



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Patologías bucales más frecuentes en el recién nacido

TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

OZNELLY ESMERALDA AREVALO STEVENSON

TUTORA: C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA
ASESOR: MTRO. JUAN ENRIQUE CASTRO OGARRIO

MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Le agradezco a Dios por ser la luz que guía mi vida y me lleva por el mejor camino, por la salud que me da para así poder realizar mis sueños, como para poder resolver mis problemas y disfrutar de mis éxitos.

Agradezco a mis padres (Aurora y Raymundo), por su esfuerzo, su confianza, su entereza, por ser parte importante en mi vida, por todos sus consejos, y por que esta meta cumplida también es de ustedes. Mi eterno agradecimiento

A mis hermanos Alfredo, Vanessa y Perla por su lealtad y su cariño, muchas gracias.

A mi abuelita (Aída) por la sabiduría de sus palabras que siempre me hizo mantenerme avante, por las largas jornadas que nos dedicaste y ese amor que nos brindaste, donde quiera que estés mi reconocimiento es para ti.

A Oscar Iván Mafra Soto, por siempre estar a mi lado, por su aliento y por toda esa ayuda que siempre me has brindado incondicionalmente, mi gratitud y mi amor.

A la familia Mafra Soto, por brindarme su apoyo, su confianza y su afecto, muchas gracias.

A todos los doctores que formaron mi educación profesional, gracias por todas sus enseñanzas y sus consejos que me brindaron.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recopilatorio.
NOMBRE: Arévalo Stevenson Oznelly Esmeralda
FECHA: 13- Octubre - 2004
FIRMA: [Firma manuscrita]

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	5
--------------------------	----------

CAPÍTULO 1- CONDICIONES NORMALES DE LA BOCA EN EL RECIÉN NACIDO.....	6
---	----------

1.1 - Observación de las estructuras que conforman el labio superior.....	7
1.2 -Labio inferior.....	8
1.3 -Zona lingual.....	9
1.4 -Rodetes gingivales superior inferior.....	9

CAPÍTULO 2- PATOLOGÍAS BUCALES MÁS FRECUENTES EN EL RECIÉN NACIDO Y DURANTE LA PRIMERA INFANCIA.....	11
---	-----------

2.1 -Úlcera de Riga-Fede.....	11
2.2 -Dientes natales y neonatales.....	13
2.3-Remanentes de estructuras embrionarias: Nódulos de Bohn, perlas de Epstein y quiste de la lámina dental.....	15
2.3.1 -Nódulos de Bohn.....	16
2.3.2 -Perlas de Epstein.....	17
2.3.3 -Quiste de la lámina dental.....	18
2.4 -Quiste gingival del recién nacido.....	19
2.5Quiste de erupción.....	21

2.6 –Lengua geográfica.....	23
2.7 –Lengua saburral.....	25
2.8 –Lengua Dentada (festoneada).....	27
2.9 –Lengua Fisurada.....	28
2.10 –Inserción anormal de frenillos.....	30
2.10.1 –Frenillo Labial.....	32
2.10.2 –Anquiloglosia del Frenillo Lingual.....	35
2.11 –Candidiasis.....	38
2.12 –Gingivoestomatitis Herpética Primaria.....	41
2.13 –Micrognatia.....	43
CAPÍTULO 3 PREVENCIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	58
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	59

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad el examen de la cavidad bucal empieza en el recién nacido, dando con ello el inicio de lo que se llama Odontología para el Bebé, cuyos conceptos nos ayudarán a conocer las condiciones normales de la boca en los niños pequeños, para poder diferenciarlas de las entidades patológicas que pudieran llegar a aparecer, tomando en cuenta que la cavidad bucal de los bebés presenta características únicas y propias para su edad.

Todo esto da oportunidad al Odontopediatra de abrir una puerta más al conocimiento acerca de la prevención y no solo tratamientos restaurativos que se realizan en niños con piezas dentales.

Recordemos que un buen diagnóstico y tratamiento a tiempo podrá prevenir la aparición de enfermedades, caries y patologías de la cavidad oral, logrando con ello niños más sanos.

Esto podemos lograrlo haciendo conciencia tanto en la población, como en todo aquel personal que se dedica a dar atención médica, con actualización constante acerca de todos los métodos de prevención, para poder así, orientar a la población y prevenir cualquier enfermedad bucal.

Me permito agradecer a la Dra. Rosa Eugenia Vera Serna y al Dr. Juan Enrique Castro Ogarrio por todo el apoyo, tiempo y paciencia que me dedicaron para la realización de este trabajo.

CAPÍTULO 1

CONDICIONES NORMALES DE LA BOCA EN EL RECIÉN NACIDO.

Recién nacido normal es todo niño que proviene de padres sanos, parto eutócico que respiró y lloró inmediatamente al nacer y no presenta ninguna patología. El período denominado neonatal comprende el primer mes de vida.

Examen clínico estomatológico del recién nacido sano.

Para explorar adecuadamente la región oral en el neonato, se deberán considerar los siguientes lineamientos:

- Se procurará que el recién nacido esté despierto, tranquilo (antes de tomar sus alimentos) y envuelto para evitar movimientos bruscos que interfieran con el examinador.
- Aunque puede estar en brazos de algún ayudante, es preferible colocarlo sobre una superficie plana (mesa de exploración) en decúbito dorsal.
- Se considera examinar al paciente con bata, guantes estériles, cubre boca, y disponer de una fuente adecuada de luz natural y artificial.

Para su exploración se recomienda proseguir de la siguiente manera:¹

¹Martínez y Martínez R. La salud del niño y el adolescente. Editorial Manual Moderno. México. 4ª ed., 2001, p. 141-150.

1.1- Observación de las estructuras que conforman el labio superior:

En su porción media, se presenta el llamado Sucking-pad, o apoyo para succión, con múltiples proyecciones vellosas, que tienen por características aumentar el volumen cuando están en contacto con el pecho de la madre, o cuando es estimulado.”²



Sucking-pad (apoyo de succión)³

En la parte interna en la porción media del labio superior, se encuentra el frenillo labial, que une el labio superior a la papila palatina, constituyendo el llamado frenillo labial persistente.

²Figuereido Walter L. R. Ferelle A, Myaki I. Odontología para el bebé. Editorial Amolca. Sao Paulo-Brasil. 1ª ed. 2000. p. 48.

³ Foto tomada de Ibidem, p. 47.

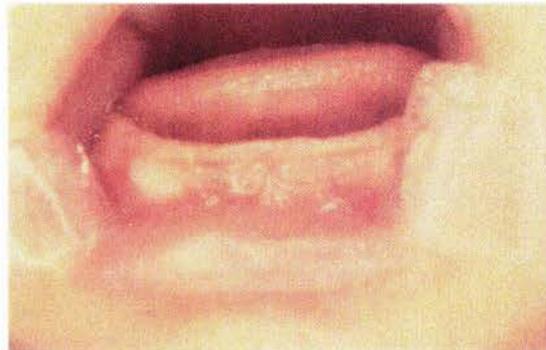
Lateralmente se encuentran los frenillos o bridas laterales que auxilian la fijación del labio en el maxilar. Estos frenillos o bridas son más pequeños y se aprecian a nivel de la región de los caninos del maxilar.



Rodete superior del recién nacido.⁴

1.2- Labio inferior:

En el labio inferior en la parte interna, se encuentra en la línea media, el frenillo labial inferior, cuya inserción se encuentra en la cara interna del labio hasta la mitad del proceso vestibular en su línea media, pero más pequeño que el superior, y lateralmente las bridas, estas son menos desarrolladas que las del arco superior.



Rodete inferior del recién nacido.

⁴ Foto tomada de: Ibidem, p.49.

1.3- Zona lingual:

El frenillo lingual presenta su inserción superior, en la parte anterior e inferior de la lengua, el cual desciende al piso de la boca, donde se encuentran también las glándulas salivales sublinguales.

