



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GUÍA DE CUIDADOS DENTALES DIRIGIDO A PADRES
PRIMERIZOS.

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:

Rogelio Isaac Guarneros Garnica

TUTORA: Mtra. María Patricia De La Asunción Henonín Palacio



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.



A mi madre

Te agradezco infinitamente todo Norma Guarneros, lo que haces por mí, a ti te debo todo en la vida, por ayudarme en los momentos más difíciles por nunca dejarme solo eres y siempre serás una fuente de inspiración. Me has dado la fuerza necesaria para enfrentar todos los problemas de la vida y gracias a tu educación y apoyo soy lo que soy ahora, estoy agradecido con la vida de que me deje compartir esto juntos ya que fue un trabajo de ambos, te amo y siempre te amaré.

A mi abuela

Esta dedicación es muy especial porque ya no estás aquí conmigo Marita pero yo sé que donde te encuentres en estos momentos no me dejarás solo nunca, este logro no lo hubiera conseguido sin tus cuidados tu ayuda tus consejos y por estar conmigo todos los días, toda mi vida estaré eternamente agradecido y ya llegará el día en el que pueda darte las gracias en persona, te amo y te amaré eternamente abuelita.

A mi abuelo

Gracias Andrés por el apoyo incondicional a lo largo de mi vida, preocuparte por mí como si fuera un niño y darme todos los consejos que la vida te puede dar, sin ti esto tampoco sería posible Pa, agradezco que la vida me deje compartir este logro a tu lado.

A mi familia

A mis tías, mis primos, mi padrino por ser parte de mi vida y saber que siempre podré contar con ustedes, las enseñanzas que me aportaron durante este camino, Esto también es suyo.



A mis doctores

A mi tutora la Mtra. María Patricia de la Asunción Henonín Palacio por todo el tiempo dedicado, la enseñanza, tuve el honor de que fuera mi maestra en la licenciatura y mi tutora. Al doctor Justo Zapata, al doctor Roberto Quintero, a la doctora Eilen, a la doctora Conchita, a la doctora Miriam por la confianza que me dieron y ayudarme a ser mejor profesional y persona.

A mis amigos

Andreita, Almeida, Bruce, Cesar, David, Dian, Guillermo, Joss, Laura, a los Leandros, Mapel, Paquito, Parra, Rocio, Sharon y mi mejor amigo Napoleón Por hacer que cada momento pasado en la facultad haya sido una experiencia increíble.

A mi Facultad de Odontología

Por convertirse en mí casa a lo largo de estos años, En mis mejores recuerdos siempre serán en esas aulas y clínicas donde me la pase muy bien. Te extrañaré.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Gracias por haberme dejado ser parte de la máxima casa de estudios, Es un orgullo representar estos colores y todo lo que representa mi amada UNAM. Eres grande puma eres gloriosa universidad porque nunca nadie puede dejar de quererte y porque siempre por tu raza hablará el espíritu.

No sólo no hubiera sido nada sin ustedes, sino con toda gente que estuvo a mi alrededor desde el comienzo algunos siguen hasta hoy.

Gracias Totales.



ÍNDICE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	1
PARA OBTENER EL TÍTULO DE	1
ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	6
PROPÓSITO	8
OBJETIVO	8
MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 1 CONDICIONES ORALES MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO	11
1.1. Enfermedades bucales más frecuentes durante el embarazo.....	11
1.2 Cuidados en el primer trimestres del embarazo (1-12 semanas).....	14
1.3 Cuidados en el segundo trimestre del embarazo (13-24 semanas)..	15
1.4 Cuidados en el tercer trimestre del embarazo (25-40 semanas).....	17
CAPÍTULO 2 GUÍA DE CUIDADOS DENTALES PARA EL RECIÉN NACIDO	19
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Nacimiento.....	20
2.3. Lactancia materna.....	21
2.4. Utilización inadecuada del biberón.....	23
2.5. Higiene bucal del bebé.....	25
2.6. Desarrollo de la dentición primaria.....	27
2.7. Cronología del desarrollo bucal.....	29
CAPITULO 3. ALTERACIÓN DE LA ERUPCIÓN	31
3.1. Alteraciones en el número de dientes.....	31



3.1.1. Agenesia dental.....	31
3.1.2. Dientes natales y neonatales.....	33
3.1.3. Dientes supernumerarios.....	35
CAPÍTULO 4. PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN ESTA ETAPA.....	36
4.1. Caries dental.....	36
CAPÍTULO 5. MEDIDAS PREVENTIVAS.....	41
5.1. Prevencion de la caries dental.....	41
5.1.1. Fluoruros.....	44
5.1.2. Selladores de fosetas y fisuras.....	46
CAPÍTULO 6. HÁBITOS BUCALES MÁS FRECUENTES.....	48
6.1. Hábito de succión digital.....	49
6.2. Onicofagia.....	51
6.3. Hábito de respiración bucal.....	52
CONCLUSIONES.....	56
ANEXOS.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58



INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa en que la mujer se convierte en responsable de su cuerpo y de la salud del niño en gestación y donde se presentan cambios fisiológicos que puede afectar a su salud. Una mujer en este estado necesita a lo largo de este tiempo supervisión médica, prevención y ayuda física y emocional.

También conlleva una serie de cambios orgánicos, hormonales y de conducta que son los responsables de la modificación del cuerpo de la madre, pudiendo repercutir en la cavidad bucal. Razón suficiente, para que entre otros cuidados corporales, el de la boca ocupe un sitio de especial atención.

El cuidado dental de las embarazadas requiere de cierta atención, retrasándose ciertos procedimientos terapéuticos, de modo que coincidan con los períodos del embarazo dedicados a la maduración y no a la organogénesis. La aplicación de la odontología preventiva irá enfocada al cuidado pre y postnatal.

Es importante instruir a la madre sobre la importancia de los autocuidados relacionados con la higiene oral de su boca, proporcionándole conocimientos sobre cualquier alteración que surja y de las medidas que debe tomar en cuenta para evitar problemas en sus encías como la gingivitis y evitar con ello, que ésta se vea agravada por una reducción en los hábitos higiénicos.

Asimismo también es importante proporcionarle información en relación a sus posibles cambios en lo concerniente con sus hábitos dietéticos y el papel que éstos pueden tener en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las existentes e instruirle en cuanto a las medidas que pueden permitirle evitar esta situación. Por otra parte, es conveniente hacerle saber a la futura madre



que si consigue una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, repercutirá en un menor riesgo de caries de su hijo.

Por tal motivo, el objetivo de este trabajo es proporcionar una guía de lectura sencilla, que sirva de orientación a los futuros padres sobre todo a la embarazada para que conozca los principales aspectos sobre la relación de la prevención y el cuidado de su salud oral, tanto de ella como del niño en formación y posteriormente la del recién nacido así como las recomendaciones que debe tener en cuenta proporcionadas por su ginecólogo y odontólogo general, con respecto a los principales problemas de salud oral que se puedan presentar durante la etapa del embarazo, así como las medidas que deben tenerse en cuenta para que puedan ser evitadas o minimizadas y de las preguntas más frecuentes que suele hacer la embarazada, sobre este tema como son; el fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables; aplicando medidas preventivas específicas; detectar signos o síntomas indicativos de patología oral actual o futura; efectuar el tratamiento, al menos, de aquellos procesos que lo requieran y poder aclarar algunos mitos y dudas relacionados con este tipo de cuidados; y facilitar la información adecuada a los padres en cuanto a los cuidados orales de su futuro hijo.



PROPÓSITO

Generar conocimientos sobre educación bucal en las embarazadas y los recién nacidos hasta la edad preescolar sobre la importancia que tiene la prevención, de los cuidados dentales y la higiene bucal que deben vigilar por medio de una guía con el fin de mantener una cultura en la que se fortalezca el autocuidado y se prevengan enfermedades bucales a futuro.

OBJETIVO

Proporcionar información a las embarazadas sobre los cuidados bucales que deben de llevar a cabo durante esta etapa así como las medidas preventivas que requieren los recién nacidos hasta la etapa preescolar por medio de una guía de consejos.



MARCO TEÓRICO.

