



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL
NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARIO ALBERTO REYES MARTÍNEZ

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO

ASESORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La culminación de una etapa tan importante en mi vida, así como la realización de este trabajo, no solo es mía, sino fue gracias al apoyo de muchas personas, en especial **MIS PADRES**.

A mi madre

Esa gran mujer que me dio la vida, por su apoyo incondicional, por siempre creer en mí y que gracias a su persistencia y regaños, generó en mí la fuerza y motivación para hacer de mí lo que soy. Solo pido poder devolverte un granito de lo mucho que haces por mí.

A mi padre

Por todo el sacrificio y apoyo que me brindaste, porque hiciste todo lo posible por darme lo mejor, por enseñarme a ganarme las cosas con trabajo y esfuerzo y haber logrado de mí lo que soy.

A mi hermana

Por todos los momentos que hemos pasado juntos, por su paciencia, comprensión y por estar conmigo en las buenas y en las malas. Esto también es tuyo.

A mis tíos y abuelos

Por el apoyo constante e incondicional a lo largo de toda mi vida y más aún en la carrera, por lo cual quiero expresar mi más grande agradecimiento, ya que sin ellos tampoco hubiera sido posible esto.

A mi tutora la Mtra. María Patricia de la Asunción Henonín Palacio

Por la confianza que tuvo en mí para lograr este proyecto, la enseñanza que me aportó durante el camino, así como su paciencia y apoyo.

A la Universidad y a la Facultad de Odontología

Por haberme brindado la oportunidad de formarme profesionalmente, a cada uno de los doctores que formaron parte de mi educación dentro de las aulas inyectando amor y pasión a esta bella carrera, que impulsaron y que modificaron mi pensamiento a favor de crecer y ser mejor cada día, en cada aspecto de la vida.

A mis amigos

Porque siempre estuvieron pendientes de mi progreso universitario día con día y me dieron su apoyo cuando lo necesite sin pedirme nada a cambio. Ustedes me acompañaron a lo largo de este proceso, estuvieron pendientes de que todas las cosas me salieran bien y de que no tomara una mala decisión, les agradezco la confianza que depositaron en mi para poder estar siempre en las buenas y las malas juntos. Gracias por confiar y creer en mí y haber hecho de mí, etapa universitaria un trayecto de vivencia que nunca voy a olvidar.

ÍNDICE

1. PROPÓSITO	1
2. OBJETIVO	1
3. INTRODUCCIÓN	2
4. MARCO TEORICO	4
4.1. GENERALIDADES DEL EMBARAZO.	4
4.2. SALUD BUCAL DE LOS PADRES	5
4.3. GENERALIDADES DE LA CAVIDAD ORAL DEL RECIÉN NACIDO	5
4.4. LACTANCIA MATERNA	7
4.5. UTILIZACIÓN INADECUADA DEL BIBERÓN	10
4.6. DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA	11
4.6.1. CRONOLOGÍA DEL DESARROLLO	12
4.6.2. OCLUSIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES	14
4.7. ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN	15
4.7.1. ALTERACIONES EN EL NÚMERO DE DIENTES.	15
4.7.1.1. AGENESIA DENTARIA	15
4.7.1.2. DIENTES SUPERNUMERARIOS	17
4.7.2. ALTERACIONES EN SECUENCIA Y CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN	18
4.7.2.1. DIENTES NATALES Y NEONATALES	18
4.8. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO INFANTIL	21
4.8.1. GENERALIDADES DE ESTA ETAPA	22
4.8.1.1. ASPECTOS FÍSICOS	22
4.8.1.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	23
4.8.1.3. ASPECTOS SOCIALES	23
4.8.2. DESARROLLO PSICOSEXUAL	24
4.8.2.1. ETAPA ORAL	24
4.8.2.2. ETAPA ANAL	24
4.8.2.3. ETAPA FÁLICA	25

4.9. HÁBITOS Y PARAFUNCIONES	26
4.10. TRAUMATISMOS.	28
4.10.1. SECUELA DE LOS TRAUMATISMOS EN DIENTES TEMPORALES	39
4.10.2. POSIBLES DAÑOS EN DIENTES TEMPORALES . . .	40
4.11. CARIES TEMPRANA	41
4.11.1. PATOGÉNESIS DE LA CARIES DENTAL	43
4.12. MEDIDAS PREVENTIVAS	45
4.12.1. PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL	45
4.12.1.1. MODIFICACIÓN DE LA DIETA	45
4.12.1.2. ELIMINACIÓN MECÁNICA DE LOS RESTOS ALIMENTICIOS Y PLACA DENTAL	46
4.12.1.3. SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS	47
4.12.1.4. FLUORUROS	48
5. CONCLUSIONES.	51
6. REFERENCIAS	54
7. ANEXOS	57



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



1. PROPÓSITO

Se dará a conocer la importancia que tiene la prevención y la higiene de la cavidad bucal de los bebés hasta la edad preescolar.

Se describirán los aspectos más relevantes de estas etapas de la vida, así como las enfermedades bucodentales que se presentan con mayor prevalencia y las medidas necesarias para prevenirlas.

2. OBJETIVO

Proporcionar información relevante sobre la cavidad bucal de los bebés y preescolares a los pediatras y padres de familia respecto a la importancia de llevar a cabo medidas higiénicas y preventivas con el propósito de evitar la presencia de alteraciones bucales mediante un folleto informativo.



3. INTRODUCCIÓN

La salud oral es una parte integral de la salud general del niño. Los problemas más prevalentes con respecto a la salud bucal en los niños en edad preescolar son las alteraciones en el crecimiento y desarrollo bucodental así como la caries dental. El primer problema generalmente se relaciona con hábitos orales incorrectos, patrones alimentarios inadecuados y/o una adquisición tardía de la masticación, que propicia el desarrollo de maloclusiones. El segundo problema que se presenta es la caries dental, siendo actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y en ocasiones presenta graves repercusiones en la salud general del niño, como dolor intenso, infecciones faciales, disminución en su desarrollo físico, alto costo de tratamiento y disminución en la calidad de vida en relación con la salud oral.

Asimismo, los niños con caries en la infancia temprana (CIT) tienen mayor riesgo de presentar nuevas caries en la dentición permanente. Esta es, una enfermedad infecciosa y transmisible, de origen multifactorial, íntimamente relacionada con una higiene oral insuficiente, una alimentación nocturna, un alto consumo de azúcares, una colonización bacteriana precoz y el bajo nivel socioeconómico de los padres.

En diversos estudios epidemiológicos recientes realizados en niños en edad preescolar indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% a los 3 años presenta caries y el 40% a los 5 años. Por otro lado, se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado alguna vez al odontólogo, cifra que contrasta con las recomendaciones internacionales, de la importancia de una primera consulta odontológica antes del año de edad.

Ante esta problemática actual, es lógico hacerse la pregunta de cómo poder revertir esta situación, si se tiene en cuenta que entre los profesionales de la salud los pediatras son quienes tienen la oportunidad del primer contacto con el bebé y sus padres, y son quienes realizan el seguimiento de su crecimiento y desarrollo,



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



quedando patente la influencia que ejercen estos profesionales sobre la salud del bebé y su familia.

Como los diferentes factores etiológicos implicados en la caries dental pueden estar condicionados por la actuación de los profesionales que asisten al niño y su entorno. Es por tanto, que el odontopediatra quien desempeña un papel clave en el mantenimiento de la salud bucal en la primera infancia y debe conocer la orientación temprana sobre la salud oral. Asimismo, la problemática relacionada con la CIT engloba también a otros profesionales de la salud, como son; el médico familiar, personal de enfermería, ginecólogos, auxiliares de la salud y nutriólogos, entre otros, que atienden a toda la población infantil mediante la aplicación de medidas educativas y preventivas.

Por otro lado, la amplitud de conocimientos y la disponibilidad de medios hacen relevante la integración del pediatra con el odontopediatra. Para tener una visión más integral del desarrollo oral infantil; este último es quién debe realizar la atención individualizada de cada niño, con el fin de detectar y asesorar a la población de riesgo, tanto en el sector público como en el privado. La herramienta clave para disminuir la prevalencia de la caries en los niños es la educación de la población, que debe empezar tempranamente. Para que los padres reciban una información común de todos los profesionales, es indispensable la elaboración de una guía integral sobre la salud bucal en la primera infancia con el fin de uniformar los criterios así como las orientaciones, y no generar conflictos de información.



4. MARCO TEÓRICO

4.1 GENERALIDADES DEL EMBARAZO

En la vida de una mujer, los mayores cambios fisiológicos y hormonales ocurren durante el embarazo. En esta etapa, el cuerpo de la mujer sufre diversas transformaciones, ocasionando entre otros, ciertos cambios en la cavidad bucal que reflejan estas alteraciones fisiológicas.

La evidencia indica que las embarazadas presentan una motivación especial hacia el aprendizaje sobre el cuidado de su propia salud y la del bebé.¹

Este es un periodo de alegría familiar unida al recelo que se presenta de que si el niño nacerá totalmente sano. Y esto es para menos ya que son numerosos los factores de riesgo que deben superarse durante esta etapa.

En estos meses tiene lugar el desarrollo embriológico general del niño y, en este contexto, también ocurre el craneofacial, el dentario y comienza el desarrollo de las funciones fundamentales para la supervivencia: movimientos respiratorios, deglución y movimientos para el amamantamiento, presencia de amilasa que le permitirá realizar la parte bucal de la digestión, etcétera.

Con las técnicas actuales cada día se conoce más su desarrollo y se explica mejor algunos hechos que se observan una vez que ha nacido.²

4.2 SALUD BUCAL DE LOS PADRES

El seguimiento adecuado del embarazo tratará de eliminar los factores de riesgo y, también servirá para prevenir las alteraciones del desarrollo craneofacial. Es fundamental que la madre no presente problemas infecciosos, como los que pueda presentarse en cavidad oral como gingivitis o caries, en caso de que así fuere, sería necesario realizar los tratamientos correspondientes. Por tal motivo, es relevante informar a los padres sobre la salud bucal que deben tener debido a que esto pudiera tener repercusiones a futuro en la salud de sus hijos. (fig. 1). La flora bacteriana que colonizará más adelante, la cavidad bucal del niño, está relacionada con la de los padres por lo que se debe recalcar y hacer énfasis *sobre la importancia de mantener una buena higiene bucal y una boca sana.*²



Fig. 1. Imagen propiedad de: <http://www.mouthhealthy.org/>

4.3 GENERALIDADES DE LA CAVIDAD ORAL DEL RECIÉN NACIDO

El recién nacido presenta detalles estructurales orales propios de la edad, entre los cuales se puede mencionar, que el labio superior presenta en su porción media el llamado *apoyo de succión* con múltiples proyecciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno, esta área sirve de



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



contacto durante el amamantamiento, se encuentran más desarrollada en niños de menor edad y que se amamantan de pecho materno. Asimismo, en la porción interna y media del labio superior existe el *frenillo labial* que, en más del 50% de los recién nacidos une el labio superior a la papila constituyendo el llamado frenillo labial persistente que favorece el amamantamiento proporcionando tono muscular al labio superior. Lateralmente, están los *frenillos o bridas laterales* que auxilian la fijación del labio en el maxilar. Internamente, los *rodetes gingivales* se encuentran recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival, por vestibular se encuentran adheridos al frenillo labial y a las bridas laterales; y por palatino se puede observar el paladar con la bóveda, la *papila palatina* y las *rugosidades palatinas* por la parte de adelante, en la porción media y posterior, se localiza el *rafe palatino* medio, más atrás está la transición del paladar duro con el blando siendo este último más rojizo. En la transición del paladar con el rodete está el *surco alveolar interno* desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuo hacia vestibular. Más atrás del rodete se puede notar después del *surco oblicuo alveolar interno* el llamado *pliegue palatino transitorio*.

