



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**FOLLETO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA SOBRE EL  
CUIDADO DE LAS ALTERACIONES DEL PERIODONTO  
INFANTIL.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

**P R E S E N T A:**

**ANGÉLICA PINEDO CASTILLO**

**TUTORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA**

**ASESORA: C.D. GUADALUPE CRUZ CHÁVEZ**



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.

Este trabajo lo dedico con mucho cariño y esfuerzo.

A Dios por haberme permitido llegar a esta edad con la presencia de mis padres y seres queridos, y así, concluir esta etapa de mi vida llenándome de felicidad.

A mis padres por quererme y apoyarme a lo largo de mi formación personal y profesional. Este gran logro se los debo a ustedes que con esfuerzo, sacrificio y su experiencia me han enseñado el buen camino, ver mis errores y aprender de ellos para ser mejor persona. Gracias por estar conmigo incondicionalmente siempre que los he necesitado. Esto es solo un poquito de todo lo que me han brindado. ¡Los quiero mucho!

A mi hermano, por compartir buenos y malos momentos, por su apoyo y cariño. Te quiero mucho Carlos.

A mi abuelita Lupita por preocuparse por mi bienestar, por su apoyo y cariño. Te quiero mucho abuelita.

A mis tíos Celia Pinedo Cervantes y Francisco Sánchez Romero por su apoyo en el transcurso de mi carrera, gracias los quiero.

A Eduardo Rafael Martínez Hernández, por tu amor, apoyo y comprensión en estos meses y por estar a mi lado. ¡Te amo!

A mis amigas por estar conmigo en el transcurso de la carrera, por compartir experiencias y vivir momentos que siempre recordaré, por su apoyo, su amistad y su cariño. Dany, Gina, Caro y Lulú. ¡Las quiero mucho!

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a todos los profesores por haber contribuido a lo largo de mi carrera profesional.

A mi tutora Rosina Pineda y Gómez Ayala y a mi asesora Guadalupe Cruz Chávez por dirigirme en la realización de ésta tesina, por su apoyo, porque fueron muy importantes para la terminación de este proyecto. Gracias.

## ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	7
2.OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo General	8
2.2 Objetivo Específico	8
3.CARACTERÍSTICAS DEL PERIODONTO INFANTIL	9
3.1 Encía	9
3.1.1 Encía insertada	9
3.1.2 Encía libre o marginal	10
3.1.3 Encía papilar	11
3.2 Ligamento periodontal	11
3.3 Cemento radicular	11
3.4 Hueso alveolar	12
4. ALTERACIONES PERIODONTALES	13
4.1 Infecciones Bacterianas	13
4.1.1 Gingivitis	13
4.1.1.1 Por placa dentobacteriana	13
4.1.1.2 Por erupción	16
4.1.1.3 Gingivitis ulcero-necrotizante (GUN)	17
4.1.2 Pericoronitis	18
4.1.3 Absceso periapical	20
4.1.4 Celulitis bucal	21
4.1.5 Fístula	22
4.1.6 Escarlatina	22

4.2 Infecciones Micóticas	23
4.2.1 Candidiasis	23
4.2.2 Lengua romboidal	25
4.3 Infecciones Virales	26
4.3.1 Gingivoestomatitis herpética primaria	26
4.3.2 Herpes labial	28
4.3.3 Herpangina	30
4.3.4 Enfermedad de manos, pies y boca	31
4.3.5 Mononucleosis infecciosa	31
4.3.6 Varicela	33
4.4 Infección Multifactorial	34
4.4.1 Queilitis angular	34
4.5 Lesiones ulcerosas	35
4.5.1 Aftas	35
4.5.2 Lesiones ulcerosas traumáticas	37
4.5.2.1 Ulceración de Riga- Fedé	38
4.5.2.2 Úlcera de Bednard	38
4.5.2.3 Anestesia por bloqueo mandibular	39
4.6 Lesiones exofíticas	40
4.7 Mucocele	40
4.6.2 Ránula	40
4.8 Lesiones inducidas por fármacos	41
4.8.1 Difenilhidantoína	41
4.8.2 Ciclosporina A	42
4.7.3 Nifedipina	43
4.8 Alteraciones linguales	43
4.8.1 Lengua geográfica	43
4.8.2 Lengua saburral	44
5. HIGIENE BUCAL	46
5.1 Cepillos dentales	46

5.1.1 Tipos de cepillos dentales	46
5.1.1.1 Cepillos manuales	46
5.1.1.2 Cepillos eléctricos	47
5.1.2 Características de los cepillos dentales	48
5.1.3 Características de un cepillo dental para niños	48
5.2 Pasta dental	50
5.3 Hilo dental	51
5.3.1 Técnicas para el uso del hilo dental	51
5.4 Tabletas reveladoras de PDB	53
5.5 Enjuagues bucales con fluoruro	54
5.6 Fluoruros aplicados por el profesional	55
6. TÉCNICAS DE CEPILLADO	57
6.1 Técnica Horizontal	57
6.2 Fones	58
7. LINEAMIENTOS PARA ELABORAR UN FOLLETO	59
7.1 Folleto	60
8. CONCLUSIONES	61
9. BIBLIOGRAFÍA	62

## 1. INTRODUCCIÓN

En este documento se describen las características del periodonto infantil, el cual sufre constantes cambios a consecuencia de la erupción y exfoliación de los dientes deciduos, sin embargo, existen ciertas características clínicas que pueden diferenciar e indicar la salud o la enfermedad del periodonto en el niño.

Es importante que los padres de familia sepan cuáles son las características clínicas del periodonto infantil para que estén al pendiente de los cambios que van presentando sus hijos en su crecimiento, así como las alteraciones que pueden presentar en la cavidad bucal relacionadas a diversos factores como mala higiene bucal, administración de fármacos, enfermedades comunes en la infancia, sistema inmunodeprimido, o traumatismos.

El folleto está dirigido a los padres de familia sobre el cuidado de las alteraciones del periodonto infantil. Es importante mencionar que no todas las alteraciones bucales que pueden presentar los niños se pueden tratar en el hogar, debido a eso solo se describen algunas alteraciones, las cuales pueden ser atendidas por los padres de familia. Pero es importante que ellos sepan identificar o tengan una idea del tipo de alteración que presentan sus hijos y si es necesario algún tratamiento que no está a su alcance llevarlo oportunamente con el especialista para que reciba el tratamiento adecuado sin riesgo de complicaciones.

La Educación para la Salud trata de llevar a cabo la concientización de los padres de familia sobre la importancia de la prevención y la salud bucal del niño.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Informar a los padres de familia sobre el cuidado de las alteraciones del periodonto infantil.

Llevar a la comunidad el conocimiento necesario sobre las alteraciones del periodonto.

### **2.2 Objetivo Específico**

Educar a los padres de familia sobre los cuidados que deben tener en las diversas alteraciones del periodonto que pueden llegar a presentar sus hijos.

Involucrar la educación y la salud en los padres de familia para el abordaje más adecuado en la presencia de las alteraciones del periodonto.

### **3. CARACTERÍSTICAS DEL PERIODONTO INFANTIL**

El periodonto es el conjunto de tejidos que protegen y sostienen los dientes, en sus debidas posiciones, dentro de la cavidad bucal.

Su principal función es insertar el diente en el tejido óseo de los maxilares y mantener la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria bucal. Forma una unidad de desarrollo, biológico y funcional, que sufre determinadas alteraciones con la edad.

Durante la primera infancia, el periodonto sufre constantes modificaciones en función de la erupción de todos los dientes de la dentición decidua, sin embargo, existen aspectos clínicos que caracterizan la normalidad de los tejidos periodontales en esta fase.<sup>1,2</sup>

#### **3.1 Encía**

##### **3.1.1 Encía insertada**

Durante la primera infancia, el aspecto superficial de la encía insertada suele ser más flácida y brillante que en el adulto. Clínicamente, su color varía de rosa claro hasta rojo intenso, siendo los tonos rojizos los más frecuentes por la mayor vascularización del tejido conjuntivo, pocas capas de células epiteliales y menor queratinización.

El puntilleo es escaso en comparación con el del adulto debido a las proyecciones del tejido conectivo.<sup>3,4</sup>



Fig. 1 <sup>36</sup>

### 3.1.2 Encía libre o marginal

La encía marginal en el niño es más desarrollada que en el adulto, más gruesa y redondeada durante la erupción dentaria.