El embarazo es el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. Esta etapa conlleva una serie de cambios orgánicos y de conducta. En la raza humana este periodo abarca aproximadamente de unas 37 a 40 semanas, donde se presentan una serie de cambios fisiológicos y hormonales en el organismo de la mujer. Entre los cambios surgidos en esta etapa se pueden presentar algunas alteraciones como náuseas, vómitos, congestión de la zona nasal, movimiento en las piezas dentarias en algunas ocasiones, inflamación de las encías, mayor producción de saliva, afectación del calcio óseo, cambios en las percepciones del sabor. ¹

A nivel oral, son diversas las manifestaciones bucales que puede desarrollar la mujer embarazada muchas de ellas asociadas a los importantes cambios fisiológicos que se producen en su cuerpo durante la gestación, como son; inflamación de las encías producidas por el acúmulo de placa dentobacteriana debido a una falta de cepillado e higiene bucal así como también pueden provocarse movilidad de ciertos dientes, aunque con cuidados preventivos y el refuerzo de los hábitos de higiene bucodental pueden contribuir a su prevención. ¹

La salud bucal de la madre está relacionada con la salud del bebé. Cuando por alguna circunstancia la mujer embarazada tiene un crecimiento excesivo de bacterias en la boca, estos pueden penetrar al torrente sanguíneo a través de las encías y viajar en el útero, provocando la producción de sustancias químicas llamadas prostaglandinas pudiendo llegar a presentarse un parto prematuro. ¹



El visitar al odontólogo le permitirá a la futura madre evaluar su salud bucal actual y establecer un plan para todo el embarazo. El tener cuidado de sus dientes y encías puede hacer una diferencia sustancial en el bebé, tanto antes como después del parto. ¹

Los cambios hormonales durante ésta etapa pueden alterar la salud de la cavidad bucal principalmente de las encías y causar problemas periodontales como la gingivitis produciendo encías irritadas que pudieran sangrar con facilidad. ¹

El no tratar este tipo de alteraciones en su momento pudiera conducir a la periodontitis, siendo una forma más severa de enfermedad en las encías que pudieran llegar hasta la pérdida ósea. ¹

Es relevante tener en cuenta el cuidado de sus dientes y encías ya que puede provocar una diferencia sustancial en el bebé, tanto antes como después del parto. ¹

Cuando una mujer embarazada tiene un crecimiento excesivo de bacterias en la boca, estos pueden entrar al torrente sanguíneo a través de las encías y viajar en el útero, provocando la producción de sustancias químicas llamadas prostaglandinas, que pueden llegar a inducir un parto prematuro. Dado que la salud bucal de la madre condiciona la salud del bebé. ¹



1. CONDICIONES ORALES MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO.

1.1 Enfermedades bucales más frecuentes durante el embarazo.

Es importante identificar las enfermedades bucales más frecuentes que se presentan en estas pacientes y tratar de prevenir las mismas mediante la promoción de una adecuada salud bucal. Entre las enfermedades más frecuentes durante el embarazo se pueden citar las siguientes: ²

a) Alteraciones gingivoperiodontales.

En algunas mujeres embarazadas se observa la presencia de cálculo provocadas por una falta de higiene oral, provocando bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación puede empeorar con el avance de la gestación, la edad de la paciente y el número de embarazos previos. El tratamiento y prevención de esta afección debe ser realizado para evitar complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. ²

Los cambios gingivales iniciales, como, edema, hiperemia y tendencia al sangrado, denominadas gingivitis del embarazo, aparecen durante el segundo mes y alcanzan su punto máximo en el octavo mes, a partir del cual se observa una disminución hasta el final del embarazo. Esta alteración se presenta como el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, lo que unido a otros factores, predispone a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa dentobacteriana considerase el factor local más importante. ²

En ciertos estudios llevados a cabo in vitro, se demostró que durante esta etapa de la vida, gracias a la influencia hormonal, se produce una alteración del equilibrio del sistema fibrinolítico, que influye en la aparición de la gingivitis del embarazo presentándose lesiones inflamatorias. Esto puede facilitar el



fracaso del tejido conectivo y propagar este tipo de lesiones. A medida que los cambios iniciales aumentan, Se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel de las papilas, aumentando el sangrado de las encías, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia. ³

b) Alteraciones de la mucosa bucal.

El granuloma de la embarazada aparece alrededor de un 5 % de las mujeres gestantes, básicamente a nivel anterior de la zona vestibular superior. Es asintomático, y suele aparecer en zonas afectadas por gingivitis inflamatoria y presencia de placa dentobacteriana. La base de implantación puede ser pediculada o sésil, es típica su aparición su aparición en las papilas interdientarias. Se manifiesta en el segundo trimestre y va creciendo pudiendo llegar a un tamaño máximo de 2 cm. Tras el parto, el granuloma disminuye espontáneamente y hasta puede llegar a desaparecer. ⁴

Se presenta como una tumoración blanda, de origen interdental. El color varía de un color rojo púrpura a azul oscuro, según la vascularidad de la lesión y el grado de éstasis venoso. Con frecuencia sangran al tocarlos y tienden a recidivar. Además puede presentar ulceraciones en la superficie recubiertas por un exudado amarillento. Parece ser que en su aparición interviene el aumento de estrógenos y progesterona, así, sigue un curso paralelo al aumento o disminución de éstas. ⁴

Durante el embarazo, se tienden a adoptar medidas preventivas para mejorar la higiene bucal sin eliminar los granulomas, ya que presentan un alto grado de recidiva. Sólo los casos que presentan una excesiva hemorragia, ulceración o impedimento importante de las funciones bucales pueden ser abordados quirúrgicamente, preferentemente durante el segundo trimestre. ⁴



c) Lesiones cariosas

La relación entre el embarazo y las caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos.⁵

Uno de los efectos erróneos más extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que comporta el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, está en forma cristalina estable y por tanto no disponible para las necesidades maternas.⁵

No se observan otras afecciones asociadas directamente al embarazo, aunque diferentes estudios afirman un aumento de la afección de la ATM, posiblemente debido a pérdidas dentarias y presencia de maloclusiones o de obturaciones mal terminadas. Se aconseja realizar el tratamiento dental durante el segundo trimestre, cuando ya se ha completado la osteogénesis fetal, y los riesgos de malformación disminuyen.⁵

Las gestantes son pacientes muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la de su propio hijo. Así, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene bucal, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía.⁵



1.2 CUIDADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. (1-12 SEMANAS)

En este lapso de tiempo donde existe más riesgo de pérdidas de embarazo, abortos espontáneos debido a embarazos fruto de embriones con algún defecto cromosómico o anatómico que no le permite seguir desarrollándose con normalidad más allá de las primeras semanas, Es el periodo en el que se formarán todos los órganos fetales, que estarán completos al finalizar este trimestre. ⁶

Durante este periodo, el cuerpo pasa por muchos cambios de tipo hormonal que afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos. Es a partir del segundo mes de embarazo donde se agregan una serie de hormonas como son; estrógenos y progesteronas. ⁶

Medidas que deben tenerse en cuenta en el aspecto odontológico:

- Instruir en higiene bucal estricta y buen control de la placa bacteriana.
- Limitar el tratamiento dental a una profilaxis periodontal.
- Tratamiento de urgencia solamente.
- Evitar radiografías rutinarias, que deben ser usados con criterios selectivo y únicamente cuando sean estrictamente necesarias. Siempre con estructuras de protección desde la glándula tiroides hasta la parte superior de la rodilla. ⁶

No se recomienda llevar a cabo procedimientos dentales largos en este periodo de tiempo. Primero el niño tiene mayor riesgo de teratogénesis durante la organogénesis; y segundo, durante el primer trimestre, se sabe que uno de cada cinco embarazos son abortos espontáneos. Si los procedimientos dentales se realizan cerca de un aborto espontáneo pueden ser asumidos como la causa y generar preocupaciones tanto para la paciente como para el médico, en cuanto a si esto podría haber sido evitado. ⁶

1.3 CUIDADOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. (13-24 SEMANAS)

La organogénesis ya se ha completado y el riesgo para el feto es menor. La madre también ha tenido tiempo para adaptarse a su embarazo, el feto no ha crecido aun a un gran tamaño que haga difícil para la madre permanecer sentada durante períodos largos. (fig 1) ⁶



Fig. 1 Imagen propiedad de: <https://www.mamisypeques.com/estar-embarazada/>

Como el útero y la placenta se agrandan con el crecimiento del feto, éste descansa directamente sobre la vena cava inferior, los vasos femorales y la aorta. Si la madre se sienta en posición supina para los procedimientos, el peso del útero gravídico podrá hacer bastante presión para impedir un flujo de sangre por estos vasos principales y causar una situación que se denomina “hipotensión supina”; de este modo, la presión arterial cae secundariamente al flujo de sangre obstruido, pudiendo causar un síncope. La hipotensión supina se puede solventar fácilmente girando a la paciente sobre su lado izquierdo y elevado el cabezal del sillón, evitando así la compresión de los vasos sanguíneos principales. ⁶



El odontólogo debe consultar con el médico de la paciente sin duda sobre la seguridad de un procedimiento en particular o si hay circunstancias especiales asociadas a ese embarazo.

