



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PATOLOGÍAS BUCALES DEL LACTANTE.  
INFORMACIÓN NECESARIA PARA MADRES.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

LAURA LEIDA PENILLA OLALDE

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ  
ASESORA: ESP. ALBA ESTELA BASURTO CALVA

*Voto*  
*[Firma]*



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 Dios por permitirme llegar hasta aquí y darme la sabiduría y fuerza para poder lograr todas mis metas.

A mi amada universidad, mi segundo hogar, no podría sentirme más orgullosa de ser UNAM, gracias por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de ser alguien mejor.

A mis papas, por ser el motor de mi vida, sin ustedes nada hubiera sido posible; gracias por siempre darme todo y más. Los amo.

A mi hermana Sam, por ser mi amiga y confidente, por escucharme y hacer muchas locuras conmigo, te amo; A Tini por ser el mejor cuñado y amigo.

A Lenin por ser el gran amor de mi vida, no podría haber encontrado en la vida a alguien mejor; gracias por tu apoyo y paciencia. Te amo infinitamente.

A mis abuelitos mamá vis y papá Memo, sin ustedes yo no sería nadie, nunca voy a poder pagarles todo lo que hicieron por mí; los amo inmensamente.

A la Dra María Elena Nieto, no podría estar más agradecida de haberla tenido como guía, gracias por todo el apoyo que me dio, por su tiempo y dedicación, muchas gracias.

A la Dra Alba Basurto, por todos sus consejos.

A mis compañeros de carrera y amigos, el 10 el mejor grupo; en especial a Dian, Lau y Gaby, sin ustedes todo hubiera sido muy aburrido. Las quiero mucho. A Xime, por siempre sacarme una sonrisa, a Yoa por ser un gran equipo y a mis amigos de periférica Pao, Rodo Thalía y Ady por escucharme y hacerme reír.

A Todos los Doctores que tuve la dicha de tener a lo largo de esta carrera. Gracias por darme todos sus conocimientos.

A mis amigas y hermanas, Sam, Duls, Sandy, Pam, Gaby. Por estar siempre conmigo y seguir siendo las mejores.

A sommer.

SÉ EL CAMBIO QUE QUIERES VER EN EL MUNDO

-Mahatma Gandhi

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVO.....	7
1 GENERALIDADES.....	8
1.1 Conceptos.....	8
1.1.1 Salud.....	8
1.1.2 Educación.....	8
1.1.3 Educación para la salud.....	9
1.1.3.1 Objetivos.....	10
1.1.3.2 Campo de acción.....	10
1.1.4 Patología.....	11
2 LACTANTE.....	13
2.1 Definición de lactante.....	13
2.2 Clasificación.....	13
2.3 Características físicas, psicológicas y sociales.....	13
2.4 Funciones bucales neonatales.....	15
2.4.1 Respiración.....	15
2.4.1 Succión y deglución.....	15
2.5 Dentición temporal o decidua.....	16
3 PATOLOGÍAS BUCALES DEL LACTANTE.....	19
3.1 Dientes natales y neonatales.....	19
3.2 Nódulos de Bohn.....	21
3.3 Perlas de Epstein.....	22
3.4 Quistes de la lámina dental.....	22
3.5 Quiste de erupción.....	23
3.6 Gránulos de Fordyce.....	24
3.7 Épulis congénito.....	24
3.8 Úlcera de Riga-Fede.....	25
3.9 Mucocele.....	26
3.10 Ránula.....	27
3.11 Hemangioma.....	28
3.12 Linfagioma.....	29
3.13 Candidiasis.....	30
3.14 Herpes simple.....	31
3.15 Lengua geográfica.....	32
3.16 Anquiloglosia.....	34
3.17 Macroglosia.....	36
3.18 Caries por alimentación temprana.....	38

4 EDUCACIÓN PARA SALUD BUCAL DIRIGIDA A MADRES DE LACTANTES.....	42
4.1 Aspectos educativos.....	42
4.2 Lactancia materna.....	42
4.3 Uso de biberón y chupón.....	44
4.4 Dieta.....	48
4.5 Transmisión bacteriana.....	54
4.6 Higiene bucal.....	50
4.7 Uso de fluoruro.....	51
4.8 Primera visita al Odontopediatría.....	53
CONCLUSIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

## INTRODUCCIÓN

Una de las tareas más importantes de los profesionales de la salud, en particular los dedicados a la salud bucal, es la educación para la salud.