La encía marginal en la dentición decidua puede ser separada con mayor facilidad de la superficie dentaria durante el sondeo, a través de las sondas periodontales, y esto se debe a la ausencia de grupos orientados organizados y maduros de las fibras circulares y gingivales.

La profundidad promedio del surco gingival normal de los dientes deciduos es de  $2.1 \text{ mm} \pm 0.2 \text{ mm}$ . Durante la fase de erupción dentaria, puede alcanzar la profundidad de 5 a 6 mm sin causar dolor o sangrado.<sup>4, 5, 6</sup>



Fig. 2 <sup>21</sup>

### 3.1.3 Encía papilar

La encía papilar en la infancia es determinada por la presencia o ausencia de espacios interdentarios, las papilas gingivales son de forma romboidal y redondeada y cuando existen áreas de contacto, las papilas tienden a tomar la forma anatómica del espacio interproximal.<sup>7, 8, 9</sup>



Fig. 3<sup>24</sup>

### 3.2 Ligamento periodontal

1. Es más ancho que en la dentición permanente.
2. Sus haces de fibras son menos densos con menor cantidad de fibras por unidad de superficie.
3. Tiene mayor hidratación, mayor aporte sanguíneo y linfático.<sup>3, 10</sup>

### 3.3 Cemento radicular

1. Es más delgado que en la dentición permanente.
2. Es menos denso y menos grueso comparado al del adulto, debido a que durante la primera infancia, el grado de maduración de los tejidos es menor.
3. Tiene tendencia a hiperplasia de cementoide por apical a la adherencia epitelial (según Gottlieb).<sup>3, 10, 11</sup>

### **3.4 Hueso alveolar**

1. Presenta una cortical alveolar más delgada (radiográficamente).
2. Contiene menor cantidad de trabéculas.
3. Los espacios medulares son más amplios.
4. Presenta reducción del grado de descalcificación.
5. Cuenta con mayor aporte sanguíneo y linfático.
6. Tiene las crestas alveolares más planas, asociadas con los dientes primarios.<sup>3, 10, 11, 12</sup>

## 4. ALTERACIONES PERIODONTALES

### 4.1 Infecciones Bacterianas

#### 4.1.1 Gingivitis

La gingivitis es una lesión inflamatoria que corresponde al tejido gingival y siempre ha sido la forma más común de enfermedad periodontal en niños.

Se caracteriza por la ausencia de un control de placa dentobacteriana adecuado que conlleva a una inflamación gingival inicial, identificada principalmente por el sangrado al sondeo, alteración de la forma, textura, color, volumen y contorno gingivales.<sup>13</sup>



Fig. 4 <sup>36</sup>

#### 4.1.1.1 Por placa dentobacteriana

La PDB, es una acumulación heterogénea de una variada comunidad microbiana, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias.

La PDB puede observarse con dificultad, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro.<sup>3, 14</sup>



Fig. 5<sup>36</sup>

- Placa adquirida

La placa adquirida es un revestimiento insoluble que se forma de manera natural y espontánea en la superficie dentaria. Es una película orgánica de origen salival, libre de elementos celulares, que se forma por depósito selectivo de glucoproteínas salivales en la superficie de la hidroxiapatita del esmalte dental.

Tiene dos funciones principales:

4. Protectora: se opone a la descalcificación dentaria, impidiendo la penetración de los ácidos.
5. Destructiva: permite la colonización bacteriana. Posee carga negativa y, gracias a puentes de calcio, los microorganismos (en primer lugar los cocos) se adhieren a la misma.<sup>15</sup>

- Formación de la placa dental

Formada la película adquirida, es colonizada por microorganismos de la cavidad bucal (residentes); el primer microorganismo que establece esta unión es el *Streptococcus sanguis*, posteriormente seguirán coagregándose muchos más microorganismos, sobre todo del genero Gram + y aerobios.<sup>3,15</sup>

La gingivitis por PDB es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, bien localizada o generalizada.

Es causada por la acumulación de placa bacteriana debido a una inadecuada o deficiente higiene bucal.

El cálculo, la irritación mecánica y las irregularidades en la posición de los dientes pueden ser factores contribuyentes.

La incidencia en niños es común; se localiza en la encía libre y en la interdientaria. Se observa con más frecuencia durante la dentición mixta y con menos frecuencia en la dentición permanente.

Características clínicas:

- ❖ Enrojecimiento y edema, usualmente asintomática.
- ❖ Se puede observar muchas veces hiperplasia gingival.
- ❖ Puede ocurrir el sangrado de manera espontánea o después del sondeo periodontal.
- ❖ A menudo hay halitosis.

Su tratamiento es tener un control de PDB y técnica de cepillado, y gingivectomía en casos de hiperplasia severa.<sup>3, 13, 15</sup>



Fig. 6 <sup>36</sup>

#### 4.1.1.2 Por erupción

El inicio de la gingivitis está más relacionado con la PDB que con el tejido de remodelación asociado con la erupción. La retención de la PDB alrededor de los dientes deciduos facilita su formación alrededor de los dientes permanentes que se encuentran junto a éstos.

Las alteraciones inflamatorias acentúan la prominencia normal del margen gingival y dan la impresión de un intenso aumento gingival.

La erupción dentaria por sí sola no causa gingivitis y la inflamación presente en estos casos es el resultado de la acumulación de placa alrededor de los dientes en erupción.

En este tipo de gingivitis, el proceso inflamatorio deberá ser controlado por el profesional hasta la completa erupción de los dientes.<sup>3, 16</sup>



Fig. 7 <sup>45</sup>

#### 4.1.1.3 Gingivitis ulcero-necrotizante (GUN)

Es una infección gingival donde están involucrados el *Bacillus fusiformis*, la *Borrelia vincentii*, la *Prevotella intermedia* y otras bacterias anaeróbicas.

Los factores predisponentes importantes son el tabaco, deficiente higiene bucal, factores emocionales, trauma local, inmunosupresión y principalmente la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La incidencia en niños es poco frecuente siendo más común en adolescentes; se localiza en la papila interdental, encía marginal, y pocas veces otras mucosas de la cavidad bucal.

El patrón clínico característico es la necrosis y las ulceraciones en forma crateriforme.

Las lesiones generalmente comienzan en la punta de las papilas interdentarias, extendiéndose a los bordes libres de la encía.

La encía está de color rojo intenso, inflamada y es dolorosa. Presenta frecuentemente hemorragia espontánea, salivación excesiva, y trastornos en el aliento y en el sabor.

Pueden manifestarse fiebres de bajo grado, linfadenopatía regional, malestar general y cefalea.

Las lesiones pueden difundirse a los tejidos blandos adyacentes (estomatitis ulcero necrotizante), con síntomas más severos y sistémicos.

En la fase aguda su tratamiento es con la administración de antibióticos sistémicos y enjuagues bucales con agentes liberadores de oxígeno.

Acompañada de una terapia periodontal, eliminación de cálculo dental, controles de PDB, seguida del mejoramiento de la higiene bucal.<sup>13</sup>

17



Fig. 8<sup>43</sup>

#### 4.1.2 Pericoronitis

- Opérculos

Son restos de la cubierta mucosa de los maxilares que persisten, a modo de lóbulo o capuchón, recubriendo parcialmente el molar en erupción. Suelen localizarse en la parte ocluso-distal del molar situado al final de la arcada y desaparecen, poco a poco, cuando avanza la erupción del molar y el crecimiento de la zona.

Su desaparición es espontánea, frecuentemente sufren irritación traumática durante la masticación por lo que deben vigilarse para que no se produzca una pericoronitis. Si es necesario se extirparán.



Fig. 9<sup>18</sup>



Fig. 10<sup>36</sup>

La pericoronitis es una reacción inflamatoria gingival aguda alrededor de un diente erupcionado, parcialmente erupcionado o impactado. Se origina por irritación mecánica, detritus alimenticio y acumulación de bacterias. Es común en niños.

La encía afectada muestra inflamación con dolor severo, con edema. Sabor desagradable, ulceración y trismo son sus características comunes. También puede observarse formación de abscesos, fiebre de baja intensidad, linfadenopatía regional.

Generalmente el tratamiento en la fase aguda consiste en enjuagues bucales y antisépticos, la aplicación local de geles de digluconato de clorhexidina, y antibióticos sistémicos si presenta sintomatología general.

