 Maniobras de higiene

Como se mencionó en el capítulo de caries la proliferación de bacterias cariogénas y los componentes de la dieta del niño se combinan para formar el desarrollo de placa y la producción subsecuente de ácido. Este medio alrededor de los dientes desmineraliza el esmalte y en última instancia, produce caries.¹ La eliminación diaria de la placa permite asegurar que el esmalte y la encía permanezcan sanos. El inicio temprano de la eliminación de placa ayuda a establecer un hábito de atención bucal de por vida.

En este apartado se enmarcan los procedimientos para realizar una adecuada higiene en los niños en sus diferentes edades, así como las instrucciones que se les darán a los padres para realizar las prácticas de higiene en casa.

La higiene bucal en niños constituye un antecedente necesario para la prevención de enfermedades dentales, ya que conservar la salud bucal representa un enfoque práctico, sencillo, eficaz y de bajo costo.¹

5.2.1 Maniobras de higiene en lactantes (28 días de nacido a 15 meses)

Después de la examinación de los tejidos, el odontólogo debe realizar una limpieza bucal eliminando la placa cariogénica, tanto de la lengua, los rodetes

gingivales y dentro de las mejillas; para esto Moss sugirió que se realice con una tela húmeda o con un trozo de gasa enrollado sobre el dedo índice (fig.21) y en 1929, Pereira recomendaba utilizar una solución de bicarbonato de sodio para humedecer la gasa, actualmente la recomendación es realizar una dilución de una cucharada de agua oxigenada por tres cucharadas de agua hervida;⁴ mientras esto se realiza el odontólogo debe mostrar y explicar a la madre como llevará a cabo la limpieza bucal del niño en casa.



Fig. 21 Limpieza con gasa humedecida.

En este momento se le debe permitir a la madre practicar este proceso para lo cual ella tomará la posición del operador (fig.22) y así el odontólogo podrá supervisarla y guiarla, esto los ayudará a perder el miedo, en especial cuando el niño opone resistencia.



Fig. 22 Odontólogo dando instrucciones de limpieza y supervisando a la madre.

Se recomienda realizar esta limpieza ocasionalmente por lo menos una vez al día si no ha erupcionado ningún diente; después de los seis meses, con los primeros dientes se limpiará después de cada alimento; con la presencia de los dientes incisivos inferiores y superiores es posible utilizar un cepillo de cerdas de látex, o de cerdas de silicón, blandas, pequeño y humedecido en la misma solución;¹ la limpieza nocturna sería más sencilla si se llevará a cabo después de la última alimentación en vez de hacerla justo antes de llevar al niño a dormir porque el niño en este momento se encontrara cansado y puede comportarse renuente y rehusarse al procedimiento.

En cuanto al sitio ideal para realizar estos procedimientos se deberá recomendar a los padres que sea un lugar amplio con buena visibilidad y comodidad aunque el cuarto de baño es el sitio usual para la higiene bucal en niños mayores y adultos, en este caso nos ofrece poco espacio libre y no toma en cuenta la seguridad del lactante.¹ Debe enseñarse a los padres métodos de ubicación del bebé para que puedan realizar estos procedimientos y tener una buena visibilidad al interior de la boca del bebé.¹⁵

Rodilla con rodilla. Esta posición se describió ampliamente en el capítulo de examen bucal; en esta técnica se necesita la cooperación de ambos padres ya que se requiere de la unión de las rodillas de ambos para tener al niño acostado en ellas mientras que uno de los padres realiza los procedimientos de higiene, el otro sostiene delicadamente las manos y piernas del bebé (fig.23).

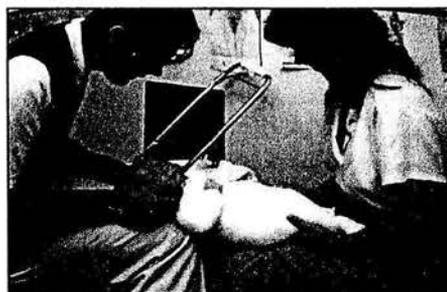


Fig. 23 Padres realizando la higiene bucal en casa en posición rodilla con rodilla.¹⁶

Es importante dar a los padres otra opción para realizar estas maniobras de higiene; si la madre se encontrará sola se recurre a esta posición que es muy sencilla y brinda un poco más de seguridad al niño, aquí la mamá debe tomar al bebé en su regazo como si lo arrullara con un brazo, mientras que con la otra mano se hace la técnica de limpieza⁸ (fig. 24).



Fig. 24 Niño en la posición adecuada para la limpieza eficaz de la cavidad oral.⁹

5.2.2 Maniobras de higiene en preescolares (16 a 36 meses)

En esta etapa ya están presentes los dientes anteriores y los primeros molares superiores e inferiores, por lo tanto la parte de la gasa que se usó anteriormente se vuelve obsoleta ya que se necesita tener accesibilidad a la cavidad bucal para limpiar los dientes posteriores y sobre todo las caras oclusales después de cada alimento la placa dentobacteriana se remueve fácilmente con un cepillo humedecido de cerdas suaves.²⁹

Nowak, en 1986 sugirió que a esta temprana edad la pasta dentífrica no es necesaria ya que puede interferir con la visibilidad de los padres, además el niño no acepta la acción espumosa que genera el dentífrico y no se recomienda para los niños ya que aún no son totalmente hábiles para escupir y esto ocasionaría la ingesta de la pasta y el fluoruro de esta puede aumentar de manera considerable el consumo de dicho compuesto lo que puede contribuir a causar fluorosis dental entre otras alteraciones sistémicas.²⁹

Los cepillos con cerdas blandas redondeadas de nylon son los más adecuados; el tamaño de la cabeza del cepillo, el ángulo de esta con respecto al mango, la forma y tamaño de este dependen de las necesidades del niño y la preferencia de sus padres. El diseño ideal de cepillo es el que mejor se adapte y brinde limpieza y masajes completos.

En esta etapa ya el lactante es más fuerte e incluso puede oponerse a esta actividad, en este caso se le debe indicar a los padres que sean persistentes, y de esta forma la actividad de la limpieza dental se hará tolerable y aceptable con el tiempo.¹ Para realizar la higiene en casa se indicará a los padres la siguiente posición:

La posición rodilla con rodilla puede seguirse usando hasta cumplir los dos años con las mismas indicaciones anteriormente descritas. Para el niño que ya se puede sentar y coopera un poco más se utilizará la siguiente técnica: el niño se sentará en una silla pequeña y el padre se colocará por detrás sosteniendo la cabeza y sostendrá al niño con sus piernas y su cadera.⁶ Starkey describió una técnica en la cual la madre o el padre se ubican sentados detrás del niño e inclinan suavemente la cabeza de este hacia atrás (fig. 25); al cepillar los dientes el padre usará los dedos de una mano para retraer los labios del niño mientras cepilla con la otra mano.³³



Fig.25 Técnica de Starkey para realizar la limpieza bucal.

Y aunque los padres tienen la responsabilidad de efectuar la limpieza diaria, los niños de esta edad comienzan a demostrar interés en el procedimiento, adquieren mucha movilidad y participan de manera activa en situaciones de gente grande. Los padres deben permitir que el niño intente los procedimientos del cepillado³³ (fig.26). Aunque los niños de dos años desean limpiarse los dientes sin ayuda es importante tener en mente que su desarrollo motor fino es deficiente. La supervisión y limpieza de áreas que el niño paso por alto son responsabilidad de los padres hasta que adquieran la habilidad y que la coordinación motora del niño haya progresado, o hasta que el niño pueda manejar el uso del cepillo y el hilo dental que aproximadamente es entre los tres y seis años, aunque los padres se harán responsables de la supervisión hasta los doce años.¹



Fig. 26 Se le debe permitir al niño que intente el cepillado dental.

La selección del momento adecuado de la limpieza es importante. La combinación de un niño cansado y unos padres exhaustos no ofrece un medio favorable para una experiencia positiva. En términos de su desarrollo, el lactante no está preparado para aceptar ni comprender esta actividad. Es posible idear juegos y utilizar música o canto. Los padres deben tratar de crear una experiencia positiva.

5.3 Administración de fluoruros

Durante los años noventa se han reportado reducciones en la incidencia de caries dental, aunque se desconocen las razones precisas, en gran parte se le atribuye al fluoruro, pese a esto las caries aún son muy frecuentes, sin embargo al reconocer la importancia de los fluoruros el odontólogo moderno debe comprender los fundamentos para usar las diversas presentaciones comerciales de fluoruro.¹

5.3.1 Mecanismo de acción

Aún no se comprende del todo la acción precisa para la prevención de caries, pero se han considerado tres mecanismos generales:

1. Mayor resistencia a la desmineralización de la estructura dental.
2. Refuerzo del proceso de remineralización.
3. Menor potencial cariogénico de la placa dental.

Se sabe que este elemento reacciona con la hidroxiapatita del esmalte, transformándola en fluorhidroxiapatita y confiriéndole así una mayor dureza y resistencia.¹

Los efectos se clasifican en sistémicos y locales. Las indicaciones para administrar las diferentes formas de flúor dependen básicamente de la edad del niño, sus antecedentes de caries, la susceptibilidad percibida para desarrollar caries en un futuro y el consumo de agua fluorada.