La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm. Los valores mayores predicen un desarrollo pobre de la mandíbula y excesivo para el maxilar, que en casos extremos puede llegar a más de un centímetro y en otros no existir diferencia entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia a desarrollar una clase III en el futuro.

El labio inferior; en la línea media está el *frenillo labial inferior* uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las *bridas* que son menos desarrolladas que del arco superior. En el arco inferior después del frenillo y las bridas también por lingual existe el piso y el *frenillo lingual*, el surco alveolar interno con una transición oblicua.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



En ambos rodetes superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un *cordón fibroso denominado de Robín y Magitot* que está bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo siendo un factor indicativo del momento de erupción cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso.

En la región anterior y vestibular de los rodetes se notan los *segmentos verticales* que coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos por lo tanto se presenta lobulado (fig. 2).³



Fig. 2 Imagen propiedad de: <http://albalactanciamaterna.org/>

4.4 LACTANCIA MATERNA

En el niño recién nacido, desde el momento del nacimiento se ponen en marcha y refuerzan todos los circuitos neurales fisiológicos que tienen lugar, primero en la respiración, y luego al momento de ser amamantado. Durante esta etapa la succión que realiza el bebé juega un papel primordial, pues fija las *praxias* bucales básicas que constituyen el patrón funcional de base para el desarrollo y maduración de las funciones del sistema estomatognático del niño mayor y del adulto.⁴



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Los beneficios de la lactancia natural son indudables y no están en cuestión; sin embargo, cada tipo de familia tiene su estructura, organización y circunstancias con la que decidirán el tipo de lactancia: natural, artificial o con leche de la madre pero administrada en un biberón.

Durante la succión, el infante comprime el pezón, elevando la mandíbula y la lengua. Los labios y las mejillas se contraen, quedando la leche en el dorso de la lengua, así como también hay un desplazamiento de la mandíbula hacia delante y atrás, produciendo una presión que empuja la leche al istmo de las fauces, luego la lengua se eleva contrayendo sus músculos extrínsecos y el milohioideo hasta llevarlos a la bucofaringe. Los músculos palatofaríngeos y palatoglosos que componen los pilares de las fauces se comprimen e impiden el retorno de la leche a la cavidad oral. El paladar blando se eleva por acción de los músculos del velo del paladar, cerrando la comunicación nasofaríngea y comienza una serie de contracciones musculares que desplazan la leche al esófago (fig. 3).⁵

Dejando de lado los aspectos nutricionales, inmunológicos y psicológicos, la forma en que se realiza la alimentación (frecuencia) y el vehículo con que se haga (pecho o biberón) son determinantes para el crecimiento craneofacial y la salud bucal.²

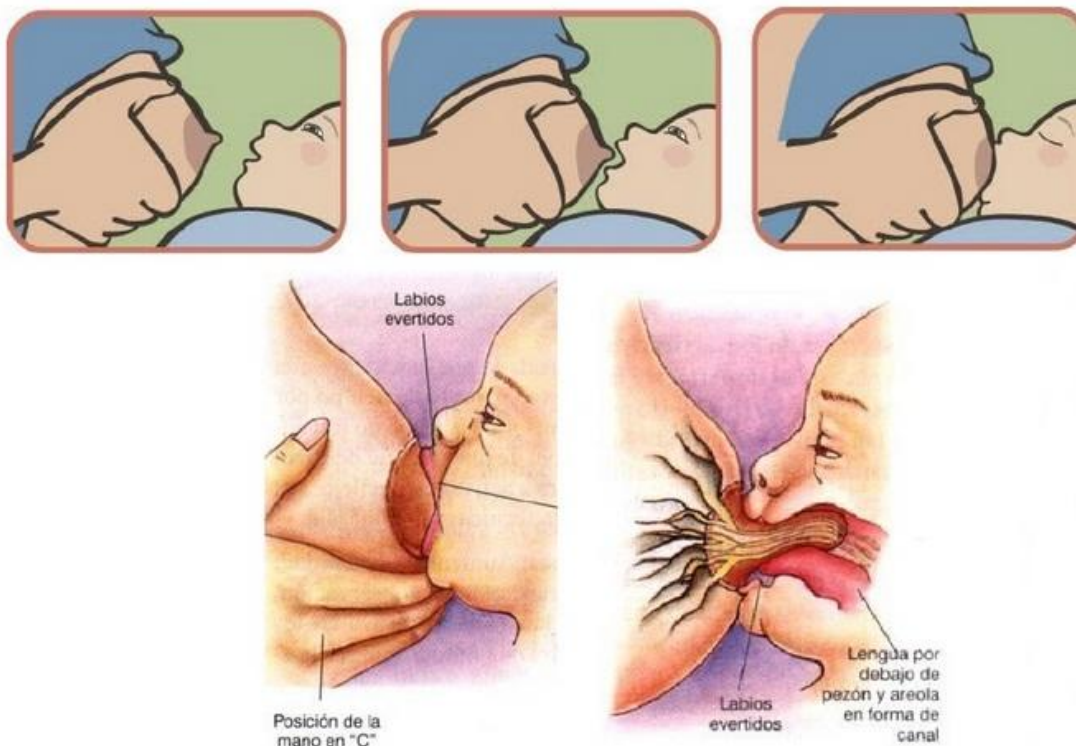


Fig. 3 Imagen propiedad de: <https://reciennacidofesi.files.wordpress.com>

RAZONES PARA FOMENTAR EL AMAMANTAMIENTO.

- Favorece la relación afectiva profunda entre madre e hijo.
- Disminuye la incidencia de muerte súbita en el lactante.
- Reduce la morbilidad y la mortalidad infantil.
- Tiene la temperatura adecuada, está siempre a disposición del bebé y no contiene microbios.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovárico.
- Ayuda a prevenir la diarrea.
- Disminuye la frecuencia de abandono del recién nacido.⁵



4.5 UTILIZACIÓN INADECUADA DEL BIBERÓN

La lactancia con biberón no requiere que el niño realice esfuerzo para obtener la leche pero, además, tiene otra característica que hace la diferencia con la lactancia natural y que es fundamental para el desarrollo craneofacial. Así, el biberón es un recipiente fácil de sujetar por el niño y que los padres pueden entregar a este mientras está en la cuna para que él mismo se administre el alimento. En este caso, no hace falta que la madre esté disponible y, por el contrario, puede convertirse en un entretenimiento para el niño, aportar tranquilidad a los padres que creen estar alimentándolo bien, y convertirse en un factor nocivo para la salud.²

Los riesgos de una utilización inadecuada del biberón son dos:

- Por el contenido, tiene la capacidad de desarrollar caries temprana en el caso de que, como se ha mencionado anteriormente, las costumbres de la crianza familiar lleven a alargar el tiempo de la toma y, por lo tanto, la leche está “bañando” los dientes durante periodos prolongados (fig. 4).
- Por el biberón, si permanece tiempo prolongado en la boca, tiene capacidad de alterar el crecimiento óseo del maxilar y la mandíbula. La manifestación más llamativa es la mordida abierta anterior, pero pueden añadirse alteraciones en la oclusión de los sectores posteriores (fig. 5).²



Fig. 4 Imagen Propiedad de: www.subdivx.com



Fig. 5 Imagen Propiedad de: www.cocineriaymadre.com



4.6 DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA

Edad de erupción de los dientes primarios

La dentición primaria empieza su erupción clínica aproximadamente a los seis meses y está compuesta alrededor de los tres años, ambos referentes con amplias variaciones. El fenómeno eruptivo puede producir trastornos localizados, aumento en salivación e irritación, en ningún caso patología severa como trastornos gastrointestinales o fiebre alta. En términos generales, la secuencia es, sin embargo, parecida, y de igual modo una serie de características que se mencionan reiteradamente. No parece haber diferencias apreciables en cuanto a género o por cambios seculares.⁶

La erupción dental abarca una serie de fenómenos a través de los cuales la pieza dental, con su formación radicular incompleta migra desde el interior del maxilar hasta ponerse en contacto con el medio bucal, para ocupar un lugar en la arcada dentaria. Este proceso consta de varias etapas (Fig.6), que se detallan a continuación:²

- **Fase Preeruptiva:** En ella se forma la corona dentaria. El germen se mueve en los maxilares que lo albergan, sin embargo, como estos también están creciendo, no hay desplazamiento en relación con el reborde óseo. Las piezas en formación están rodeadas por el saco dentario, que favorece el crecimiento del tejido óseo alveolar primitivo en forma de canastilla. Se encuentran separadas del epitelio de la mucosa por tejidos blandos.^{2,7}
- **Fase Eruptiva Prefuncional:** Comienza cuando se inicia la formación de la raíz y termina cuando el diente se pone en contacto con los antagonistas. Hay crecimiento diferencial por lo que, en un momento dado, el diente emerge en la arcada y continúa el proceso de forma visible.²

- **Fase Eruptiva Funcional (Fase Poseruptiva):** Esta fase se inicia cuando los dientes antagónicos establecen contacto y continúa durante la vida del diente. En las etapas tempranas el movimiento eruptivo resulta indispensable para mantener el contacto, compensando el crecimiento de la cara y los maxilares. Cuando el crecimiento se estabiliza, en la misma medida en que se establece la posición dentaria, se producen maduraciones estructurales en el ligamento periodontal, tanto en su organización fibrilar como en los aspectos de irrigación e inervación, al mismo tiempo que se remodela consecuentemente el tejido óseo-alveolar.⁶

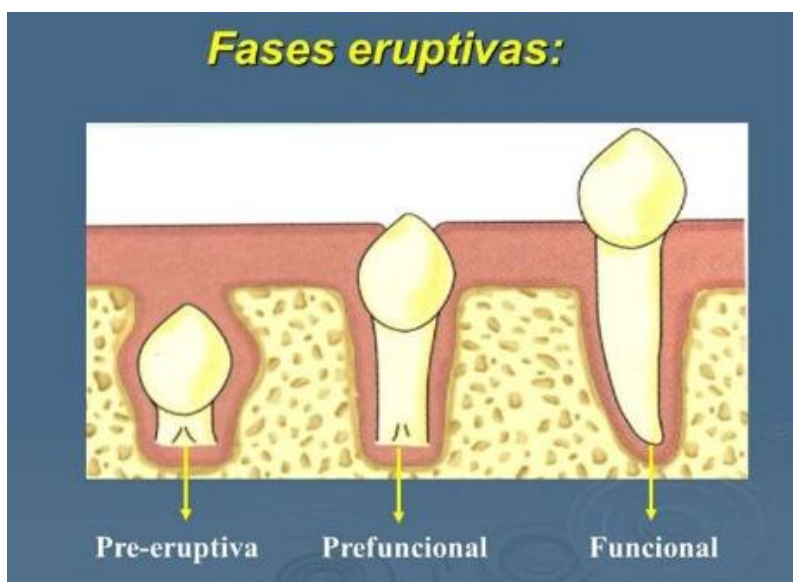


Fig. 6 Imagen Propiedad de: <http://slideplayer.es/slide/75699/>

4.6.1 CRONOLOGÍA DEL DESARROLLO

El desarrollo de la dentición es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. La calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y de los permanentes y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales son fenómenos complejos que explican la frecuencia de anomalías en la oclusión dentaria. La calcificación de