La remoción es quirúrgica en la zona de la encía que recubre el diente, o exodoncia de dientes parcialmente erupcionados, cuando presenta recurrencias severas o que los dientes se encuentren totalmente impactados.<sup>16, 18</sup>



Fig. 11<sup>13</sup>

#### 4.1.3 Absceso periapical

El absceso periapical o dentario es una acumulación de material purulento alrededor del ápice de un diente sin vitalidad como producto de una necrosis pulpar. Es originado por bacterias aeróbicas y anaeróbicas.

La incidencia en niños es frecuente; se localiza en dientes incisivos y molares en ambas denticiones: decidua y permanente.

Se caracteriza por presentar dolor suave o severo del diente sin vitalidad, particularmente a la percusión. Las pruebas de vitalidad pulpar, térmicas y eléctricas son negativas. Es un hallazgo común la extrusión del diente.

Es común la inflamación con presencia de dolor de los tejidos circundantes. Se pueden presentar escalofríos, fiebre, cefalea, malestar general, linfadenopatía.

El pus se disemina a través de toda la vía de menor resistencia, formando abscesos intra o extrabucales o en el tracto sinusal.

También se puede desarrollar una osteomielitis que es el resultado de la extensión del pus a los espacios medulares.<sup>13, 16</sup>



Fig. 12<sup>36</sup>

#### 4.1.4 Celulitis Bucal

Es una tumefacción dolorosa del tejido blando de la boca y la cara resultante de una diseminación difusa de un proceso infeccioso edematoso e inflamatorio, con contenido de exudado purulento, hacia los tejidos blandos faciales que separan los fascículos musculares.

Está relacionado frecuentemente con el *Estafilococo áureo*, el *Streptococo alfa hemolítico* y pocas veces con microorganismos Gram negativos y anaeróbicos.

La incidencia en niños es moderada; se localiza en área facial bucal y submandibular.

Se caracteriza por presentarse como un agrandamiento eritematoso, edematoso, difuso, firme asociado generalmente con calor y dolor. La piel superficial nos muestra una decoloración púrpura profunda. Fiebre, escalofríos, vómitos y sudoración pueden estar presentes.

El tratamiento es antibioterapia sistémica, algunas veces drenaje quirúrgico y en casos graves hospitalización.<sup>17</sup>



Fig. 13 <sup>17</sup>

#### 4.1.5 Fístula

Vía de drenaje o comunicación anormal entre dos superficies revestidas de epitelio debido a destrucción del tejido interpuesto entre ambas.

Se origina en procesos infecciosos como en abscesos periapicales o celulitis bucal descritos anteriormente.<sup>16, 17</sup>



Fig. 14<sup>13</sup>

#### 4.1.6 Escarlatina

Es una enfermedad infecciosa aguda; causada por el *Streptococo Beta hemolítico* del grupo A, quien es el responsable de la producción de la eritrotoxina.

Su incidencia es común en niños menores de 10 años de edad; se localiza en la piel, carrillos, lengua, labios, paladar y faringe.

Las características clínicas después del periodo de incubación es de 2 a 4 días, al presentarse la enfermedad existe fiebre (39-40°C) y salpullido, dolor de cabeza, malestar general, náuseas, vómito, faringitis y linfadenopatía submaxilar.

Uno o dos días después aparece la erupción en la piel. Es un eritema macular confluyente y difuso, con la palidez característica de la región peribucal.

La mucosa bucal se encuentra eritematosa y edematosa, hay alargamiento de la úvula y petequias difusas. De manera característica la superficie dorsal de la lengua se vuelve blanquecina y las papilas fungiformes se vuelven eritematosas y aumentan de tamaño, presentándose como pápulas pequeñas, rojas, contra un fondo blanco; a este aspecto de la lengua se le denomina “lengua de frambuesa”.

El diagnóstico se basa en el criterio clínico y requiere pocas veces de la confirmación bacteriológica.

El tratamiento se basa en la administración de penicilina o eritromicina.<sup>13, 16, 17</sup>



Fig. 15<sup>39</sup>

## 4.2 Infecciones Micóticas

### 4.2.1 Candidiasis

Candidiasis es hoy un término ampliamente aceptado para abarcar muchas formas clínicas de infección por términos del género *Candida*.

Otros sinónimos utilizados son **candidosis** y **moniliasis**. Todos los términos del género están presentes como comensales que se vuelven patógenos cuando tiene lugar una alteración de la inmunidad del huésped. Los miembros del género *Candida* son agentes infecciosos oportunistas ante cualquier reducción del sistema defensivo de la célula huésped.<sup>16</sup>

La forma de presentación más frecuente de la candidiasis infantil es la candidiasis neonatal, muguet o algodoncillo, ya que casi un 50% de los recién nacidos la desarrollará durante el periodo neonatal.<sup>19</sup>

Se forman placas blanquecinas que, al desprenderse, dejan al descubierto una base hemorrágica. Afecta a niños de mayor edad que están inmunocomprometidos con infección por VIH o diabetes, o tratados con antibióticos de amplio espectro, esteroides o quimioterapia y radioterapia anticancerosa.<sup>17</sup>



Fig. 16<sup>39</sup>

Su tratamiento es con agentes antimicóticos de uso local (nistatina, anfotericina B, miconazol) o sistémico (ketoconazol, fluconazol, itraconazol).<sup>13, 16, 17, 19</sup>

#### 4.2.2 Lengua romboidal

Es trastorno benigno con características morfológicas.

En el pasado se creía que era una anomalía del desarrollo, debido a la persistencia del tubérculo impar (el germen de la lengua media) como resultado de la falla en la función en las dos partes laterales de la lengua pero recientemente se ha sugerido que es una lesión inflamatoria causada por *Cándida albicans*, de manera primaria y secundaria.

La incidencia en niños es poco frecuente; se localiza sobre la cara dorsal de la lengua, a lo largo de la línea media, adelante del agujero seco.

Características clínicas:

- ❖ Forma romboidea u oval bien definida.
- ❖ La lesión se presenta de color rojiza, plana, ligeramente multilobulada, de superficie lisa y depilada.
- ❖ El tamaño varía de 1 a 3 cm., la condición es usualmente asintomática, raras veces los pacientes se quejan o sienten malestar.

En casos de infección por *Cándida albicans*, se administran antimicóticos de uso tópico o sistémico.

Se debe tranquilizar a los pacientes que tienen una lesión inócua.<sup>2</sup>



Fig. 17 <sup>21</sup>

### 4.3 Infecciones Virales

#### 4.3.1 Gingivoestomatitis herpética primaria

Es una infección viral aguda muy frecuente en la mucosa bucal, es la causa más común de la presencia de úlceras orales graves en pacientes infantiles.

Es generalmente producida por el virus del herpes simple, tipo 1 (VHS-1), pocas veces es producida por el tipo 2 (VHS-2). Las dos cepas diferentes de virus del herpes simple tienen efectos clínicamente idénticos.

Su incidencia es alta en niños, la primera infección o primo infección con VHS-1 aumenta después de los seis meses de edad, y la más alta incidencia está entre los 2 y los 4 años de edad. Los casos nuevos pueden aparecer en niños y en adolescentes.

La estomatitis afecta a los tejidos gingivales, lengua, labios, amígdalas y faringe.

La sintomatología de la enfermedad se caracteriza por comezón, dolor intenso, fiebre alta, malestar general, irritabilidad, cefalea y dolor bucal, seguido en 1 a 3 días de una fase eruptiva.

La mucosa afectada se vuelve eritematosa y edematosa con numerosas vesículas, que pueden formarse en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la piel que rodea los labios, las cuales se rompen 24 horas después, formando úlceras pequeñas, dolorosas, redondeadas, cubiertas por una pseudomembrana amarillenta-grisácea, y rodeada por un halo eritematoso. Las úlceras pueden fusionarse y formar úlceras de mayor tamaño con bordes irregulares. Aparecen nuevos elementos durante los primeros 3 a 5 días. Las úlceras van curando gradualmente entre 7 a 10 días sin dejar cicatrices.<sup>13</sup>

La linfadenopatía regional bilateral es una característica constante de la enfermedad.

Presenta deshidratación y anorexia debido al dolor e inflamación que se presenta.

Como principios básicos del tratamiento se recomienda la ingesta de líquidos por vía oral o endovenosos.