5.3.2 Administración sistémica

Mejora la estructura cristalina y aumenta el nivel de fluorhidroxiapatita en el esmalte. Los fluoruros de administración sistémica se obtienen mediante la ingestión de alimentos que contengan concentraciones naturales de flúor, agua fluorada, sal de mesa fluorada y complementos de fluoruro en la dieta.¹

Por otro lado la fluoración del agua es la base de todo programa de prevención de caries ya que es un método más para proporcionar los beneficios del fluoruro a la población. Aunque en nuestro país no toda la población tiene acceso a agua potable, se determinó la fluoración de la sal para que el flúor llegue a un mayor número de personas.³⁴

Por lo tanto no se debe adicionar flúor a ningún otro condimento, alimento, golosina, refresco, goma de mascar o agua de acuerdo con la normatividad vigente (NOM-013-SSA2-1994).³⁴

5.3.3 Administración tópica

La aplicación tópica, se logra mediante dentífricos fluorados, aplicaciones tópicas profesionales o mediante fluoruros preparados para que lo apliquen los padres en casa.

5.3.3.1 Dentífricos fluorados

En la actualidad el flúor es el único aditivo de los dentífricos que tiene un valor significativo como preventivo de la caries y su principal objetivo es actuar como un agente anticariogénico.³⁵

El uso extenso de dentífrico con fluoruro en niños pequeños ha introducido una fuente adicional de consumo de flúor. Los estudios de Crall en 1991 y Tinanoff en 1985 indican que por esta fuente se puedan ingerir dosis diarias importantes de flúor (0.3mg), y esta ingestión repetida de cantidades menores puede causar intoxicaciones crónicas, de las cuales la más común es la fluorosis dental.¹

Los padres deben colocar una cantidad mínima de dentífrico en el cepillo idealmente del tamaño de un chícharo ya que se ha demostrado que los lactantes y niños menores de 6 años ingieren aproximadamente el 30% del dentífrico usado;

y supervisar de manera invariable la sesión de cepillado para que el niño escupa la pasta y la saliva (NOM-013-SSA2-1994).³⁴

Sato y Fornaziero en 1997 concluyeron que las pastas de 1450 y 1500 ppm no deben ser utilizadas en niños menores de 5 años independientemente de la frecuencia de cepillado o de la existencia o no de flúor adicionado en la sal o el agua.³⁶ Se deben recomendar dentífricos bajos en fluoruro, menores de 500 ppm.

5.3.3.2 Aplicaciones profesionales

Hay tres tipos de presentaciones tópicas de flúor:

- Fluoruro fosfato acidulado (APF) al 1.2%.
- Fluoruro sódico (NaF) al 2%.
- Fluoruro estanoso (SnF₂) al 8%.

Los diversos geles se aplican por medio de una cubeta de plástico desechable. Se suelen utilizar fluorofosfato ácido (APF) con fluor al 1.23%. La cubeta se debe mantener en la boca durante 2-3 minutos.

En la presentación de barnices que sería la más adecuada en niños pequeños utilizamos fluoruro sódico (fig. 27). Contiene un 2.26% de flúor útil, a una concentración de 1,200 ppm y se aplica directamente sobre el diente seco con un pincel. Estas aplicaciones tópicas pueden iniciarse a los 6-8 meses y seguir aplicándose cada 6 meses sin límite de edad.¹



Fig. 27 Presentación de barniz de fluoruro

5.3.3.3 Preparados para aplicación casera

Después de la limpieza de los dientes, preferiblemente en la noche antes de dormir, se puede realizar una aplicación diaria de fluoruro al 0.02%; se aplica con la ayuda de un hisopo de algodón al cual se le aplican 2 gotas de la solución y se fricciona sobre los dientes durante más o menos 1 minuto.

La solución de fluoruro de sodio al 0.02% es una mezcla de 200 mg de fluoruro de Sodio, 0.3g de Nipagin en 1000 ml de agua desionizada; esta solución se debe colocar en frascos de 30 ml para ser distribuidos a las madres. Esta solución podrá ser usada aproximadamente por 70 días coincidiendo con la siguiente cita, que debe ser cada 2 meses.⁴

5.3.4 Seguridad y toxicidad de los fluoruros

Las diversas presentaciones de fluoruros estimulan la salud dental de lactantes y niños cuando se utilizan correctamente. Sin embargo, al igual que otras sustancias, estos mismos agentes producen efectos adversos objetables si se utilizan de manera inadecuada.

La intoxicación aguda puede ser resultado de la ingestión accidental de cantidades excesivas de fluoruro. Aunque las manifestaciones suelen limitarse a náuseas y vómito. La cantidad de fluoruro ingerida necesaria para producir síntomas agudos tiene relación directa con el peso corporal, las precauciones debidas son imperativas para evitar la ingestión accidental de formas concentradas, sobre todo en lactantes y niños de corta edad. La dosis letal de flúor para el niño promedio de tres años de edad es de cerca de 500 mg y es proporcionalmente menor para el niño de menos edad.³⁶

El riesgo de ocurrencia de sobredosis crónica varía en relación, no solo en el flúor existente en la pasta sino también en la frecuencia de cepillado diario y en la existencia de flúor en el sistema de abastecimiento de agua. Steward en 1982,

proporciona una dosis ideal de ingestión diaria de flúor que es de 0.05 mg de flúor/kg de peso corporal/día.¹ Por tanto es responsabilidad de todos los odontólogos asesorar a los pacientes o a sus padres sobre la administración correcta de estos productos.

Para evitar la posibilidad de ingestión de grandes cantidades de fluoruro se recomienda nunca prescribir fluoruro sistémico sin antes realizar un análisis sobre la dieta y por lo tanto, de la aproximada ingesta de fluoruros. También es necesario limitar las prescripciones del fluoruro tópico concentrado para el uso en el hogar.

5.4 Dieta

En esta sección se dará información acerca de las enfermedades dentales y las relaciones entre huésped, bacteria y sustrato. Es importante establecer los hábitos alimenticios que fomenten el crecimiento y el desarrollo físico al igual que la salud bucal óptima.

Pruebas disponibles en la actualidad sugieren que la solubilidad y la adhesión de los alimentos son factores muy importantes en la activación de enfermedades dentales. Los alimentos que se adhieren a los dientes y tejidos por mucho tiempo y los que se disuelven con lentitud, son los que más tienden a producir ácidos que disminuyen el pH del medio bucal. Un pH menor de 5.5 proporciona un entorno idóneo para la proliferación bacteriana y la descalcificación del esmalte (Stephan 1949).

La dieta inicial del lactante consiste básicamente en leche, y ésta ya sea humana o bovina puede inducir caries, y cuando se les proporciona de manera inadecuada a lactantes que no reciben aseo bucal diario, la leche produce lesiones cariosas tempranas.

Por ninguna razón debe tranquilizarse al lactante inquieto con una mamila que contenga leche u otras bebidas endulzadas durante el día, a la hora de la siesta diurna ni al acostarlos por la noche. Si los padres insisten en dar mamila a sus hijos a la hora de acostarlos, el contenido deberá limitarse a agua solamente.

Los nutriólogos pediátricos recomiendan satisfacer todas las necesidades de nutrición con leche materna o fórmulas lácteas hasta los 5 o 6 meses de edad a la cual se recomienda la adición de cereales con complementos vitamínicos para luego ir agregando uno o dos alimentos nuevos cada semana. El fomento de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia permite continuar los hábitos sanos en etapas posteriores.

Es usual la adición de alimentos diversos cuando comienzan a erupcionar los dientes posteriores. Los padres deben recibir asesoría sobre alimentos adecuados, que además de nutritivos sean apropiados para la salud dental. Los alimentos que se comen con los dedos (por ejemplo; frutas blandas y vegetales, cereales sin cubierta de azúcar, cubos de gelatina, quesos y galletas sin sal) son aceptables y deben introducirse mientras el lactante desarrolla los patrones de masticación y los reflejos de deglución, que le permitirán comer estos alimentos nuevos. Los jugos de frutas naturales y con complementos artificiales se incluyen con frecuencia en la alimentación del lactante. Los pediatras deberían recomendar administrarlos sólo en taza, y no en mamila ya que esto puede originar lesiones cariosas tempranas.¹

6. AMAMANTAMIENTO

La leche materna constituye el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 y 6 meses de vida, y sigue una fuente muy importante de proteínas y de otros nutrientes, aún después de iniciarse la introducción de otros alimentos complementarios.³⁷

Durante el amamantamiento se produce una excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en el crecimiento de su desarrollo.³⁸

6.1 Fisiología y desarrollo de la succión

Según López Méndez y cols., el feto a las 16 semanas esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas algunos se chupan el dedo en el útero (fig. 28), por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento.³⁷



Fig.28 Succión digital *in útero*.⁷

También poseen tres reflejos de succión que hacen posible el amamantamiento y son: búsqueda, succión y deglución.

La boca tiene muy precozmente en la vida extrauterina funciones vitales para el individuo como la respiración y alimentación por medio del amamantamiento y mecanismos reflejos de protección de vías aéreas, como

vómito o tos. La succión puede ser claramente observada en la semana 29 pero estará perfectamente desarrollada en la semana 32. La boca del recién nacido se caracteriza por su alta sensibilidad táctil en especial, que le permite reconocer objetos, entre ellos el seno materno, siguiendo a la succión va la deglución; la mandíbula es mantenida en posición estabilizada por contracción concomitante de los músculos suprahioides, linguales y faciales. La deglución puede ocurrir siguiendo patrones variables después de una, dos o tres succiones más, siempre siguiendo este ritmo. Durante la deglución después de la succión, la lengua está entre los rodetes gingivales y en aposición con los labios, habiendo por tanto, una leve separación entre la mandíbula y la maxila siendo la deglución iniciada y controlada por la información sensorial de los labios y de la lengua. Al acumularse leche en la lengua el paladar se eleva de modo que la úvula se proyecta en dirección a la pared posterior de la faringe. El bolo lácteo es dirigido a la faringe inferior. Es importante destacar que durante la succión uno de los músculos que presentan mayor actividad es el buccinador, en cuanto la menor actividad es detectada en los elevadores de la mandíbula.³⁷

La fisiología de succión normal de la mama materna es llamada de ordeña, un proceso alternado de succión y prensión, que se compone de dos distintas fases.³⁹

La primera fase es de aspiración y garantiza la prensión del pezón y de la areola (fig. 29), al realizar esto entre los labios, la lengua se torna acanalada longitudinalmente conformando el pezón, siendo que el labio inferior sirve de soporte para ella. Los labios se adaptan en prominencias radiales durante la succión, ocasionando un sellado hermético en torno o alrededor del pezón, la lengua se yuxtapone al paladar y simultáneamente la mandíbula y la lengua se bajan creando un vacío y aspirando fuertemente el pezón, que reposará sobre la zona incisal del rodete gingival superior sin salida de leche.