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



los dientes temporales empieza entre los cuatro y seis meses de vida intrauterina. Al nacimiento se encuentran calcificadas las coronas de los incisivos centrales en su mitad incisal, menos la de los incisivos laterales, se observan las cúspides de los caninos y molares con poca calcificación y ha comenzado la calcificación de la primera corona del primer molar permanente. Se aprecian las criptas de gérmenes de premolares caninos e incisivos centrales superiores.⁸

La erupción se iniciará en la mitad del primer año de vida, y finalizará a los dos años y medio, por lo general como se muestra en la siguiente tabla:

Dientes temporales	Inicio de calcificación	Corona Completa	Emergencia	Raíz Completa
	Sem. Intrauterino	Meses de vida	Meses	Años
Incisivo central	14 (13 - 16)	1 - 3	6 - 9	2 - 2,5
Incisivo lateral	16 (14,5 - 16,5)	2 - 3	7 - 10	2 - 2,5
Canino	17 (15 - 18)	9 - 11	16 - 20	2,5 - 3,2
Primer Molar	15 (14,5 - 17)	6 - 8	12 - 16	2 - 2,5
Segundo Molar	18 (16 - 23,5)	10 - 12	20 - 30	3

Tabla 1. Cronología de la clasificación y erupción de los dientes temporales.

Fuente: Barbería Leache, Elena. *Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos*. 2ª Edición, Madrid: Ripano, 2014.

Los dientes temporales son veinte en total, diez en cada una de las arcadas. Se distribuyen por grupos dentarios atendiendo a su morfología en: incisivos, caninos y molares. La fórmula dentaria es de 2 - 1 - 2 para cada hemiarcada. En la dentición temporal nunca hay premolares (fig. 7).⁷



Fig. 7 Imagen propiedad de: www.pinterest.com



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



La morfología temporal de los dientes temporales es similar a la de los permanentes. Consta de corona y raíz dentaria que se inserta en el alveólo óseo uniéndose al mismo mediante el ligamento periodontal. Internamente puede apreciarse la cavidad pulpar que alberga a la pulpa dentaria compuesta por vasos sanguíneos y linfáticos, fibras nerviosas y tejido conectivo.

4.6.2 OCLUSIÓN DE DIENTES TEMPORALES

En el momento del nacimiento, el sistema estomatognático es el modo fundamental de relación con el entorno. Entre sus componentes se incluyen un órgano táctil complejo formado por las terminaciones sensoriales de labios, lengua, paladar blando, pared faríngea posterior y articulación temporomandibular; la lengua que evita el retorno del alimento; la mandíbula, estabilizada por la lengua y por la musculatura facial; y el maxilar superior.

Cuando erupcionan los incisivos temporales se producen múltiples cambios. El niño tiende a adelantar la mandíbula para que los incisivos inferiores contacten con los superiores activando los músculos propulsores de la mandíbula y estimulando los receptores condilares. Esto dará lugar a un crecimiento en sentido posteroanterior con alargamiento de la rama mandibular, remodelación y cierre del ángulo goniaco y verticalización de la musculatura masticatoria.

La erupción de los caninos y molares temporales incorpora los movimientos de lateralidad a los de apertura y cierre para permitir la trituración. Esta es un estímulo para los receptores condilares, permite la maduración de la posición de la lengua y requiere el contacto bilabial produciéndose, en esta etapa, el ajuste máximo-mandibular en los tres planos del espacio.²

En resumen las características ideales de la dentición primaria recién establecida son las siguientes, presencia de:

- Espaciamiento de Incisivos
- Espacios primates
- Signo canino normal
- Plano terminal recto o con leve escalón mesial
- Plano oclusal recto
- Relación casi vertical de piezas al plano oclusal
- Overbite y overjet de aproximadamente 2mm.

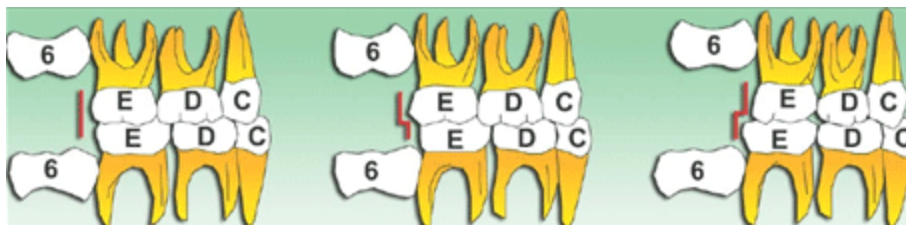


Fig. 8 Imagen propiedad de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art6.asp>
-De izquierda a derecha: Plano Terminal recto, escalón mesial, escalón distal

4.7 ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN

4.7.1 ALTERACIONES EN EL NÚMERO DE DIENTES

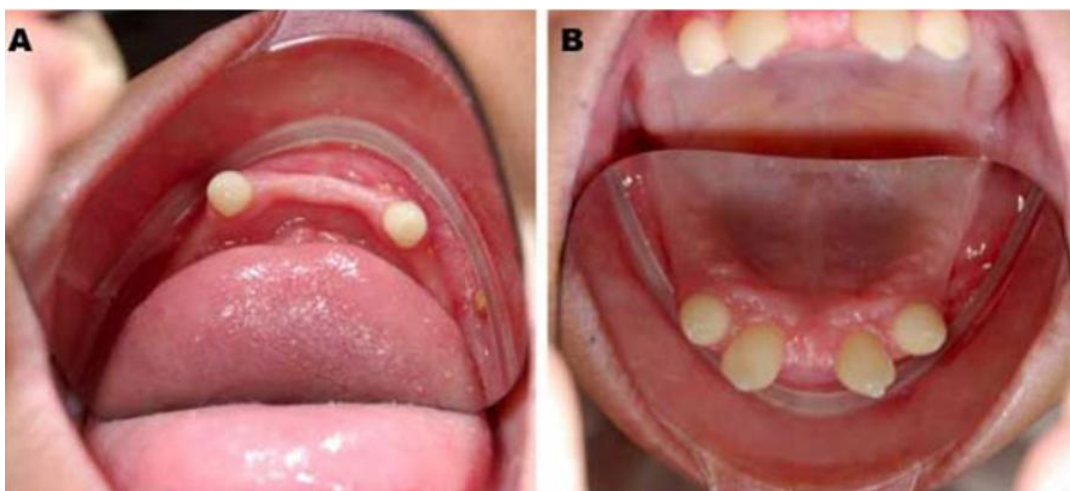
4.7.1.1 AGENESIA DENTARIA

Se define la agenesia dental como la ausencia clínica y radiológica de un diente, temporal o permanente, en la cavidad oral, sin antecedentes de extracción, avulsión o exfoliación.^{9,10,11}

Las diversas afectaciones se clasifican en:^{9, 10}

- Hipodoncia: ausencia de uno a seis dientes.

- Oligodoncia: ausencia de más de seis dientes.
- Anodoncia: ausencia total de dientes.



**Fig. 9 Imagen propiedad de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718-381x2012
-A. Caninos inferiores derecho e izquierdo temporales.
B.-Caninos superiores derecho e izquierdo temporales e incisivos superiores derecho e izquierdo permanentes con morfología alterada.**

La agenesia se observa más raramente en la dentición temporal, con una prevalencia del 0.5%, afectándose con mayor frecuencia la región incisiva, concretamente los incisivos laterales superiores (2,2% de las agenesias) seguidos por los incisivos laterales inferiores.¹⁰ La prevalencia es mayor en el sexo femenino.¹²

Existe una correlación clínica entre la hipodoncia en la dentición primaria y en la permanente.¹³



La hipodoncia puede presentarse de forma aislada o asociada a otras entidades como:¹⁴

- Displasia ectodérmica. Este síndrome se caracteriza por pelo y uñas anormales, alteraciones de forma en la dentición, hipoplasias de esmalte, reabsorción de los procesos alveolares.
- Síndrome de Down. Se da en 1 de cada 650 nacidos vivos aproximadamente y la agenesia se da en un 27-45% de los casos, con mayor frecuencia en el sexo masculino.
- Fisura labio palatina, debido a la alteración en la formación de los gérmenes dentarios en la zona de la lesión.

La agenesia de uno o más dientes ocasiona un desequilibrio oclusal y funcional que se deberá resolver con tratamiento ortodóncico, protésico o restaurador. Estas alteraciones pueden presentar diversos aspectos clínicos, como el retraso de la erupción dental o la microdoncia, existiendo relación entre ellos.¹⁰

4.7.1.2 DIENTES SUPERNUMERARIOS

El término de dientes supernumerario se emplea para definir toda pieza dentaria que se presenta en la dentición, aumentado el número normal de dientes en las arcadas. No obstante, la mayoría de estos dientes suelen estar retenidos en los maxilares y sólo se pueden visualizar radiográficamente.¹¹

La existencia de dientes supernumerarios es rara en la dentición temporal (0,5%), y aunque puede producirse virtualmente en cualquier parte de los procesos alveolares, es más frecuente en el maxilar (90-95%), localizándose típicamente en la región incisivo-canina (Fig. 10).⁹



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Se forman por alteraciones de la lámina dental aunque su etiología es desconocida. Sin embargo, influyen múltiples factores como los antecedentes familiares y determinados síndromes como la displasia cleidocraneal.