Aspectos con relación a la Odontología

- Medidas preventivas: higiene bucal, instrucciones y control de placa
- Raspado y alisado radicular si fuera necesario.
- Tratamiento de patologías orales activas, si las hubiera.
- Evitar radiografías rutinarias. ⁶

Esta etapa suele ser el momento ideal para realizar cualquier tratamiento dental no existiendo ningún problema en utilizar anestesia para asegurar la analgesia durante el tratamiento. El odontólogo será la persona idónea e indicada para utilizar los fármacos anestésicos que podrán ser empleados y que no tendrán ninguna consecuencia en el bebé. ⁶

1.4. CUIDADOS EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. (25-40 SEMANAS)

El tercer trimestre abarca las últimas semanas, (25-40 Semanas) en las que el feto ya ha adquirido un considerable peso y volumen responsable de las molestias que refieren las gestantes por el hecho de acarrear ese peso con ellas. Durante este periodo el feto madura sus órganos para que se puedan adaptar a la vida exterior, dejará de alimentarse y respirar por el cordón umbilical para hacerlo directamente por vía oral y respiratoria. (fig. 2) Es en este periodo a partir del cual el feto es viable para vivir en el exterior, por lo que se aconseja no hacer grandes viajes ni actividad física intensa, aunque no existe inconveniente en practicar algún tratamiento dental. ⁶



Fig. 2 imagen propiedad de: <https://mujerbien.com/wp-content/uploads/2015/03/baby-in-womb.jpeg>

Con respecto a la cavidad oral el crecimiento fetal progresa y la preocupación es el riesgo de parto prematuro y la seguridad y la comodidad-confort de la mujer embarazada (por ejemplo, la posición ergonómica en el sillón dental y



evitar fármacos que aumenten el tiempo de sangrado). La posición de las embarazadas en el sillón dental es importante sobre todo durante el tercer trimestre, variando la angulación del respaldo- asiento de 165 grados en primer trimestre a 150 grados en el segundo y 135 en el tercero. Esta etapa de la embarazada puede resultar molesto permanecer sentada en el sillón dental durante un período prolongado de tiempo y por esta razón que debe procurarse evitar la realización de tratamientos largos Es seguro realizar procedimientos dentales en el comienzo del tercer trimestre. ⁶

Entre las medidas odontológicas que deben ser consideradas se encuentran:

- Higiene bucal, instrucciones y control de placa.
- Raspado y alisado radicular si fuera necesario.
- Evitar tratamientos dentales durante la segunda mitad del tercer trimestre.
- Evitar radiografías rutinarias. ⁶

En este trimestre se deben tener los conocimientos necesarios para lograr un sano crecimiento y correcto desarrollo de la cavidad oral del niño. ⁶



2. GUÍA DE CUIDADOS DENTALES PARA EL RECIÉN NACIDO.

2.1. Antecedentes.

Inicio de la atención odontológica a niños.

En los EUA, durante los años 1935 y 1945 se recomendaba que la primera visita al odontólogo del niño fuera a partir de los 12 años de edad, al completar la erupción de los dientes permanentes. Poco tiempo después, se comenzó a orientar a los padres a llevar a sus hijos a su primera consulta entre los 6 y 7 años. En los años 50's, se estableció la edad de 3 años como la más adecuada para iniciar la evaluación de los pequeños. La decisión estaba basada, principalmente, en la capacidad del niño de entender y cooperar en tratamientos odontológicos. Sabiendo que las enfermedades bucales no discriminan la edad del paciente, se debería entonces anticipar la atención, a través de un protocolo no invasivo, que garantizara una respuesta positiva frente al tratamiento, aumentando la posibilidad de que tuviera una buena salud bucal en el futuro. ⁶

Actualmente, se recomienda que la edad ideal para la primera visita al profesionalista, es a los 12 meses, pues mejora la posibilidad de mantener una buena salud bucal, por otro lado, otros autores recomiendan que la primera consulta sea antes de los 12 meses de edad. La American Academy of Pediatric Dentistry (2014) recomendó que la implementación de los cuidados odontológicos en el infante se inicie antes de la erupción del primer diente deciduo. ⁶



2.2. NACIMIENTO

El pequeño crece a pasos acelerados aumentando de peso entre 200 y 300 gramos por semana. En la última etapa del embarazo sólo se ocupa de acumular grasa debajo de su delicada piel lo que le ayudará a regular mejor su temperatura corporal cuando nazca. Una vez que se acerca esta fecha se inicia el trabajo de parto. ⁷

El parto suele comenzar aproximadamente en torno a 2 semanas antes o después de la fecha estimada por su ginecólogo. En este periodo también denominado período expulsivo, termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. ⁷

Durante todo el embarazo el feto ha ido madurando poco a poco para poder afrontar con éxito la vida fuera del útero materno. El nacimiento es todo un reto para el recién nacido y el primer contacto con el mundo exterior. ⁷

Una vez que se produce el nacimiento del bebé, la madre puede transmitir sus bacterias al recién nacido (llamado transmisión vertical). Por lo tanto, una madre que tiene muchas bacterias amantes del ácido en la boca pasará un mayor número de estas bacterias a su bebé. ⁷

2.3. LACTANCIA MATERNA.

Después del nacimiento del bebé y hasta los 6 meses, se le debe alimentar de manera exclusiva con leche materna. Durante esta etapa la succión que realiza el bebé es 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.⁸

Después de los 6 meses (fig. 3) se debe continuar con lactancia materna y comenzar la alimentación complementaria al introducir papillas, jugos en taza de entrenamiento, vasos especiales sin la necesidad de usar el biberón, ya que hasta este momento no se tiene la necesidad fisiológica de la succión. La consistencia de los alimentos debe ser aumentada progresivamente para estimular la función masticatoria y estimular la erupción dentaria. La programación metabólica adecuada puede prevenir el desarrollo de obesidad y otras enfermedades asociadas a lo largo de la vida.⁸



Fig 3. Imagen propiedad de : https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/17096.htm

La leche materna contiene un mayor porcentaje de lactosa que la leche bovina. Este hidrato de carbono, a pesar de tener un menor efecto cariogénico que la sacarosa, también puede promover desmineralización al encontrarse en contacto con el esmalte dental por un tiempo prolongado. La falta de



conocimientos de los padres en cuanto a la necesidad de mantener una correcta higiene bucal de su hijo sobre el potencial cariogénico de la leche materna puede conllevar a que los infantes desarrollen la enfermedad durante o después del amamantamiento.⁹

Durante el sueño, el flujo salival y los movimientos musculares de la lengua y los carrillos, responsables de la auto-limpieza de la cavidad bucal, están disminuidos, por consecuencia, ocurre una adherencia de la leche al esmalte cuando la caída de pH salival a niveles altamente ácidos, favorecen la adhesión bacteriana. Y la posterior colonización de microorganismos acidogénicos en la superficie del esmalte. Por lo tanto, la frecuencia y el tiempo de exposición a azúcares son factores importantes para determinar la posibilidad de desarrollar caries en la infancia.⁹

Ventajas del 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 ovario.
- Ayuda a prevenir la diarrea.
- Disminuye la frecuencia de abandono del recién nacido.¹⁰

2.4. UTILIZACIÓN INADECUADA DEL BIBERÓN

De seguro en varias ocasiones resulta familiar ciertas expresiones como “mi bebé, necesita el chupete o el biberón para dormir” o “por las mañanas se toma el biberón en un momento, sino tarda mucho en desayunar”. Sin embargo, aunque las circunstancias de los padres son muy diferentes y cada uno debe decidir en función de su organización familiar, conviene advertir que el peligro de prolongar el uso del biberón y el chupete existe. (fig. 4) ¹¹