- Higiene bucal
- Enjuagues bucales para niños mayores de 6 años con gluconato de clorhexidina.
- En niños pequeños con ulceraciones graves se puede aplicar clorhexidina sobre las zonas afectadas con un aplicador de algodón.
- Administración de analgésicos como el paracetamol.
- Aciclovir en suspensión oral por vía endovenosa para los casos graves y los pacientes inmunosuprimidos.

A menudo se recomienda la aplicación de anestésicos tópicos (xilocaína 2%); sin embargo, el entumecimiento bucal resulta más angustioso para los niños pequeños que el dolor de la enfermedad, y puede dar lugar a una ulceración traumática por la disminución de la sensibilidad, por otra parte, suele ser difícil iniciar la deglución cuando el paladar blando está anestesiado.<sup>13, 17</sup>



Fig. 18<sup>40</sup>



Fig. 19<sup>41</sup>

#### 4.3.2 Herpes labial

Es una presentación episódica de un cúmulo de vesículas y úlceras superficiales localizadas en las caras laterales de los labios en pacientes con infecciones latentes por herpes simple inactivas en las terminaciones nerviosas de los labios; las lesiones son desencadenadas por diversos factores internos y externos.

El herpes labial es la forma más común de las infecciones recidivantes por el herpes simple.

Éste incide en el 15 a 20% de los pacientes que han sufrido una infección primaria. Se denomina comúnmente **fiebre** porque suele presentarse después de una infección viral del tracto respiratorio superior. La reactivación de un virus del herpes simple latente residente en el

ganglio de Gasser puede desencadenarse por exposición prolongada a la luz solar, traumatismo y manipulación de los labios, fiebre, inmunosupresión, menstruación y periodos de estrés y ansiedad.

Las características clínicas de estas lesiones labiales suelen afectar la piel, formarán vesículas visibles llenas de líquido que se rompen, formando úlceras y se resuelven en forma de lesiones costrosas de color pardo.

Los pacientes sufren grandes molestias en el área, sin embargo, no sufren fiebre alta y rara vez presentan linfadenopatía.

Actualmente hay pocos tratamientos definitivos para el herpes labial. Los tratamientos empíricos consisten en mantener las lesiones en reposo y cubiertas con una pomada para evitar una mayor diseminación, así como su infección bacteriana secundaria. Actualmente agentes como el aciclovir ha sido benéfico para el tratamiento.<sup>17</sup>



Fig. 20<sup>43</sup>



Fig. 21<sup>42</sup>

### 4.3.3 Herpangina

Es una enfermedad viral aguda.

Usualmente la produce el virus de coxsackie del grupo A (tipos 1-6, 8, 10, 22) y menos común el virus coxsackie grupo B.

La incidencia en niños es común, la enfermedad afecta niños y adolescentes frecuentemente durante el verano y el otoño.

De manera típica afecta con más frecuencia el paladar blando, la úvula, las amígdalas, los pilares posteriores de la faringe.

Pocas veces se encuentran afectadas la lengua y la mucosa bucal.

La enfermedad se presenta con fiebre intempestiva (38-40°C), dolor de garganta, cefalea, disfagia y malestar general, seguido por un eritema difuso y una erupción vesicular 24 a 48 horas después.

Las vesículas son numerosas y pequeñas, se rompen rápidamente, dejando úlceras dolorosas poco profundas, que cicatrizan de 7-10 días.

El tratamiento es sintomático se recomienda hidratación, reposo y analgésicos.<sup>13, 16</sup>



Fig. 22 <sup>13</sup>

#### 4.3.4 Enfermedad de manos, pies y boca

Es muy similar a la herpangina, excepto que en esta enfermedad también aparecen lesiones cutáneas en las palmas de las manos y las plantas de los pies y están rodeadas por un reborde eritematoso. Tiene un periodo de curación de 10 días.<sup>17</sup>



Fig. 23<sup>13</sup>

#### 4.3.5 Mononucleosis infecciosa

Es una enfermedad infecciosa autolimitada, que se caracteriza por producir malestar, fiebre y faringitis aguda.

Producida por el virus de Epstein-Barr (EBV). Es transmitida por la saliva o por mucosidad del tracto respiratorio, usualmente por besos.

La incidencia en niños es común; se localiza en la piel, ganglios linfáticos, bazo, hígado, paladar blando, úvula, amígdalas, encía.

La incubación tiene un período de 5-30 días, seguida por fiebre que persiste por una a dos semanas; los síntomas son: fatiga, malestar general, cefalea de mediana intensidad, anorexia y dolor de garganta.

Linfoadenopatía benigna temprana generalizada siendo el signo más importante.

Las manifestaciones bucales son tempranas y frecuentes con una característica constante como lo son las petequias en el paladar.

También se puede observar edema de la úvula, exudado amigdalino, gingivitis, pericoronitis, eritema difuso y algunas veces ulceraciones.

Exantema máculo-papular del tronco y los brazos están presentes en 5-15% de los casos.

Puede haber hepato-esplenomegalia y raras veces está involucrado el sistema nervioso central.

El diagnóstico clínico debe ser confirmado con una prueba específica de laboratorio.

Cura sin necesidad de tratamiento, solo se recomienda reposo, analgésicos y antipiréticos.<sup>13, 16, 17</sup>



Fig. 24<sup>13</sup>

#### 4.3.6 Varicela

Es una infección eruptiva altamente contagiosa en niños.

El virus Varicela Zoster (HHV-3) miembro de la familia de los virus del grupo herpes.

Su incidencia es mayor en niños; se localiza en la piel de todo el cuerpo, mucosas bucales y paladar.

El periodo de incubación es de 10-20 días.

Tiene una fase prodrómica con malestar y fiebre durante 24 horas que antecede a una erupción macular que posteriormente forma vesículas y pústulas.

En la mitad de los casos se forman lesiones orales, pero en la boca solo aparece un número reducido de vesículas pequeñas que se rompen tan pronto aparecen, dejando pequeñas erosiones redondeadas, poco profundas rodeadas por un halo rojo con un fondo blanquecino.

La erupción máculo-papular se disemina sobre la piel de la cara, tronco, y cabeza con elementos nuevos que aparecen cada dos o tres días durante el curso de la enfermedad.

Las vesículas y pústulas se rompen y se cubren de una costra marrón que después se exfolia.

Las complicaciones de la varicela deben ser tomadas en cuenta, éstas pueden ser encefalitis, neumonitis y síndrome de Reye.

El tratamiento es sintomático, se recomienda baño frecuente, hidratación, caladryl, antipiréticos y acyclovir.<sup>13, 16</sup>



Fig. 25<sup>37</sup>

#### **4.4 Infección Multifactorial**

##### **4.4.1 Queilitis angular**

Es un trastorno que ocurre en los ángulos de los labios. Su origen es multifactorial.

En niños, las causas más comunes son la irritación mecánica, la maloclusión, dermatitis atópicas, candidiasis, infección bacteriana, trauma labial habitual, y maceración de las comisuras, anemias, deficiencias nutricionales, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.).

La incidencia en niños es común; se localiza en los ángulos de la boca.

Se caracteriza por presentar eritema, fisuras, desecación, erosión, maceración, resequedad de los labios y sensación de quemaduras con dolor de mediana intensidad. Ocasionalmente las lesiones se pueden difundir de los ángulos labiales a la piel peribucal.

Las lesiones sin tratamiento pueden perdurar por mucho tiempo, con periodos de remisión y exacerbación.

Para su tratamiento lo más importante es identificar y tratar los factores predisponentes.

El uso de corticosteroides tópicos con agentes antimicóticos y antibióticos son los más recomendados.<sup>13, 16, 20</sup>



Fig. 26<sup>36</sup>

## 4.5 Lesiones ulcerosas

Son lesiones dolorosas que se forman en las paredes internas de la boca, paladar, mejillas y encías a causa de infecciones por virus, hongos o bacterias, heridas, golpes y uso de aparatos de ortodoncia (puentes, braquets o dentadura postiza).

### 4.5.1 Aftas

Aunque no se tiene totalmente establecida la causa de este tipo de lesiones, su aparición suele asociarse al estrés o a una baja en las defensas del organismo, como el ataque de microorganismos (virus, hongos y bacterias).