La aparición de dientes supernumerarios va a ser poco frecuente en la dentición primaria, pudiendo encontrar cuatro formas de presentación diferentes: ¹⁵

- Cónicos
- Invaginados o tuberculados
- Incisiformes o suplementarios
- Semejantes a un odontoma

El tratamiento es la extracción del supernumerario, buscando el momento oportuno para evitar riesgos al resto de los dientes, así como alteraciones de la erupción y maloclusiones. ²



Fig. 10 Imagen propiedad de: www.asisccmaxilo.com

4.7.2 ALTERACIONES EN SECUENCIA Y CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN.

4.7.2.1 DIENTES NATALES Y NEONATALES

La presencia de dientes en el momento del nacimiento o la erupción de éstos en los primeros días de vida extrauterina, es un hecho muy llamativo. Siguiendo la definición de Massler y Savara en 1950 estos dientes se denominan natales cuando



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



están presentes al nacer y neonatales cuando erupcionan durante los 30 primeros días de vida.^{9,16,17}

Algunos autores encuentran un tercer tipo de estos dientes a los que denominan, dientes preerupcionados, que son aquellos que emergen en el segundo o tercer mes. Son casi siempre centrales y laterales inferiores, muy ocasionalmente el incisivo superior, y más raro aún molares y caninos primarios.¹⁶

PREVALENCIA

La frecuencia de aparición de este tipo de dientes es pequeña, algunos autores hablan de 1:2000 a 1:3500 entre bebés nacidos vivos. Se encuentran con mayor frecuencia en el sexo femenino, aunque hay autores que no reconocen diferencias en ambos sexos.¹⁷

Sin embargo, todos los autores coinciden en la mayor frecuencia de los dientes natales sobre los neonatales (3:1). Son dientes que pertenecen generalmente a la serie normal y solo un 5% de ellos son supernumerarios.^{9,18}

LOCALIZACIÓN

El 85% de los dientes natales son incisivos centrales inferiores temporales, el otro 15% se distribuye de la siguiente manera:

- 5% incisivos centrales superiores y molares.
- 10% estructuras dentarias supernumerarias.¹⁹

COMPLICACIONES

La presencia de dientes natales y neonatales pueden causar:

- Lesiones secundarias en el pecho materno durante la lactancia.
- Lesiones en la base de la lengua del niño, úlcera de Riga-Fede, por el roce del borde incisal con el suelo de la lengua durante la succión.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



- Aspiración o deglución del diente erupcionado, sobre todo cuando es del tipo inmaduro, dando lugar a complicaciones pulmonares o digestivas.⁹

TRATAMIENTO

La extracción de este tipo de dientes no presenta en principio ninguna dificultad debido al escaso desarrollo. Sin embargo, si no se realiza un adecuado curetaje tras la extracción, las células de la papila dental podrían continuar su desarrollo y formación de estructuras. Esto ocurre en un 9,1% de los niños, y en algunos de ellos, es posible la aparición de abscesos^{11, 19}

Algunos autores consideran que la conducta más apropiada es la de no extracción, y la explicación a los padres que es mejor dejarlo en su sitio debido a la importancia que reviste y a la influencia en el desarrollo y erupción de los futuros dientes adyacentes. Por lo general, si el diente forma parte de la dentición normal, el mantenimiento deberá ser el tratamiento de elección, a no ser que el riesgo de aspiración o traumatismo sea elevado.¹⁹

En el caso de que se decida por la extracción, es aconsejable esperar a que el lactante tenga, por lo menos, 10-14 días. Esto permite que la flora intestinal del recién nacido produzca vitamina K, esencial para conseguir unos buenos niveles de protrombina y evitar hemorragias (Fig. 11 y 12).²⁰



Fig. 11 Imagen propiedad de: www.scielo.isciii.es
Vista directa intraoral exhibiendo el aspecto de la región del diente extraído



Fig. 12 Imagen propiedad de: www.scielo.isciii.es
Órgano dentario tras la extracción



4.8 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO INFANTIL

Las teorías y enfoques del desarrollo del niño/a, reconocen etapas o periodos que señalan factores determinantes, ya sean biológicos, ambientales, cualitativa y cuantitativamente; los que ocasionan cambios en el crecimiento físico, en la maduración psico-motora, perceptiva, de lenguaje, cognitiva y psicosocial. Todos ellos en su globalidad, diseñan las características de personalidad.

Las etapas se encadenan en sucesiones evolutivas, las que actúan, reforzándose unas a otras, de tal forma, que las adquisiciones en determinada conducta, pueden influir en el desarrollo de las otras. La retroalimentación en ese circuito, favorece la incorporación de nuevas conductas superiores a las conseguidas.

La forma de relacionarse con los objetos y con los demás, irá dejando huellas profundas en su cuerpo real, como en su imagen corporal, las que exteriorizará en conductas, posturas y aptitudes repletas de significado.²¹

4.8.1 GENERALIDADES DE ESTA ETAPA

4.8.1.1 ASPECTOS FISICOS

Su crecimiento físico es muy rápido. El bebé lleva objetos a la boca para conocerlos. *Desarrollo de dentición.* Percepción de la luz e imitación de sonidos. «gateo»; empieza a caminar. 2a. infancia: Maduración del sistema muscular, óseo, circulatorio, y nervioso. Progresan en motricidad. 3a. infancia: Maduración de aparatos y sistemas. Reforzamiento del sistema inmunológico y motor. Desarrollo físico menos rápido.

- La 1ª infancia comprende aproximadamente, el desarrollo del niño desde que nace hasta los 2 años de edad.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



- La 2ª infancia comprende la etapa de 2 a 4 años.
- La 3a. infancia comprende la etapa de 5 a 7 años

4.8.1.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- 1ª. Infancia “Desarrollo de confianza básica”.
Se siente abandonado si no lo atienden cuando lo necesita. Habilidad de la memoria desde el nacimiento. Manifiesta sus necesidades y emociones a través del llanto y la sonrisa. Antes de los 8 meses no son conscientes de que son una persona aparte de la madre.
- 2ª. infancia “Percepción de diferencia de género (niño-niña)”.
Confunden realidad y fantasía. Introyección (interiorizar) de reglas. Aprendizaje a través del juego.
- 3ª. Infancia “Desarrollo intelectual: reconocer, recordar”.
Pensamiento no lógico. Utilización del lenguaje social (con los demás), y lenguaje privado (consigo mismos a través de un amigo imaginario). Las normas y las rutinas les otorga seguridad y a confianza en sí mismos. La seguridad y motivación fortalece la toma de decisiones.

4.1.3 ASPECTOS SOCIALES

Después de los 8 meses comienza a saber que es una persona aparte de su madre, pero se empieza a vincular con ella. Aunque no es capaz de entender lo que dicen los adultos, capta el estado de ánimo de éstos. Cerca de los dos años se sienten más motivados a comunicarse con los adultos, pues les ponen más atención.

Dentro de la 2ª infancia se lleva a cabo la adopción de valores, creencias y actitudes. Integración social en grupos (escuela). Con lo que respecta a la 3a. infancia



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



recuerdan su entorno, son menos egocentristas. Se preparan para la educación en tareas cognoscitivas (conocimiento) estructuradas (escuela). Aprenden a ser tolerantes con la frustración identifica a sus familiares cercanos. Su juego se torna más elaborado la imitación predomina en esta etapa.²²

4.8.2 DESARROLLO PSICOSEXUAL

El desarrollo de la personalidad consiste en la ampliación o despliegue de los sentidos sexuales. Al comienzo esos instintos están divididos pero progresivamente se integran y se enfocan en el acto sexual maduro, basándose en las zonas del cuerpo que se vuelven puntos de placer sexual. Las etapas fueron definidas como: oral, anal, fálica y genital.

4.8.2.1 ETAPA ORAL

Periodo comprendido entre los 0 y 18 meses, en esta etapa la boca es el principal origen de placer y al mismo tiempo de conflicto y frustración. El mayor placer del niño es morder, chupar, mascar; acción que se ve limitada por las personas que lo cuidan, quienes están pendientes de cuando el niño chupa su dedo o mordisquea los juguetes. Si el niño no obedece es reprochado y si lo hace es recompensado. Al niño en esta etapas no le llama la atención otras partes de su cuerpo, no le importa las funciones excretorias, ni sus genitales; su atención se encuentra centrada en las actividades orales.

4.8.2.2 ETAPA ANAL

Comprendida entre los 18 meses y los 3 años, en esta etapa las necesidades orales pierden un poco de interés donde empiezan a ser sustituidas por las preocupaciones anales. Esta etapa corresponde más o menos a la edad del aprendizaje de control de esfínteres. Durante este periodo el niño aprende orientaciones prácticas para la vida: la posesión de las cosas y el desprendimiento de las mismas; esas



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



orientaciones pueden deformarse o excederse, según Freud la exaltación de lo que hace el niño analmente es lo que da inicio al rasgo de personalidad.

4.8.2.3 ETAPA FÁLICA.

Se presenta entre los 3 y los 5-6 años de edad; la curiosidad respecto al cuerpo empieza muchos antes, pero solo cuando llega a la etapa fálica siente verdadera atracción hacia sus genitales que es cuando empiezan las tensiones y placeres en esa parte del cuerpo. En ese momento es cuando el niño se da cuenta de la diferencia que hay entre los niños y las niñas, la inquietud es cada vez más grande cuando se notan las diferencias en el cuerpo. La curiosidad del niño puede ser vaga cuando no conoce bien las diferencias que hay entre el órgano de las mujeres y el de los hombres. En esta etapa, se presentan dos situaciones psicológicas: el complejo de Edipo y el complejo de Electra. En el espacio entre los 6 y los 12 años aparece un periodo de latencia, donde el niño se prepara para la adolescencia que es muy importante, en este periodo el niño afianza los rasgos y habilidades que había adquirido antes, sin que aparezca nada nuevo. Este periodo no es tomado como una etapa psicosexual.²³



4.9 HÁBITOS Y PARAFUNCIONES

Se da el término de *“hábito”* a la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, biberón, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonoarticulación.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupón, todas alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal, con la aparición de las piezas dentarias temporales es reemplazada gradualmente por la



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



masticación, por lo que se le considera mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales en boca (fig. 13 y 14).²⁴

Algunos de los hábitos más comunes son:

- Succión digital
- Succión del chupete
- Succión labial
- Deglución atípica con empuje lingual
- Respiración bucal
- Onicofagia
- Bruxismo⁶

La importancia de estos hábitos para la Odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.²⁵



Fig. 13 y 14 Imagen propiedad de: <http://www.tudentista.com.do/>
Succión Digital y Succión Labial



4.10 TRAUMATISMOS

Los traumatismos dentales en la etapa preescolar se vinculan al desarrollo propio de la edad que presenta el niño. La razón por la que el mayor número de traumatismos en la dentición temporal suelen ocurrir durante los primeros tres años de vida se debe a que durante este periodo el niño pasa de un estado de dependencia total de movimientos a una relativa situación de estabilidad, al aprender a caminar y al apartarse de la madre.

Esta etapa del desarrollo puede acarrear el peligro de una lesión accidental, ya que los niños aún no controlan perfectamente sus movimientos. Por lo general se presentan en niños menores de cinco años (aunque puede ser a cualquier edad) por causas accidentales, como caídas del tobogán o de la cuna, o golpearse en los dientes contra el piso o alguna mesa.

Los accidentes en automóvil y, desgraciadamente, el maltrato infantil, el cual se ha llegado a considerar una enfermedad social pediátrica, son otras causas de las lesiones en la infancia; así como el labio superior corto incompetente, respiración bucal o protrusión de los incisivos.

Hasta los dos años de edad, las lesiones más frecuentes en dientes temporales son las luxaciones con desplazamiento de dientes dentro del hueso alveolar.²⁶

- **CONCUSIÓN Y SUBLUXACIÓN**

La concusión es una lesión del diente del ligamento sin desplazamiento ni movilidad del diente. La subluxación tiene lugar cuando el diente se mueve pero no se ha desplazado, ambas implican un daño menor en el ligamento periodontal. Estos dientes se caracterizan por ser sensibles a la percusión, así como por sufrir hemorragia y edema dentro del ligamento, si bien el sangrado gingival y la movilidad solo se producen cuando los dientes se han subluxado (fig. 15 y 16).