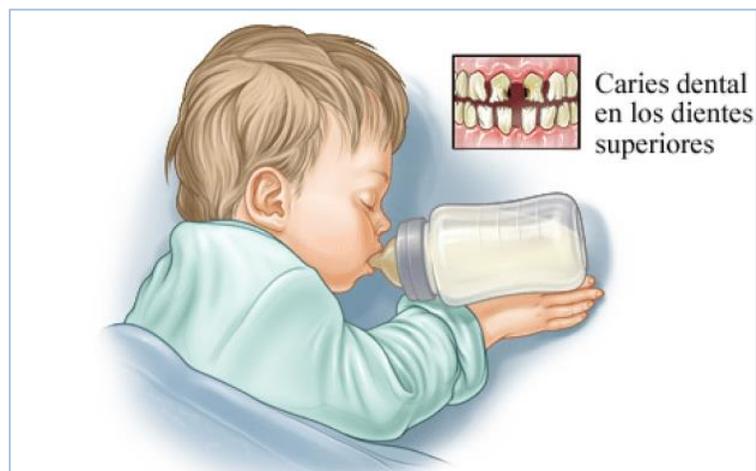


Fig. 4. Imagen propiedad de: <https://www.unamamanovata.com/2015/10/22/la-caries-del-biberon/>

La lactancia con biberón no requiere que el niño realice esfuerzo para obtener la leche pero, además, tiene otra característica que hace la lactancia materna y que es fundamental para el desarrollo craneofacial. ¹²

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 la organización familiar lleve a alargar el tiempo de tomar y por lo tanto la leche esté presente en los dientes durante periodos prolongados. (fig 5)

- 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. (fig 6) ¹²



Fig 5. Imagen propiedad de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2013/08/05/3-razones-por-las-que-tu-hijo-no-deberia-usar-mamadera.shtml>



Fig 6 imagen propiedad de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2013/08/05/3-razones-por-las-que-tu-hijo-no-deberia-usar-mamadera.shtml>

Se debe llevar a cabo un control de los azúcares por medio de la educación y concientización de los padres para que se pueda lograr la reducción de éstos alimentos. Como se mencionó previamente si hay mayor ingesta de éstos, será mayor el pH promoviendo el desarrollo temprano de caries dental. La importancia de controlar el consumo, además de garantizar una higiene bucal adecuada después de la ingesta de dichos alimentos será en beneficio para el bebé.

2.5. HIGIENE BUCAL DEL BEBÉ.

Una buena higiene oral es el factor más importante para evitar caries y enfermedades periodontales. Mientras más temprano se empiece con la higiene bucal del bebé, será mejor, ya que durante los primeros meses de vida, el bebé se encuentra en una fase oral pasiva, en la cual disfruta del masaje y manipulación de su boca. ¹³

- Se deberá comenzar la limpieza de las encías desde el nacimiento, una vez al día, aprovechando el momento del baño. Utilizar una gasa húmeda, y con la punta de un paño limpio humedeciendo en agua o un dedal de silicona se procederá a realizar la limpieza. (fig.7)



Fig 7. Imagen propiedad de: https://www.freepik.es/fotos-premium/madre-usa-dedo-limpiar-lengua-encia-bebe_2351914.htm

- Obligatorio: comenzar la higiene bucal con la erupción del primer diente, dos veces al día.
- Niños de un año o más; realizar la higiene bucal con un cepillo dental del tamaño de su boca.
- El uso de pastas dentales fluoradas será la mejor manera de prevenir las caries. Una vez que el pequeño haya aprendido a escupir, será necesario que se realice el cepillado con pasta dental de 1000 ppm de flúor en una cantidad aproximada el tamaño de un chicharo. (fig. 8)

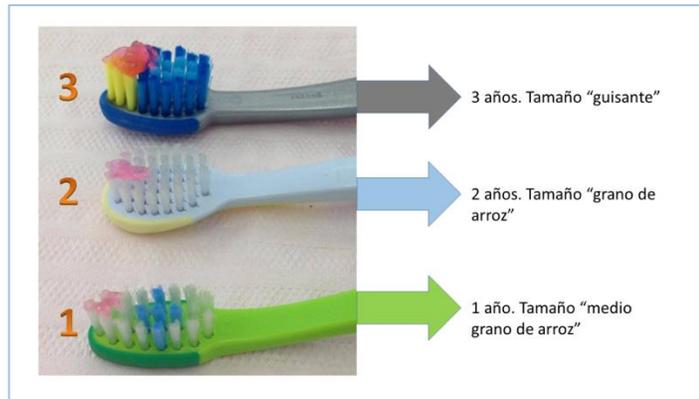


Fig 8. Imagen propiedad de: <http://clinicadentallinas.com/wp-content/uploads/2018/05/cantidad-de-flc3baor.png>

- El cepillado dental será efectivo sólo si se realiza por un adulto. (fig. 9)
- Debe recordarse que la higiene oral se realiza tanto para establecer buenos hábitos como para proteger sus dientes. Al acostumbrar al bebé a una limpieza dental suave y a pasar el hilo dental, se crea un patrón de cuidados bucales que lo acompañarán a tener buenos hábitos durante el resto de su vida. ¹³



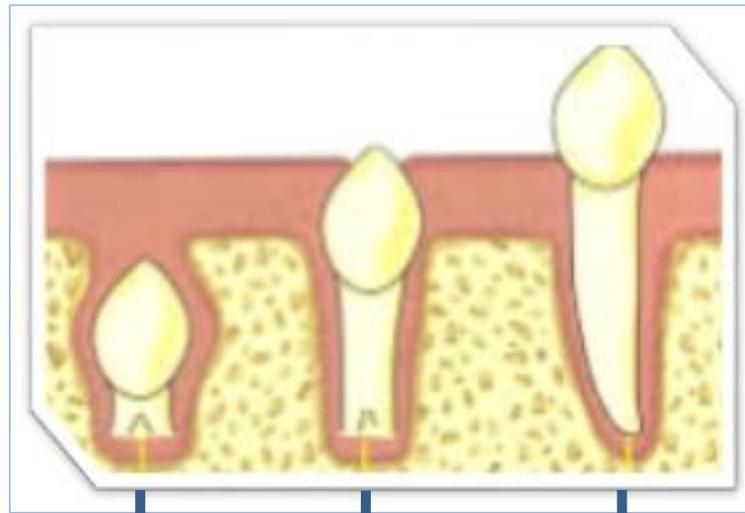
Fig. 9 Imagen propiedad de: <https://www.consumer.es/bebe/mala-salud-dental-de-la-madre-mala-salud-dental-en-el-bebe.html>

2.6. DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA

La dentición primaria inicia su erupción clínica aproximadamente a los seis meses y se terminará alrededor de los tres años. El fenómeno eruptivo puede producir trastornos como el aumento de salivación e irritación, en casos más severos se pueden presentar trastornos gastrointestinales o fiebre alta. ¹⁴

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. Este proceso consta de varias etapas. ¹²

- Fase Pre-eruptiva: 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. ^{12, 14}
- Fase Eruptiva Pre-funcional: Comienza cuando se inicia la formación de la raíz y termina cuando el diente se pone en contacto con los antagonistas. Hay un crecimiento diferencial por lo que, en un momento el diente emerge en la arcada y continúa el proceso de forma visible. ¹²
- Fase Eruptiva Funcional (*Fase pos-eruptiva*): Se inicia esta fase al entrar el diente en oclusión y corresponde con el crecimiento vertical de la cara y los maxilares. Una vez en boca el diente completa su raíz y continúa moviéndose verticalmente hasta alcanzar el plano oclusal y contactar con su antagonista. (fig. 10) ¹⁵



fase pre-eruptiva. fase Eruptiva pre-funcional. fase eruptiva funcional.

Fig. 10 Imagen propiedad de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6779/1/240073.pdf>

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. ¹⁴

2.7. CRONOLOGÍA DEL DESARROLLO BUCAL.

El desarrollo de la dentición es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. 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 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 con poca calcificación y comienza la calcificación de la primera corona del primer molar permanente.¹⁶

La erupción se inicia en la mitad del primer año de vida, y finaliza a los dos años y medio (fig 11)

Dientes Superiores	Erupción	Se Caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años
Dientes Inferiores	Erupción	Se Caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

Fig. 11. Imagen propiedad de: <https://hospitaldenens.com/es/guia-de-salud-y-enfermedades/erupcion-dentaria/>

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. En la dentición temporal no hay presencia de premolares (Fig 12) ¹⁷



Fig. 12 Imagen propiedad de: <https://clinicadentaljoseluiscano.com/wp-content/uploads/2016/10/dientes-de-lechnumero.jpg>

3. ALTERACIÓN DE LA ERUPCIÓN.

3.1. ALTERACIONES EN EL NÚMERO DE DIENTES

3.1.1. AGENESIA DENTAL

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. ^{18,19,20}

Las diversas afectaciones se clasifican en:

- *Hipodoncia*: ausencia de uno a seis dientes
- *Oligodoncia*: ausencia de más de seis dientes
- *Anodoncia*: ausencia total de dientes. ^{18,19}

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, seguidos por los incisivos laterales inferiores. La prevalencia es mayor en el sexo femenino. (fig 13) ¹⁹



Fig. 13 Imagen propiedad de: <https://axiomaestudiantal.com/que-es-la-agenesia-dental-tratamiento/>

La agenesia puede presentarse de forma aislada o asociadas a otras patologías como:

- Displasia ectodérmica. Este síndrome se caracteriza por el pelo y uñas anormales, alteraciones de forma en la dentición, hipoplasia de esmalte.
- Síndrome de Down. Se presenta en 1 de cada 650 nacidos aproximadamente y la agenesia se observa en 27-45% de los casos, estando con mayor frecuencia en el sexo masculino. (fig.14).