La ulceración aftosa afecta casi a un 20% de la población. Se conoce tres tipos:

- Aftas menores
- Aftas mayores
- Aftas herpetiformes

Las aftas menores constituyen la mayor parte de los casos; forman grupos de úlceras superficiales que miden hasta 5 mm y afectan a la mucosa no queratinizada. Presentan típicamente un fondo pseudomembranoso amarillento con un borde eritematoso. Las úlceras curan en un plazo de 10-14 días sin dejar cicatrices. Muchos de los estudios realizados en gran Bretaña sugieren que la úlcera aftosa guarda relación con estados de deficiencia nutricional, por lo que son muy importantes las investigaciones hematológicas.

- Tratamiento sintomático a base de enjuagues bucales:

Gluconato de clorhexidina al 0,2%  
Tetraciclina  
Clorhidrato de bencidamina al 1,2% (diflam)  
Benadryl, Mucaïne, Xylocaine viscosa

- Esteroides tópicos:

Kenalog en Orabase  
Pulverizador de Becotide

- Esteroides sistemáticos solo en los casos más graves de ulceración aftosa mayor.

Al igual que en cualquier otra ulceración oral, es necesario el tratamiento sintomático con analgésicos y enjuagues antisépticos. No se debe prescribir enjuagues bucales de tetraciclina a niños menores de 8 años para evitar la pigmentación dental. En la mayoría de los casos, las aftas mayores afectan solo a niños mayores.<sup>13, 16, 21</sup>



Fig. 27<sup>13</sup>



Fig. 28<sup>13</sup>



Fig. 30<sup>13</sup>

#### 4.5.2 Lesiones ulcerosas traumáticas

Aparecen cuando la mucosa bucal sufre irritación o heridas, lo que regularmente es ocasionado por golpe con el cepillo dental, aparatos de ortodoncia mal colocados, ingestión de bebidas muy calientes, masticación inadecuada (especialmente de alimentos duros como totopos, tostadas o papas fritas) y mordedura accidental en lengua o mejillas.<sup>13</sup>

#### 4.5.2.1 Ulceración de Riga- Fedé

Consiste en una ulceración de la superficie ventral de la lengua causada por un traumatismo secundario a los continuos movimientos protrusivos y retrusivos sobre los incisivos inferiores. Afecta a niños que presentan dientes natales o neonatales.

El tratamiento recomendado es rebajar los bordes incisales afilados o colocar cubiertas de composite sobre los dientes. Ocasionalmente, en los casos graves, puede que haya que extraer los dientes.<sup>13, 17, 21</sup>



Fig. 31<sup>17</sup>

#### 4.5.2.2 Úlcera de Bednard

También llamada afta de Bednar, está localizada en la porción distal del paladar, próxima a la localización del agujero palatino mayor. Al ser una lesión solitaria, el tratamiento es realizado directamente sobre ella: VASA, Oncilon A, Xilodase. Es provocada por el roce traumático del chupón o en ocasiones del pezón durante el amamantamiento.<sup>21</sup>



Fig. 32<sup>21</sup>

#### 4.5.2.3 Anestesia por bloqueo mandibular

Es una ulceración labial secundaria a la anestesia de bloqueo mandibular.

Es una de las causas más frecuentes de ulceraciones traumáticas. Siempre hay que indicarle a los padres y recordar a los niños que no muerdan o jueguen con sus labios tras la anestesia de bloqueo mandibular.<sup>17</sup>



Fig. 33<sup>17</sup>

## 4.6 Lesiones exofíticas

### 4.6.1 Mucocele

Consiste en un quiste mucoso de extravasación secundario a la lesión de una de las glándulas salivares mayores a nivel de los labios o las mejillas. A menudo se debe a un mordisco en los labios o a otras lesiones menores; la saliva se acumula en el tejido conjuntivo y es rodeada por una cápsula fibrosa. La mayoría de los mucoceles son flemones azules perfectamente delimitados, aunque las lesiones antiguas pueden presentar una superficie queratinoza blanquecina.

El tratamiento recomendado es la excisión quirúrgica junto con la glándula salivar accesoria. En ocasiones, los quistes revientan y curan espontáneamente.<sup>13, 17, 21</sup>



Fig. 34<sup>36</sup>

### 4.6.2 Ránula

Es un quiste mucoso del suelo de la boca causado por una lesión del conducto de la glándula sublingual o submandibular. Forma un flemón blanco de color azulado a un lado del suelo de la boca. Se forma una ránula sumergida cuando la lesión se hernia a través del músculo milohioideo y afecta el cuello.

El tratamiento es la excisión quirúrgica completa. Las lesiones de mayor tamaño pueden requerir marsupialización.<sup>13, 17</sup>



Fig. 35<sup>13</sup>

## 4.7 Lesiones inducidas por fármacos

### 4.7.1 Difenilhidantoína

Fundamentalmente produce hiperplasia gingival. Puede demorar la erupción de los dientes debido a la presencia de una masa de tejido fibroso y producir una erupción ectópica. La hiperplasia se debe a una reducción de la degradación y la fagocitosis del colágeno. Al suspender el fármaco desaparece el crecimiento. La higiene oral es esencial para controlar el crecimiento excesivo.

Para tener éxito en el tratamiento se debe realizar:

- Mantenimiento de la higiene bucal
- Enjuagues de clorhexidina al 0,2%.
- Puede ser necesario una gingivectomía para permitir la erupción de los dientes o por razones estéticas.



Fig. 36<sup>17</sup>

#### 4.7.2 Ciclosporina A

Actualmente, un número significativo de niños reciben trasplantes de riñón, hígado, corazón y corazón/pulmón. El principal fármaco inmunosupresor antirrechazo es la ciclosporina. Un 30-70% de los pacientes experimentan hiperplasia gingival sin relación con la dosis recibida. Determinados pacientes parecen tener un umbral por debajo del cual no se produce la hiperplasia gingival.

Se recomienda para el tratamiento igual que para la hiperplasia por difenilhidantoína, es esencial tener una buena higiene oral y realizar una gingivectomía si es necesario.



Fig. 37<sup>17</sup>

#### 4.7.3 Nifedipina

La nifedipina es un bloqueante de los canales del calcio que se usa para controlar la insuficiencia coronaria y la hipertensión en pacientes adultos y que en pediatría se usa fundamentalmente para controlar la hipertensión inducida por la ciclosporina tras los trasplantes. La hiperplasia se debe a un aumento del volumen del compartimiento extracelular, que se suma a la hiperplasia producida por la ciclosporina A.

Se recomienda tener buena higiene bucal y realizar una gingivectomía si es necesario.<sup>13, 16, 17</sup>



Fig. 38<sup>13</sup>

## 4.8 Alteraciones linguales

### 4.8.1 Lengua geográfica

También conocida como **glositis migratoria benigna**, **eritema migratorio** o **rash lingual errante**, consiste en una zona de descamación y erosión con un borde blanquecino que aparece en la superficie dorsal de la lengua y afecta a las papilas filiformes.

Las lesiones curan y recidivan posteriormente en diferentes puntos de la lengua. Algunas veces provoca síntomas; los enjuagues bucales con clorhexidina pueden ser benéficos para los niños que sufren dolores.<sup>20, 21</sup>



Fig. 39<sup>36</sup>

#### 4.8.2 Lengua saburral

La lengua forrada o saburral es una condición benigna pasajera, e inusual en individuos sanos.

Es debida a la reducida descamación del epitelio, detritus alimenticio y a acumulación de bacterias. Sin embargo la etiología aún no está clara.

Factores predisponentes como fiebre e infecciones sistémicas, ulceraciones dolorosas de la cavidad bucal, deshidratación, dieta blanda y pobre higiene bucal se han citado últimamente.

La incidencia en niños es común; se localiza exclusivamente en la cara dorsal de la lengua.

Se caracteriza por presentar una gruesa cubierta blanca o amarilla como resultado del alargamiento de las papilas filiformes, usualmente menos de 3-4 mm.

La acumulación de detritus alimenticio, bacterias y la descamación de las células epiteliales también contribuyen en el desarrollo de esta patología.