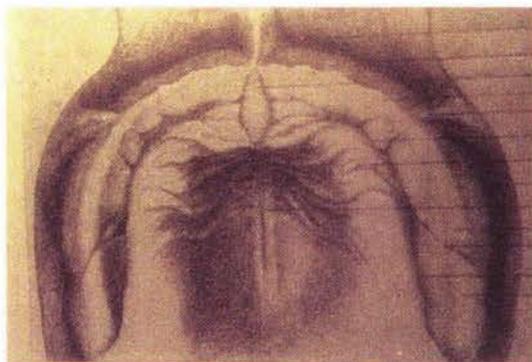
1.4- Rodetes gingivales superior e inferior:

“Internamente se localizan los rodetes gingivales, separando el vestíbulo de la cavidad bucal.”

El rodete superior se encuentra protruido, y el rodete inferior retruido y tienen una relación media de 5-6 milímetros.

Anatómicamente los maxilares del recién nacido presenta en el arco superior e inferior un rodete gingival, el cual está adherido por vestibular, al frenillo labial y a las bridas laterales.

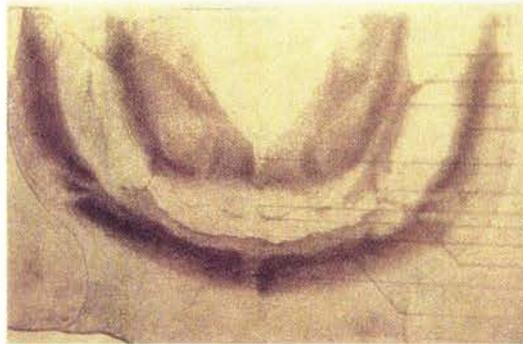
El paladar presenta: La bóveda palatina, la papila palatina, en la parte anterior se encuentran las rugosidades palatinas, en la porción media el rafé medio palatino, en su porción posterior se encuentra el velo del paladar (que es la unión del paladar duro con el blando), en la parte más posterior en la línea media, se encuentra una pequeña prolongación blanda, llamada úvula.



Rodete superior.⁵

⁵ Foto tomada de: Ibidem, p. 49.

“En ambos rodetes superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso de Robin y Magitot, que se encuentra bien desarrollado en el recién nacido, este cordón va desapareciendo cuando empieza la erupción de los dientes primarios.”⁶



Rodete inferior⁷

⁶ Ibidem, p. 48.

⁷ Foto tomada de: Ibidem, p. 49.

CAPÍTULO 2.

PATOLOGÍAS BUCALES MÁS FRECUENTES EN EL RECIÉN NACIDO Y DURANTE LA PRIMERA INFANCIA.

En este capítulo hablaremos de las patologías bucales más frecuentes en el recién nacido y durante la primera infancia, tales como úlcera de Riga-Fede, dientes natales y neonatales, perlas de Epstein, quiste de la lámina dental, lengua saburral, inserción anormal de frenillos, candidiasis, entre otras ya que es necesario conocer su origen, sus características físicas y el tratamiento a seguir.

2.1- Úlcera de Riga-Fede.

El roce de la lengua contra el borde de los dientes natales o neonatales producen una úlcera en la cara ventral de la lengua a ambos lados del frenillo. Es causada por un traumatismo secundario a los continuos movimientos protusivos y retrusivos sobre los incisivos inferiores. También se observa en el recién nacido cuando hay dientes natales, o alrededor de los seis o siete meses cuando por una tos convulsiva la lengua es proyectada contra los dientes o en niños con parálisis cerebral.⁸



Úlcera de Riga-fede⁹

⁸ www.funcei.org.ar/simposio/13.pdf.

⁹ Foto tomada de: www.infocompu.com/adolfo_arthur/riga-fede.htm

Tratamiento: El tratamiento incluye el pulimiento suave de los dientes y la aplicación de fluoruro de sodio al 0.02% sobre los dientes.

“Y colocación de VASA sobre la lesión . En caso de que no se haya desaparecido la ulceración se recomienda la extracción del diente.

VASA.

Violeta de Genciana	600mg
Xilestesin 2% s/vaso	1.5ml
Sacarina	0.5ml
Agua q.s.p.	30ml” ¹⁰



Úlcera de Riga-fede¹¹

¹⁰ Figueredo. Op. Cit. p. 123.

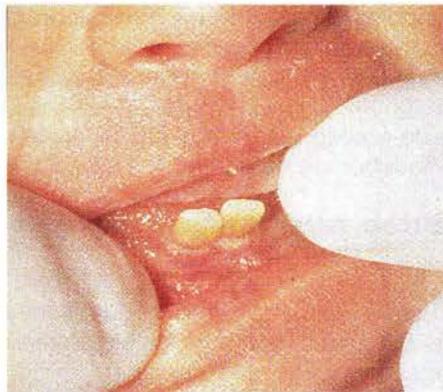
¹¹ Foto tomada de: www.infocompu.com/Adolfo_arthur/riga-fede.htm

2.2- Dientes natales y neonatales.

Se llaman dientes natales a los dientes que están presentes en el momento de nacer, y se llaman dientes neonatales aquellos que erupcionan durante los 30 días de vida.

Etiología: No se conoce. Puede tener una base genética y también se dice de una posición más superficial del germen.

Histológicamente: Algunos dientes erupcionan sin su porción radicular. Otros tienen pulpa grande y muy vascularizada esto se considera como causa de la erupción prematura, también presenta esmalte debilitado, dentina irregular y no hay cemento.



Dientes natales.¹²

¹² Foto tomada de: Cameron A. Winder R. manual de Odontología Pediátrica. Editorial Haucort, Madrid España. 1997. p. 215.

Clínicamente: Son dientes pobremente desarrollados. Están fijados al alveolo por un tejido conectivo fibroso, puede tener una movilidad variable ya que solo se han formado 5/6 partes de la corona y normalmente no existe raíz.

En la mayoría de los casos se presenta en el maxilar inferior en la zona de incisivos.



Dientes neo-natales.¹³

Tratamiento: Tomar radiografía.

En dientes inmaduros de implantación y supernumerarios el tratamiento de elección es la extracción y esta se realiza después de la primera semana de vida en estos casos la extracción se realiza con anestesia oftálmica.

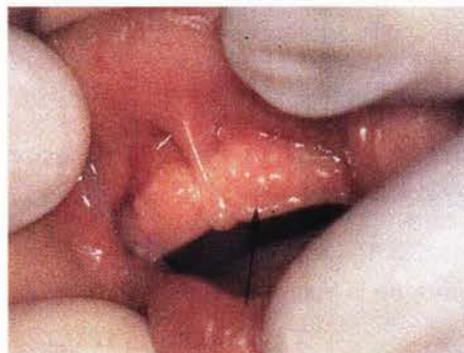
En dientes maduros el tratamiento es preservación, pulido suave en el tercio incisal, limpieza diaria de los dientes y aplicación de flúor.¹⁴

¹³ Foto tomada de: Figueredo. Op. Cit. P.50.

¹⁴Uzamis M. Olmez S. Clinical and ultrastructural study of natal and neonatal teeth. J. Clin Pediatr. Dent. No. 23. March 1999.

2.3- Remanentes de estructuras embrionarias epiteliales: Nódulos de Bohn, perlas de Epstein y quiste de la lámina dental.

“Son alteraciones semejantes a pequeñas bolas blanco-amarillentas que, según Fromm (1967), ocurre en un 75.9% de los recién nacidos, mientras que Uavy y col. (1980), encontraron cerca del 92% en niños recién nacidos de 1 a 2 días de edad. Estas alteraciones pueden ser consideradas remanentes de estructuras embrionarias epiteliales las cuales la mayoría de las veces, desaparecen en el primer mes de vida, no obstante algunas aumentan de volumen, y aproximadamente al tercer mes, se tornan voluminosas, grandes y bastantes visibles, siendo que algunas pueden persistir o aparecer tardíamente, dando una falsa impresión de absceso”¹⁵



Nódulos de bohn generalizados.¹⁶

¹⁵Figuereido. Op. Cit. P.50.

¹⁶Foto tomada de: Cameron. Op. Cit. p.75

2.3.1- Nódulos de Bohn.

Son visibles a lo largo de la zona vestibular y palatina o linguales de los rodets gingivales, son más frecuentes en el rodete superior.

Histológicamente: se consideran restos de tejido glandular o restos del epitelio que dan origen a las piezas dentarias.

Tratamiento: Solo observación y masaje digital suave.



Nódulo de Bohn localizado¹⁷

¹⁷ Foto tomada de: Figueredo. Op. Cit. p.51.