Fig.14 Imagen propiedad de: <https://eresmama.com/sindrome-down-superar-las-barreras-comunicativas/>

- Fisura del labio palatino, debido a la alteración en la formación de los gérmenes dentarios en la zona de la lesión. ²¹

La agenesia de uno o más dientes ocasiona un desequilibrio oclusal y funcional que se deberá resolver con tratamiento ortodóntico, protésico o restaurador. Estas alteraciones pueden presentar diversos aspectos clínicos, como el retraso de la erupción dental o la microdoncia. ¹⁹



3.1.2. DIENTES NATALES Y NEONATALES.

Se denominan natales cuando están presentes al nacer y neonatales cuando erupcionan durante los 30 primeros días de vida. ^{18, 22}

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. ²²

PREVALENCIA

La frecuencia de aparición de este tipo de dientes es pequeña, algunos autores hablan de 1:2000 a 1:3500. Se encuentran con mayor frecuencia en el sexo femenino. ²³

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. (fig. 15)
- 10 % estructuras dentarias supernumerarias. ²⁴



Fig. 15 Imagen propiedad de: <https://www.bebesymas.com/desarrollo/riesgos-de-algunos-medicamentos-para-el-dolor-de-la-denticion>

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.²⁴

Algunos autores consideran que el tratamiento más apropiado es la de no extracción debido a la importancia que tiene y a la influencia en el desarrollo y erupción de los dientes adyacentes.²⁴

En el caso de que se decida por la extracción es aconsejable esperar a que el bebé tenga por lo menos 14 días de vida. Esto permite que la flora intestinal del recién nacido produzca vitaminas K, y así evitar alguna hemorragia.²⁵

3.1.3. DIENTES SUPERNUMERARIOS.

El término de dientes supernumerarios se empieza para definir toda pieza dentaria que se presenta en la dentición, aumentado el número normal de dientes. No obstante, la mayoría de estos dientes suelen estar retenidos en los maxilares y sólo se pueden visualizar radiográficamente. ¹⁸

La aparición de dientes supernumerarios va a ser poco frecuente en la dentición temporal, pudiendo encontrar cuatro formas:

- Cónicos. (fig.16)
- Invaginados o tuberculados.
- Suplementarios.
- Semejantes a un odontoma.



Fig. 16 Imagen propiedad de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-15/>

El tratamiento es la extracción en casos de dientes supernumerarios, buscando el momento oportuno para evitar riesgos al resto de los dientes, así como alteraciones de la erupción y maloclusiones. ¹²



4. PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN ESTA ETAPA

4.1. CARIES DENTAL

La Organización Mundial de la salud (OMS) ha definido la caries dental “como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad”.²⁶

La Academia Americana de Odontología pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de una o más lesiones cariosas (cavidades, no cavidades), dientes ausentes por caries u obturaciones en la dentición primaria, en niños de su nacimiento hasta los menores de 71 meses (6 años). En la actualidad se considera un problema de salud pública que afecta a todos los niños en el mundo.²⁷

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.²⁸

Hace años se le conocía como caries de biberón, ya que se asociaba con el uso de éste, sin embargo se demostró que no sólo se debe al uso frecuente del biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado como la leche, fórmulas, jugos y refrescos.²⁸

La alimentación del seno materno como se mencionó con anterioridad, por si sola, no genera CIT, pero cuando se combina con alguno de los líquidos previamente mencionados se ha encontrado que es altamente cariogénica.²⁸

La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero, a la secuencia de erupción, por eso 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 este proceso. ²⁸

El riesgo de este tipo de caries también puede ser determinado por defectos del desarrollo del esmalte llamado hipoplasia. Diversos estudios han demostrado que las hipoplasias predisponen al diente a la colonización temprana del patógeno causante de la caries dental como; el Streptococo mutans. Estas hipoplasias del esmalte son comunes en los niños con bajo peso al nacer o con enfermedades sistémicas durante el periodo neonatal. ²⁷

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, la cual requiere que estén presentes los siguientes factores:

Los factores determinantes en la triada ecológica de la caries dental de Keyes son la dieta, el huésped y los microorganismos. ²⁹

Cuando una superficie susceptible del diente es colonizada por bacterias cariogénicas 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 así la caries dental. ^{27,30}

En un principio se observa como manchas o líneas blancas, que pueden ser reversible con la aplicación de las medidas preventivas adecuadas.(fig. 17). Si ésta continua se produce una cavidad en el esmalte de color café, pero si ésta avanza a la dentina aquí ya puede existir dolor a los cambios de temperatura o al contacto de alimentos ácidos, dulces y salados que resultan irritativos para los túbulos dentinarios que se encuentra en la dentina y que proveen de sensibilidad al diente, aquí se tomarán medidas curativas. ³¹



Fig 17. Imagen propiedad de: <https://espanol.babycenter.com/thread/2803246/ayuda-urgente-manchas-blancas-en-los-dientes-o-caries-de-lactante->

Las bacterias responsables de la enfermedad, junto con otras bacterias autóctona, 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 diferentes.³²

Existen clínicamente tres tipos de caries en la dentición primaria:

1. **La caries simple.** Afecta los incisivos en las superficies proximales, principalmente las mesiales de los centrales superiores y las oclusales de los molares. Generalmente son pocas las lesiones.
2. **La caries tipo biberón.** Afecta todos los dientes, sin embargo comienza en las superficies vestibulares de los incisivos superiores, tiene en su etiología componentes socio-culturales relacionados con el amamantamiento nocturno y ausencia de limpieza o cepillado. Babeely y Col. (1989), clasifican la caries tipo biberón en tres diferentes estadios:

- Lesiones cariosas en las superficies vestibulares o linguales de los incisivos superiores y opcionalmente, en los primeros molares superiores (lesiones leves).
- Se presentan las mismas lesiones que en el anterior, pero en las superficies vestibulares de los molares inferiores (lesiones moderadas).
- Cuando ya afecta, los demás dientes son (lesiones severas).

3. La caries negligente. Es toda aquella lesión, simple o provocada por el biberón, que no recibe atención y consecuentemente ocasiona la pérdida de la corona clínica y/o tiene compromiso pulpar. ³³

Es importante tomar en cuenta que si no se trata a tiempo la caries ésta puede causar una serie de problemas al niño a corto y/o largo plazo como:

- Problemas de masticación.
- Problemas de fonación ya que el niño estará en la etapa de aprender a hablar.
- Malposiciones dentarias, podría existir una alteración de la erupción en los dientes permanentes.
- Dolor, provocando trastornos nutricionales y de sueño.
- Aparición de infecciones y abscesos dentarios y a su vez alguna alteración en la formación de dientes permanentes.
- La estética es otro aspecto, porque ayuda al desarrollo de la autoestima. (fig. 17) ³⁴



Fig.17 Imagen propiedad de: <https://umutihealth.com/gucukuka-amenyo-mu-bana-bato/>



5. MEDIDAS PREVENTIVAS

5.1. PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

El tratamiento preventivo del niño se basa en el tratamiento integral en secuencia evolutiva y jerárquica, involucrando aspectos educativos, preventivos y curativos. Inicialmente se promueve la eliminación de factores de riesgo, mejorar la resistencia del huésped, de los dientes y finalmente tratar y controlar los problemas existentes. La fase educativa se desenvuelve mediante acciones colectivas o individuales, según sea el caso, en dos etapas.