En odontología el objetivo de la educación para la salud es ser una guía para el odontólogo para que éste a su vez pueda ser el encargado de transmitir a la población la importancia del cuidado de su salud.

Los trabajadores de la salud, deben proporcionar herramientas a la población que les permita conocer la complejidad del funcionamiento del organismo a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Es importante señalar que un correcto examen clínico y la identificación de patologías, ayudan a determinar un adecuado tratamiento y pronóstico para la intervención oportuna de problemas que se puedan presentar en el lactante. El cirujano dentista debe dar a conocer las características clínicas y tratamiento de las principales alteraciones bucales que se pueden presentar en el lactante, en especial a las madres ya que son ellas las que pasan más tiempo con el bebé.

En caso de identificar en la cavidad bucal del bebé alguna alteración, es importante explicar y orientar a los padres de los posibles efectos y tratamientos; en virtud de que algunas patologías pueden ocasionar limitaciones y dificultar la alimentación, teniendo consecuencias en el desarrollo fisiológico del bebé.

El presente trabajo está orientado a la primera etapa de la vida que incluye a la lactancia, asimismo se consideran las características del lactante en particular las patologías bucales que éste puede presentar.

## OBJETIVO

Describir las patologías bucales del lactante así como la información necesaria que se debe de dar a las madres.

# 1. GENERALIDADES

Una de las tareas más importantes a desarrollar por parte de los profesionales de la salud, y en general de los profesionales de la salud bucal, es la educación para la salud.

El odontólogo es el encargado de difundir las enseñanzas de manera didáctica para propiciar acciones voluntarias que conduzcan a una salud bucal.

El Odontopediatra, es el especialista en odontología encargado de la prevención y tratamiento de las enfermedades bucales del niño.

## 1.1 Conceptos

### 1.1.1 Salud

La OMS (Organización mundial de la salud), viene definiendo a la salud desde 1946 como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es un estado transitorio, ya que puede pasar del bienestar a la enfermedad con muchas frecuencias, y éste puede estar influido por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, históricos y geográficos, entre otros.<sup>1</sup>

### 1.1.2 Educación

La educación es indispensable para la vida social, es un método para facilitar el aprendizaje o la obtención de conocimientos, valores, habilidades y hábitos.

La educación es una herramienta creada para conservar el conocimiento que el hombre ha construido a lo largo de su historia, desde instrumentos y artefactos hasta costumbres, normas, códigos de comunicación y convivencia, mecanismos imprescindibles para la supervivencia de los grupos y la especie.<sup>2</sup>

Mosby define a la Educación como un proceso para informar y de comunicación eficaz para incrementar el conocimiento y la comprensión.<sup>3</sup>

### 1.1.3. Educación para la Salud

La educación para la salud es definida por la OMS como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud a nivel individual y de comunidad. Debe orientarse en el sentido de transmitir información que responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan.<sup>4</sup>

Es importante señalar que la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud.

Serrano Poveda menciona que la educación para la salud, es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de la salud y una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y educativos.<sup>5</sup>

Es importante destacar que la educación para la salud es una función social ya que contribuye a la conservación del grupo humano y desarrollo de la sociedad. Arce y Zamora señalan que es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia al momento de nacer, se extiende durante toda la vida y lleva a la persona a cuidar y valorar su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos de manera voluntaria, evitando situaciones y comportamientos de riesgo.<sup>1</sup>

Actualmente, la manera de definir la educación para la salud se determina según el lugar de su aplicación: desde el punto de vista de la educación,

es válida según el sector de la intervención, como el hospital, la escuela y el trabajo; mientras que desde la salud, de acuerdo con Lawrence W. Green, es aplicable a cualquiera que sea el lugar de intervención, el que interviene, y el que participa, así “la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamiento saludable”.<sup>4</sup>

#### 1.1.3.1 Objetivos

El objetivo general es que los individuos y el colectivo, debe asumir a la salud como un valor básico de la comunidad y aceptar sus responsabilidades.