En cuanto al tratamiento se recomienda la toma de radiografías periapicales como valor inicial de referencia, dieta blanda durante una semana, se les explica a los padres que puede haber posibles secuelas como la necrosis pulpar y por último se le da seguimiento individualizado.²⁷

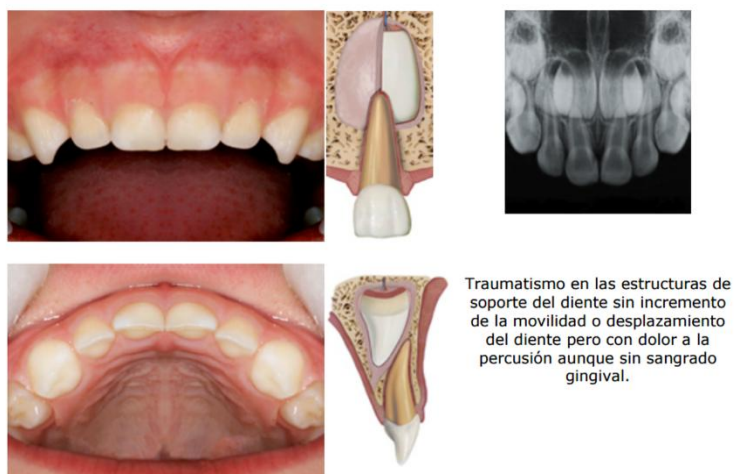


Fig. 15 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Concusión

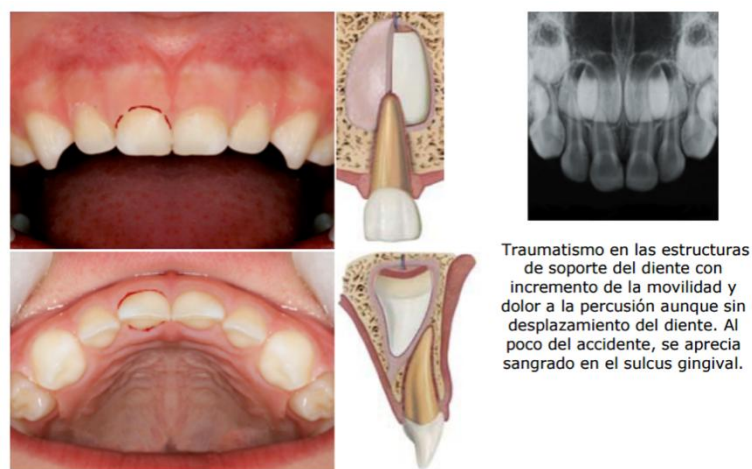


Fig. 16 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Subluxación

- **LUXACIÓN INTRUSIVA**

Las lesiones intrusivas son las lesiones más comunes en los incisivos temporales superiores. Los incisivos recién erupcionados suelen recibir la fuerza completa de cualquier caída de un niño que está aprendiendo a andar. Suele haber un desplazamiento de palatino y superior de la corona, lo que significa que el ápice del diente se expulsa fuera del folículo permanente (fig. 17)

El tratamiento de esta lesión consiste en explorar de manera clínica de la siguiente manera:

- ✓ Si la corona es visible y solo hay daño alveolar menor, dejar que el diente reerupcione.
- ✓ Si todo el diente se ha intruído será necesario realizar la extracción.²⁷



Desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar en el fondo del alveolo dentario. Este traumatismo se acompaña de explosión o fractura de la cavidad alveolar.

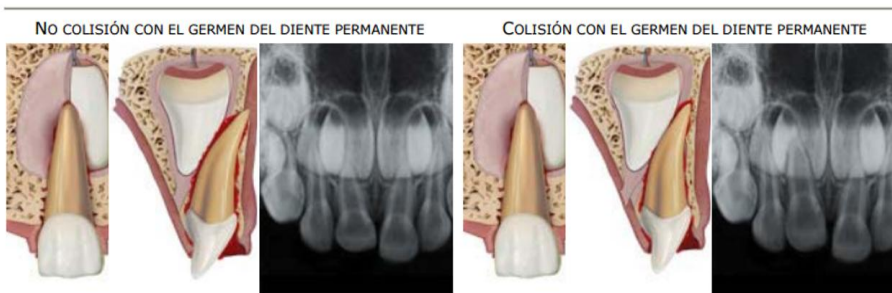


Fig. 17 Imagen propiedad de: <http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Luxación Intrusiva

- **LUXACIÓN EXTRUSIVA**

En la luxación extrusiva, el diente es dislocado parcial y axialmente hacia fuera del alveolo, presentando movilidad y sangrado del surco gingival. El tratamiento en dientes primarios va a depender del grado de severidad de la luxación extrusiva, del desarrollo radicular del diente y del tiempo transcurrido entre el traumatismo y la atención odontológica (fig. 18).

En las extrusiones más severas, cuando el diente primario afectado está próximo a su exfoliación o está completamente formado, la exodoncia es el tratamiento de elección. Cuando ese no es el caso, la mayoría de los autores señalan que el tratamiento consiste en la reposición del diente afectado seguido de ferulización. Cuando haya una extrusión leve, el diente puede ser reposicionado delicadamente en su alveolo con maniobra bidigital y con el uso de anestesia local.²⁸



Fig. 18 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Luxación Extrusiva



- **LUXACIÓN LATERAL**

Desplazamiento del diente en otro plano diferente al axial. El desplazamiento se acompaña de fractura de la sección vestibular o de la sección palatina/lingual del hueso alveolar.

La luxación palatina de los incisivos maxilares puede dar como consecuencia una interferencia oclusal que se expresa por un contacto prematuro con los dientes antagonistas.

Las luxaciones laterales al igual que las extrusiones, se caracterizan por una separación total o parcial del ligamento periodontal. Sin embargo, las luxaciones laterales se ven complicadas por la fractura ósea alveolar y por la presencia de una zona de compresión a nivel cervical y, muchas veces, del área apical. Si se han fracturado ambos lados del alveolo, el traumatismo debe ser clasificado como una fractura alveolar (las fracturas alveolares raramente afectan un solo diente). En muchos de los casos de luxación lateral, el ápice del diente ha sido forzado hacia el hueso alveolar debido al desplazamiento y, en estos casos, el diente suele presentar inmovilidad (fig. 19).

Existen diferentes alternativas de tratamiento, las cuales son:

- ✓ **Reposición espontánea**

Si no existe interferencia oclusal se debe dejar que el diente se reposicione de manera espontánea.

- ✓ **Reposición**

Cuando existe interferencia oclusal se debe proceder a la reposición del diente para lo que se usará una ligera presión labial y palatal, combinadas. Para realizar esta maniobra se debe anestésiar previamente con anestesia local.

✓ **Extracción**

Para dientes con un desplazamiento severo hacia vestibular, la extracción es el tratamiento de elección. En estos casos, la extracción se indica debido a la existencia de colisión entre la raíz del diente temporal y el germen del diente permanente.

✓ **Pulido suave**

En casos con interferencia oclusal leve, está indicado realizar un ajuste oclusal por tallado selectivo poco agresivo (suave).²⁸



Desplazamiento del diente en otro plano diferente al axial. El desplazamiento se acompaña de fractura de la sección vestibular o de la sección palatina/lingual del hueso alveolar.



Fig. 19 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Luxación Lateral

• **AVULSIÓN**

El diente está completamente fuera del alveolo. Clínicamente, la cavidad alveolar está vacía o rellena por un coágulo.

Dentro del tratamiento, cabe mencionar que no está recomendada la inserción de los dientes temporales avulsionados. En el examen inicial es importante hacer el recuento de todos los dientes avulsionados. Si no se hace, es altamente recomendable realizar un examen radiográfico para asegurar que el caso de los dientes perdidos no sea un caso de intrusión completa o de fractura radicular con pérdida del fragmento coronal.

Si no se ha encontrado los dientes avulsionados, debe referirse el paciente a un servicio de pediatría para que se pueda descartar una aspiración del diente. Así mismo se recomienda dieta blanda por lo menos durante una semana y que exista una buena higiene oral para el proceso de reparación después del traumatismo (fig. 20).²⁸



Fig. 20 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Avulsión

- **FRACTURA DE ESMALTE**

Fractura limitada al esmalte con pérdida de estructura dental, clínicamente se observa como una pérdida visible del esmalte sin exposición de la dentina, él o los dientes que se encuentran afectados no presentan síntomas de sensibilidad y si existe sensibilidad es necesario evaluar el diente para descartar una posible luxación o fractura radicular.

El tratamiento para este tipo de fractura es suavizar los ángulos filosos o si es necesario una restauración con resina composite dependiendo de la extensión y localización de la fractura. En pacientes que presenten heridas en labios y mejillas es recomendable la búsqueda de fragmentos dentarios o de material extraño (fig. 21).²⁸

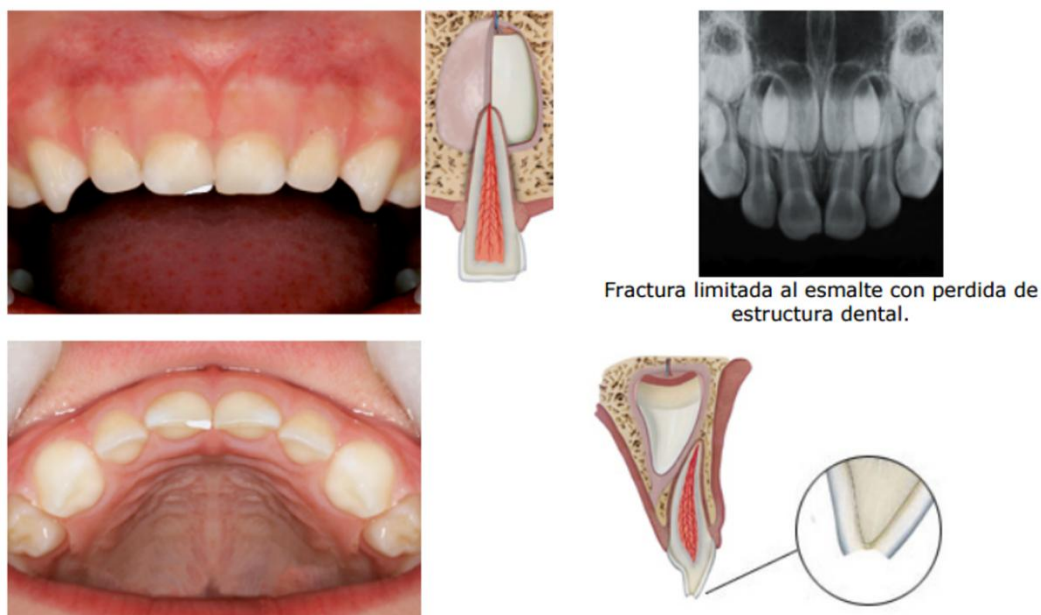
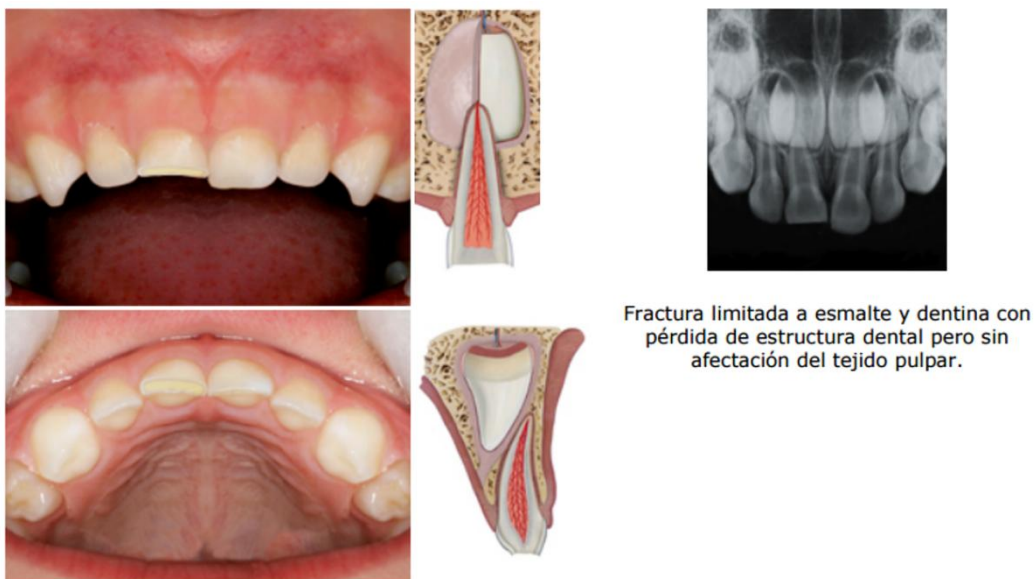


Fig. 21 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Fractura del Esmalte

- **FRACTURA AMELODENTINARIA**

Fractura limitada a esmalte y dentina con pérdida de estructura dental pero sin afectación del tejido pulpar. Clínicamente se puede apreciar una pérdida de esmalte y dentina, que no presenta sensibilidad.