35

En la primera etapa, direccionada a los padres, se busca remarcar de manera general la importancia del tratamiento odontológico enfocándose en el cómo y el por qué; centrándose en temas como: la primera consulta, lactancia natural y/o artificial. Evitar hábitos de succión no nutritivos por tiempo prolongado, controlar el amamantamiento nocturno a través de consejos de tipo dietético, entender sobre la transmisibilidad de la caries dental y la importancia de realizar la higiene bucal del pequeño.³⁵

La segunda etapa de la fase educativa, direccionada a los padres mediante el ejemplo en el niño, se definirán los factores de riesgo y se establecerán maneras de controlar y/o eliminarlos, enseñando cómo implementar cada medida.³⁵

Según la filosofía utilizada en la Clínica de Bebé de la Universidad Estadual de Londrina en Brasil, la determinación del riesgo de caries es realizada por el método anamnéstico-clínico empleando indicadores ambientales como: higiene bucal/cepillado, consumo de azúcar, amamantamiento nocturno y posibilidad de la contaminación con bacterias cariogénicas. A partir de estos datos, se puede clasificar el riesgo del paciente como severo, alto, medio alto, medio y bajo. Los pacientes de bajo riesgo no poseen ningún factor



desfavorable, mientras que los pacientes de riesgo severo tienen todos los factores desfavorables. El riesgo medio presenta un factor desfavorable, riesgo medio alto, presenta dos factores desfavorables y el factor alto, tres factores negativos.³⁵

La modificación de los hábitos dietéticos resulta realmente difícil por lo que se recomienda.

- La frecuencia de la ingesta tiene más importancia que la cantidad total que se pueda ingerir.
- Dejar de comer entre comidas “picotear”.
- Evitar el consumo frecuente de bebidas dulces.
- Los dulces son recompensas habituales, pero deben limitarse a las horas de comer.³⁶

Una parte muy importante y poco mencionada es la eliminación mecánica de restos alimenticios y placa dental. El lactante aún antes de que erupcionen los dientes, es necesario eliminar los restos después de cada comida o al menos una vez al día. Se utilizará una gasa, seca o húmeda, que se deberá pasar suavemente por las mucosas.¹²

Cuando los dientes comienzan a erupcionar los padres deberán utilizar un cepillo muy suave. Tendrán que cepillar sus dientes 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 las noches, ya que durante el sueño los mecanismos de autoclisis disminuyen mucho y el riesgo de caries aumenta.¹²

El cepillado se hará sin pasta dental para disminuir el riesgo de ingesta excesiva de flúor. (fig. 18)



Fig. 18 Imagen propiedad de: <https://espanol.babycenter.com/a15500131/cuidado-dental-infantil-11-errores-comunes-que-cometen-los-padres>

Se debe recordar:

- Limpiar todas las superficies dentarias: internas, externas y oclusales.
- Cepillar la lengua y los carrillos suavemente
- Enjuagar para eliminar los restos que quedan en la cavidad bucal. ¹²

Además de los cuidados preventivos y educativos, realizados por el odontólogo en la consulta y diariamente por los padres, los controles periódicos son necesarios para mantener la motivación, realizar los tratamientos preventivos y clínicos en el niño. ³⁷

El ginecólogo y pediatra pueden informar a los padres mediante folletos o videos, de las visitas periódicas al odontólogo y sobre el riesgo de que sus niños pueden padecer caries. ³⁷



5.1.1. 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. ³⁸

El fluoruro tiene una afinidad por los tejidos mineralizados como huesos y dientes, ya que pueden influir en la actividad de los ameloblastos, por lo que una ingesta excesiva de fluoruros pueden resultar perjudicial de los dos a los cuatro primeros años. Sin embargo es considerado un método de prevención contra la caries dental porque fortalece el esmalte dental si se aplica adecuadamente. “La ADA recomienda que los niños con alto riesgo a caries reciban una completa aplicación tópica de barniz de flúor con reaplicaciones cada tres meses, y para niños con riesgo de caries moderado es recomendable realizarlo cada seis meses, incluso si el niño vive en una comunidad que ya recibe los beneficios de agua fluorada”. ³⁹

Las vías de administración son:

- 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. ³⁸

De tal forma que el fluoruro que se toma con el consumo acostumbrado de sal fortalece los dientes 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 otro tipo de enfermedades.³⁸

Fluoruro tópico.

Se debe realizar por el odontopediatra en el consultorio, para lo cual utiliza fluoruros de alta concentración.³⁸

La aplicación de fluoruros se deben llevar a cabo después de la erupción dentaria, en forma tópica o de barniz de flúor.³⁹

En niños es necesario el uso diario de una pasta con fluoruro de preferencia a dosis bajas y alta frecuencia, dos veces al día ya que ofrece más beneficios que una sola vez al día, algunos autores opinan que los niños menores de dos años deben utilizar solamente una capa delgada de pasta como un granito de arroz, esto para disminuir el riesgo de fluorosis.⁴⁰

“No se debe ingerir ningún tipo de fluoruro como gotas o tabletas entre otros productos, para evitar posibles daños a la salud”.³⁸

5.1.2 SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS.

En 1895, Wilson implementó la colocación de cemento dental en cavidades y fisuras para prevenir la caries. ⁴¹

En 1923, y nuevamente en 1936, Hyatt propuso la colocación de pequeñas restauraciones en cavidades profundas antes de que las lesiones cariosas se desarrollaran y lo denominó odontotomía profiláctica. ⁴¹

Bounocore describió por primera vez los fundamentos para la colocación de selladores a finales de los 60's. Describió la unión de polimetilmetacrilato al esmalte humano acondicionado con ácido fosfórico. ⁴¹

Los selladores de foseas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. ⁴²

Los selladores 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 bacterias. (fig.19) ⁴²

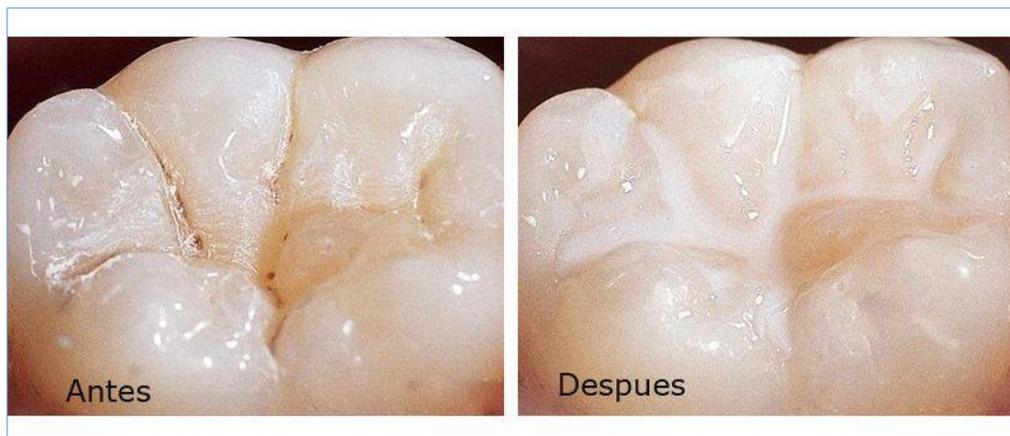


Fig 19. Imagen propiedad de: <https://www.dentalkrebs.com/sellantes-dentales-en-niños>

Debido a la alta prevalencia de lesiones oclusales y ya que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas por eso los selladores son doblemente importantes. ⁴²



Hasta la actualidad hay 4 generaciones de selladores de fosetas y fisuras basados en resinas.

- La 1ª generación son los polimerizables con luz ultravioleta, que ya no se fabrican.
- La 2ª generación los autopolimerizables.
- La 3ª generación los fotopolimerizables con luz visible.
- La 4ª generación y más reciente, los fotopolimerizables con luz visible a los que se ha añadido flúor. ⁴³

Los selladores de fosetas y fisuras tienen tres efectos preventivos fundamentales:

- Obturar mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos.
- Al obturar las fosas se suprime el hábitat de los *Streptococcus mutans* y otros microorganismos.
- Facilitan la limpieza con el cepillado dental, por lo que siempre es un método preventivo complementario del cepillado diario. ⁴⁴

Entre las 3 generaciones que están en el mercado. Además, existen selladores basados en ionómero de vidrio. 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. ⁴²

No se recomienda en los casos de molares parcialmente erupcionados, en los que parte del sistema de fisuras se encuentra cubierto por mucosas ya que no se puede realizar el aislamiento para aplicar los selladores. ⁴²



6. HÁBITOS BUCALES MÁS FRECUENTES.

Son definidos como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad. La presencia de ciertos hábitos en el niño menor de tres años sirven como estímulos para el crecimiento de los maxilares, como por ejemplo la acción normal de los labios, como la succión y la masticación, estos hábitos son una parte de la función orofaríngea normal y representan un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal y se considera anormal cuando persiste más allá de los seis años y esto ocasiona algún daño. ^{45,46}

Los hábitos bucales perniciosos resultan de una función normal o los que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario, por ejemplo. La succión digital, el empuje lingual, onicofagia, respiración bucal.