Los objetivos específicos de acuerdo al IV grupo de trabajo de la “National conference de preventive medicine” en 1975 son:

1. Informar a la población sobre salud, enfermedad, formas de mejorar y proteger la salud y uso eficaz de la asistencia médica.
2. Motivar para adquirir hábitos más saludables.
3. Adquirir capacidades necesarias para adoptar y mantener unos hábitos de vida saludable, higiene, alimentación y cuidado personal.
4. Promover capacitación de todos los agentes de educación sanitaria.
5. Incrementar los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos antes señalados.<sup>5</sup>

#### 1.1.3.2 Campo de Acción

Los espacios de acción de la educación para la salud se encuentran en las instituciones socializadoras en las que participa un individuo a lo largo de su vida.<sup>4</sup> La educación para la salud, cuenta con seis campos de acción: la familia, la escuela, la comunidad, el trabajo, el consultorio y las universidades.<sup>1</sup>

En la familia, considerando la edad de cada uno de los miembros y sus diferentes necesidades educativas de acuerdo a las distintas etapas de su vida. En la escuela, el ambiente perfecto para educar, no existe específicamente una asignatura de educación para la salud a nivel primaria y secundaria, pero puede ser abordado de manera transversal en el contenido de otras asignaturas.

Para la comunidad, los vecinos, líderes de comunidad, medios de comunicación, centros de salud y consultorios particulares; participan para involucrar hábitos positivos y motivan a abandonar la conducta nociva. El lugar de trabajo es otro ambiente, en el medio laboral surgen programas de educación para la salud relacionados directamente con los métodos de prevención frente a los riesgos del trabajo y para cuidar de manera general la salud de los trabajadores.<sup>1</sup>

En el consultorio, diariamente el personal de salud, al explicar al paciente los cuidados que debe de tener para su salud, las medidas preventivas frente a diferentes enfermedades o los alimentos adecuados para una dieta saludable. Finalmente, el ámbito académico universitario, con la finalidad de que los alumnos valoren el cuidado de la salud y fortalecer la participación de toda la comunidad universitaria para una salud social.<sup>1,2</sup>

#### 1.1.4. Patología

Patología (phatos=sufrimiento y logos= tratado), es la rama de la medicina que se encarga de estudiar las enfermedades, las cuales se pueden definir como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas. Su estudio se basa en el conocimiento de la anatomía, histología y funciones normales. El estudio de la patología permite establecer un cuadro completo de la enfermedad, al reconocer sus causas, mecanismos, lesiones, modificaciones funcionales y expresión sintomática para poder llegar a un diagnóstico, hacer un pronóstico y poder planear un tratamiento.<sup>6</sup>

La patología es la rama de la ciencia que se ocupa de las enfermedades en todas sus relaciones, especialmente de su naturaleza y los cambios funcionales y materiales que provoca. Así la patología oral, es el estudio de las características causas y efectos de las enfermedades de la cavidad oral y las estructuras asociadas.<sup>3</sup>

## 2. LACTANTE

### 2.1 Definición de Lactante

El periodo de lactancia inicia en la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna, desde su nacimiento hasta los dos años de edad. En esta etapa, el bebé está en constante maduración y cambio de características físicas, psicológicas y sociales.<sup>2</sup>

La OMS señala, que un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días, los cuales implican el mayor riesgo para la salud y riesgo de muerte para el niño. Es por ésto, que es esencial ofrecer una atención oportuna y óptima, así como una alimentación adecuada con el fin de incrementar las probabilidades de supervivencia del niño y contribuir a una vida con buena salud.<sup>2</sup>

### 2.2 Clasificación

El periodo de lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se divide en:

Lactante menor: desde los 28 días de nacido hasta los 12 meses de vida.

Lactante mayor: de los 12 meses hasta los 24 meses (2 años).

### 2.3 Características físicas, psicológicas y sociales.

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida del bebé, hay pérdida de peso del 10% debido a la eliminación de líquido extravascular y el cual lo recupera a los 14 días.