En la segunda fase, la mandíbula avanza como una prensa auxiliada por la acción de la lengua, hasta colocar su borde alveolar frente al superior dispuesto sobre el pezón, retrayéndolo y friccionándolo contra los rodetes, para hacer salir la leche. La lengua adopta forma acanalada o de cuchara, deslizándose por ella, la leche hasta el paladar blando.



Fig. 29 Aspiración y prensión del pezón y la areola.

El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial.³⁸ Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión, de esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias (apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distooclusión, rotaciones dentarias, etcétera; que afectan la estética y la función dentofacial del niño.³⁷

En cambio con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua la cual se mueve hacia delante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana (Secretaría de Salud, Lactancia Materna México, D.F. UNICEF; 1992) hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar en su posición distal.⁴⁰

Un niño que aprende a chupar un biberón puede desarrollar una confusión de pezones, al pretender agarrar la areola y el pezón, como si se tratara de un chupón de caucho, esto traerá con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia.³⁹

6.2 Ventajas del amamantamiento

Geraldo Valdés en 1997, dice que la alimentación materna posee varios beneficios como:

- Disminuir infecciones causadas por *Streptococcus mutans* y otros microorganismos, y que contribuye para disminuir el índice de caries.
- Aumentar la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, ya que mejora la absorción de calcio y flúor, por las características de la leche materna.
- Aumenta la secreción salival, manteniendo un pH adecuado a la cavidad oral, y que también contribuye para disminuir el índice de caries.
- Mayor estabilidad psicológica al niño ya que contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos orales incorrectos que provocarían serias maloclusiones y que afectarían la estética y funciones buco-maxilo-faciales.
- Los factores y agentes antimicrobianos e inmunológicos adquiridos durante la alimentación evitan estados alérgicos e infecciosos, principalmente los respiratorios, que muchas veces provocan la respiración bucal y alteraciones dentofaciales.
- Favorece a una adecuada posición de la lengua, facilitando un equilibrio dentario.
- La función muscular durante el amamantamiento proporciona un mejor desarrollo de los maxilares y facilita la erupción y la alineación de los dientes.

- Un aumento del movimiento mandibular con una función potencializada de los músculos propulsores de la boca, evitan un retrognatismo mandibular, obteniendo una mejor relación entre maxila y mandíbula.³⁸

Marcia Tollara y otros en 1998, afirman que la alimentación representa un factor inicial para un buen desarrollo dentofacial, favoreciendo la obtención de una oclusión dental normal y consecuentemente una masticación correcta.⁴¹

6.3 Posiciones para el amamantamiento

La postura en que el bebé es colocado para la amamantación es importante, pues facilita los movimientos fisiológicos al mamar y favorece el desarrollo maxilomandibular.

Existen varias posiciones para realizar el amamantamiento, en este caso solo se tratará la posición ortostática ya que es la más adecuada para la correcta estimulación del aparato estomatognático.

Marcia Moreira en 1998, maneja como ideal la posición ortostática de Robin, que aconseja una posición vertical del lactante, una vez en esta posición el niño avanza la mandíbula para aprehender el pezón lo que facilitará la deglución.³⁵

En la posición ortostática la madre se sienta con la columna erecta y apoya al niño en su pierna, posicionándolo confortablemente.

Con una de sus manos sostiene la cabeza y con la otra el cuerpo del bebé. El niño presiona el pezón y hace una succión con la boca bien abierta, en una extensión amplia envolviendo toda la areola, esta posición hace que el niño se libere fácilmente de la mama cuando esté satisfecho proporcionando tranquilidad y bienestar³⁵ (fig. 30).

Esta posición hace que se facilite el desarrollo de la psicomotricidad del niño y no favorece la formación de gases. Estando sentado el niño asegura la mama con la boca bien abierta (fig. 31) definiendo una posición adecuada para un buen desarrollo de sus arcadas, de su cara y de su cuerpo como un todo (desarrollo dento-óseo-mio-articular).³⁵



Fig. 30 Posición ortostática.⁴

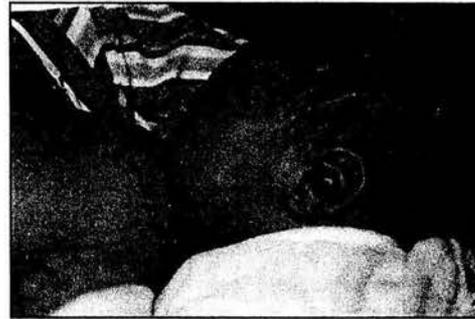


Fig.31 El niño asegura una posición adecuada para el buen desarrollo de sus arcadas.⁴²

Esta postura para el amamantamiento puede ser iniciada en las primeras semanas de vida, en esta postura el desarrollo del niño define el momento propio del destete ya que conforme va creciendo esta posición se vuelve incómoda y nos ayuda a provocar el destete ya que un niño puede succionar indefinidamente.⁴³

6.4 Succión no nutritiva

Los lactantes presentan una necesidad instintiva por iniciar un comportamiento de chupeteo. Desde los cinco meses de gestación ya se observa en el feto *in útero* que se chupa el pulgar o la mano (fig. 32).

Esto significa que desde el nacimiento el bebé puede mamar en forma natural, ya sea el seno materno o con chupón. Los lactantes menores y niños pequeños también presentan succión no nutritiva en forma secundaria a la succión

al seno o biberón. Algunos disfrutan de chupar sus dedos de la mano o del pie, el chupón, en tanto que otros prefieren juguetes de plástico más firmes (fig. 33).

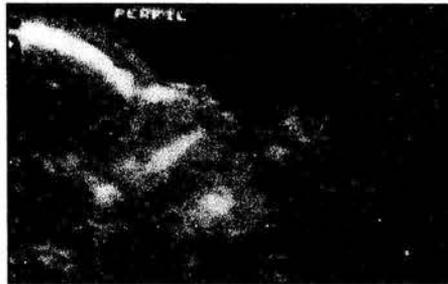


Fig. 32 Succión digital *in útero*.

Muchos niños recurren a la succión digital (fig. 34) porque sienten seguridad y felicidad. La succión es un reflejo natural, sin esto el niño no buscaría su alimento. La succión puede crear problemas con el desarrollo dental normal si se realiza por largos periodos de tiempo. Si el niño muestra una tendencia hacia la succión digital, una solución inmediata es reemplazarlos por un chupón, ya que este se puede controlar por los padres y cuando el niño llegue al año de edad, el chupón debe ser descartado.²⁹



Fig. 33 Niño con succión no nutritiva.⁴



Fig.34 Niño con succión digital.

El chupón debe permitir el desarrollo óptimo orofacial, debe ser corto y flexible promoviendo una succión apropiada y el reflejo de deglución (fig. 35). Los mismos principios se deben aplicar a los chupones de los biberones. Si la succión se realiza fácilmente, la necesidad de succión no puede ser satisfecha y el niño buscará succionar y lo hará con sus dedos. El agujero en el chupón del biberón

debe ser lo suficientemente pequeño para que el niño utilice sus músculos igual que en la alimentación materna.²⁹



Fig. 35 Ejemplos de chupones anatómicos.

La succión no nutritiva en los lactantes se considera universal y normal. Aún no se ha establecido el punto en que la succión no nutritiva se torna en hábito y no se considera normal.¹

Existen varios hábitos de succión no nutritiva, pero la succión del pulgar, otros dedos y el chupón son los más frecuentes, todos dependen del entorno cultural; con frecuencia combinan un hábito no nutritivo con otra actividad repetitiva, hay horas y circunstancias específicas que también influyen en este hábito.

Los efectos de la succión no nutritiva en la dentición en desarrollo son mínimos en niños de hasta tres años y suelen limitarse a cambios en la posición de los incisivos.

Investigaciones sobre el desarrollo del niño han establecido que existen beneficios de la succión no nutritiva, específicamente señalando, cómo el mamar tranquiliza a los lactantes, reduce el dolor y el estrés, estimula la ganancia de peso y ayuda a la exploración y aprendizaje del bebé.

Los resultados de investigaciones confirman que la succión es una actividad predominante e importante durante los primeros 6 meses de vida, y claramente ofrece una función muy básica de aprendizaje.