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

Como tratamiento se recomienda buena higiene bucal, cepillado del dorso de la lengua.<sup>13, 17, 21</sup>

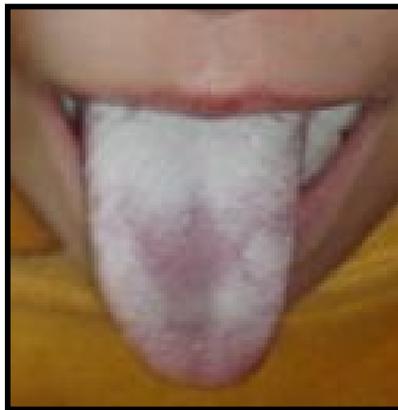


Fig. 40<sup>32</sup>

## **5. HIGIENE BUCAL**

La higiene dental nos permitirá prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.<sup>22</sup>

### **5.1 Cepillos dentales**

El cepillo dental es el instrumento base para la eliminación mecánica de la placa dental adherida a los dientes y comienza a utilizarse cuando emergen los primeros dientes deciduos. Su acción limpiadora es indudable e independiente de la capacidad detergente de la pasta dental.<sup>18</sup>

#### 5.1.1 Tipos de cepillos dentales

##### 5.1.1.1 Cepillos manuales

El cepillos de dientes manual se caracteriza por tener un mango de plástico de el tamaño adecuado de acuerdo a la edad del usuario, en su cabeza contiene cerdas de nylon y no requiere un gran esfuerzo para su manejo en las técnicas de cepillado.



Fig. 41 <sup>35</sup>

#### 5.1.1.2 Cepillos eléctricos

El uso de cepillo dental eléctrico está relacionado con la incapacidad de muchos pacientes en realizar los movimientos del cepillado, y con la falta de habilidad o destreza manual para manipular el cepillo, no siendo capaces de remover la placa bacteriana de manera eficaz. Es indicado generalmente en pacientes con discapacidad que presentan alteraciones motoras, que imposibilitan el correcto aprendizaje del método seleccionado. Su uso posibilita una buena remoción de placa bacteriana y residuos alimenticios de todas las regiones dentarias y también suministra un masaje gingival.<sup>25, 26</sup>



Fig. 42 <sup>35</sup>

### 5.1.2 Características de los cepillos dentales

Según la Asociación Dental Americana (ADA), el cepillo ideal debería tener las siguientes características:

- Penachos de cerda con la misma longitud
- Cabeza y vasta situadas en un mismo eje
- Ligeros y de fácil limpieza
- Impermeables a la humedad
- Cerdas de nylon
- Bajo costo, durables y eficientes
- Cabeza pequeña

A pesar de que estas características sean recomendadas para cepillos de adultos, determinadas adaptaciones deben ser hechas para la elección de cepillos infantiles, las cuales son realizadas la mayoría de las veces en los componentes básicos de los cepillos.<sup>3</sup>



Fig. 43 <sup>32</sup>

### 5.1.3 Características de un cepillo dental para niños

Un cepillo para niños debe ajustarse a las siguientes características:

- El tamaño de la cabeza y de la parte activa debe ser pequeño y adaptarse al crecimiento de la cavidad bucal a lo largo de las diferentes edades.

- El mango debe acompañar el tamaño de la mano del niño, pero para que los padres de familia o cuidadores realicen la higiene bucal, es conveniente seleccionar un cepillo cuyo mango permita una correcta aprehensión por parte del adulto que cepilla.
- Los penachos insertos en la parte activa deben ser múltiples y de forma recta; para los niños menores de 6 años se recomienda que los penachos estén más separados y sean más suaves.
- Las cerdas de nylon deben ser suaves o extra suaves, ya que permiten una buena remoción de la biopelícula dental sin causar daños a la encía libre sin causar laceración, con un largo de 10 mm y con extremo redondeado.



Fig. 44 <sup>35</sup>

## 5.2 Pasta dental

La Asociación Dental Americana (1984) afirmó que la mayor parte de las fórmulas de dentífricos incluyen abrasivos, agentes espumantes, sabores, agua, humectantes, ligantes, edulcorantes, conservadores y también agentes terapéuticos como sales de flúor.<sup>30</sup>

Desde el momento en que erupcionan los primeros dientes hasta la edad de 17 meses, se le deben limpiar los dientes sin utilizar pasta dental. Los niños mayores de 30 meses, se deben limpiar los dientes con un dentífrico que contenga 400-500 ppm de F, y para los individuos de alto riesgo de caries se deben limpiar los dientes con un dentífrico fluorado estándar (1000 ppm de F).<sup>17</sup>

Los dentífricos fluorados proporcionan la forma más accesible de mantener concentraciones elevadas de flúor en la interfase esmalte-placa. El flúor se añade a los dentífricos en forma de fluoruro sódico, monofluorofosfato sódico (MFP), estañoso o fluoruro de amina.<sup>17</sup>



Fig. 45<sup>24</sup>

### 5.3 Hilo dental

La seda dental se utiliza para eliminar la placa dentobacteriana en los espacios interproximales cerrados donde no puede penetrar el cepillo.

La capacidad para manipular con efectividad el hilo de seda dentales función de la coordinación entre ojo y manos y la destreza manual. Se reconoce generalmente que los niños entre tres y ocho años de edad son incapaces de manipular correctamente el hilo de seda dental entre sus dientes. En consecuencia, la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo de seda entre los dientes radica en los padres.<sup>25</sup>



Fig. 46<sup>35, 44</sup>

#### 5.3.1 Técnicas para el uso del hilo dental



Fig. 47<sup>44</sup>

Se cortan unos 30 cm de seda.

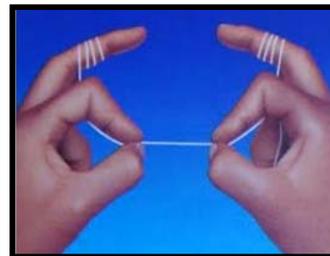


Fig. 48<sup>44</sup>

Se enrolla en los dedos índices de ambas manos, dejando libres unos 6-8 cm.<sup>31</sup>

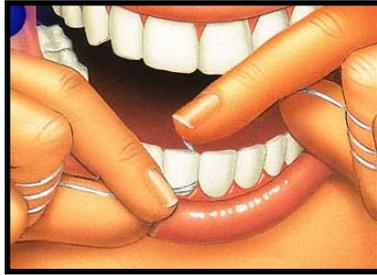


Fig. 49<sup>44</sup>

- ❖ Se inserta la seda en el espacio interdentario, con un ligero movimiento de sierra, cuidando que no impacte bruscamente en la papila.

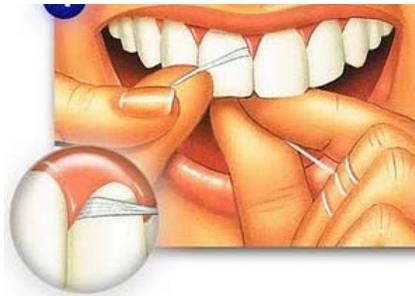


Fig. 50<sup>44</sup>

- ❖ Se desplaza el hilo hacia la pared del diente que se pretenda limpiar.
- ❖ Se extrae la seda hacia la superficie oclusal del diente.
- ❖ Se repite la acción, en el mismo espacio interdentario, pero desplazando los dedos hacia el lado contrario para limpiar el otro diente.

#### Porta hilo dental

Es un dispositivo que elimina la necesidad de colocar los dedos en la boca. Se recomienda para personas con discapacidades físicas.

Las cuales pueden presentar:

- ❖ Poca destreza manual.
- ❖ Manos grandes.
- ❖ Apertura bucal limitada.
- ❖ Un fuerte reflejo de vómito.
- ❖ Poca motivación para el uso tradicional de hilo dental.



Fig. 51 <sup>24</sup>



Fig. 52 <sup>44</sup>

La utilización de la seda es laboriosa pero importante en niños con alto riesgo de caries.<sup>26</sup>

#### **5.4 Tabletas reveladoras de PDB**

Son un método de eliminar la placa PDB tanto supragingival como subgingival para prevenir gingivitis y la proliferación bacteriana asociada con la periodontitis.

Las tabletas reveladoras contienen como agente colorante la eritrosina, la cual tiñe de forma indiscriminada la placa, el tártaro dental, los tejidos intraorales, etc.

Después de que el paciente mastica la tableta y pasa saliva entre y alrededor de las piezas durante 30 segundos, la placa bacteriana se verá pigmentada de rojo vivo.