Las fontanelas del cráneo, que no están cerradas, permiten que la cabeza crezca a una velocidad de 2cm al mes. El lactante presenta extremidades cortas, la cabeza y tronco ocupan la mayor parte de la proporción de su cuerpo. La agudeza visual mejora a las 6 semanas y logra la binocularidad, que se establece definitiva a los 4 meses. El cuello es corto, con pliegues por la acumulación de tejido adiposo.<sup>2</sup>

La actividad más importante del lactante es la comunicación con el adulto. Éste satisface todas sus necesidades y es fuente de las principales impresiones visuales, auditivas y táctiles. A los 5 o 6 meses de nacido reacciona a los rostros extraños porque los comienza a diferenciar, la cara de un desconocido puede asustarlo. El adulto introduce al niño o niña en el mundo de los objetos, atrae su atención hacia ellos, le demuestra cómo actuar y le ayuda a ejecutar acciones, comienza la imitación.<sup>2</sup>

Entre los 7 y 10 meses sigue atentamente el habla y los movimientos de sus familiares, sin embargo; las acciones no se producen con rapidez porque la inmadurez de su sistema nervioso provoca que el tiempo de latencia (tiempo que transcurre entre el estímulo y la respuesta) sea más largo. El recién nacido tiene una organización biológica que posee los mecanismos básicos que le permiten adaptarse al violento cambio de ambiente que representa el nacimiento; pero es totalmente dependiente de lo que el contexto proporciona para su subsistencia; es una persona que manifiesta una actividad espontánea y una capacidad de reacción a la estimulación propia del ambiente.<sup>2</sup>

Piaget plantea que el periodo que va desde el nacimiento hasta la aparición del lenguaje es el de la inteligencia sensoriomotriz. En esta etapa, el niño conoce el mundo que lo rodea mediante percepciones y movimientos o acciones. Las principales adquisiciones del periodo sensoriomotriz son:

1. Capacidad de coordinar e integrar información de los cinco sentidos para comprender que los datos se relacionan con el mismo objeto. Tiene que aprender que puede ver, escuchar y también tocar el mismo objeto.
2. Capacidad para reconocer que el mundo es un lugar permanente, cuya existencia no depende del hecho de que el niño la perciba.
3. Capacidad para presentar un comportamiento encaminado hacia objetivos (Ortega, 1997).<sup>2</sup>

## 2.4 Funciones bucales neonatales

Las funciones bucales neonatales son todas aquellas que están presentes en el nacimiento y que permiten la supervivencia del bebé. Estas son: respiración, deglución y succión. Todas las estructuras de la boca y la faringe están influenciadas por estas funciones, además de que el bebé percibe el mundo y su entorno por medio de la sensibilidad táctil de la boca, los labios y la lengua.

### 2.4.1 Respiración

El paso del aire por la nariz provoca que las terminaciones nerviosas en ella generen determinadas respuestas, como la expansión del tórax, el desarrollo tridimensional de las fosas nasales cuya base es el paladar y por lo tanto, genera también la expansión de la cavidad bucal y el aumento de tamaño de los senos maxilares. Si el neonato respira por la boca todo el proceso anterior no se lleva a cabo con el consiguiente detrimento en el crecimiento craneofacial del bebé: así como la alteración del patrón del funcionamiento de la musculatura bucofacial y maloclusiones.<sup>7</sup>

### 2.4.2 Succión y deglución

La succión y deglución están presentes desde la vida intrauterina, estos movimientos se pueden detectar a partir de la 13ª a 16ª semanas de vida intrauterina y permanece hasta los 12 meses de vida aproximadamente. La deglución antes de que erupcionen los dientes se realiza interponiendo la lengua entre los arcos dentarios, en relación con la superficie lingual de los labios, creando un sellado necesario en esta etapa para la deglución. Sin embargo, al erupcionar los incisivos, la lengua se retrae y al deglutir se posiciona en la papila incisiva observándose una mínima contracción labial.<sup>7</sup>

## 2.5 Dentición temporal o decidua

La dentición temporal, conocida también como dentición infantil, de leche, decidua o primaria, aparece en los niños a partir de los 6 meses.

Esta dentición será remplazada a partir de los 6 años por la dentición permanente.

Los dientes temporales se dividen en 3 grandes categorías (en la dentición temporal no se encuentran presentes los premolares):

- 2 Incisivos: 8 dientes
- 3 Caninos: 4 dientes
- 4 Molares: 8 dientes

Siendo un total de 20 dientes, quienes conforman la primera dentición de los bebés. Figura 1