Los hábitos bucales perniciosos constituyen una de las causas fundamentales de la maloclusión ya que producen interferencias en el desarrollo. ⁴⁶

Los hábitos bucales más comunes y más frecuentes observados en niños son:

- Succión digital.
- Onicofagia.
- Respiración bucal. ⁴⁵



6.1. HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

La succión digital propiamente dicha, es una acción compleja que necesita coordinación específica neuromuscular. El niño al nacer, ejerce la succión en forma rudimentaria al contacto con el seno materno, esta succión es inespecífica por falta de coordinación muscular, la cual se adquiere al poco tiempo de nacido. ⁴⁷

Muchos niños succionan su dedo pulgar u otros dedos durante cortos períodos de tiempo en la lactancia y la fase inicial de la niñez. Aunque este hábito se considera normal durante los dos primeros años de vida, algunos niños jamás lo presentan. ⁴⁷

La succión digital tiene un aspecto psicológico porque este hábito tiene una estrecha relación con el desarrollo afectivo y emocional. ⁴⁸

El hábito de succión digital refleja una falta de atención materna durante los períodos iniciales de la alimentación. ⁴⁸

Se sostiene que los padres deben mostrar muestras de afecto a los niños para que ellos logren dejar el hábito. ⁴⁸

Características dentales:

- Labio-versión de incisivos superiores. (fig. 20)
- Linguo-versión de incisivos inferiores.
- Mordida Abierta anterior y hábito de deglución atípica. (fig. 21)
- Aumento de la sobremordida horizontal.
- Estrechamiento del arco superior.
- Labio superior hipotónico.
- Labio inferior hiperactivo. ⁴⁸



Fig. 20 Imagen propiedad de: <http://ordoncianinos.blogspot.com/2017/04/aparato-ortopedico-dental-en-el.html>



Fig. 21 Imagen propiedad de: <https://www.tijuanaortodoncia.com/habitos-orales-succion-digital-ortodoncia-infantil-tratamiento-temprano/>



6.2. ONICOFAGIA.

Un hábito desarrollado después de la edad de la succión, este consiste en morderse las uñas.

Se define al término onicofagia como el hábito de morder las uñas. Es un hábito bastante frecuente en niños en edad escolar, observándose igual proporción en ambos sexos. ⁴⁸

La onicofagia puede producirse conjuntamente con otros hábitos, tales como el hábito de succión digital. Sogbe cita a Kanner quien menciona que existen diferencias psicológicas entre el paciente onicófago y el que succiona el dedo. El paciente con hábito de succión digital suele ser calmado, mientras que el paciente onicófago suele ser más hiperactivo. ⁴⁸

Características Clínicas.

Este hábito por lo general no produce maloclusiones,

Debido a que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso de masticación.

- Abrasión de incisivos centrales superiores.
- El desajuste social y psicológico de los pacientes onicófagos es de mayor importancia que los efectos que el hábito pudiera producir. ⁴⁸



6.3. HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL.

La denominación del síndrome de insuficiencia respiratoria nasal es utilizada para darle la connotación biológica y fisiológica al comúnmente denominado “hábito de respiración bucal”.⁴⁹

La respiración bucal se debe a un colapso parcial o total de la respiración a través de la nariz.⁴⁹

La respiración bucal corresponde a la respiración que la persona efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. El paciente permanece con su boca abierta durante el día y generalmente por la noche. Sin embargo, la respiración bucal propiamente dicha es sumamente rara ya que generalmente cuando se obstruye la nariz utilizan ambas vías para respirar, generándose un patrón de respiración buco-nasal.⁵⁰

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- **Por obstrucción.**

Representan resistencia incrementada u obstrucción compleja del flujo normal del aire a través del conducto nasal. Como existe una dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, se ve forzado a respirar por la boca.⁵¹

- **Por anatomía.**

Se refiere al niño que por tener el labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar un enorme esfuerzo.⁵¹



Los factores que contribuyen a la respiración bucal.

1. Hipertrofia de las conchas causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana de la mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas.
2. Septo nasal desviado. ⁵¹

Características Corporales.

- Aumento de las infecciones del aparato respiratorio.
- Cara larga y estrecha.
- Estrechamiento de la arcada superior, paladar y narinas por falta de uso.
- Labio superior hipotónico, corto y alto.
- Encías hipertróficas.
- Olfato alterado y frecuente asociación con disminución del apetito y la función gustativa.
- Mala oxigenación cerebral que ocasiona dificultades de atención y concentración.
- Ojos rojos.
- Palidez y ojeras.
- Queilitis angular.
- Deglución atípica y masticación ineficaz.
- Hipodesarrollo de la mandíbula.
- Babeo y ronquidos nocturnos. (fig. 22) ⁵²



Fig. 22. Imagen propiedad de: <https://es.slideshare.net/AdrianaBLR/respiracin-oral>

Características bucales

- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- Estrechez transversal del maxilar superior (es decir el paladar profundo y estrecho).
- Vestíbulo versión de incisivos superiores.
- Linguo versión de incisivos inferiores.
- Gingivitis. (fig. 23) ⁵³

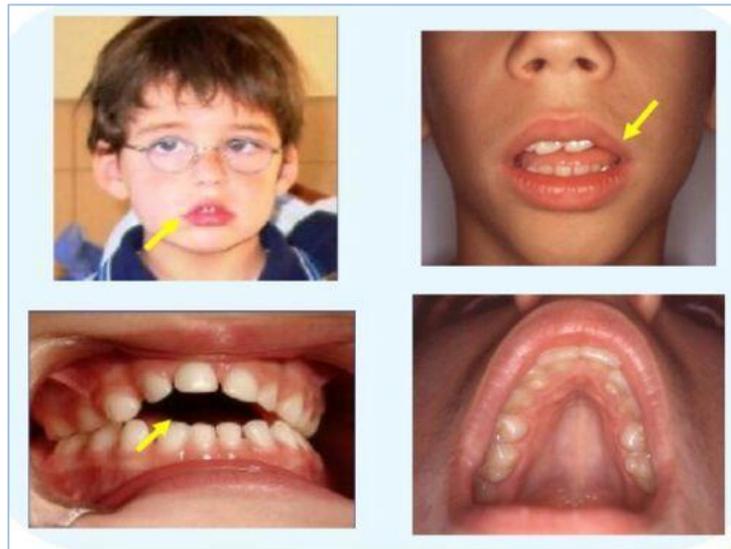


Fig. 23. Imagen propiedad de: <https://unidaddelangel.com/la-respiracion-afecta-a-tu-salud-bucal/>

La corrección de la respiración bucal suele llegar con la madurez y claro está con la remoción de adenoides para corregir la respiración bucal, pues su efecto obstructivo disminuye al madurar. ¹²



CONCLUSIONES.

En la población general en la mayoría de los casos se le da poca importancia a la salud oral durante el embarazo y la primera infancia, La higiene bucal es un hábito que debería llevarse acabo durante toda la vida y para lograr este objetivo se debe aprender desde una edad temprana.

Por tal motivo es importante la promoción y la educación a las mujeres embarazadas posteriormente a los padres sobre la salud bucal para establecer una rutina asi se le pueda enseñar a los hijos de forma a través del ejemplo. Si el niño observa a los pares cepillarse sus dientes y sus revisiones periodicas con el odontologo desde el nacimiento no será ningún trauma este hábito y lo verá como algo normal por el resto de su vida.

La higiene bucal debe comenzar desde la gestación, cuando la madre va a sus citas con el ginecólogo y el odontologo para asegurar una buena salud bucal.

Es importante informarse con el odontologo para que todas las etapas de desarrollo del bebé puedan llevarse de una manera adecuada y no exista ninguna complicación posterior.

Finalmente para que los niños tengan un dientes sanos y prevenir alguna intervención más compleja es necesario lograr un correcto proceso de educación y rutinario se tiene que informar a los padres como pueden ayudar a mejorar la salud bucal de sus hijos y así fomenten esos hábitos.

ANEXOS.



PREVENCIÓN DENTAL

El tratamiento preventivo del niño se basa en el tratamiento integral en secuencia evolutiva y jerárquica, involucrando aspectos educativos, preventivos y curativos. Inicialmente se promueve la eliminación de factores de riesgo, mejorar la resistencia del huésped, de los dientes y finalmente tratar y controlar los problemas existentes.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Fluoruros.
- Selladores de fosetas y fisuras.