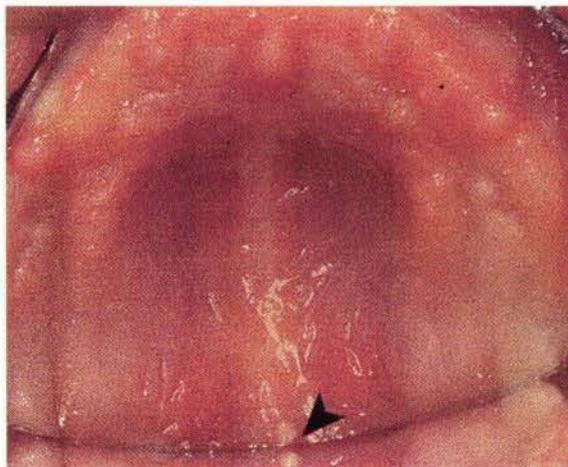
2.3.2- Perlas de Epstein.

Es una patología que se presenta en el neonato y que consiste en la presencia de unas acumulaciones de apariencia blanquecina o amarillenta. Son ubicadas en las encías en la zona palatina, el paladar duro, en la zona del rafè medio.

Histológicamente: Están compuestas por células epiteliales.

Las perlas de Epstein constituyen una condición muy común que se presenta solamente en el neonato y aunque estas acumulaciones son inocuas, causan gran preocupación a las madres. Cuando se localiza en las encías a veces se parecen a los dientes en erupción.

Tratamiento: No requiere tratamiento solo observación, ya que desaparecen en 1 o 2 semanas.¹⁸



Perlas de Epstein¹⁹

¹⁸ <http://pcs.adam.com/ency/article/001603trt.htm>

¹⁹ Foto tomada de: Hubertus J. M. Van Waes. Stockli W. Paul. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson, Barcelona España, 1ª ed, 2002. p.49.

2.3.3- Quiste de la lámina dental.

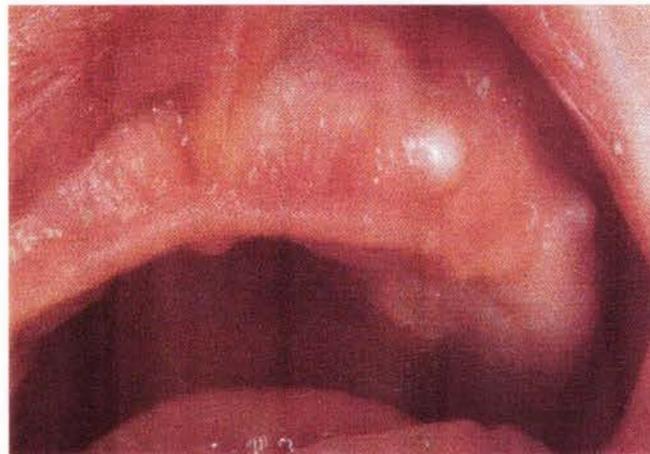
Raramente se presenta después de los tres meses de edad. Probablemente derivan de restos de la lámina dental primitiva.

Generalmente degeneran y desaparecen solos. Estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias.

Histológicamente: Están delineados por un epitelio delgado y muestran un lumen usualmente lleno de queratina descamada, ocasionalmente contienen células inflamatorias.

Clínicamente: Se presentan como nódulos múltiples, ocasionalmente solitarios, sobre el reborde alveolar de los recién nacidos. Tienen un color blanquecino.

Tratamiento: Seguimiento del desarrollo, que es involutivo, y dar masaje suave.



Quiste de la lámina dental.²⁰

²⁰Foto tomada de: Ibidem p.49.

2.4- Quiste gingival del recién nacido.

Son quistes pequeños llenos de queratina.

Etiología: Proviene de restos epiteliales embrionarios que quedan atrapados en el tejido conjuntivo circundante, estos en vez de atrofiarse y reabsorberse, proliferan y luego degeneran formándose una cavidad que se llena de queratina.

Incidencia en niños: Hasta los tres meses de vida ocurren con gran frecuencia.

Localización: Usualmente se encuentran en las áreas vestibular y lingual del reborde alveolar o en el rafe palatino.



Quiste gingival del recién nacido²¹

²¹ Laskaris George. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Editorial Amolca. Venezuela. 1ª ed. 2001 p.98.

“Clínicamente: Son nódulos múltiples o solitarios asintomáticos, de color blanquecino sobre el proceso alveolar de los neonatos.

De aproximadamente 1-3 milímetros de diámetro.

Los quistes involucionan espontáneamente en pocas semanas.

Lesiones similares son las perlas de Epstein (que ocurren en la línea media del paladar), y los Nódulos de Bohn (que se ven de manera dispersa en el paladar duro cerca del límite con el paladar blando)

Tratamiento: No requiere tratamiento, solo observación.”²²



Quiste gingival del recién nacido²³

²² Ibidem. p. 98.

²³ Foto tomada de: Ibidem. p. 99.

2.5- Quiste de erupción.

El quiste de erupción es una variante en tejido blando del quiste dentigero, asociado a un diente temporal o natal, se presenta en el maxilar inferior de los recién nacidos.

Etiología: Es una 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 está en el órgano del esmalte.

Localización: Cualquier diente en erupción.

Los más afectados son los molares y los caninos.²⁴



Quiste de erupción.²⁵

²⁴<http://patoral.unmayor.cl/quismax/quismax.html>.

²⁵ Foto tomada de: Laskaris. Op. Cit. p. 99.

Clínicamente: Es un aumento de volumen circunscrito, fluctuante, translúcido, de consistencia blanda directamente sobre el diente de erupción. El color azul o rojo oscuro, depende de la cantidad de sangre en el fluido del quiste.

Es más común en la erupción prematura del diente.

Tratamiento: Usualmente no requiere, pues pueden hacer erupción espontánea .

Escisión del techo del quiste puede estimular erupción del diente.



Quiste de erupción.²⁶

²⁶ Foto tomada de: Ibidem. p. 99.

2.6- Lengua geográfica.

Lengua geográfica o glositis migratoria benigna, es un trastorno común e inocuo que afecta de forma primaria a la lengua y que se caracteriza por atrofia o pérdida temporal de las papilas filiformes.

Etiología: Desconocida.

Algunos autores consideran la lengua geográfica como una anomalía de carácter congénito, y otros autores lo relacionan con factores infecciosos, deficiencias nutricionales y factores emocionales, como posibles agentes causales de la lengua geográfica.

Incidencia en niños: Presenta una mayor incidencia en la primera y segunda infancia, así como en la pubertad.

Localización: Cara dorsal y los bordes laterales de la lengua.²⁷

“Clínicamente: La lesión se caracteriza por una zona eritematosa bien demarcada, lisa, redondeada, o parche en forma de espiral, debido a la atrofia o pérdida de las papila filiformes.

Las áreas eritematosas se caracterizan por estar rodeadas parcial o totalmente por un margen blanquecino ligeramente elevado.

Algunas veces la lesión comienza como una pequeña placa blanquecina , seguida rápidamente por una zona roja central que crece de manera centrífuga.

²⁷ Dr. Valeròn Rodríguez Francisco. Dr. Caballero Herrera Manuel. Dr. Caballero Herrera Rafael. Patologías linguales más frecuentes. www.red-dental.com/ot001601.htm

El tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros. Las lesiones generalmente son múltiples y asintomáticas, aunque algunas veces pueden tener una ligera sensación de quemadura.

Las lesiones pueden permanecer por dos semanas o más. Rara vez duran años.²⁸



Lengua geográfica.²⁹

Tratamiento: Eliminar factores irritantes (alcohol, tabaco, alimentos excesivamente condimentados y picantes)

Buena higiene oral.

²⁸ Laskaris. Op. Cit. p. 80.

²⁹ Foto tomada de: Ibidem. p. 81.

2.7- Lengua saburral.

La lengua saburral es un aumento de la capa de revestimiento de la superficie dorsal de la lengua; normalmente constituida por células descamadas, provenientes de las papilas filiformes, microorganismos y restos alimenticios.