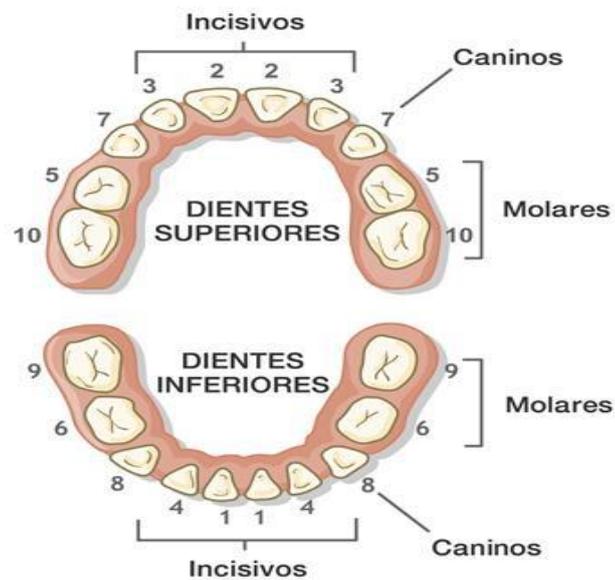


Figura 1: Dentición Primaria<sup>8</sup>

Los dientes temporales son esenciales para el correcto desarrollo del complejo oral, entre sus funciones se encuentran:

- Guía de erupción de los dientes permanentes (La raíz de los dientes temporales va guiando a los dientes permanentes hasta su correcta posición).

- Mantenimiento del espacio necesario para los dientes permanentes. La pérdida prematura de un diente temporal mucho antes de su periodo normal de exfoliación, va a provocar trastornos eruptivos sobre el diente definitivo que le sucede. Por ello, siempre que se pierda un diente temporal prematuramente es necesario guardar el espacio que queda con un mantenedor de espacio, con el fin de evitar apiñamientos y problemas de la estabilidad oclusal del niño.
- Correcto desarrollo del habla; en esta función, cabe destacar la importancia de los incisivos superiores encargados de la pronunciación de la T, D, S, Z y C. Los niños que por motivos de salud oral han perdido de forma prematura este grupo dentario aprenderán a producir estos sonidos de forma anómala, por lo que la reposición de estos dientes es fundamental.
- Masticación. La dentición temporal aparece en el bebé debido a que a partir de ese momento pasa de la alimentación líquida a semisólida, hasta llegar a los 24 meses de edad, donde ya su alimentación habrá pasado paulatinamente a sólida.
- Crecimiento y desarrollo del maxilar y la mandíbula. El hecho de masticar estimula el crecimiento y desarrollo de ambos maxilares, ésto quiere decir que si no hay masticación los huesos maxilares se atrofian provocando hipoplasia de los maxilares. Todo ésto se debe a que en los maxilares se insertan los músculos de la masticación que estimulan el crecimiento longitudinal y transversal de los maxilares.<sup>9</sup>

La aparición de los primeros dientes suele ser a los 6 meses y se prolonga aproximadamente hasta los 30 meses, aunque hay bebés que tienen el primer diente a los tres meses o retrasan la salida hasta cumplir el año.

La cronología aproximada de aparición es la siguiente: Incisivos centrales Inferiores: 6 a 7 meses.

- Incisivos centrales superiores: 7 meses.
- Incisivos laterales superiores: 8 meses.
- Incisivos laterales inferiores: 7 a 8 meses.
- Caninos superiores e inferiores: 16 a 20 meses.
- Primeros molares superiores e inferiores: 12 a 16 meses.
- Segundos molares superiores e inferiores: 21 a 30 meses.<sup>10</sup>Figura 2