RECOMENDACIONES

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



GUÍA DE CUIDADOS DENTALES DIRIGIDO A PADRES PRIMERIZOS



ROGELIO GUARNEROS GARNICA

La caries dental puede desarrollarse tan pronto como aparece el primer diente. Es importante que cuiden 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 causa problemas de salud como infecciones.



LA SALUD DENTAL EN BEBÉS Y NIÑOS.

0-6 meses:

- Utilizar un paño húmedo para limpiar las encías.
- Por la noche, El biberón con agua (NO LECHE NI ZUMO).

7-12 meses:

- Si la salida de los dientes de leche genera molestias importantes consultar con el pediatra.
- Darle un chupete o juguete frío.
- Cuando salgan los molares, empezar a utilizar un cepillo de dientes suave.

1-2 años:

- Pasarle con cuidado el hilo dental (1 vez al día).
- Empezar a enseñarle a usar el cepillo.
- Realizar la primera visita al dentista.

3-4 años:

- Inicio del autocepillado.
- Cambiar el cepillo cada mes.
- Limitar consumo de bebidas y alimentos azucarados.
- Empezar con las revisiones dentales cada 6 meses.

CONDICIONES ORALES MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO.

- Alteraciones gingivoperiodontales
- Alteraciones de la mucosa bucal
- Lesiones cariosas



- Lávate los dientes con cuidado, ya que sufrir de inflamación y sangrado en las encías es común.
- Cuidar bien tu salud bucal ayuda a que tu bebé y tú tengan una buena salud.
- La infección de las encías provoca que tu bebé nazca antes de tiempo.
- Debes acudir al dentista desde el momento que sepas de tu embarazo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra V. Obstetricia: Fisiología maternal. Universitat de València.
Disponible en:
<http://www.uv.es/~dpog/Serra/T3%20Fisiol.%20Materna%20I> (fecha de acceso: 1/4/2011).
2. Ref Machuca G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes en estado de gestación y lactancia. Madrid: Editorial Norman; 1996. p. 18-23.
3. Lascaia NT, Moussalli NH. Compendio terapéutico periodontal. 3ª ed. Sao Paulo: Editora Artes Médicas; 1999. p .31-5,190,211.
4. Prichard JF .Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984. p.20,143-5,149.
5. Díaz Romero RM. Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. A medical opinion. Ginecol Obstet Mex 1998; (11):507-11.
6. <https://hospitaldenens.com/es/guia-de-salud-y-enfermedades/erupcion-dentaria/>
7. Asensio Alfaro Alfaro, Isabel Castejón Navas, Rafael Magán Sánchez, María Jesús Alfaro Alfaro, Rev Clin Med Fam vol.11 no.3 Albacete oct. 2018 Epub 01-oct-2019.



8. Romulus-Newlin JJ, Doak C, Albernaz E, Victora CG, Haisman H. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6(2): 508-14.
9. Erickson PR, Mazhari E. Investigation of the role of human breast milk in caries development. *Pediatr Dent* 1999; 21(2): 86-90.
10. Merino E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. *acta odontológica Venezolana*. 2003. VOLUMEN 41 N° 2.
11. <https://www.guiainfantil.com/blog/salud/dientes/el-peligro-de-prolongar-el-uso-del-biberon-y-del-chupete/>
12. Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos 2ª Edición, Madrid: Ripano, 2014.
13. www.odontologiaparabebes.com/higiene.html.
14. 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.
15. Cátedra Odontopediatría 1. Prof. Dra. Elena Vuoto, Prof. Mag. Claudia Fernandez.
16. Morgado SD, García-Ballestra C, et algo. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven 1ªEd. Madrid: Ripano Editorial Médica; 2010.



17. Biondi AM; Cortese, Silvina Gabriela. “odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada”. Buenos Aires. 1ª Edición Alfaomega Grupo Editor Argentino. 2010.
18. Boj JR, Catalá M, Garcia-Ballestra C, et al. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven 1ª Ed. Madrid: Ripano Editorial Médica; 2010.
19. 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. Estados de la cuestión Dentum. 2004, 4(3): 84-94.
20. Huber KL, Suri L, Taneja P. Eruption disturbances of the maxillary incisors: a literature review. J Clinpediatr dent. 2008 spring, 32(3): 221-30.
21. 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.
22. Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría (internet). 2009 (citado 06 sep 2015).
23. Leung AKC, Robson WLM. Natal teeth a review. J Nath Med Assoc. 2006 Feb; 98(2): 226-228.



24. Miegimolle M, Planells P, Babería E. atención temprana en la infancia dientes natales y neonatales. *Odontol pediatr.* 2002; 10(1): 31-4.
25. Seminario AL, Ivancaková R. Natal and neonatal teeth. *Acta Medica* 2004, 47(4): 229-33.
26. *World Health Organization (1987): Oral health surveys. Basic Methods.* 3rd. Geneve, Suiza, WHO.
27. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (suppl): 13.
28. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 2006; 28 (suppl): 69-72.
29. Castillo R, Perona G, Kanashiro C, Perea M, Silva-Esteves F. *Estomatología pediátrica.* Madrid: Ripano, 2011;94-110.
30. Caufield, PW, Griffen AL. Dental caries: An infectious and transmissible disease. *Pediatric Clinics of North America* 2000; 47(5): 1001-1019.
31. E. Barbería Leache, J Ramón Boj Quesada, *Odontopediatría*, segunda edición, editorial Masson 2002 p. 76, 77, 85, 99,100.
32. Clarkson BH. Introduction to cariology. *Dental clinics of North America* 1999; 43 (4): 569-578.
33. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki, *Patología Oral y Maxilofacial contemporánea*, Edición segunda España 2004, editorial Elsevier, p.p. 17-26,30,40,111.



34. Nelson FP. Caries de biberón capítulo 11. En: Léa Assed B. Tratado de odontopediatría. Editorial Amolca. Colombia, 2008.
35. Walter LRF, Nakama R. prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês- Parte I. J Bras Odontoped Odonto bebe 1998 91-100.
36. Cameron C. Angus, Widmer P Richard, Editores. Manual de odontología pediátrica. Barcelona, España: Elsevier. 2010.
37. García S.A, De la Teja A.E, Caries temprana de la infancia. prevención y tratamiento presentación de un caso Acta Pediatr Mex 2008; 29(2): 69-72.
38. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf
39. Guido Perona Miguel de Priego, Castillo Cevallos Luis, Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica, primera edición Madrid, 2012, Editorial Ripano p. 19,25-27,38-40,55,90,92,96.
40. Claudia M Sánchez Saravia. Protegiendo los dientes de tu bebé. Guía práctica para los padres, Edición primera, Editorial Bolivia dental 2005. P17 25-36.
41. Harris N, Garcia-Godoy F. Primary preventive dentistry Mexico: El Manual Moderno; 2005.
42. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: Acquisition and transmission. Pediatr Dent 2006; 28(2): 106-109.



43. Barrancos M. Operatoria dental-integración clínica. Editorial Médica Panamericana, cuarta edición, 2006.
44. Ma. De los Ángeles Gil Padrón. Mabel Sáenz Guzman. Dayana Hernández. Erika González. Los selladores de fosas y fisuras: una alternativa de tratamiento “preventivo o terapéutico” revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 40 N°2/2002, <http://colegiohigienistasmadrid.org/blog/?p=96>.
45. Moyers R E. Manual de Ortodoncia, 4ta edición, Argentina Edit, Panamerican, 1994.
46. Pinkham, J.R. Odontología Pediátrica. 2da. ed, Edit, Interamericana. Philadeldhia, 1994.
47. Ralph E, McDonald, et al. Odontología pediátrica y adolescencia. 5ta ed, Edit; Médica Panamericana; Buenos Aires, 1990.
48. Sogbe. Conceptos básicos en Odontología pediátrica. Edit; Disinlimed, Caracas, Venezuela, 1996.
49. Gómez H. B. Examen clínico integral en estomatología. 1ª. Ed, Edit, Amolca, Colombia, 2003.
50. Barrios L, Puente M, Castillo A, Rodríguez M, Duque M. Hábito de respiración bucal en niños. Rev. Cubana ortodontic 2001; pag. 16.
51. FINN, Sydney B; Odontología Pediátrica. 2da, ed; Ed. Interamericana 1976.



52. Cuevillas G. Caracterización actual del síndrome del respirador bucal.

Rev. Habanera de ciencias médicas 2005; 4 No. 2.

53. Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado

nueva esparta 2001. Rev. acta odontológica Venezolana 2004; 42.