Fig. 53<sup>36</sup>

Es un procedimiento muy sencillo y ayuda notablemente en la higiene oral, ya que visualmente, brinda a las personas los lugares que presentan mayor acumulación de placa dentobacteriana. También son un excelente auxiliar para enseñar una buena técnica de cepillado, ya que el paciente reconoce los lugares donde tiene que mejorar su habilidad para cepillarse correctamente de manera que pueda eliminar la PDB.<sup>32</sup>



Fig. 54<sup>32</sup>

## 5.5 Enjuagues bucales con fluoruro

La utilización de enjuagues fluorados tras el cepillado dental es una práctica cada vez más extendida y de comprobado efecto cariostático.

Niños a partir de los 6 años de edad pueden utilizar enjuagues fluorados.

Pueden utilizarse preparados de fluoruro sódico al 0,20% para uso semanal ó de 0,05% para uso diario. La cantidad es de 5-10 ml de producto, enjuagándose durante un minuto tras el cepillado de la noche.<sup>17</sup>



Fig. 55<sup>24</sup>

## 5.6 Fluoruros aplicados por el profesional

Las aplicaciones profesionales de geles de fluoruro a altas concentraciones (flúor fosfato acidulado a 12300 ppm F, gel de fluoruro de sodio neutro a 20000 ppm F) por medio de cubetas colocadas en la boca durante 4 minutos, requieren una estricta supervisión por parte del profesional para reducir la ingesta (posición sentada, aspiración quirúrgica).

De más reciente aparición, los barnices ofrecen una profilaxis de larga duración.

Forman una capa protectora espesa y homogénea de fluoruro de sodio en la superficie dental, insoluble a pH neutro durante alrededor de 6 meses. La disminución del pH de la saliva provoca la liberación de iones flúor y calcio de la capa de barniz. Los iones flúor pueden entonces formar fluorapatitas más estables en la capa superficial del esmalte. También reducen la formación de la placa.<sup>18</sup>

Su utilización es sencilla: con ayuda de un pincel o un hilo dental impregnado para los espacios interdentes. Su efecto remanente permite una periodicidad de aplicación de 4 a 6 meses según los autores.

Pueden utilizarse en sujetos con riesgo cariogénico alto, incluso en niños jóvenes, por su bajo riesgo de ingestión. Permiten la remineralización de las caries del esmalte sin pérdida de sustancia.

La duración de la liberación del flúor es limitada y el radio de acción es pequeño. Sin embargo, pueden actuar como reservorios de flúor y recargarse a partir de los dentífricos habituales.

## 6. TÉCNICAS DE CEPILLADO

Existen diversas técnicas de cepillado y algunas se identifican por el nombre de su creador o por la acción que desempeñan.

El cepillado tiene como objetivo:

1. Remover y destruir la formación de PB.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos o manchas.
3. Estimular los tejidos gingivales.

La técnica de cepillado adecuada para los niños es de acuerdo al desarrollo motriz de cada niño.

### 6.1 Técnica horizontal

Es la técnica más sencilla y más recomendada en niños pequeños. Las cerdas del cepillo se colocan a  $90^\circ$  con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante.<sup>25</sup>

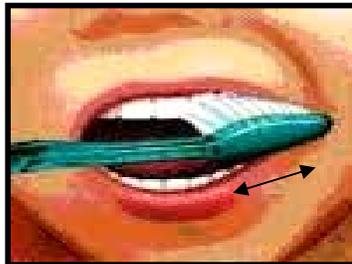


Fig. 56<sup>32</sup>

## 6.2 Fones

Ésta técnica es indicada para niños preescolares, ya que requiere menor tiempo de enseñanza y es de simple comprensión, siendo recomendada para niños que presenten poca habilidad. Es de fácil ejecución y cuando es bien desarrollada posibilita una buena higiene bucodental.

En ésta técnica las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes; los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes.

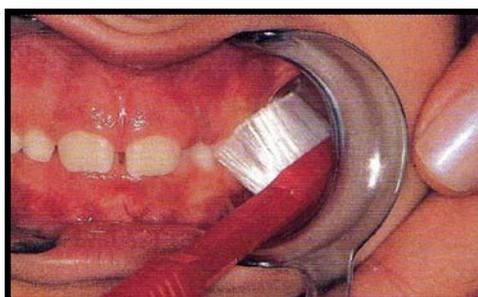


Fig. 57<sup>24</sup>

Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.<sup>25</sup>



Fig. 58<sup>24</sup>

## 7. LINEAMIENTOS PARA ELABORAR UN FOLLETO

El folleto es un documento de carácter descriptivo y de extensión breve (de dos a ocho páginas, por lo general) en el que se presenta algo al público.

El folleto incluye imágenes, que contribuyen a hacer más atractivo el tema que se presenta.

El tamaño del folleto es de aproximadamente la mitad de una hoja tamaño carta en forma de desplegado.

Con las nuevas tecnologías existentes, se tiende a imprimir los folletos a todo color, lo que se denomina la cuatricromía. En un folleto, el blanco es el del papel y a partir de ahí se cuentan las tintas, considerando que de un color se pueden sacar diferentes tonalidades a través de tramas.

Normalmente en los folletos se utiliza el papel estucado, también llamado couche en sus versiones de brillo, mate o semimate.

El folleto se puede plegar de diferentes formas, el nombre del plegado viene dado por los pliegues y el número de palas, independientemente del tamaño de éstas.<sup>37</sup>

## 7.1 Folleto

**Es importante que si usted identifica cualquiera de las alteraciones anteriores lleve a su hijo al odontólogo para su tratamiento ya que no es suficiente con las recomendaciones que se le ofrecen, éstas solo son para controlar un poco las molestias mientras acude al especialista.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

## **CUIDADO DE LAS ALTERACIONES DEL PERIODONTO INFANTIL**



Angélica Pinedo Castillo

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Dirigido a padres de familia.

## Técnicas de cepillado

### Técnica horizontal



Se coloca el cepillo a 90° y se realizan movimientos de atrás a adelante.

### Técnica de Fones

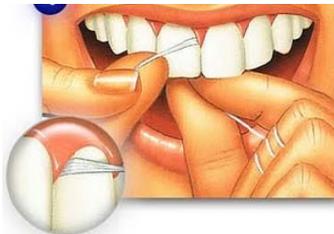


Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo y los dientes de abajo se cepillan hacia arriba.



Los molares se cepillan con movimientos circulares.

### Hilo dental



Se inserta el hilo en el espacio interdentario, con un ligero movimiento de sierra.

Se desplaza el hilo hacia la pared del diente que se pretenda limpiar y se extrae el hilo dental.

## Ránula

Es un quiste mucoso del suelo de la boca causado por una lesión del conducto de la glándula salival debajo de la lengua. Forma un flemón blanco azulado a un lado del suelo de la boca.



## Lengua saburral

Se caracteriza por presentar una cubierta blanca o amarilla en la parte superior de la lengua originada por la acumulación bacteriana y detritus alimenticios. En ocasiones se presenta dolor y ardor.

Se recomienda buena higiene bucal.



## Úlcera de Riga-Fede

Es una úlcera ubicada por debajo de la lengua, común en bebés en los que sus dientes erupcionan antes del mes de nacidos o nacieron con ellos. Es dolorosa e impide que el bebé pueda comer. Es necesario llevar cuanto antes al odontólogo.



## Pericoronitis

Es un capuchón de encía alrededor de un diente en erupción, es dolorosa, se presenta inflamación y aumento de la temperatura. En la zona es recomendable suministrar enjuagues y antisépticos.



## Úlcera de Bednar

Es una úlcera localizada en el paladar originada por el roce constante y traumático del chupón o en ocasiones del pezón durante el amamantamiento.



## Absceso periapical

El absceso periapical es una acumulación de material purulento alrededor de un ápice de un diente sin vitalidad como producto de una muerte pulpar. Se debe acudir al odontólogo.



## Mucocele

Es un quiste mucoso originado por un mordisco en los labios. Se debe cuidar que el niño no se muerda más los labios y llevar con el odontólogo.



## Celulitis facial

Es un proceso infeccioso que presenta inflamación en los tejidos de la cara que contiene pus, es doloroso, presenta aumento de temperatura corporal y en la zona; el niño no puede comer. Es un padecimiento grave.



## Candidiasis (algodoncillo)

Son placas blanquecinas que, al desprenderse, presentan dolor y ardor. No darle al niño de comer alimentos ácidos.