En cuanto al tratamiento es necesario pulir los bordes afilados de la fractura. Si es posible, el diente ha de ser restaurado con ionómero de vidrio o resina composite dependiendo de la extensión y localización de la fractura. Es necesario llevar un control clínico de tres a cuatro semanas (fig. 22).²⁸



Fractura limitada a esmalte y dentina con pérdida de estructura dental pero sin afectación del tejido pulpar.

Fig. 22 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Fractura Amelodentinaria



- **FRACTURAS CORONORRADICULARES COMPLICADAS**

En la mayoría de las ocasiones, las fracturas de los dientes temporales afectan la pulpa y se extienden bajo el margen gingival, y es frecuente que aparezcan múltiples fracturas en dientes individuales. En estos casos, no es posible restaurar adecuadamente el diente, por lo que habrá que extraerlo. Suele suceder que la fractura no se hace evidente de inmediato, sino que el niño se presenta varios días después del traumatismo con un pólipo pulpar que separa los fragmentos. Tal respuesta proliferativa es un mecanismo protector y no es doloroso.

En cuanto al tratamiento se mencionaran alguno a continuación

- ✓ La mayoría de las molestias proceden del movimiento de las piezas fracturas de esmalte sujetas por la encía o el ligamento periodontal y en los tratamientos de emergencia, debe retirarse estos fragmentos sueltos del diente.
- ✓ Lo que queda del diente puede extraerse cuando resulte más conveniente y podría requerir el uso de anestésico local.
- ✓ Cuando, tras una fractura, permanece un trozo de raíz en el alveolo, puede dejarse in situ con seguridad ya que se reabsorberá a medida que el diente permanente erupcione. En estas situaciones, se precia mantener a los padres adecuadamente informados.²⁸

- **FRACTURAS RADICULARES**

Como se ha dicho anteriormente, cuando los niños se fracturan los incisivos temporales, suele haber una fractura del complejo coronorradicular que se extiende bajo el margen gingival, en cuyo caso está indicada la extracción. Las fracturas radiculares aisladas no son frecuentes y su tratamiento no es necesario en los incisivos temporales. Si durante una revisión regular la pulpa

muestra signos de necrosis, con excesiva movilidad o formación sinusal, debe extraerse la parte coronal. Los fragmentos apicales de la raíz se eliminan en todos los casos por reabsorción conforme erupciona el diente permanente (fig. 23).²⁸

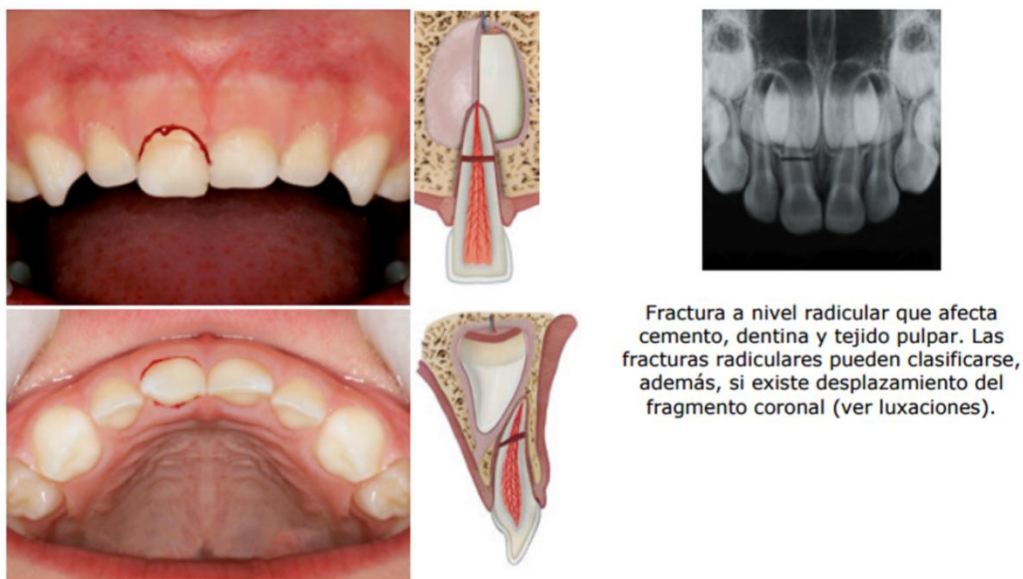


Fig. 23 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Fractura Radicular

- **FRACTURA DENTOALVEOLAR**

Se produce con más frecuencia en la mandíbula con los dientes anteriores desplazados hacia delante con la tabla vestibular. Para mantener el contorno alveolar es conveniente recolocar los dientes con el hueso, lo que se consigue mediante la sutura nailon grueso (2-0) que se pasa a través de las tablas vestibular y lingual del hueso. Los dientes excesivamente móviles se deben extraer con cuidado del alveolo conservando la tabla vestibular que es reposicionada y suturada (fig. 24).²⁸

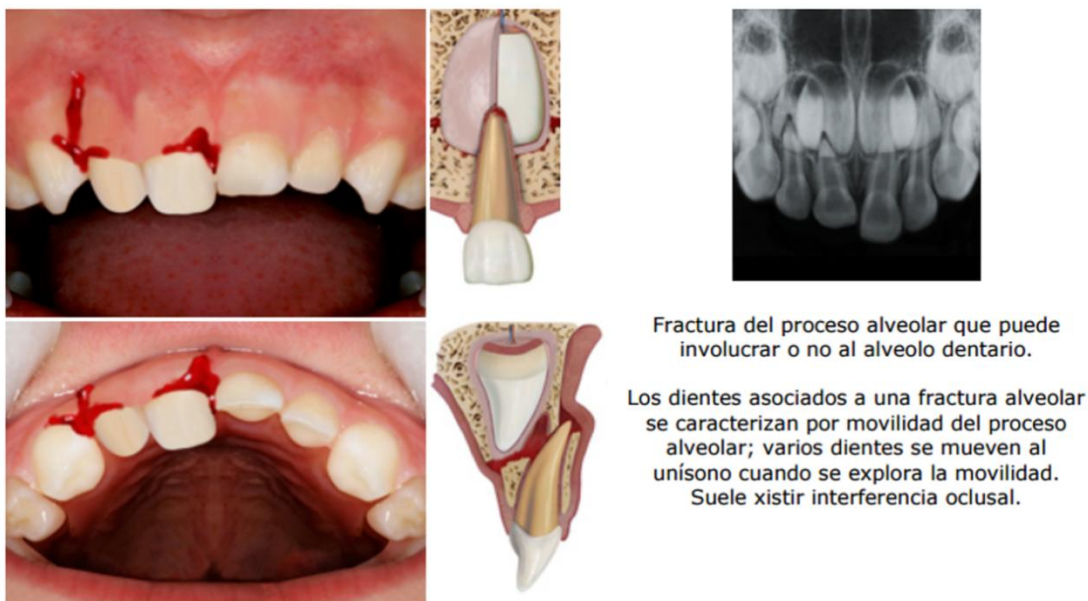


Fig. 24 Imagen propiedad de:
<http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
Fractura Dentoalveolar

4.10.1 SECUELA DE LOS TRAUMATISMOS EN DIENTES TEMPORALES.

Los padres deben conocer de mano del especialista las secuelas de los incisivos temporales luxados o avulsionados y, aunque pueda resultar difícil predecir exactamente el pronóstico en los dientes permanentes, los padres agradecen el tener alguna idea sobre los posibles resultados. En los casos que se han seguido, hasta el 25% de los niños ha terminado padeciendo algún tipo de alteración del desarrollo del diente permanente.

Los daños en la dentición permanente ocurren con más frecuencia con luxaciones intrusivas y avulsiones en niños muy pequeños. Es muy importante advertir a los padres de los posibles problemas con los dientes permanentes, y también asegurarles que los defectos menores se reparan con facilidad gracias a los materiales restauradores modernos.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Las secuelas en la dentición permanente dependen de:

- ✓ La dirección y desplazamiento del ápice radicular temporal.
- ✓ El grado del daño alveolar.
- ✓ El estadio de formación del diente permanente.²⁷

4.10.2 POSIBLES DAÑOS EN DIENTES TEMPORALES

- ✓ Necrosis de la pulpa del diente con decoloración grisácea y posible formación de absceso.
- ✓ Reabsorción interna del diente temporal.
- ✓ Anquilosis del diente temporal: por lo general, los dientes temporales intruidos no conseguirán erupcionar completamente, pero se exfoliarán de una forma normal. En casos excepcionales, puede precisarse la extracción justo antes de que erupcione el incisivo permanente.
- ✓ Hipoplasia o hipomineralización de dientes sucedáneos.
- ✓ La dislaceración de la corona o la raíz varía según el estadio de desarrollo.
- ✓ Reabsorción del germen del diente permanente.²⁷



4.11 CARIES TEMPRANA

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como *la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad.* Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa.

En aquellos niños de tres a cinco años de edad, la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas, ausentes en dientes primarios anteriores superiores, o con un índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa.²⁹

La CIT puede ser una forma de caries, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición (fig. 25).³⁰



Fig. 25 Imagen propiedad de: www.odontopediatria.org
Caries Temprana de la Infancia

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Hace años se le conocía como caries de biberón, ya que se le asociaba a la utilización de éste; sin embargo, se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos. Además, se sabe que también la alimentación a libre demanda del seno materno y la utilización de tazas entrenadoras y de chupones endulzados pueden causar esta caries.

La alimentación al seno materno, por sí sola, no genera CIT, pero cuando se combina con la ingesta de otros carbohidratos se ha encontrado que es altamente cariogénica.