Etiología: Es debida a la reducida descamación del epitelio, detritus alimenticio y la acumulación de bacterias. Existen factores que impiden la adecuada descamación de queratina de las papilas filiformes y con ello la saburra lingual.

Incidencia en niños: Relativamente común.

Localización: Exclusivamente en la cara dorsal de la lengua.



Lengua saburral.³⁰

³⁰ Foto tomada de: Ibidem. p. 85.

Clínicamente: El dorso de la lengua, se nota recubierto por una densa capa de material, que puede ser de color blanco, amarillento o pardo. El paciente relata sabor amargo y halitosis. No se aprecia hipertrofia de las papilas filiformes.

La cubierta es asintomática, aparece y desaparece en cortos períodos de tiempo.



Lengua saburral.³¹

Tratamiento: Buena higiene oral.

Cepillado del dorso de la lengua.

Uso local de clorhexidina.

Eliminación del tabaco.

Ingerir alimentos duros.³²

³¹ Foto tomada de: Ibidem. p.85.

³² Dr. Valerón Rodríguez Francisco. Dr. Caballero Herrera Manuel. Dr. Caballero Herrera Rafael. Patologías linguales más frecuentes. www.red-dental.com/ot001601.htm

2.8- Lengua dentada (festoneada).

La lengua dentada es una condición inocua de la lengua.

Etiología: Es debido a una presión anormal o empuje de la lengua contra los dientes, dejando la impresión de los dientes sobre la lengua.

Mal posición dentaria.

Incidencia en niños: Relativamente común.

Localización: En bordes laterales y punta de la lengua.

Clínicamente: Impresiones festoneadas múltiples de los márgenes laterales de la lengua.

Si el agrandamiento de la lengua fuera patológico, podría haber inflamación y dolor.

Tratamiento: No necesita.³³

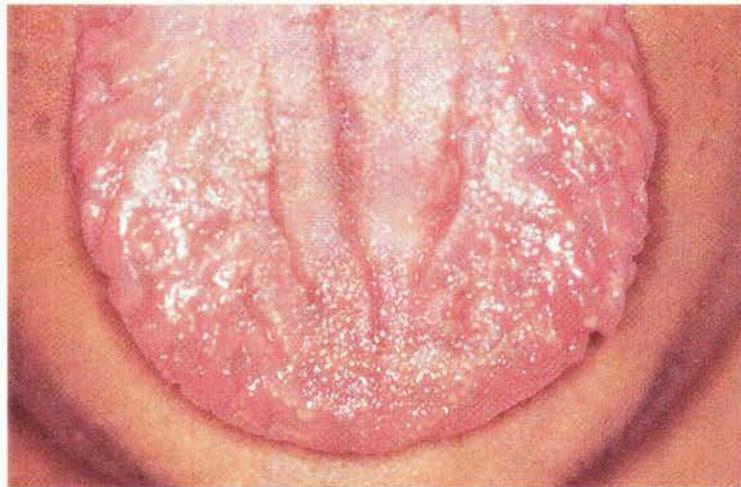
³³ www.red-dental.com/ot001601.htm

2.9- Lengua fisurada.

Es una malformación caracterizada por la presencia de múltiples pliegues, localizados en la cara dorsal de la lengua y bordes del cuerpo lingual.

Etiología: Se piensa que existe un factor hereditario, así como factores exógenos predisponentes como, el trauma crónico y los déficits vitamínicos. La lengua fisurada suele asociarse al Síndrome de Down.

Localización: Cara dorsal de la lengua.



Lengua fisurada.³⁴

³⁴ Foto tomada de: Laskaris. Op. Cit. p.83.

Clínicamente: Los pliegues o surcos pueden disponerse en diferentes posiciones, profundidad y situación.

Estos pueden ser paralelos al eje mayor de la lengua. En general son lenguas asintomáticas, excepto en los casos por profundidad del surco y la pobre higiene oral, se producen depósitos de restos y detritus alimenticios en los mismos, ocasionando una irritación lingual crónica, que el paciente la refiere como sensación de ardor o quemazón.

Tratamiento: Eliminar de la dieta, alimentos picantes y excesivamente condimentados.

Eliminar restos y detritus alimenticios que puedan quedar retenidos en los pliegues linguales mediante una higiene cuidadosa. Realizar enjuagues con agua oxigenada al 3%.³⁵

³⁵www.red-dental.com/ot001601.htm

2.10- Inserción anormal de frenillos.

Un frenillo es un pliegue membranoso que reúne dos partes y limita los movimientos individuales de cada una. Henry, Levin y Tsaknis describen los frenillos como pliegues muco membranosos que contienen epitelio y fibras de tejido conectivo pero no músculo. Un frenillo normal se inserta hacia apical del borde libre gingival de manera que no ejerce tracción sobre la zona de encía adherente, terminando usualmente en la unión mucogingival. A pesar de que se produce una amplia variedad de posiciones aberrantes, las posiciones observadas habitualmente en niños son sobre la superficie gingivovestibular en la línea media anterior, sobre la superficie vestibular y lingual de la encía en la línea media anterior de la mandíbula y sobre las áreas premolares por vestibular en maxilar superior e inferior. Algunos frenillos tienen inserciones bífidas o trifidas en los procesos alveolares.

Pichard indicó que existe un frenillo alto cuando hay encía adherente insuficiente en la zona de inserción terminal. Un frenillo insertado demasiado cerca del borde gingival puede interferir en la ubicación adecuada del cepillo dental o bien provocar la apertura del surco gingival durante el funcionamiento o interferir con la fonación. La inserción alta del frenillo puede asociarse con resecciones gingivales aisladas y diastemas.

Un frenillo mandibular anterior en ocasiones se inserta en la encía libre o marginal, causando la resección y formación de bolsa. La inserción anormal del frenillo se observa con más frecuencia en el área de incisivos centrales inferiores, aunque puede abarcar los tejidos vestibulares de las áreas caninas. La inserción anormal se asocia con un surco vestibular en la región anterior que es menos profundo que lo normal.

Los movimientos del labio provocan que el frenillo anormal tire de las fibras que se inserta en el tejido marginal libre. Los alimentos se acumulan y causan inflamación y eventualmente la formación de una bolsa patológica entre la superficie vestibular del diente y la mucosa vestibular.

El tratamiento temprano de las inserciones anormales de frenillos está indicado para evitar la denudación continua del tejido vestibular, la consecuente pérdida del hueso alveolar y la eventual pero posible pérdida del diente.

El frenillo anterior del maxilar superior conecta el labio superior con áreas de sutura en la línea media entre los incisivos centrales.

La literatura indica que un diastema puede considerarse normal cuando erupcionan los incisivos centrales superiores y que puede esperarse que cierre cuando erupcionen los otros permanentes anteriores.



Inserción anormal del frenillo labial.³⁶

³⁶ Foto tomada de: www.odontocat.com/etiomal.hatm

2.10.1- Frenillo labial.

El frenillo labial es un pliegue sagital de la mucosa alveolar, en forma de una hoja de cuchillo, está insertado por un lado en la superficie interna del labio y, por otro lado, en la encía, en la línea media de los maxilares entre los incisivos centrales.

El frenillo labial está sujeto a ciertas variaciones según su forma, tamaño y algunos son amplios y resistentes, otros son finos y frágiles. El frenillo simple es el que más prevalece, insertándose el superior en la encía adherida y el inferior en la mucosa alveolar.

La distancia media de la inserción, en relación al borde libre, es de 4.4 milímetros en el frenillo superior y 5.6 milímetros en el frenillo inferior.

Sewerin describió una clasificación del frenillo labial superior definiendo diversos términos, entre ellos:

Frenillo labial normal: designación usada para una franja de tejido blando localizado en el plano medio y que conecta la parte mucosa del labio con el tejido conjuntivo que recubre el proceso alveolar.

Frenillo teto- labial persistente: frenillo combinado con diastema entre los incisivos centrales superiores y con la inserción en el área de la papila incisiva.

Frenillo labial apéndice: prolongación suelta de tejido blando insertado en el borde libre del frenillo.

Frenillo labial doble: variación donde existe duplicación del frenillo, pudiéndose encontrar como estructura separada o en combinación con el frenillo principal.

Los frenillos patológicos normalmente comienzan aproximadamente un centímetro por debajo la parte roja del borde del labio y termina a pocos milímetros por arriba de la papila interdental de los incisivos centrales.