## Herpes labial

Son lesiones alrededor de los labios, se forman vesículas llenas de líquido que se rompen, formando úlceras dejando una costra de color pardo.

Desaparecen en 14 días y son cíclicas aparecen en compañía de fiebre.



## Gingivitis

Es la inflamación de la encía con presencia de sangrado debido a falta de higiene bucal.



## Varicela

Se presentan vesículas pequeñas en la boca que se rompen y dejan lesiones redondeadas blancas con un contorno rojo.



## Queilitis angular

Localizada en el ángulo externo de los labios en forma de fisuras, con resequead de labios, ardor y dolor.

Su causa puede ser falta de vitaminas asociada a otros factores.



## Aftas

Son úlceras en la boca, dolorosas con sensación de ardor. Desaparecen y reaparecen en algunos periodos. Es recomendable suministrar enjuagues y antisépticos.



## 8. CONCLUSIONES

Los niños pueden presentar alguna alteración en el periodonto ya que durante esta etapa es común que se desarrollen las enfermedades “propias de la infancia”, las cuales tienen signos clínicos característicos que afectan a los tejidos blandos de la cavidad bucal. Sin embargo, muchas alteraciones se desarrollan por traumatismos y principalmente por falta de higiene, debido a esto último es muy importante llevar información a los padres de familia sobre la higiene bucal para prevenir las alteraciones asociadas a este factor predisponente.

Es de suma importancia que los padres adquieran el conocimiento necesario para que puedan identificar las diversas alteraciones periodontales que pueden llegar a presentar sus hijos y es necesario que acudan oportunamente al especialista para que sea proporcionado el tratamiento adecuado para evitar cualquier complicación.

Es por esto que la Educación para la Salud ha enfocado su atención en dar la información a la población para poder conocer las alteraciones que se pueden presentar en el periodonto del niño.

Logrando de esta forma llegar a prevenir las complicaciones de salud que se pueden desarrollar.

## 9. Bibliografía

1. Carranza Jr., F.A, Periodoncia clínica de Glickman: prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedad periodontal en la práctica de odontología general, 5ª ed., Edit. Interamericana, 1983. Pp. 1-64, 275-289.
2. Lindhe J., Karring T., The anatomy of the periodontum. In Lindhe J. Textbook of clinical periodontology, 2ª ed., Copenhagen: Munksgaard, 1989. Pp. 19-69.
3. Nahás Pires Gorrêa M. S., Odontopediatria en la primera infancia, 1ª ed., Brasil, Edit. Livraria Santos Editora Ltda., 2009. Pp. 255-270, 345-379
4. Zappler S.E., Periodontal disease in children. J Am Dent Assoc; Sept. 1948, v.37, n.3, p. 333.
5. Saglie R., Avances en periodontología: unión dento-epitelial, Santiago: Arancibia, 1978. Pp. 19-28.
6. Rosenblum F.N, Clinical study of the depth of the gingival sulcus in the primary dentition. J Dent Child; 1966, v. 5, p. 289.
7. Cohen M. M., Odontología pediátrica, Edit. Mundi, 1957. Pp. 520-555.
8. Glickman I., Periodoncia clínica, 2ª ed., Buenos Aires, Edit. Mundi, 1958. Pp. 41-64, 212-213.
9. Parfitt G.J., Periodontal disease in children. In: Finn S. B., Clinical pedodontics. 4a ed., Philadelphia: Saunders, 1973. Pp. 286-289.
10. Baer P. N., Enfermedad Periodontal en Niños y Adolescentes, 1ª ed., Argentina, Edit. Mundi, 1975. Pp15-21.
11. Seymour R. A., Drugs, Diseases, and the Periodontium, 1ª ed., New York, Edit. Oxford Medical Publications , 1992, pp 92-96.
12. Bimstein E., Needleman H. L., Karimbux N., Van Dyke T. E., Periodontal and Gingival Health and Diseases. Children, Adolescents, and Youn Adults, 1ª ed., London, Edit. Martin Dunitz, 2001. Pp 17-48.
13. Laskaris G., Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes, 1ª ed., Alemania, Edit. Amolca, 2001. Pp. 46, 62-85, 88,89, 104-114, 118-121, 128, 242-252, 278.

14. Carranza, Periodontología Clínica, 8ª ed., Edit. Interamericana, 1994. Pp. 296-300,
15. <http://www.cuidadodelasalud.com/salud/que-es-la-placa-dentobacteriana/>
16. Sapp J. P., Eversole L. R, Wysocki G. P, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, 1ª ed., España, Edit. Harcourt, 1998. Pp. 79,80, 196-248, 319-324.
17. Cameron A., Widmer R., Manual de Odontología Pediátrica, 1ª ed., Madrid, España, Edit. Harcourt, 1997. Pp. 39-54, 143-178.
18. Barbería Leache E., Atlas de odontología infantil para Peditras y Odontólogos, 1ª ed., España, Edit. Ripano, 2005. Pp. 47,48, 147-167.
19. Boj J. R., Cataló M, García-Ballesta C., Mendoza A., Odontopediatría, 1ª ed., Barcelona, Edit. Masson, 2005. Pp.357-377.
20. Pinkham J. R., Odontología Pediátrica, 3ª ed., México, Edit. McGraw-Hill Interamericana, 2001. Pp. 16-21, 39.
21. De Figueiredo Walter L. R., Odontología para el bebé, 1ª ed., Brasil, Edit. Amolca, 2000. Pp. 125-151.
22. <http://www.salud.com/salud-dental/higiene-dental.asp>
23. <http://www.oralb.com/topics/power-toothbrush-or-manual-toothbrush.aspx>
24. Guedes-Pinto A. C., Rehabilitación Bucal en Odontopediatría: Atención Integral, 1ª ed., Colombia, Edit. Amolca, 2003. Pp. 45-74.
25. Harris N. O, García-Godoy F., Odontología Preventiva Primaria, 2ª ed., New Jersey, Edit. Manual Moderno, 2005. Pp. 67-132.
26. <http://www.cesarrivera.cl/cepillo-manual-ideal/>
27. Breitenmoser J., Mormann W., Mühlemann H. R., Damaging effects of toothbrush bristel end formo in gingival. J Periodontology. 1979; 50 (4); 212-6.
28. Silverstone L. M., Examination of the end rounding pattern of toothbrush bristle using electron microscopy: a comparasion of eight toothbrush bristle. Gerodontics 1988; 4 (2): 45-62.

29. McDonald R. E., Avery D. R., Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5ª ed., Argentina, Edit. Médica Panamericana, 1990. Pp. 251-265.
30. [http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est\\_03/pastaden.pdf](http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_03/pastaden.pdf)
31. Finn S. B., Odontología Pediátrica, 4ª ed., Philadelphia, Edit. Interamericana., 1985. Pp. 469-480.
32. [http://www.geosalud.com/saluddental/Higiene\\_Oral.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/Higiene_Oral.htm)
33. Bordoni N., Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, 1ªed., Buenos Aires, Edit. Médica Panamericana, 2010. Pp. 249-270.
34. <http://www.masqueideas.com/folletosonline.php>
35. <http://www.colgate.com.mx/app/Colgate/MX/HomePage.cvsp>
36. Fotos donadas por la Mtra. Rosina Pineda y Gómez Ayala.
37. Sallberg Matti, Oral viral infections of children. Rev. Med. Periodontology 2000, Vol. 49, 2009, 87-95.
38. Bahamondes B. Carlos, Godoy O. Jorge, Cyclosporine-induced gingival hyperplasia: Report of one case, Rev. Med. Chile 2007, 135, 370-374.
39. <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/409857.html>
40. <http://www.uvfajardo.sld.cu/Members/omorera/infecciones-ginecologicas/virus-herpes-simples-vhs/>
41. <http://www.amqueretaro.com/nsalud.php?id=204>
42. [http://www.medwave.cl/atencion/adultos/hospclinicouchile2006/9/1.act?tpl=im\\_ficha\\_atencion\\_primaria.tpl](http://www.medwave.cl/atencion/adultos/hospclinicouchile2006/9/1.act?tpl=im_ficha_atencion_primaria.tpl)
43. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652007000300032&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652007000300032&script=sci_arttext)
44. <http://www.soledadguerrero.com.ar/hilo>
45. <http://www.clinicaoliva.com/index.php/tag/erupcion-dentaria/>