La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero, a la secuencia de erupción de los dientes (Fig. 26), por esto afecta principalmente a los dientes anteriores superiores; y el segundo, a la posición de la lengua durante la alimentación, la cual protege a los dientes inferiores de los líquidos durante la alimentación, por lo que generalmente estos dientes no están afectados.

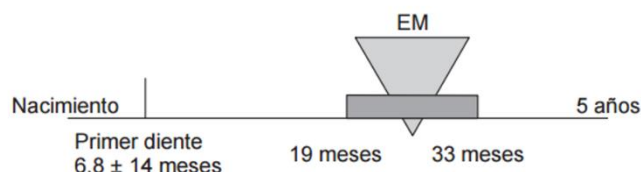


Fig. 26 Imagen propiedad de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>
Ventana de infectividad de para *Streptococo mutans*

Depende del tiempo activo del proceso, los primeros molares primarios generalmente están involucrados, seguidos de los segundos molares y los caninos y, en casos severos, inclusive los dientes inferiores.

El riesgo de este tipo de caries también puede ser determinado por defectos del desarrollo del esmalte preexistentes llamados hipoplasias. Diversos estudios han demostrado que las hipoplasias predisponen al diente a la colonización temprana



del patógeno causante de la caries dental: el *Streptococomutans*. Estas hipoplasias del esmalte son comunes en los niños con bajo peso al nacer o con enfermedades sistémicas durante el periodo neonatal. Hay evidencia considerable de que la malnutrición durante el periodo perinatal causa hipoplasias y existe una asociación consistente entre las hipoplasias clínicas y la caries de la infancia temprana.³¹

4.11.1 PATOGÉNESIS DE LA CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, la cual requiere que estén presentes al mismo tiempo los siguientes factores, para que la enfermedad se desarrolle (fig. 27):^{32,33}

- 1) Un hospedero susceptible (diente).
- 2) La flora bucal cariogénica (microorganismos).
- 3) Sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta.
- 4) Tiempo.

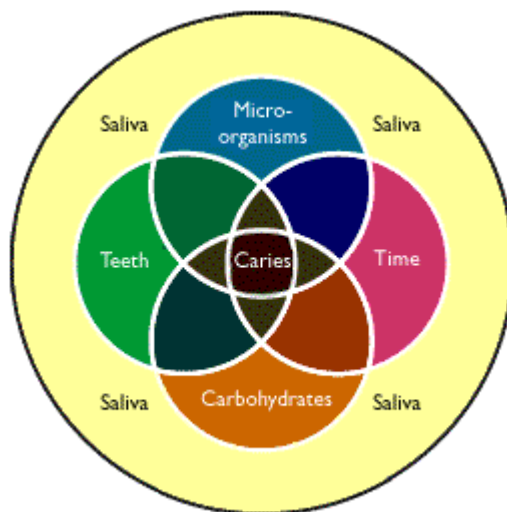


Fig. 27 Imagen propiedad de: lexicon.dansukker.com



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Cuando una superficie susceptible del diente es colonizada por bacterias cariogénicas y está presente una fuente sacarosa, éstas producen ácido láctico a partir de la fermentación de los carbohidratos, lo que provoca una disolución de los cristales de hidroxiapatita del esmalte del diente ocasionando la caries dental.^{31, 32}

La caries dental también se considera una enfermedad transmisible, aunque no en el sentido tradicional. Las bacterias responsables de la enfermedad, junto con otras bacterias autóctonas, generalmente son transmitidas verticalmente de la madre al niño, a comparación de otras enfermedades de la infancia, las cuales se transmiten horizontalmente de personas infectadas a personas no infectadas. Por lo tanto, las medidas para prevenir y controlar su esparcimiento y potencial patogénico, son limitadas y distintas.³³



4.12 MEDIDAS PREVENTIVAS

4.12.1 PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

En general, la prevención, regresión o, al menos, una disminución de la progresión de la caries dental se consigue con la alteración de uno o más factores de los antes mencionados.

4.12.1.1 MODIFICACIÓN DE LA DIETA

Puede que la dieta sea el factor aislado de mayor importancia en riesgo de caries. Puede que algunos hábitos dietéticos hayan cambiado pero el consumo global de azúcar no ha variado y debe tenerse en cuenta que multitud de alimentos, si bien no se consideran específicamente cariogénicos, contiene azúcares ocultos o carbohidratos fermentables. La modificación de los hábitos dietéticos resulta realmente difícil, por lo que las recomendaciones deben ser individuales, prácticas y realistas (fig. 28).²⁷

- La frecuencia de la ingesta tiene más importancia que la cantidad total ingerida.
- Se desaconseja “picotear” entre comidas.
- Se debe evitar el consumo frecuente de bebidas dulces (lo que incluye zumos de frutas y bebidas deportivas), ya que no solo son cariogénicas sino también excesivamente erosivas y calóricas.
- Los dulces son recompensas habituales, pero deben limitarse a las horas de las comidas.
- Muchos alimentos que incluyen en la etiqueta “sin azúcares añadidos” contienen niveles elevados de azúcares naturales.
- Las recomendaciones dietéticas no deberían ser totalmente negativas, sino que también se pueden incluir alternativas positivas.

- La masticación de chicles sin azúcar de pH neutro aumenta el flujo salival y coadyuva a remineralizar y a prevenir la desmineralización.
- Puede que el mejor de los consejos dietéticos sea “dar a los dientes un respiro”, al menos, dos horas entre las comidas y los tentempiés.



Fig. 28 Imagen propiedad de: elianaramirez09.blogspot.com

4.12.1 ELIMINACIÓN MECÁNICA DE RESTOS ALIMENTICIOS Y PLACA DENTAL.

El lactante, aun antes de que erupcionen los dientes, es necesario eliminar los restos después de cada toma o, al menos, una vez por día. Se utiliza una gasa, seca o húmeda, que se pasará suavemente por las mucosas (fig. 29).

Cuando los dientes comienzan a erupcionar los padres utilizarán un cepillo muy suave y adecuado a esta edad. Limpiarán dos veces por día; por la mañana y por la noche antes de dormir, únicamente con agua. Hay que tener especial cuidado en el cepillado por la noche, ya que durante el sueño los mecanismos de autoclisis disminuyen mucho y el riesgo de caries aumenta.

El cepillado se hará sin dentífrico para disminuir el riesgo de ingesta excesiva de flúor.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Dado que entre los 3 y 5 años es la edad cuando el niño se incorpora rutinariamente a las técnicas de mantenimiento a la salud bucal, por lo cual para eliminar la placa dental, los padres y los niños deben recordar: ²

- Comenzar el cepillado siempre por el mismo lado y realizar el mismo recorrido por las arcadas.
- Limpiar todas las superficies dentarias: internas, externas y masticatorias.
- Cepillar la lengua y los carrillos suavemente.
- Enjuagarse para eliminar los restos.



Fig. 29 Imagen propiedad de: mujeractual.pe
Limpieza bucal con gasa

4.12.1.3 SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS (SF).

Los selladores de fosas y fisuras (SF) constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales.

En efecto, los SF tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



Debido a la alta prevalencia de lesiones oclusales y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los SF son doblemente importantes. Hasta la fecha hay 4 generaciones de selladores de fisuras basados en resina.³⁴

- La 1ª generación son los polimerizables con luz ultravioleta, que ya no se fabrican.
- La 2ª los autopolimerizables.
- La 3ª los fotopolimerizables con luz visible.
- La 4ª y más reciente, los fotopolimerizables con luz visible a los que se ha añadido flúor.

Hoy en día no parece haber diferencias de efectividad clínica (ni retención, ni reducción de caries) entre las 3 generaciones que están en el mercado. Además, existen selladores de fisuras basados en vidrio ionómero. En éstos la retención es menor, comparados con los selladores de resina, pero permiten una reducción de caries similar a los anteriores, debido a su liberación de flúor.

No se recomiendan en los casos de molares parcialmente erupcionados, en los que parte del sistema de fisuras se encuentra cubierto por mucosa ya que no es posible realizar el aislamiento necesario para aplicar los selladores de resina.³⁵

4.12.1.4 FLUORUROS

Los fluoruros son compuestos químicos que se encuentran en forma natural y en bajas concentraciones en los alimentos y el agua de consumo humano.

Los fluoruros como el de sodio, potasio, estaño o monoflúor fosfato; son compuestos que fortalecen el esmalte de los dientes y los hacen más resistentes al ataque del ácido que producen las bacterias, por lo que son ampliamente utilizados por los dentistas en la prevención de esta enfermedad.



VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE FLUORUROS

- Ingerido (tomado)
- Tópico (aplicado sobre el diente)

FLUORURO INGERIDO

En nuestro país se agrega a la sal de mesa yodo y fluoruro, ya que con la adición de este último se ha comprobado la reducción de la caries dental hasta un 60%. Se utilizó la sal por ser un condimento de uso diario, económico y que consume toda la población.

De tal forma que el fluoruro que se toma con el consumo acostumbrado de sal fortalece los dientes que se están formando dentro de los maxilares en los niños de 1 a 12 años de edad y posteriormente el consumo rutinario de ésta los protege de manera permanente. No se debe aumentar el consumo de sal ya que no proporciona mayor beneficio a los dientes y puede ocasionar otras enfermedades.

“No se debe ingerir ningún tipo de fluoruro como gotas o tabletas entre otros, para evitar posibles daños a la salud.”

***NOTA:** En los estados de Aguascalientes, Baja California, Durango, Guanajuato y Zacatecas NO SE DEBE CONSUMIR sal en cuyo envase se especifique que es sal fluorurada, ya que el agua de consumo humano contiene grandes cantidades de fluoruro y el aumento de ingestión de este compuesto ocasiona moteado (manchas) en los dientes, entre otros problemas. Asimismo otras doce entidades federativas están excluidas de manera parcial.



FLUORURO TÓPICO

APLICACIÓN PROFESIONAL

Es realizada por el dentista en el consultorio, para lo cual utiliza fluoruros de alta concentración.

AUTOAPLICACIÓN SUPERVISADA

En las escuelas los niños realizan enjuagues bucales quincenales con la solución de fluoruro de sodio al 0.2% proporcionada por el profesor; el cual supervisa esta actividad. Este programa se lleva a cabo a nivel nacional supervisado y controlado por la Secretaría de Salud.

Existen otras formas de autoaplicación de fluoruros, entre los que se cuentan las pastas dentales que contribuyen a la prevención de la caries dental (por si solos no son la solución al problema). Se debe tener cuidado de no ingerir la pasta dental con fluoruro sobre todo en niños pequeños.³⁶



5. CONCLUSIONES

La poca importancia que la población general le proporciona a la salud oral durante la primera infancia es reflejada en niños en la edad preescolar ya que la higiene bucal es un hábito que debiera aprenderse tempranamente, por tal motivo es importante que los pediatras y los padres de familia conozcan las recomendaciones sobre salud bucal para establecer una rutina.

La higiene bucal debe comenzar desde la gestación, cuando la madre va a sus citas con el ginecólogo y el cirujano dentista para cerciorarse de tener una salud bucal óptima.