6.4.1 Efectos negativos

Cuando los lactantes empiezan a gatear y explorar, necesitan experimentar otros objetos en sus bocas, como la sensación de un juguete o la percepción afelpada de una cobija, por lo tanto llevar un chupón en la boca es incompatible con la vocalización o el inicio del habla, los lactantes en quienes el chupón ha encontrado un lugar semipermanente en su boca verán dificultada la exploración oral de los juguetes así como la experimentación vocal. Durante los años preescolares, la succión no nutritiva tiene una connotación social negativa, debido a que en nuestra cultura solo los bebés llevan un chupón o succionan su pulgar. Un niño preescolar que continúe usando chupón o chupándose el dedo puede experimentar rechazo de parte de sus compañeros; por lo tanto es deseable reducir el uso del chupón entre los 3 y 4 años de edad, de hecho los lactantes descartan por sí solos el uso del chupón entre los 3 y los 24 meses.

Para algunos niños la succión no nutritiva representa una especie de “cobija de seguridad” y se convierte en un hábito difícil de abandonar. Una sugerencia a los padres es que hablen con el niño sobre la necesidad de descartar este hábito porque ya son “grandes” y juntos escoger una fecha distante no más de 30 días que constituya el último día acordado para utilizar el chupón. Se puede concertar un ritual como el de que la noche anterior a la fecha fijada el niño coloque el chupón bajo su almohada para que un duendecillo se lo lleve durante la noche y en su lugar le deje un pequeño obsequio. Si el hábito continua los padres deben vigilar y anotar diariamente los momentos en que el niño se chupa el dedo y ofrecer alguna recompensa cuando no lo haga, otra sugerencia es por ejemplo conectar con líneas los números sucesivos de un dibujo ofreciéndole al niño que una vez que esté completa la figura recibirá un regalo, cada punto representará un periodo de tiempo en el que el niño no se chupo el pulgar.⁴²

7. DESARROLLO DE LA PRIMERA DENTICIÓN

El diente, antes de aparecer en la boca, experimenta un proceso de desarrollo intraóseo que lo prepara para su función masticatoria y que no terminará con la erupción completa, sino que mantendrá su potencial adaptativo a lo largo de toda la vida.

Los dientes se forman a partir del ectodermo (lámina dental) y del mesodermo además de células originadas en la cresta neural. El germen dentario primitivo se irá desarrollando progresivamente hasta un momento en el cual comenzará su mineralización. Una vez mineralizada la corona se irá formando la raíz y se pondrá en marcha el proceso de la erupción dentaria.⁴³

Los dientes de la primera dentición comienzan su formación en la séptima semana dentro del útero y el esmalte de todos los dientes suele concluir su proceso de formación cerca del primer año de edad (fig.36).

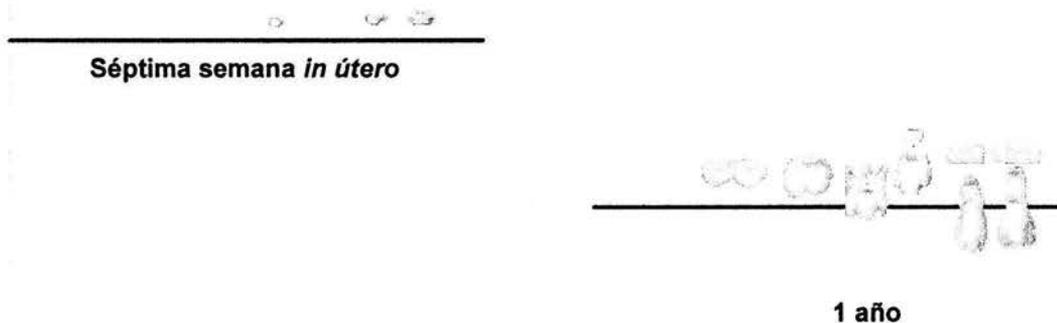


Fig. 36 Esquema de la formación de la primera dentición.

El análisis histológico de los dientes maxilares y mandibulares al nacimiento revela en la mayor parte de los casos un cierto grado de calcificación

de las 24 unidades dentales; 20 dientes primarios, más los cuatro primeros molares de la segunda dentición¹⁴ (fig. 37).



Fig. 37 Esquema de la formación dental al nacimiento.

Generalmente todos los dientes de la primera dentición erupcionan entre los 24 y los 36 meses de edad¹ (fig.38).

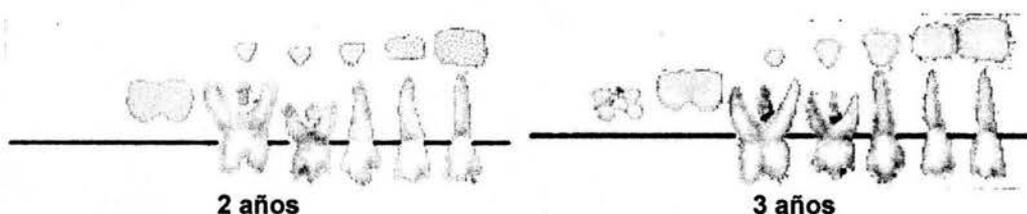


Fig. 38 Esquema de la formación dental a los 2 y 3 años.

La erupción se inicia con los incisivos centrales inferiores, a los 7 meses de vida; a éstos les siguen los incisivos centrales superiores y a los 12-14 meses, los incisivos laterales (fig.39), en esta etapa aproximadamente el 70% de los niños tienen espacios dentarios en la zona anterior, éste es un requisito decisivo ya que los dientes sucesores, que tienen un tamaño mucho mayor, pueden producir un déficit de espacio.



Fig. 39 Presencia de los incisivos inferiores y superiores.

En esta primera fase de erupción dentaria, ya se establecen algunas claves decisivas para el posterior desarrollo de los incisivos de la segunda dentición.¹⁴ Hacia la mitad del segundo año de vida, se espera la erupción de los primeros molares. En este momento, ya debe haberse conseguido una buena coordinación sagital de los maxilares y, dependiendo de esta también transversal.

Con esta condición, en el caso ideal, la pronunciada cúspide palatina de los molares superiores encuentra la fosa excéntrica hacia distal de los inferiores. En este proceso, resulta decisivo que la lengua, hasta entonces interpuesta entre los maxilares, se retire, como mínimo temporalmente, para que los contactos dentarios funcionales puedan ajustarse de manera precisa.

Este proceso se le conoce como la *primera llave* de la oclusión (fig.40) ya que es uno de los determinantes de las relaciones intermaxilares de las sucesivas unidades dentarias.¹⁴

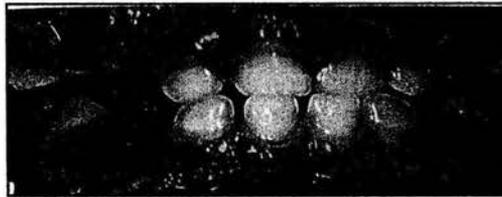


Fig. 40 Primera llave de la oclusión.¹⁴

Los segundos molares erupcionan 10 meses más tarde, alrededor de los 2 ½ años. También a nivel posterior, la intercuspidadación vendrá determinada por la primera llave, y consiguientemente, las dos cúspides vestibulares superiores quedarán en posición distal respecto a las inferiores.

El molar inferior que es promedio de 1mm mayor que su antagonista, presenta una tercera cúspide, que establece el contacto superior con la fosa distal.

Esto tiene como resultado el cierre posterior de la oclusión, que es un plano ligeramente inclinado, o no, hacia abajo y mesial, conocido como el *plano lácteo posterior* (fig. 41).

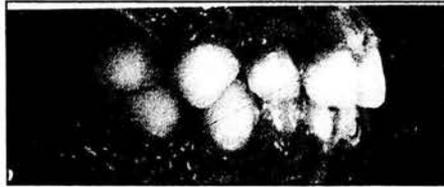


Fig. 41 Cierre posterior de la oclusión.¹⁴

La erupción dental causa molestias en los rebordes alveolares, esto a la vez se correlaciona cronológicamente con cambios sistémicos en el desarrollo, los cuales muestran otros síntomas. A los 6 meses, los anticuerpos maternos del niño comienzan a desaparecer y otros factores inmunológicos también, lo cual contribuye a que se presenten enfermedades, fiebre o malestar, también a esta edad se empieza a introducir nueva dieta y esta puede causar cambios en el sistema digestivo provocando diarrea, náusea y vómito. La fiebre también puede estar causada por la inflamación que se genera con la erupción dental y la diarrea a la mayor salivación (fig. 42) y esta altera el estómago.^{41,44}



Fig. 42 Niño con mayor salivación a causa del comienzo de la erupción.¹⁴

Para disminuir las molestias de la erupción se le puede colocar al niño un anillo dental de plástico (mordedora) o almohadillas de plástico o una gasa humedecida en agua fría.^{41,44}

8. PATOLOGÍA BUCAL

En este capítulo haremos mención de las lesiones que con mayor frecuencia podemos encontrar en la cavidad bucal de los lactantes y es necesario conocer el origen, características clínicas y tratamiento a seguir de estas alteraciones para así tranquilizar a los padres, evitar preocupaciones innecesarias y por lo tanto tomar las medidas pertinentes en caso de requerir tratamiento.

8.1 QUISTES DE INCLUSIÓN

También llamados quistes gingivales o quistes epiteliales del recién nacido provienen de restos epiteliales embrionarios que quedan atrapados en el tejido conjuntivo circundante, éstos en vez de atrofiarse y reabsorberse, proliferan y luego degeneran formándose una cavidad, que en algunos casos se llena de queratina. Con gran frecuencia hasta los tres meses de vida, pueden hallarse quistes múltiples blanquecinos de 2 a 3 mm de diámetro en las áreas vestibular, lingual del reborde alveolar o en el rafe palatino medio, en el límite entre el paladar duro y blando; solos o en grupo, dentro de estos quistes de inclusión epitelial tenemos:⁴⁵

- Perlas o pápulas de Epstein.
- Nódulos de Böhn.
- Quistes de la lámina dentaria.