Los frenillos que, independientemente de la posición de su inserción, terminan en base triangular con las fibras divergentes, pueden causar varios problemas. El primero de ellos se relaciona con el movimiento del labio que puede doblarse hacia fuera, dando una apariencia de doble labio. Otro problema es cuando las fibras del frenillo se insertan en la papila palatina. Cuando están estiradas, causarían divergencia entre los dientes empujándolos distalmente, ocurriendo así la separación de los incisivos centrales. Con el crecimiento hay una tendencia de que el frenillo permanezca estacionario o se mueva hacia arriba; lo que puede parecer un frenillo anormal a los 4 años de edad, se puede volver normal a los 8 o 10 años. Por lo tanto, un frenillo puede causar la separación de los incisivos centrales permanentes antes de la erupción de los caninos permanentes. Sin embargo cuando los caninos erupcionan y ocupan su lugar en la arcada, la presión que ejercen en la dirección mesial, pueden producir un simple cierre del espacio entre los incisivos sin la necesidad de la remoción del frenillo. Se indica la remoción solamente cuando el frenillo causa y mantiene la separación de los incisivos o cuando causa y mantiene un pliegue del labio, hacia fuera o hacia adentro. La acción de la musculatura facial puede afectar, hasta cierto punto, la fonética de la persona, así como puede resultar en la separación de los dientes produciendo también un sonido balbuceante o de silbido por causa del espacio existente.

El frenillo es una estructura que está sujeta a cambios en su forma, tamaño y posición durante varias etapas de desarrollo, en las cuales, tiende a disminuir en extensión e importancia.

Otros factores que deben de considerarse antes de realizar cualquier tratamiento serían:

- La causa del diastema
- La edad y factores hereditarios del paciente
- El espacio para todos los dientes

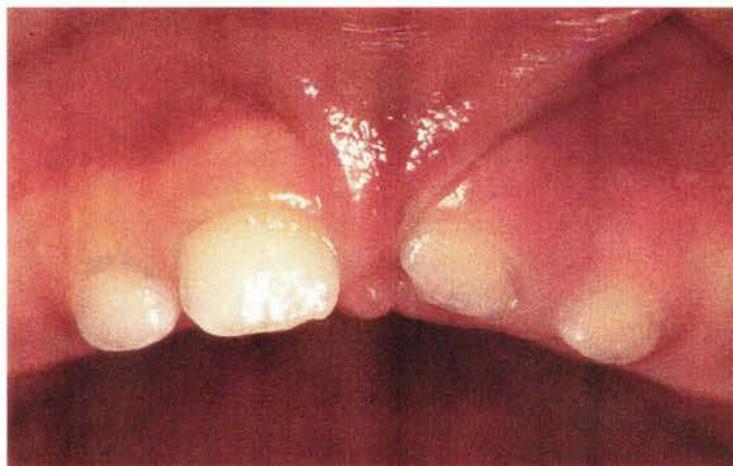
-La condición de existencia de los dientes

-La salud general del paciente

Después de considerar todos estos factores, la literatura concluye que el período más precoz para cerrar un diastema, sería entre los 9 y 11 años de edad, habiéndose aprovechado ya las fuerzas fisiológicas de erupción de los dientes.

Se define como frenotomía y frenectomía, a cirugías iguales que difieren solo en el grado, la primera es la remoción completa del frenillo incluyendo la inserción en el hueso subyacente; tal como se puede solicitar para la corrección de un diastema anormal entre los incisivos superiores, la segunda es simplemente una incisión en el frenillo.

La frenectomía puede indicarse a partir de los 12 años de edad o después de la erupción de los segundos molares permanentes.³⁷



Frenillo labial.³⁸

³⁷ Summary labial frenula influence on the orthodontic treatment.

³⁸ Foto tomada de: Hubertus. Op.cit. p. 50.

2.10.2- Anquiloglosia del frenillo lingual.

La condición llamada frenillo corto o anquiloglosia, es aquella en la que el tejido debajo de la lengua que une a esta con la parte inferior de la boca restringe el movimiento de la lengua. En los niños con frenillo corto, generalmente esta banda de tejido se encuentra muy cerca de la punta de la lengua, lo cual deja muy poco movimiento libre, aunque también se presenta como frenillo demasiado corto o inflexible.

Al alcanzar el niño 18 meses de edad, la lengua normalmente mide por lo menos 16 milímetros. La punta de la lengua debe de poder extenderse hasta tocar los labios, levantarse hasta el paladar y con la punta lograr alcanzar todas las encías. Si un niño tiene el frenillo corto y trata de extender la lengua, suele no poder hacerlo más allá de su labio inferior, o incluso la punta de la lengua se ve forzada hacia abajo. Si el frenillo es muy inflexible, la parte posterior de la lengua se levantará mientras que la parte de enfrente permanece pegada a la parte inferior de la boca, formando una honda o joroba.

Si el bebé con frenillo corto intenta levantar su lengua, los lados de la lengua se levantarán más que el centro y esta se verá en forma de corazón.

La lengua juega un papel importante en la lactancia materna. Ayuda a jalar el pecho a la posición adecuada dentro de la boca y luego forma un surco a lo largo del pecho para mantener el tejido en posición dentro de la boca y sostienen la leche en la parte posterior hasta el momento de tragar.

Las dificultades que presenta el frenillo corto para la lactancia dependerá del grado de flexibilidad del fondo de la boca. Aun cuando el frenillo se encuentra afianzado hasta la punta de la lengua, el niño puede lograr una lactancia sin

intervenciones si el fondo de la boca es muy flexible y permite el movimiento de la lengua, pero el niño tendrá que compensar bastante y las tomas serán cansadas y menos eficientes.

Los bebés compensan el frenillo corto de varias formas. La forma más común es usar la mandíbula para incrementar la presión positiva que ejerce sobre el pecho. En este caso, la madre se queja de que el niño la muerde o mastica cuando mama. El pezón sale de la boca del niño deformado, comprimido o pellizcado, con una cresta de compresión a lo largo del pezón. El pezón puede mostrar una ampolla en la punta, incluso formando una grieta. El dolor de la madre depende del nivel de compresión del pezón y el daño a su piel.

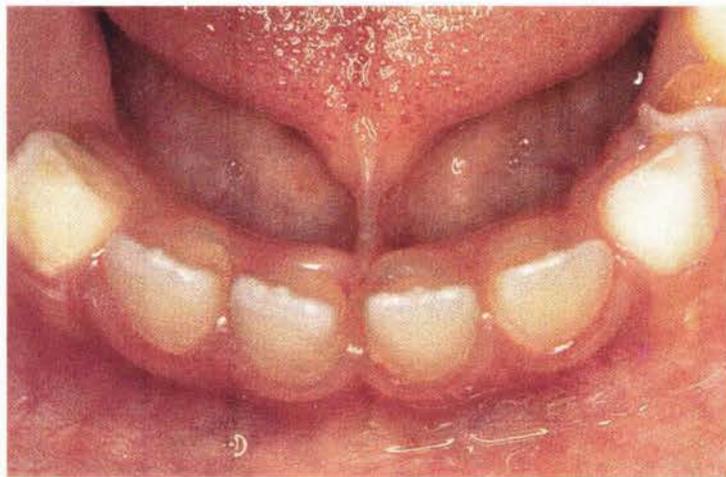
Otra manera de compensar es usar los labios (en vez de la lengua) para lograr extraer la leche del pecho cuando el frenillo es corto. Durante la toma, los labios del bebé deberán mantener un sello alrededor del pecho, pero sin moverse demasiado. Si los labios están demasiado extendidos el bebé puede estar usándolos para extraer leche. Los niños con frenillo corto tienden a soltarse varias veces durante la toma.

Un bebé con frenillo corto corre el riesgo de retraso del crecimiento si se le ponen horarios estrictos o si sus tomas al pecho se limitan.

La consideración más importante para decidir si el bebé necesitará evaluación y tratamiento es qué tan bien funciona la lengua.

Si el frenillo parece estar muy corto o muy cerca de la punta de la lengua, pero el niño está mamando adecuadamente y subiendo bien de peso, tragando sin problemas y la madre no tiene dolor o inquietud, entonces hay menos preocupación que si la lengua se ve bien, pero el niño está presentando problemas para transferir leche o si su madre tiene dolor al amamantar.