Cada etapa del desarrollo del niño tiene una manera de higiene bucal diferente, para lo cual es necesario asesorarse por el odontopediatra para efectuarlo de una manera correcta.

Es conveniente que el padre o la madre mantengan la boca en muy buen estado. De esta manera, si se cuida, lo mejor que se le puede enseñar a los hijos de forma respetuosa es a través del ejemplo. Si el niño observa a los padres cepillarse sus dientes y atender su boca desde el nacimiento no será ningún trauma este hábito y lo verá como algo normal. Introducirles el hábito a través del ejemplo.

Para que los bebés preescolares tengan unos dientes sanos y prevenir la necesidad de realizar intervenciones bucales clínicas, es necesario lograr una correcta rutina de higiene bucal. Para ello, es de suma importancia informar a los padres como pueden ayudar a mejorar la salud bucal de sus hijos y así ellos fomenten dichos hábitos de cepillado diario y faciliten unos sencillos consejos para conseguir que los más pequeños logren una buena salud bucodental.



"GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR".



Algunos consejos útiles para lograr una correcta salud bucal desde la primera infancia son:

- Fomentar la lactancia materna hasta el sexto mes de vida.
- Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, es necesario llevar a cabo la higiene bucal antes de acostarlo.
- El biberón deberá utilizarse como vehículo para la fórmula artificial, no agregando ningún tipo de azúcar o endulzante, así mismo se recomienda evitar el biberón nocturno después de la erupción de los primeros dientes. Cabe señalar que el biberón deberá abandonarse de manera progresiva a partir de los doce meses y definitivamente cuando erupcionen los molares. Por otro lado en cuanto al chupón, éste deberá ser anatómico y retirarlo al igual que el biberón de manera progresiva a partir de los doce meses y en forma definitiva a los dos años.
- Cepillarse los dientes en presencia de los hijos, ya que los padres son modelos básicos en conductas, por lo que es importante darles ejemplo y crear juntos la rutina.
- Incentivar, elogiar y prestar atención a los niños durante el cepillado, además de ser una buena manera de supervisar su correcta realización, convierte el cepillado en una tarea divertida.
- Cepillar los dientes después de cada comida, especialmente después de desayunar y al acostarse, ya que son los momentos en los que más bacterias se alojan en la boca.
- Cepillarse los dientes durante 2 minutos. Un método popular para animar a los más pequeños es poner un reloj para controlar el tiempo del cepillado.
- Eliminar de la dieta alimentos demasiado azucarados, dado que el azúcar deteriora el esmalte y provoca caries dentales.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



- Visitar al dentista regularmente ayudará a mantener sus dientes sanos. Es recomendable acudir al dentista al menos dos veces al año.

Siguiendo estos consejos, los más pequeños podrán tener una sonrisa saludable para toda la vida. Es importante que los padres hagan que sus hijos tomen conciencia de la importancia de tener una boca sana para que, cuando crezcan, mantengan la rutina y así prevenir problemas graves de salud bucodental.



6. REFERENCIAS

1. Palma C. Embarazo y salud oral. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA (Madrid) Vol. 17. N.º 1, 2009.
2. Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 2ª Edición, Madrid: Ripano, 2014.
3. Ventiades J, Tattum BK; “Patología oral del recién nacido”. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, Rev. bol. ped. v.45 n.2 La Paz abr. 2006
4. Santos PD, et al. Caracterización de la succión en el lactante según la rehabilitación neuro-oclusal. Rev Cubana Estomatol [online]. 2010, vol.47, n.3 [citado 2015-09-06], pp. 315-325.
5. Merino E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta Odontológica Venezolana. 2003. VOLUMEN 41 N° 2.
6. Bordoni N, Escobar RA, Castillo MR. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. 1ª Edición. Ed. Panamericana. 2010.
7. Biondi AM; Cortese, Silvina Gabriela. “Odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada”. Buenos Aires. 1ª Edición. Alfaomega Grupo Editor Argentino. 2010
8. Morgado SD, García HA. “Cronología y variabilidad de la erupción dental”. MEDICIEGO 2011; 17 (Supl.2).
9. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, et al. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª Ed. Madrid: Ripano Editorial Médica; 2010.
10. Tallon V, Artells R, Navarro A, Carvalho P, Belmonte AM, Serra I, Monzó M, Manzanares MC. Trastornos genéticos asociados a las alteraciones del número de los dientes. Estado de la cuestión. Denum. 2004; 4(3): 88-94.
11. Huber KL, Suri L, Taneja P. Eruption disturbances of the maxillary incisors: a literature review. J ClinPediatrDent. 2008 Spring; 32(3):221-30.
12. Low WD, Ng CK, Chen D, Fung SH. Eruption of the deciduous dentition in Chinese children in Hong Kong. Z Morph Anthropol. 1973; 65; 129-42.
13. Martín Moreno V, Molina Cabrerizo MR, Gómez Gómez. Duración de la lactancia materna, erupción de los primeros dientes temporales y desarrollo antropométrico alcanzado a los dos años de vida. NutrHosp. 2006; 21(3): 362-8.
14. Lumbau A, Sale S, Chessa G. Ages of eruption: study on a sample of 204 Italian children aged 6 to 24 months. Eur J Paediatr Dent. 2008 Jun; 9(2):76-80.
15. Lehi G, Kaur L, Chandigarh A. Supernumerary teeth in the primary dentition: a report of two cases. J Indian Soc Pedo PrevDent. 2002 March; 20(1): 21-2.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.



16. Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría (Internet). 2009 (citado 06 Sep 2015). Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
17. Leung AKC, Robson WLM. Natal teeth: a review. J Nat Med Assoc. 2006 Feb; 98(2): 226-228.
18. Adekoya-Sofowora CA. Natal and neonatal teeth: a review. The Nigerian Postgraduate Medical J. 2008 March; 15(1):38-41.
19. Miegimolle M, Planells P, Barbería E. Atención temprana en la infancia: dientes natales y neonatales. Odontol Pediatr. 2002; 10(1): 31-4.
20. Seminario AL, Ivancaková R. Natal and neonatal teeth. Acta Medica. 2004; 47(4): 229-33.
21. Rodríguez Boggie DO. El desarrollo del niño/a de 0 a 5 años. <http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?id_articulo=176> [consulta: 09 septiembre 2015].
22. Salud infantil. Etapas del desarrollo. <<http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/desarrollo-infantil/etapas-del-desarrollo.php>>[consulta: 09 septiembre 2015].
23. Lozano L. (24 de Mayo de 2012). Recuperado de: http://desarrollodelaninez.blogspot.mx/2012/05/etapas-del-desarrollo-segun-las-teorias_24.html.
24. Agurto V. Pamela, Díaz M. Rodrigo, Cádiz D. Olga, Bobenrieth K. Fernando. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 1999 Nov [citado 2015 Sep 22] ; 70(6): 470-482. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041061999000600004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000600004>.
25. Murrieta J, Allendelagua Bello Reyna Isabel, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2015 Sep 22]; 68(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es.
26. De La Fuente J, Sifuentes M, Nieto M. Promoción y educación para la salud en Odontología. Mexico: El Manual Moderno. 2014
27. Cameron C. Angus., Widmer P. Richard., Editores. Manual de odontología pediátrica. Barcelona, España: Elsevier. 2010.



“GUÍA DE PREVENCIÓN Y CUIDADOS BUCALES DESDE EL NACIMIENTO A LA EDAD PREESCOLAR”.







28. <http://www.odontologiapediatrica.com/img/2011PROTRAUMATEMP.pdf>
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (suppl): 13.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 2006; 28 (suppl): 69-72.
31. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (suppl): 39-44.
32. Caufield PW, Griffen AL. Dental caries: An infectious and transmissible disease. *Pediatric Clinics of North America* 2000; 47(5): 1001-1019.
33. Clarkson BH. Introduction to cariology. *Dental Clinics of North America* 1999; 43(4): 569-578.
34. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: Acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006; 28(2): 106-109.
35. Barrancos M. *Operatoria dental-integración clínica*. Editorial Médica Panamericana, cuarta edición, 2006; 1603.
36. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf



Los traumatismos dentales en esta etapa, se vinculan al desarrollo propio de la edad que presenta el niño. La razón por la que el mayor número de traumatismos en la dentición temporal suelen ocurrir durante los primeros años de vida se debe a que durante este periodo el niño pasa de un estado de dependencia total de movimientos a una relativa situación de estabilidad, al aprender a caminar y al apartarse de la madre.

En caso de un traumatismo es importante:

-  Buscar el diente y tomarlo por la parte de la corona, evitando tocar la raíz.
-  Si está sucio, enjuagarlo con agua durante 10 segundos.
-  Colocar el diente de nuevo en su sitio y mantenerlo mordiendo una servilleta o un pañuelo.
-  Si no se pudiera recolocar el diente, transportarlo en un medio húmedo, como un recipiente que contenga leche, suero, o en la boca del mismo niño.

Acudir inmediatamente al Dentista



RECOMENDACIONES

- ~ Una correcta higiene oral disminuye el riesgo de caries.
- ~ Los padres deben ser ejemplo y modelo a seguir en higiene oral y dieta.
- ~ El adulto debe colocar la pasta de dientes y supervisar el cepillado.
- ~ Se colocará en el cepillo la cantidad equivalente a un grano de arroz o chicharo.
- ~ Recuerde que debe visitar a su dentista 2 veces al año.



¿Cómo cuidar los dientes de mí hijo?



Mario Alberto Reyes Martínez

México D.F. Noviembre 2015

UNAM





¿Por qué son importantes los dientes temporales de su hijo?

La caries dental puede desarrollarse tan pronto como aparece el primer diente. Es importante que cuide los dientes temporales de su hijo porque marcan la posición para los dientes definitivos. Si los dientes temporales se caen demasiado temprano, los dientes restantes pueden moverse y no dejar lugar para que erupcionen los dientes definitivos. La caries dental en los dientes temporales puede ser dolorosa y causar problemas de salud como infecciones.



“Haz que el cepillado dental sea divertido”



HIGIENE

Es de suma importancia mantener saludable la boca de los niños. Desde el momento del nacimiento es fundamental prestar atención a los cuidados básicos de sus dientes.

Por lo tanto, se deben introducir hábitos de higiene oral en una fase temprana.

Desde que salen los primeros dientes, es conveniente limpiarlos con una gasa húmeda después de cada toma.



CEPILLADO DENTAL

1. Se empezará limpiando la superficie masticatoria de las muelas con movimientos de atrás hacia delante.
2. Para limpiar la superficie externa e interna del diente se colocará el cepillo en un ángulo de 45° en dirección con la línea de las encías. Se harán movimientos suaves y breves de vaivén, desde la encía hacia el resto del diente. Se repetirá en dientes posteriores y anteriores, así como superiores e inferiores.
3. Por último, hay que terminar cepillando la lengua.



Es necesario 2 minutos, 3 veces al día y recuerde que es muy importante el cepillado antes de dormir

DIETA

No abusar de alimentos ricos en azúcar (refrescos, jugos, dulces, etc.) procurando limitar su consumo y evitar usarlos como premio y entre comidas.

La consistencia de los alimentos debe ser sólida fomentando la masticación.



CONSEJO: No comer entre horas, de ser así los niños deberán cepillarse los dientes y encías después de cada comida.