8.1.1 Perlas o pápulas de Epstein

Quistes o nódulos quísticos llenos de queratina que están localizados a lo largo del rafe medio palatino, descubiertos por primera vez por Epstein en 1880, y se les considera remanentes del tejido epitelial atrapado a lo largo de la línea de fusión y entre el límite del paladar duro y el paladar blando a medida que el feto crece.^{46,48}

Clínicamente: Son pequeños nódulos de color blanco nacarado, los podemos encontrar en la cavidad oral de los recién nacidos, se pueden ubicar en el límite del paladar duro y blando, en el rafe medio e incluso en el paladar blando (fig. 43), también en la úvula y en los pilares anteriores del velo del paladar pero en menor proporción.^{45,48}

Histológicamente: Estas pequeñas inclusiones epiteliales producen microquistes que contienen queratina con una cobertura epitelial delgada y tenue la cual se rompe en las primeras etapas de la vida.⁴⁷

Etiología: A la décima y décima primera semana de vida intrauterina los procesos palatinos se fusionan entre si, con la premaxila y el septum nasal. La fusión del paladar se completa al final del cuarto mes; es en esta fase en la que el epitelio puede quedar atrapado entre la línea de fusión, produciendo estas inclusiones.⁴⁸ Alcanzan su máximo desarrollo entre los tres y seis meses de vida fetal intrauterina. En recién nacidos la frecuencia es mayor durante el periodo neonatal pero son pocos usuales después de los tres meses de vida y por lo general no aumentan de tamaño.^{33,48}

Tratamiento: No se requiere tratamiento, ya que estas lesiones casi invariablemente, desaparecerán por si solas.⁴⁹

8.1.2 Nódulos de Böhn

Se localizan frecuentemente en las porciones vestibulares y palatinas o linguales de los rodetes gingivales (fig.44). Más frecuentes en superior, su origen está relacionado con la erupción de tejido originario de glándulas mucosas, son confundidos con dientes debido a su forma, localización y momento de erupción.¹⁰

Clínicamente: Nódulos elevados blancos y pequeños por lo regular múltiples con diámetro de 2 a 3 mm.⁴⁹

Histológicamente: Estos son quistes verdaderos con revestimiento epitelial delgado, y muestran un lumen por lo regular lleno con queratina descamada, que ocasionalmente contiene células inflamatorias.⁴⁹

Tratamiento: Observación y masaje digital suave ya que estas lesiones casi invariablemente, desaparecerán al abrir la superficie de la mucosa o al romperse al erupcionar los dientes.⁴⁹

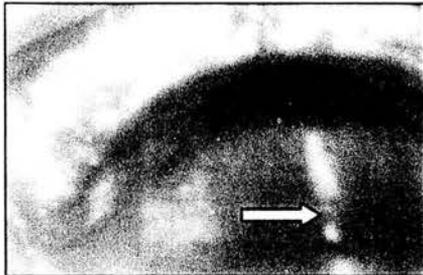


Fig. 43 Perlas de Epstein localizadas en el rafé medio palatino.¹⁷

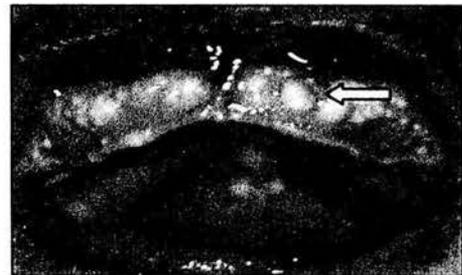


Fig. 44 Nódulos de Bohn en la porción vestibular del rodete superior.¹⁷

8.1.3 Quistes de la lámina dental

Son nódulos múltiples o a veces solitarios (fig. 45 y 46), se observan en la cresta gingivoalveolar de ambas arcadas.¹⁰ Siendo más frecuente en la región posterior de los arcos dentarios, son de tamaño pequeño y tienen un color menos blanquecino que las perlas de Epstein y que los nódulos de Böhn y su contenido es el remanente de la lámina dentaria primitiva.⁴

Etiología: Su origen es a partir de la lámina dental la cual tiene la capacidad de proliferar, queratinizar y formar pequeños quistes durante su etapa temprana de desarrollo.¹⁰

Histológicamente: Son cavidades quísticas rodeadas por un epitelio delgado, escamoso estratificado y queratinizado. Por su color algunos autores les llaman también leucoedemas alveolares.

Tratamiento: Seguimiento del desarrollo, que es involutivo y aconsejar masaje suave. La tendencia de esta alteración es desaparecer en algunas semanas, sin embargo cuando su volumen es exagerado se recomienda su marsupialización.⁴ Provocan confusión en las madres creyendo que es el inicio temprano de la erupción dentaria, por lo tanto es muy importante tranquilizar a la madre, explicándole su pronta desaparición.



Fig. 45 Quiste de la lámina dental en rodete gingival inferior.³



Fig. 46 Quiste de la lámina dental en rodete gingival superior.¹⁶

8.2 Quiste de erupción

Es una variante en tejido blando del quiste dentífero asociado a un diente de la primera infancia en erupción, se localiza en cualquier diente que este en esta etapa, los más afectados son los molares y los caninos.

Clinicamente: Crecimiento bien demarcado, translúcido, de consistencia blanda, directamente sobre el diente en erupción; de color azul a rojo oscuro (fig. 47), depende de la cantidad de sangre en el fluido del quiste.⁵⁰

Etiología: Alteración del epitelio reducido del esmalte cuando el diente se acerca a la mucosa bucal.

Estos quistes están en relación con la pieza dentaria y su origen esta en el órgano del esmalte. No se sabe la causa de esta alteración.

Tratamiento: Es innecesario, pero si no se abre a los cinco o seis meses se hace la marsupialización.



Fig. 47 Quiste de erupción asociado a los incisivos centrales inferiores.³

8.3 Candidiasis

Su forma clásica es de múltiples lesiones blancas pequeñas, que son fácilmente removibles, exponiendo áreas eritematosas y de ulceración sangrante, localizadas en la mucosa bucal del carrillo, encías, paladar y lengua simultáneamente (fig.48).

El periodo crítico de la aparición de esta alteración en la boca del lactante es aproximadamente de 5 a 7 días.

Los factores coadyuvantes en los recién nacidos pueden ser: la prematurez, desnutrición y más tarde por tratamientos prolongados con antibióticos, corticoesteroides e inmunodepresores, así como padecimientos hematológicos crónicos.⁵⁰

Las manifestaciones orales de candidiasis se clasifican clínicamente en agudas y crónicas.

Tratamiento: Agentes funguicidas como la Nistatina. Preparado en suspensión con un vehículo adhesivo que deberá ser aplicado varias veces al día,

hasta que la infección desaparezca. Más recientemente se ha recomendado la mezcla de Nistatina y Digluconato de Clorhexidina.¹⁰



Fig. 48 Candidiasis en un recién nacido.¹⁶

8.4 Dientes natales y neonatales

En los recién nacidos se pueden observar dientes de la primera dentición erupcionados, los cuales se denominan DIENTES NATALES; en comparación de los dientes NEONATALES que aparecen en los primeros treinta días de vida (fig. 49 y 50).

Por lo regular sólo erupcionan temprano uno o dos dientes, son a menudo los incisivos centrales mandibulares. Se desconoce la etiología de este fenómeno aunque en algunas ocasiones sigue un patrón familiar; se ha sugerido que en algunos casos de erupción temprana puede haber una alteración endocrina mal definida a veces, en casos de síndrome Adrenogenital, se observa una erupción prematura de los dientes, los cuales se desarrollan en una etapa temprana.⁵⁷



Fig. 49 Dientes natales.¹⁷



Fig. 50 Dientes neonatales.⁷

La frecuencia de su aparición según Massler y Savara (1959) es de 1/2000 nacimientos. Estos dientes son generalmente de la primera dentición en un 95% y solamente un 5% de ellos son supernumerarios.⁵⁸

Etiología: Pueden tener orígenes familiares, hipovitaminosis, posición superficial del germen dentario y/o asociación con síndromes.⁴

La mayor parte de los dientes erupcionados en forma prematura son muy movibles debido a su limitado desarrollo radicular; algunos dientes pueden estar tan móviles que hay peligro de desplazamiento y de aspiración presentando complicaciones pulmonares o digestivas en este caso se indicada su extracción.⁵⁹

En casos en los que el borde incisal del diente pueda provocar laceración de la lengua también podrá extraerse el diente, no obstante el abordaje preferible del problema consiste en dejar el diente en su lugar y explicar a los padres lo deseable del mantenimiento del diente en la boca, a causa de su importancia en el crecimiento y la erupción sin problemas de los dientes adyacentes.³³

Histológicamente: Erupcionan sin su porción radicular, con una pulpa grande y muy vascularizada, alteraciones en el esmalte, dentina irregular y no hay cemento. Esto se considera como causa de la erupción prematura.⁵³

Diagnóstico diferencial: Quistes, nódulos y pápulas. Lo más importante a ser evaluado es en relación a si el diente pertenece a la primera dentición o si es un diente supernumerario, lo cual puede hacerse tomando una radiografía, analizando el hallazgo que determina de 3/5 partes de corona formada para el diente normal y si hay una imagen doble se confirma el diagnóstico de diente supernumerario.⁴

Tratamiento: Bedi y Yan en 1990, informan que las extracciones de dientes natales y neonatales no deben ser permitidas y todos los esfuerzos deberán estar

dirigidos a su conservación; sin embargo el tratamiento se decide dependiendo las características del diente natal o neonatal.