El tratamiento más sencillo y el que se usa en la mayoría de los casos, es una frenotomía, donde el frenillo se corta con tijeras estériles bajo anestesia local. La frenotomía provoca muy poco sangrado y es un procedimiento con muy pocos riesgos. El bebé casi siempre puede empezar a mamar inmediatamente después de la operación, y la madre puede notar una diferencia inmediata en la eficiencia y comodidad de la lactancia.³⁹



Anquiloglosia (frenillo lingual corto)⁴⁰

³⁹ Watson Genna Catherine. Frenillo corto y lactancia.

⁴⁰ Foto tomada de : Hubertus. Op.cit. p.50.

2.11- Candidiasis.

Es la micosis superficial más común de la mucosa bucal.

Etiología: Causado esencialmente por la *Cándida albicans*.

Los factores predisponentes para candidiasis bucal incluyen factores locales (higiene bucal pobre, xerostomía, anemia por deficiencia de hierro, diabetes mellitus, desnutrición, alteraciones hematológicas, enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), inmunodeficiencias y fármacos (antibióticos, corticoesteroides y otros inmunodepresores).

Incidencia en niños: Común, particularmente en recién nacidos e infantes.

Los adolescentes son menos afectados.

Localización: Paladar blando, mucosa bucal, lengua.

Clínicamente: Las variantes clínicas de la candidiasis se ven más frecuentes en niños son: candidiasis pseudomembranosas, queilitis angular, candidiasis eritematosa y candidiasis mucocutánea.

Candidiasis pseudomembranosa o algodoncillo: es la variante más común vista en niños, es usualmente aguda. Clínicamente se caracteriza por placas amarillo-blanquecinas, ligeramente elevadas, que pueden ser removidas por raspado. Dejando una mucosa normal o rojiza. Puede haber xerostomía, sabor desagradable y sensación de quemadura de mediana intensidad.

Queilitis angular: es relativamente rara en niños y se caracteriza por eritema, costra fisurada con o sin erosión, cubierta generalmente por unas manchas o placas blanquecinas.

La candidiasis eritematosa: es la variante más común, en niños VIH positivos o que han estado en tratamiento con antibióticos de alto espectro.

Clínicamente se caracteriza por parches eritematosos o grandes áreas, que tienen predilección por el dorso de la lengua y el paladar. La sensación de quemadura es común.

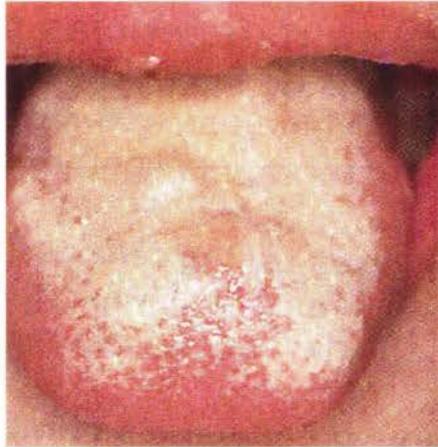
Candidiasis mucocutánea: es rara, las variantes aguda y crónica se caracteriza por lesiones de piel, uñas y mucosas. La enfermedad aparece durante la infancia y esta asociada con disfunciones inmunológicas, endocrinopatías (hipoparatiroidismo, hipoadrenalismo, diabetes mellitus e hipogonadismo) y anemia severa por deficiencia de hierro. Clínicamente las lesiones intrabucales se ven placas blanquecinas gruesas y rugosas usualmente sobre una base eritematosa. Característicamente las lesiones son múltiples y generalizadas con predilección por la mucosa bucal, comisuras, lengua y paladar y pueden extenderse a la orofaringe y esófago. Las lesiones bucales típicas comienzan entre los 4 y los 6 años de edad o un poco mas tarde mientras las endocrinopatías siguen meses o años después.



Candidiasis ⁴¹

⁴¹ Foto tomada de: Hubertus. Op. Cit. p. 44.

Tratamiento: Aplicación tópica de nistatina, clotrimazol, anfotericin B
Administración sistémica de ketokonazol, fluconazol, itraconazol.⁴²



Candidiasis.⁴³

⁴² Laskaris. Op. cit. p. 130

⁴³ Foto tomada de: Cameron. Op.cit. p. 236.

2.12- Gingivoestomatitis herpética primaria.

Es una infección originada por el virus herpes simple.

Etiología: El virus se contagia por contacto directo con saliva o secreciones infectadas, generalmente al besarse.

Incidencia en niños: Ocurre en niños de alrededor de los 2 años de edad

Localización: Afecta la boca, garganta y ciertas zonas de la cara.

Clínicamente: La enfermedad suele comenzar de 2 a 12 días después de la exposición de la enfermedad. Los niños que tienen infección por herpes se encuentran sin síntomas o tienen dolor de garganta leve y algunas lesiones en la boca.

En los casos graves presentan erosiones y úlceras en toda la boca, desde los labios, lengua y carrillos hasta la parte posterior de la garganta. Las encías están generalmente inflamadas y enrojecidas y pueden sangrar fácilmente.

Tratamiento: "En muchos casos el tratamiento es sintomático.

En una gran cantidad de casos en niños y de recién nacidos inmunocomprometidos se recomienda el uso de acyclovir de forma sistémica."⁴⁴



Gingivostomatitis herpética primaria.⁴⁵

⁴⁴ Laskaris. Op. Cit. p. 120.

⁴⁵ Foto tomada de: Ibidem. p. 119.

2.13- Micrognatia.

El maxilar inferior se desarrolla incompleto y la barbilla luce pequeña, debe diferenciarse de retrognatia en donde la barbilla o mandíbula es de tamaño normal pero retraída. Este defecto puede encontrarse en el recién nacido en forma aislada o acompañada de defectos congénitos. La forma aislada puede variar en grado de afección y en influencias mecánicas durante el embarazo, por ejemplo cuando hay poco líquido amniótico y el poco espacio en el útero evita el desarrollo normal de la barbilla.

En la verdadera micrognatia, la mandíbula es tan pequeña que interfiere con la alimentación del bebé y puede requerir pezones especiales para alimentarlo adecuadamente.



Micrognatia.⁴⁶

La mandíbula puede ser tan pequeña que interfiere con la respiración del bebé y con su alimentación.

En ocasiones la hipoplasia del maxilar inferior puede dar la apariencia de macroglosia y salida de flemas y saliva por la falta de desarrollo del maxilar inferior. Además se observa desproporción de los segmentos de la cara por la reducción del maxilar inferior. La micrognatia es una causa de alineación anormal de los dientes.

⁴⁶ Foto tomada de: Figueredo. Op. Cit. p. 54

“Tratamiento: Estimular el crecimiento lo más precozmente posible, activando y ejercitando la apertura bucal, a través de dispositivos mecánicos, fijos o removibles. Cuando esté mamando pecho, recomendar la posición ortostática y al amamantar utilizar el Dispositivo de Dunn.

La posición ortostática es recomendada para los niños menores de 6 meses de edad que maman en el pecho de la madre. El niño deberá estar fijo sentado sobre la pierna de la madre y de frente a la mamá. De esta forma el bebé proyectará la mandíbula hacia el frente determinando un ejercicio mioterapéutico, que auxilia al desarrollo de la mandíbula.



Posición ortostática.⁴⁷

⁴⁷ Foto tomada de: Ibidem. p. 54

El dispositivo de Dunn es confeccionado usando dos tiras de banda para molar, ajustadas sobre el tetero y un asta longitudinal confeccionada con alambre ortodòntico de 1 milímetro de espesor con 25 centímetros de extensión longitudinal.

Las bandas ortodònticas sirven de cursor para que el profesional, pueda presentar inicialmente cerca de 2/3 de la tetilla para que el niño mame. A medida que la mandíbula se desarrolla disminuye la exposición de la tetilla y de esta manera se van realizando los ejercicios progresivos. El período ideal para la aplicación del Dispositivo va desde el nacimiento hasta un año y medio de edad, abarcando los picos de crecimiento de la mandíbula.⁴⁸



Amamantamiento con el Dispositivo de Dunn.⁴⁹

⁴⁸ Ibidem. p. 53.