Dientes inmaduros y supernumerarios: Extracción después de la primer semana de vida debido a las deficiencias de coagulación resultantes de la síntesis insuficiente de vitamina K que ocurre en los primeros días de vida.

Dientes normales y maduros: Preservación, pulido suave y constante de los bordes incisales y terapia de fluoruro profesional y aplicaciones caseras.⁴

8.5 Enfermedad de Riga-Fede

En 1857, Cardarelli describe esta condición la cual fue más tarde referida como "afta cachettica" sus principales características eran ulceración sobre el frenillo lingual de los niños. Riga en 1881, fue el primero que realmente describió clínicamente esta alteración mientras que el primero que realizó la descripción histológica fue Fede en 1890 por esto el nombre de enfermedad de Riga-Fede. Otros autores le dan el nombre de "enfermedad de Riga", "crecimiento sublingual en niños", "úlceras sublingual", "granuloma sublingual", "lesión reparativa de la lengua", "úlceras traumáticas sublinguales neonatales" y "glositis traumática atrófica".⁵²

Es una lesión ulcerativa que se ubica en el frenillo lingual y porción ventral de la punta de la lengua, es de tamaño pequeño al principio y aumenta por el continuo movimiento lingual contra la superficie incisal de los dientes natales y/o neonatales, es muy dolorosa sobre todo durante la alimentación.¹⁰ (fig. 51)

Etiología: Resultado de un trauma mecánico por la lengua al empujarla contra los dientes erupcionados durante la alimentación. Esta lesión ulcerativa puede causar un proceso inflamatorio por permitir el ingreso de microorganismos, toxinas o proteínas ajenas dentro del tejido conectivo.⁵³

Tratamiento: Este ha variado por muchos años, el más común es la extracción de los dientes causales. El más adecuado sería la eliminación de los bordes incisales cortantes de los dientes con tiras de diamante para el alisado para no seguir traumatizando la lengua; ¹⁰ también se ha reportado, cubrirlos con composite para obtener una superficie más tersa, aunque se corre el riesgo de que la restauración no se adhiera al esmalte de estos dientes y pueda ser aspirada por el niño.⁵²

Se puede recurrir también a la aplicación tópica de antisépticos alcalinos y aún con violeta de genciana al 2%, en la zona afectada.⁴



Fig. 51 Úlcera de Riga-Fede en la porción ventral de la lengua.³

8.6 Micrognatia

Representa una disminución uni o bilateral de la mandíbula ocasionada por deficiencia de crecimiento de los cóndilos, no obstante permitiendo una relativa apertura bucal, la micrognatia también puede ocurrir durante la infancia por la paralización del crecimiento de la región condilar por un trauma o infección.⁴

Clínicamente: Se observa gran desproporción de los segmentos de la cara, en ocasiones presenta hipoplasia mandibular, macroglosia y salida abundante de saliva por la falta de desarrollo del maxilar inferior, existe una disminución marcada del tercio inferior de la cara (fig.52).

Su etiología puede ser una posición intrauterina inadecuada, su prevalencia es de uno a mil.¹⁰

Tratamiento: Estimular el crecimiento lo más precozmente posible, activando y ejercitando la apertura bucal, a través de dispositivos mecánicos, fijos o removibles. Cuando esta mamando pecho recomendar la posición ortostática y al alimentar con biberón, utilizar dispositivo de Dunn.⁴



Fig. 52 Paciente que presenta micrognatia.¹⁶

8.7 Alteraciones de la lengua

Según Maristela de Proenca en 1994, la lengua es el factor esencial en la coordinación de la succión, deglución y respiración. El recién nacido en su trayectoria de 40 semanas de preparación para enfrentar el mundo se prepara con condiciones para respirar, llorar y deglutir, propiciados por la postura y movimiento de la lengua.⁵⁵

Los movimientos coordinados de la lengua son críticos para la capacidad de succión y deglución del neonato. Cuando hay una morfología anormal de la lengua sobrevienen graves dificultades para la alimentación.

La macroglosia se refiere a una lengua grande puede ser de tipo congénito o secundaria, la congénita se debe a un sobre desarrollo de la musculatura que puede o no estar relacionada con hipertrofia.

La macroglosia secundaria se presenta como resultado de un tumor en la lengua, la macroglosia de cualquier tipo puede producir desplazamiento de los dientes y maloclusión se puede observar festoneado de los bordes laterales de los espacios interproximales de los dientes.⁴⁹

La macroglosia es una malformación frecuentemente asociada en los síndromes de Down y de Beckwith-Wiedemann. La macroglosia localizada es por lo general secundaria a un hemangioma congénito.⁵⁶

La microglosia también se observa y asocia con los síndromes de Hanhart Moebius e hipoglosia-hipodactilia, con transposición de vísceras, dextrocardia y en casos aislados.

Estas morfologías aberrantes linguales a menudo generan hábitos anormales de deglución que complican la alimentación.

En los casos de macroglosia el problema puede deberse a oclusión de la bucofaringe por la lengua aumentada de tamaño cuando se alimenta al lactante en una posición supina, pero se resuelve fácilmente alimentándolo en una posición erguida.

En los casos de microglosia el problema reside en las dificultades para exprimir la leche del pezón, como el cuello del pezón no puede ser exprimido eficazmente contra el paladar duro por el dorso de la lengua, la compresión es ineficaz.¹⁰

Una alteración de la lengua muy frecuente en los niños es la lengua saburral, ésta se refiere al acumulo de placa en el dorso de la lengua sobre las papilas filiformes (fig.53) y le da un aspecto blanquecino y pudiendo ocurrir en pacientes con o sin la lengua fisurada. Se debe hacer diagnóstico diferencial con

la glositis migratoria benigna y candidiasis lingual. El tratamiento consiste en limpieza y cepillado del dorso de la lengua.⁴⁹



Fig. 53 Lactante con lengua saburral.

Otra lesión frecuente en niños es la glositis migratoria benigna, una lesión de etiología desconocida, aunque se ha sugerido que puede estar relacionada con la tensión emocional. La lesión consiste de múltiples áreas de descamación de las papilas filiformes de la lengua en un patrón irregular arrollado hacia adentro. Las papilas fungiformes persisten en las áreas descamadas como puntos rojos elevados y pequeños. Las áreas de descamación permanecen poco tiempo en un lugar, después sanan y aparecen en otro lugar.⁴⁹

Puede ocurrir pérdida de la sensación gustativa y sensibilidad lingual a los cítricos pero puede aumentar con alimentos picantes. Su incidencia es de cerca del 1.1% y tienden a disminuir con la edad. Se realiza diagnóstico diferencial con candidiasis, liquen plano y erosivo, en la mayoría de los casos requiere tratamiento pero cuando el ardor y la pérdida gustativa están presentes la aplicación de retinol A al 1% está indicada.⁴

8.8 Anomalías dentarias

En los dientes de la primera dentición pueden aparecer diferentes alteraciones respecto al desarrollo normal, es obligación del odontopediatra reconocer estas anomalías y prever sus consecuencias, es muy común que si en la primera

dentición aparecen estas alteraciones, también estén presentes en la segunda dentición. En el presente capítulo analizaremos las anomalías que se presentan con más frecuencia en la primera dentición.

8.8.1 Anomalías de número

Las alteraciones en la cantidad de los dientes surgen de problemas que se suscitan al inicio del desarrollo o en la etapa de la lámina dental, además de patrones hereditarios, la alteración física de la lámina dental hiperreactiva y la ausencia de inducción del ectomesénquima en la lámina dental son ejemplos de las causas que afectan el número de dientes. (Steward y Prescott, 1976).

8.8.1.1 Agenesia dental

Es una anomalía relativamente rara. Representa una deficiencia en la cantidad de dientes. El patrón de herencia familiar es la causa de la correlación etiológica mayor en estos casos. Se clasifica en:

Anodoncia: Ausencia de todos los elementos dentarios, es muy poco frecuente, la mayoría están asociados a displasia ectodérmica (figs. 54 y 55).



Fig. 54 y 55 Paciente con anodoncia asociada a displasia ectodérmica.⁹

Oligodoncia: Presencia de un número de dientes menor a la mitad de los que fisiológicamente deben existir (fig. 56).



Fig. 56 Paciente con oligodoncia asociada a un caso de displasia autosómica dominante.⁹

Hipodoncia: Ausencia de hasta 6 dientes, que aparecen clínicamente en las arcadas. Hay más de la mitad de los dientes (fig.57).



Fig. 57 Hipodoncia en un paciente con displasia hipohidrótica.¹⁴

8.8.1.2 Hiperodoncia

Se denomina así al exceso en el número de dientes, también se le conoce como dientes supernumerarios. En la dentición primaria los dientes supernumerarios es un fenómeno raro, cuya frecuencia varía según los diversos autores, entre el 0.2 y el 6%. Hay un predominio absoluto de presentación a nivel maxilar y concretamente en la zona incisiva. Rara vez plantean problemas debido al espaciamiento normal en la primera dentición; y salvo que provoquen alguna alteración (mordida cruzada, anomalías en la erupción) no suelen requerir tratamiento.

8.8.2 Anomalías de tamaño

8.8.2.1 Microdoncia

El tamaño dental se encuentra por debajo de los límites que se consideran normales.

Un tipo generalizado podemos verlo en casos de displasia ectodérmica, hipopituitarismo congénito, síndrome de Down, etc. (fig.58).

La forma localizada es más frecuente en los incisivos laterales superiores, lo que provoca problemas estéticos produciendo diastemas interdentarios.

8.8.2.2 Macrodoncia

El tamaño dental está por encima de los límites normales. Puede afectar a uno o dos dientes de forma simétrica, todos los dientes de una arcada o toda la dentadura.

Hay que hacer diagnóstico diferencial, con la fusión y la geminación en las formas aisladas (fig.59).

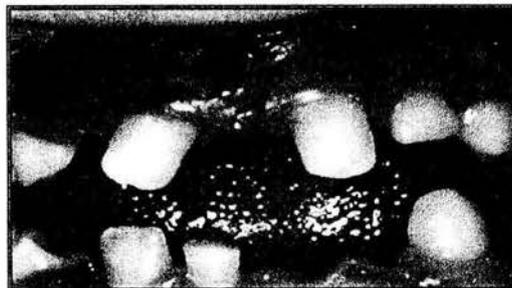
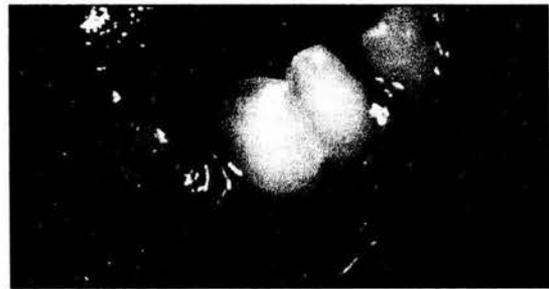
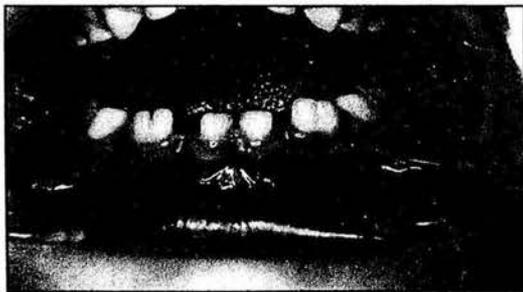


Fig.58 Microdoncia generalizada en un caso de displasia ectodérmica.¹⁴

8.8.2.3 Fusión

Es la unión embriológica de dos gérmenes dentales con el resultado de un diente único, que generalmente presenta dos cámaras pulpares. Es muy frecuente en la primera dentición y ocurre generalmente en la región interincisiva, afectando principalmente al maxilar inferior (figs. 59 y 60).



Figs. 59 y 60 Fusión de incisivos laterales y caninos.^{14, 50}

8.8.2.4 Geminación

Consiste en la división incompleta de un solo germen dentario, dando como resultado una corona bífida y generalmente una sola cámara pulpar (fig.61). Ocurre comúnmente en la primera dentición afectando principalmente al maxilar inferior y con un patrón familiar. Suelen ir acompañadas por aplasia de los dientes de la segunda dentición o bien de un retraso en su erupción.



Fig.61 Geminación del incisivo lateral de la primera dentición.¹⁴

8.8.3 Anomalías de forma

8.8.3.1 Cúspides y tubérculos accesorios

Se localizan en cualquier diente, en los incisivos se puede producir una hipertrofia del cíngulo e incluso transformarse en una cúspide completa que interfiera con la oclusión, en el canino se puede producir un mayor desarrollo del tubérculo palatino, en los molares se encuentran a veces cúspides accesorias en cualquiera de las cinco superficies de la corona dentaria (fig.62).



Fig. 62 Cúspide accesoria en primer molar inferior de la primera dentición.¹⁴

8.8.3.2 Dilaceración

Consiste en la curvatura anormal de las raíces a lo largo de su desarrollo como resultado de un episodio traumático durante el mismo. Habitualmente se produce en la primera dentición.

8.8.4 Anomalías de estructura

8.8.4.1 Amelogénesis imperfecta tipo I por hipoplasia

Ocurre en la etapa de histodiferenciación en el desarrollo dental, en la que se forma una cantidad insuficiente de esmalte (fig. 63). Esto se debe a que las áreas del órgano del esmalte carecen de epitelio interno del esmalte, por lo cual las células no se diferencian en ameloblastos.

Las zonas de las coronas de los dientes contienen un esmalte muy delgado o inexistente, lo que produce mayor sensibilidad a los estímulos térmicos.

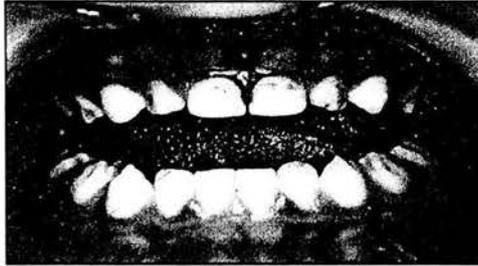


Fig. 63 Amelogenesis imperfecta de tipo hipoplásico.⁵⁰

8.8.4.2 Amelogenesis imperfecta tipo II por hipomaduración

Los ameloblastos producen matriz del esmalte en cantidad normal, pero la mineralización es deficiente porque la maduración preruptiva que sigue a la calcificación inicial se desarrolla de forma incompleta o no se produce en lo absoluto. El esmalte tiene un grosor normal, pero es blando.

8.8.4.3 Amelogenesis imperfecta tipo III por hipocalcificación

La dentina hipocalcificada tiene un grosor normal, pero es muy blanda; aparece obtusa y sin brillo, de un color que oscila entre gris opaco y miel, y es tan blanda que se puede romper con los instrumentos (fig.64). En unos meses se pierde completamente como consecuencia de la abrasión y se vuelve de color amarillo oscuro-marrón. Las diferencias en la matriz del esmalte impiden una mineralización normal, el esmalte acabado contiene más de un 10% de materia orgánica.



Fig. 64 Amelogenesis imperfecta de tipo hipocalcificada.⁵⁰

8.8.4.4 Defectos inducidos por el ambiente

Las alteraciones del esmalte pueden ser sistémicas o localizadas. En las primeras, los defectos tienen una tendencia a la simetría, afectando a distintos niveles en los grupos dentarios. Son numerosos los trastornos en los que el esmalte anormal no es sino uno entre varios signos, de los trastornos más frecuentes encontramos el síndrome de Down, Displasia Ectodérmica, Epidermólisis bullosa, síndrome de Papillón Lefèvre. En las alteraciones localizadas, se afecta generalmente un solo diente y en caso de afectarse varios, la localización de los defectos no guarda relación con la cronología del desarrollo, mostrando una distribución local asimétrica, algunas de las causas son: infecciones locales, traumatismos, deficiencias nutricionales, hipoxia perinatal y radiaciones.

8.8.4.5 Dentinogénesis Imperfecta

Se origina durante la etapa de histodiferenciación en el desarrollo dental. Esta anomalía consiste en un defecto de la matriz predentinal, que causa dentina circumpulpar atubular, amorfa y sin organización (fig.65). La dentina periférica es normal, la cual es rica en contenido orgánico, y su incidencia es de uno en 8,000.¹



Fig.65 Dentinogénesis imperfecta.⁵⁰

8.8.4.6 Odontodisplasia Regional

Es la detención localizada en el desarrollo dental, que es ocasionada por una anomalía regional vascular del desarrollo. Los dientes enfermos muestran capas delgadas de esmalte y dentina poco calcificada, con cámaras pulpares grandes de calcificación difusa y raíces cortas con definición precaria.

CONCLUSIONES

Con todo lo anterior nos damos cuenta que nuestra profesión posee todos los conocimientos, bases y la tecnología necesaria para llevar a cabo programas de prevención para las enfermedades dentales, iniciando proyectos dirigidos a la salud bucodental de los niños en los primeros años de vida.

La necesidad de la atención precoz al paciente infantil a través de la atención odontológica a bebés, es una realidad, ya que la presencia de caries por alimentación infantil en lactantes y preescolares, el uso de prácticas alimenticias inadecuadas, el desarrollo precoz de malos hábitos, la adquisición y transmisión temprana del *S. mutans* y el inapropiado manejo del fluoruro en los pacientes infantiles, nos da la pauta para elaborar lineamientos para la intervención temprana en la salud bucodental de los niños durante la primera infancia, especialmente en el área de la educación a los padres, comenzando con asesoramiento prenatal, seguida de la primera visita del bebé al consultorio dental que deberá ser antes de los 6 meses de edad y máximo a los 12 meses para poder asegurar el éxito en la salud bucal de niño; ya que a mayor edad la probabilidad de la enfermedad dental aumenta al mismo tiempo que disminuye la probabilidad de prevención. Con este abordaje se tiene la intención de instaurar hábitos saludables en vez de modificar hábitos inadecuados, la mayoría de las veces adoptados debido a factores socioculturales.

Por ello, la pauta que orienta la filosofía de la odontología para el bebé es que la preservación de la higiene bucal en niños constituye un antecedente necesario para la prevención de enfermedades dentales, ya que conservar la salud bucal adecuada representa un enfoque práctico, sencillo, eficaz y de bajo costo.

Dentro de esta filosofía se hace verdadera la afirmación del Dr. Walter Figueiredo "Educar previniendo, prevenir educando". Por eso antes de saber como y cuando hacer es mejor aprender por que se va a hacer.

Debemos de tener en cuenta que aunque se hable de atención al bebé, estos programas deberán ser dirigidos principalmente a los padres desde la etapa del embarazo pues en este momento estarán más susceptibles a recibir información y será más fácil inculcarles hábitos saludables para preservar la salud bucal, ya que será responsabilidad de ellos que los niños adquieran el interés por preservar su higiene bucal y lo tomarán como parte habitual de su vida diaria; pero ante todo debemos tener en cuenta que la prevención no sólo es dar instrucciones sino que debe ser por convicción y no por obligación así que es nuestra responsabilidad concientizar a los padres de la labor que se realiza a favor de la salud de su hijo y de este modo entusiasmarlos a preservar y aprovechar esta "nueva" visión de la odontología.