⁴⁹ Foto tomada de: Ibidem. p. 54

CAPÍTULO 3 PREVENCIÓN.

La madre en quién suele despertar reacciones instintivas de crianza que favorecen desde un principio el establecimiento de una relación única por su naturaleza y necesaria para la subsistencia del bebé, es la encargada de transmitir la educación de salud odontológica a su bebé.

Por esto es necesario educar a la población a cerca de la importancia de la salud bucal del ser humano.

“Primero se debe educar al profesional de la salud bucal, para así poder transmitir sus conocimientos de prevención y tratar a tiempo enfermedades bucales, caries o patologías bucales que se puedan presentar.

La orientación para el Odontopediatra debe abordar aspectos importantes como:

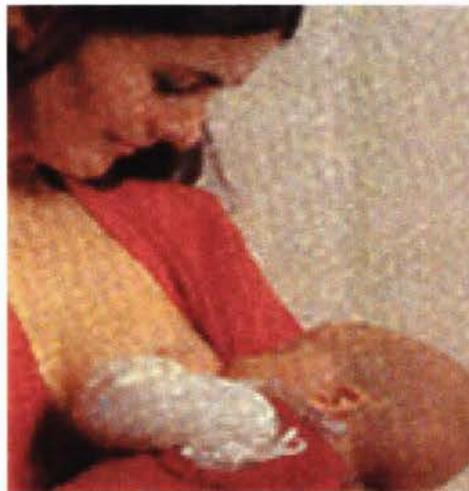
- Alimentación y amamantamiento.
- Síndrome por alimentación.
- Limpieza de boca y dientes del bebé.
- Alteraciones del desarrollo.
- Erupción de los dientes primarios.
- Chupones y Hábitos.
- Aplicación de flúor.”⁵⁰

⁵⁰ Figueredo. Op. Cit. p. 76.

Alimentación y amamantamiento.

La lactancia materna es el método más natural y sencillo para alimentar y proteger al recién nacido. Amamantar favorece la salud bucal pero si se prolonga puede ser perjudicial sobre todo si no hay higiene.

“No existe ninguna restricción sobre la alimentación materna y lo mismo el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de seis meses (desdentado), pues el amamantamiento materno es importante para el desarrollo físico y emocional del niño en esta edad. El amamantamiento debe ser sin restricción y usado en libre demanda”⁵¹



Amamantamiento.

Y se recomienda que al término de la alimentación principalmente nocturna se haga limpieza de la cavidad bucal con una gasa con agua limpiando todas las estructuras de la boca del bebé.

⁵¹ Ibidem, p. 76.

En los primeros meses de vida la alimentación básicamente es líquida y con gran frecuencia de ingestión .

“Un niño que mama pecho hasta los seis meses de edad tiene una posibilidad menor de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y de chupón, que aquellos que son amamantados por biberón”⁵²

Después de la erupción de los dientes primarios, la alimentación y amamantamiento nocturno deben empezar a ser controlados para que el destete se haga al año de edad, y se empiece a dar entrenamiento a través del uso del vaso y la cuchara.

Para prevenir la caries dental en la primera infancia es necesario dar medidas educativas destinadas al control del amamantamiento nocturno.

Un niño que es amamantado tiene un desarrollo facial armónico, disminuye la posibilidad de ingestión de azúcar y de 5 a 6 meses empieza a tener control de los labios.



Amamantamiento.⁵³

⁵² Ibidem. p. 77.

⁵³ Carhuahuanca Cortés Marcos Oscar. Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa.

Síndrome por alimentación.

Para la aparición del síndrome por alimentación (caries por biberón) es necesaria la presencia de un substrato que proviene de residuos de la leche materna, boyina, artificial o que se debe algunos hábitos, como el de endulzar el chupón con azúcar o la leche que se pone en la mamila para que el niño se calme y adormezca.

La leche con azúcar se queda retenida sobre los dientes del niño durante el sueño, ya que existe una disminución de la salivación y también del reflejo de deglución que favorece la retención de alimentos en la superficie de los dientes, y se caracteriza este síndrome por la destrucción de los incisivos y primeros molares superiores, y esto se da por la ausencia de limpieza o cepillado de los dientes del bebé.

“De esta manera la alimentación nocturna reúne los cuatro factores etiológicos de la caries dentaria:

- Hospedero: contacto con los dientes.
- Microflora: campo ideal para el desarrollo.
- Substrato: cariogénico.
- Tiempo: larga permanencia. “⁵⁴

Esto se puede prevenir disminuyendo los carbohidratos, evitando el uso del chupón, y después de darle el biberón con leche endulzada se puede dar una mamila con agua simple para que limpie sus dientes. Por lo regular esto se hace en niños menores de 18 meses. En niños con dientes presentes la limpieza será cepillando sus dientes con poca pasta, evitando que el niño la ingiera.

⁵⁴ Figueredo. Op. Cit. p. 79.

Limpieza y cepillado.

La exploración y limpieza de niños menores de tres años:

En el lactante, la exploración física y la limpieza debe realizarse con ayuda de los padres. No es necesario realizarlo en el sillón dental.



Limpieza bucal en niños pequeños.⁵⁵

“El odontólogo y la madre se sientan frente a frente con las rodillas juntas de forma que el niño pueda permanecer acostado sobre las piernas de ambos; su cabeza, sujeta por el odontólogo, mira a la madre; esta con su mirada puede contribuir a tranquilizarlo a la vez que con las manos controla suavemente sus movimientos.

En esta posición el odontólogo dispone de buena visibilidad tanto para la exploración y limpieza como para enseñar a la madre la técnica de limpieza.”⁵⁶

La limpieza se realizará con una gasa estéril embebida en agua, se coloca en el dedo índice y se empezará a limpiar ambos rodetes de la boca.

⁵⁵ Foto tomada de: Hubertus. Op. Cit. p. 159

⁵⁶ Barberia Leache, Elena. Odontopediatría, Editorial Masson, S.A., Barcelona, 2ª ed., 2001, p.18.

En niños muy pequeños por debajo de los dos años de edad el nivel de cooperación es bajo, por ello necesitamos la ayuda de los padres.

En estos casos, la madre se sienta en el sillón dental, toma en su regazo al niño y abrazándolo con suavidad contribuye a su restricción física.

A veces la presencia de la madre puede ser beneficiosa o también puede entorpecer la relación del niño con el odontólogo.

Se deben enseñar a los padres técnicas de cepillado para poder realizar la limpieza bucal del niño.

Cuando el paciente es cooperador y ya presenta la dentición primaria, la mamá deberá colocarse por detrás del niño llevando ligeramente la cabeza del mismo hacia atrás, así éste podrá abrir bien la boca y la madre tendrá una buena visibilidad para efectuar una limpieza bucal adecuada.



Higiene bucal.⁵⁷

⁵⁷ Foto tomada de: Hubertus. Op. Cit. p. 159

Para llevar a cabo la limpieza de los primeros dientes del bebé se puede utilizar un cepillo de látex, posteriormente se cambia el cepillo conforme al número de las piezas dentales del niño, por uno de cerdas de nylon, se adapta el cepillo de acuerdo al tamaño de los 4 incisivos inferiores, y se indica el cepillado de los dientes con muy poca pasta.

Alteraciones de desarrollo.

“Las más frecuentes son los quistes, pàpulas y nódulos encontrados en recién nacidos con un alta frecuencia y que en la mayoría de las veces, involucionan y desaparecen, pero que en condiciones especiales, pueden aumentar de tamaño y llamar la atención.”⁵⁸

No requieren tratamiento, solo se le explica a la madre que no debe de alterarse y que tienen que estar en observación.

Erupción de los dientes primarios.

Lo que en principio constituye los rodetes gingivales recubiertos por su epitelio oral va a sufrir una serie de transformaciones, que darán lugar a la aparición, en primer lugar, de la dentición temporal, que consta de 20 piezas dentarias, que progresivamente y tras la reabsorción de la raíz se sustituirá por los dientes permanentes.

⁵⁸ Figueredo. Op. Cit. p. 79

“Erupción: es el momento en el que el diente aparece en la boca.