Por otro lado, la odontología para el bebé es un concepto poco aceptado en nuestra sociedad, es por ello que toma especial importancia dentro de la preparación del odontólogo en la actualidad, ya que somos quienes tendremos que trabajar con el fin de implementar estos programas y por lo tanto obtener resultados; y así convencer a la población de todos los beneficios que nos ofrece la atención bucodental durante la primera infancia. Por lo tanto, el odontólogo de hoy en día, y aún más los odontopediatras tienen por obligación conocer esta filosofía y llevarla a cabo en su práctica diaria, para esto es necesario sensibilizar a los estudiantes de licenciatura y de posgrado para crear profesionales con esta filosofía preventiva precoz.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Pinkham, J.R. Odontología Pediátrica, 3ª ed.. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana. México, 2001. Capítulos 3,12-16.
2. Zimbrón L. Antonio, Mirella Feingold. Breve historia de la odontología en México. Cuernavaca, Mor; UNAM/CRIM, 1990.
3. Mathewson J. Richard, Primosch Robert E. Fundamentals of Pediatric Dentistry, Third edition, Ed. Quintessence books, U.S.A.,1995.p.12-22,99,100.
4. Walter Luiz Reynaldo Figueiredo. Odontología para el bebé. Brasil,2001.
5. Infant oral health: a protocol Stephen J. Goepferd, DDS,MS Journal of Dentistry for Children July-August 1986 p. 261-266.
6. A child's first dental visit: a protocol Theodore P. Croll, D.D.S. Quintessence International No. 6 June 1984 p. 625-637.
7. Escobar F. Muñoz. Odontología pediátrica. Edit. Amolca, 2ª ed. Madrid, España, 2004. p.99, 371.
8. Barberia, E. Odontopediatria.. Edit. Masson; Barcelona, 1995. p.9,18.
9. Hubertus J.M. Van Waes. Atlas de Odontología pediátrica. Edit. Masson; Barcelona, España, 2002. p. 8-11, 65-77, 91,92.
10. Fragoso R. Antonio. Estomatología del recién nacido. México, 1991. Capítulos 4,5,9.
11. Straffon Osorno A. Propedéutica pediátrica; Ediciones Médicas Actualizadas, 1979. p.113-116.
12. Raap Robert, Winter G. Atlas a color de casos clínicos en pedodontología. Edit. Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago y Londres, 1979.
13. The vermilion border of neonatal lips. Raubenheimer E.J., J.P. Roux, Y. Heyl. The Journal of pedodontics vol.11:158,1987.
14. Varela Morales Margarita. Problemas Bucodentales en Pediatría. Edit. Ergon; Madrid,1999. p. 4-7 y capítulo 5.
15. Correa M.S.P.,Villena, R.S. Características do sistema estomatognático, algunas anomalías do recém-nascido. Sao Paulo, Santos, 1998.
16. Rock W. P. Grandy Margaret. Ilustraciones diagnósticas en Odontopediatria. Edit. Interamericana Mc Graw Hill; Madrid, 1989.
17. Cameron, Angus C; Widmer Richard P. Manual de Odontología Pediátrica; Edit Harcourt. Madrid, España; 1998. p.215.
18. Harris, N.O. Odontología Preventiva Primaria. Edit. Manual Moderno; México, 2001. p. 355-370.
19. Floriani, P. Promoción de la salud Bucal en Odontopediatria. Artes Médicas. Brasil, 1997.
20. Nolte, W. Microbiología odontológica. 3ª ed. Edit. Interamericana, S.A México, 1985.
21. Similarity of Bacteriocins of *Streptococcus mutans* from mother and infant Berkowitz, R.J. 1975 Archs Oral Biol. Vol, p. 725.
22. López J. Manual de Odontopediatria. Edit. Mc Graw Hill Interamericana; México, 1997.

23. Initial acquisition of mutan Streptococci by infants: "Evidence for a Discrete Window of Infectivity" Caufield, P.W. Journal Dental Research vol. 72 num 1 p.42,1993.
24. Higiene bucal Infantil: atencao primaria para prevencao e manutencao da saude Bueno Fihlo, A.S. et al., Semina, Londrina, v.15. ed. especial p. 70-74 Jun, 1994.
25. Estudo da prevalencia de cárie numa Populacao de 0 a 5 años Atendida Precocemente pela Bebe- Clinica da Universidade Estadual de Londrina Garboza, C.S; Walter, L.R.F.. Semina, Londrina, v18, ed especial, p. 51-54, fev, 1997.
26. Infant oral Health: A rationale Goepferd, J. Stephen D.D.S, MS Journal Dentistry for Children. July-August, 1986.
27. Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education. Shein B. 1991. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry vol. 15 num. 2 p. 102.
28. Braham Raymond, Merle e Morris. Odontología Pediátrica. Edit. Panamericana; Buenos Aires,1984. p. 110-112, 454-464.
29. Dental education of expectant parents. Anthi Tsamtsourris, Audrey Stack DDS, Murad Padamsee BDS. Journal of Pedodontics vol.10:309, 1986.
30. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relacao a saude oral da gestante Menoli, A.P.V.; Frossard, W.T.G. Semina Londrina, v.18, ed especial, p. 34-42, fev.1997.
31. Educacao para a Saúde Bucal: trábalo em equipe e aspectos psicossociais.Sawazaki Iris,Nakama Luiza. Semina, V18, ed. Especial, p.15-24, fev,1997.
32. Mudanca do comportamento infantil diante do hábito de escovar os dentes. Monteiro Mariangela de Mleo, Figueiredo Walter. Semina, v.18, ed. Especial, p. 63-68, fev, 1997.
33. McDonald. R. Avery D. Odontología Pediátrica y del adolescente. 5ª Ed. Edit. Buenos Aires, 1990. p. 193, 262-266, 792.
34. Mazariegos CML, Vera HH, Velásquez MO. Intervención de la Secretaría de Salud en la Salud Bucal; vol. 60 marzo-abril, 2003.
35. Guedes Pinto. Rehabilitación bucal en Odontopediatria; Edit. Actualidades Médica Odontológicas. Caracas, Venezuela, 2003.
36. Escovacao dentaria e risco de fluorose em crianas Sato Kunio Enrique, Fornaziero Célia.. Semina, v. 18, ed. Especial, p. 07-14, fev. 1997.
37. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Ortega VG. Rev Cubana Ortod; 13(1): 53.4., 1997.
38. Vantagens da amamentacao para o aparéelo estomatognático. VALDEAS, G.O.-1997.
39. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. López Yilian Méndez. La Habana, Cuba.
40. Zulliger A. Evolución psicológica del niño Tercera edición.
41. Uma visao fonoaudiológica em pediatriai na primeira infancia.Carvahlo, M. And Sies, M. In: CORREA, M.S.P. Odontopediatria na primeira infancia. Sao Paulo, santos, 1998.

42. Gómez Herrera Benjamín. Examen clínico integral en estomatopediatría: metodología; Edit. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. Colombia, 2003.
43. Desenvolvimento anatomofuncional da boca: da fase pré-natal aos 3 anos de idade Moreira, M. In: CORREA, M.S.P. Odontopediatría na primeira infancia. Sao Paulo, Santos, 1998.
44. Teething as a problem of infancy Tsamtsouris, A.. Journal of Pedodontics vol.1:198-207,
45. Estudio epidemiológico de los quistes de la mucosa bucal del recién nacido. Uavy, E.D; Celis A.S.F; Martínez, B.A. 1980. Asociación Odontológica Argentina, Vol. 68. 8:511-513.
46. Perlas de Epstein, su distribución y frecuencia en recién nacidos vivos. Palomino Manuel Delgado, Aguilar Denise,
47. Regezzi, Sciubba. Patología Bucal. Edit. Interamericana Mc. Graw Hill
48. Epstein's pearls (Bohn's nodules) of the palate. Monteleone, L. y M.S. 1964. Journal of Surgery Anesthesia an Hospital Service. Vol. 22 pag. 301-304.
49. Shafer William G. Tratado de Patología Bucal. 4ta edición ilustrada Edit. Interamericana. México, D.F. 1998. p.25-29, 64,65, 273,274.
50. Laskaris George. Color atlas of oral diseases. New York: Thieme Medical, 1998.
51. Langlais Robert P. Color atlas of common oral disease: Philadelphia: Lea and Fehiger.
52. Riga-Fede disease: report of a case and review. Baghdadi Ziad D. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry Vol. 25, 3: 2001.
53. Martín de Kramer Nydia E. Estomatología del recién nacido
54. Sapp Philip J. D.D.S., M.S. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Edit. Harcourt. Madrid, España, 1998. p. 4, 50.
55. Proenca, Maristela G. Sistema sensorio motor oral. Monografías médicas série: Pediatría. Vol.32 ed. 2 p. 293, 1994.
56. Gomella Lacy Tricia. Neonatología Panamericana,1992.
57. Natal and neonatal teeth. ZHU Jianfu, King, David, DDS, PhD. Journal of Dentistry for Children march-april 1995.
58. Natal teeth: case report. Botazzo Alberto Carlos, Medeiros Italo, Percinoto Celio; The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Vol.20 (4)/1996.
59. Natal and neonatal teeth: review of the literature. Cunha Robson Frederico DDS, PhD, Aparecida Farli, Dias Dione, Teresina Wanda; *American Academy of Pediatric Dentistry*. Vol. 43:2, 2001.