En sentido estricto, la erupción de un diente representa una serie de fenómenos mediante los cuales el diente migra desde su lugar de desarrollo en el interior del maxilar o la mandíbula hasta su situación funcionante en la cavidad bucal.”⁵⁹

Esta erupción comienza a ocurrir alrededor de los 6 meses de edad, generalmente por los incisivos inferiores. Dentro del primer año, generalmente, los cuatro incisivos inferiores y los cuatro superiores estarán erupcionados.

En este primer momento de erupción, es común la aparición de una serie de sintomatologías considerados como resultantes de la erupción o simplemente coincidentes. Los síntomas más encontrados son la salivación abundante, diarrea y el sueño agitado.

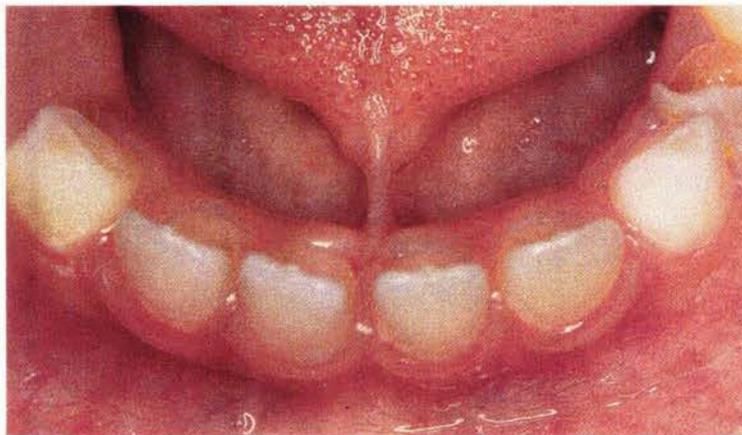
Los síntomas de menor incidencia son: irritabilidad , erupción cutánea, fiebre, inapetencia, vómito, tos, etc

La conducta frente a esas pequeñas alteraciones debe ser el tratamiento sintomático y este puede ser hecho a través de un masaje digital sobre los rodets, así como el uso de mordedores plásticos enfriados.

⁵⁹ Barberia. Op. Cit. p. 327.

La secuencia de erupción de los dientes primarios es:

- Incisivos inferiores: 6-10 meses
- Incisivos superiores: 8-12 meses
- Primeros molares: 12-16 meses
- Caninos: 16-20 meses
- Segundos molares: 20-30 meses



Erupción de los dientes primarios.⁶⁰

Chupones y hábitos.

La lactancia materna aporta al niño mucho más que una óptima alimentación, ya que contiene factores inmunológicos, células antiinflamatorias, factores de crecimiento, enzimas y hormonas, que complementan la capacidad de desarrollo del niño, también favorece la salud de la mujer, fortalece el vínculo madre e hijo y además; durante el amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y se

⁶⁰ Foto tomada de : Cameron. Op. Cit. p. 79

movilizan las estructuras del aparato y desarrollo. Sin embargo en la lactancia artificial, es decir, con el uso del biberón, el lactante no cierra los labios con tanta fuerza, la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche y todo esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura bucal y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático y además favorecerá la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del dedo pulgar y otros dedos, la succión del chupón, la succión labial y la succión de otros objetos; la presencia de algunos de estos hábitos podrían alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño.



Succión de dedo.



Uso de biberón.

La consecuencia que tiene la falta de amamantamiento en los niños, es la aparición de una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuados que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático del recién nacido causando alteraciones en la oclusión.



Succión del chupón.⁶¹

Fluor.

“Dado que la caries se inicia por desmineralización de la superficie dentaria, es un objetivo terapéutico intentar aumentar la resistencia de la superficie dentaria. Esto puede hacerse mediante la utilización de fluoruros.”⁶²

El fluor se va aplicar en el consultorio cada 6 meses en una concentración del 0.2% de fluoruro de sodio.

Y en casa se va aplicar diario con un isopo, en una concentración de 0.02%.

⁶¹ Fotos tomadas de: Carhuahuanca Cortés, Marcos Oscar. Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa.
www.odontocat.com/etiomal.htm

⁶² Barberi. Op. Cit. p. 188.

Atención odontológica.

La época ideal para el inicio de la atención odontológica debe ser alrededor de los seis meses de edad, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes.

No obstante durante estos seis meses de no llevar al niño con el odontólogo es necesario realizar la limpieza de la boca del niño con una gasa en ambos rodetes para que no queden restos de alimento en la boca del niño

La atención estaría enfocada a la realización de procedimientos educativos, dirigidos a los padres, y preventivos aplicados a los bebés, a través de la enseñanza de maniobras de limpieza dental, control de azúcar, control de la alimentación nocturna y la interposición de hábitos, de aplicación precoz de flúor, no solo en el consultorio, sino también en el hogar, diariamente por la madre.

La prevalencia de las necesidades adquiridas ya existe en el primer año de vida, y lo que tiende a aumentar después de los seis meses de edad, principalmente es la caries.

CONCLUSIONES.

Para poder llevar acabo la prevención de la salud bucal, es necesario informar a la sociedad de programas educativos y preventivos, los cuales abarcan el por qué y cuándo acudir al dentista.

Enseñar a los padres procedimientos de limpieza de la cavidad bucal así como el uso de flùor, controlar la alimentación por biberón, el uso de chupones, y control de la alimentación nocturna.

También deberán recibir información sobre algunas patologías propias de la infancia, caries, traumatismos, enfermedades de la boca, y la erupción de los dientes.

El objetivo de la Odontología para bebés es **educar para prevenir**, antes de la aparición de cualquier enfermedad o patología que se pueda presentar.

Debemos convencer a los padres de familia que la atención bucal de un bebé es tan importante como la atención pediátrica, porque el niño asiste al pediatra desde que nace, y de igual forma debería de asistir al odontopediatra desde los primeros días de vida, pues tanto la salud bucal, como la salud general son esenciales para una buena calidad de vida.

Y considero que debe de haber una comunicación, estrecha entre el pediatra y el odontopediatra para así lograr una prevención adecuada de cualquier enfermedad que pueda presentar el bebé, y si llegara a aparecer alguna, poder realizar un diagnóstico temprano y un correcto tratamiento a favor de nuestra población infantil.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

Barbería, E. Leache, "Odontopediatria", Editorial Masson, 2a ed, 2002, Barcelona, pag. 18, 188 y 327.

Cameron, C: Angus y Widerman R, "Manual de Odontología Pediátrica", Editorial Harcourt, 1998, Madrid, pag.75 y 215.

Laskaris George, "Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes", Editorial Amolca, 1ª ed. 2001, Venezuela, pag. 80, 83,85,98, 99, 120 y 130.

Martínez y Martínez R. "La salud del niño y el adolescente", Editorial El manual moderno. 4ª ed. 2001, Mexico, 141-150.

Uzamis M. Olmez S. Clinical and ultrastructural study of natal teeth, J. Clinic Pediatric Dent. No. 23. March. 1999. pag. 92-95.

Van Waes, J.W. Hubertus, Stockli, W. Paul, "Atlas de Odontología Pediátrica", Editorial Masson, 2002, Barcelona,44, 49, 50, 53 y 54.

Walter de Figueredo Luiz, Ferelle, A. Issao, M, "Odontología para el Bebé", Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 2000, Colombia, pag. 48-50, 76-79 y 123.

C.D. Palomino Delgado Manuel. C.D.M.S. Aguilar Gálvez Dense. Perlas de Epstein, su distribución en recién nacidos vivos.

www.red-dental.com/ot001601htm

Dr. Valeròn Rodríguez Francisco. Dr. Caballero Herrera Manuel. Dr. Caballero Herrera Rafael. Patologías linguales más frecuentes.

www.red-dental.com/ot001601.htm

Watson Genna Catherine. Summary labial influence on the orthodontic treatment.

[www.com.mx.Abuntes/Patologia/Patologia\(11\).doc](http://www.com.mx.Abuntes/Patologia/Patologia(11).doc)

www.funcei.org.ar/simposio/13.pdf

www.infocompu.com/adolfo-arthur/riga-fede.htm

www.odontocat.com/etiomal.htm

patoral.unmayor.cl/quismax/quismax.html

pcs.adam.com/ency/article1001603trt.htm