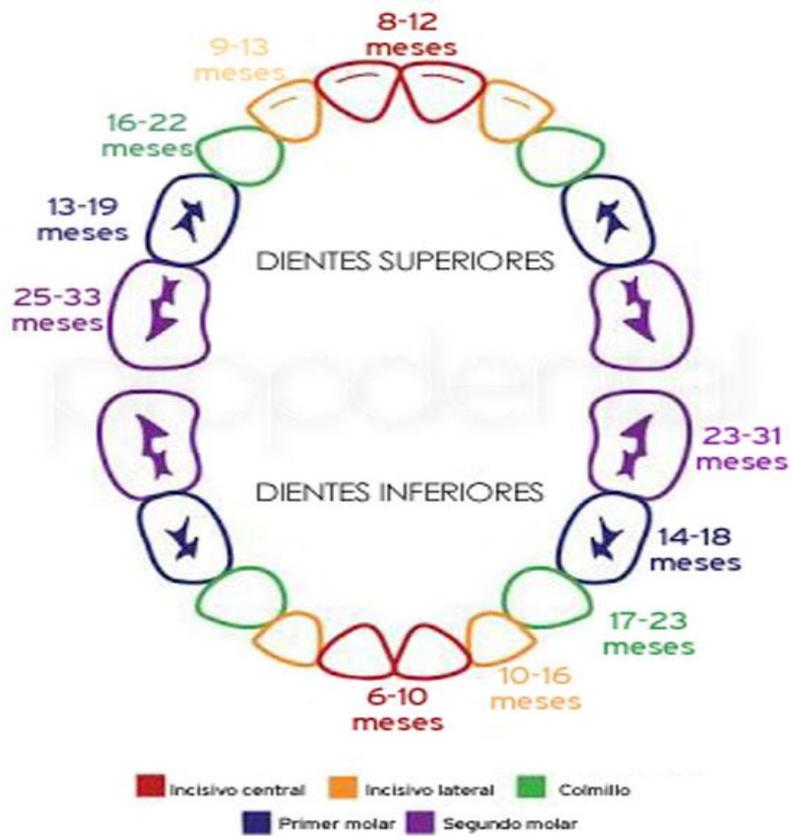


Figura 2: Cronología de erupción.<sup>11</sup>

### 3. PATOLOGÍAS BUCALES DEL LACTANTE

La evaluación de la cavidad oral del recién nacido, es de suma importancia para detectar de manera precoz cualquier alteración o patología bucal del lactante. El desarrollo de éstas comienza in útero con remanentes de estructuras dentarias, traumatismos, factores hereditarios, injurias a los tejidos adyacentes, entre otras causas.

Un correcto examen clínico y la clasificación ayudan a determinar el adecuado tratamiento y pronóstico para la intervención oportuna de este tipo de problemas.

#### 3.1 Dientes natales y neonatales

Se denomina dientes natales a aquellos dientes que están presentes en la cavidad oral del lactante en el momento del nacimiento, y dientes neonatales a los que aparecen durante los primeros 30 días de vida extrauterina. Usualmente son de color amarillo-café o color blanco opaco y están adheridos por tejido blando al reborde alveolar.<sup>12</sup>Figura 3



**Figura 3: Dientes natales y neonatales.** <sup>14</sup>

Estos dientes erupcionan sin formación radicular, con pulpa dental amplia y muy vascularizada. El 85% de los dientes natales son incisivos centrales inferiores temporales, el otro 15% corresponde a los incisivos centrales superiores, molares y dientes supernumerarios. De acuerdo con Ronk (1982), es más frecuente en niñas que en niños en una relación de 3 a 1.<sup>12, 13</sup>

Clasificación: Según las características clínicas, estos dientes se clasifican en dientes maduros cuando tienen forma normal y desarrollo completo similar a los dientes temporales por erupcionar, y dientes inmaduros, cuando su desarrollo y estructura es incompleta.

Otra clasificación es referente a cuatro características clínicas diferentes:

- Estructura coronaria en forma de cascara, escasamente fijada al alveolo por el tejido gingival y ausencia de raíz.
- Corona sólida, escasamente fijada al alveolo por tejido gingival y raíz pequeña o ausente.
- Erupción del margen incisal de la corona a través del tejido gingival.
- Edema del tejido gingival con un diente no erupcionado pero palpable.<sup>12</sup>

Diagnóstico diferencial: Se obtiene mediante una radiografía para diferenciar un diente de la serie normal de un supernumerario, además se debe diferenciar de quistes o nódulos. Si hay una imagen doble se confirma el diagnóstico de dientes supernumerarios.<sup>13</sup>

Etiología: Su aparición puede tener un origen hereditario, hipovitaminosis, posición superficial del germen dentario o asociación con síndromes como: Displasia Condroectodérmica (Elis Van Creveld), disostosis craneofacial, Pierre Robin, hendidura labial y palatina, entre otros.<sup>12</sup>

Tratamiento: El tratamiento de los dientes natales y neonatales por lo general es el mantenimiento de los mismos en la cavidad oral; sin embargo, está indicada la extracción cuando presenta alguna o varias de las siguientes características:

- Dientes con movilidad y que represente riesgo de aspiración y/o dificultad para alimentarse e interferir en la succión.
- Diente supernumerario confirmado.
- Úlcera lingual traumática (Riga-Fede).

La exodoncia se realiza en el consultorio dental, con anestesia local, el bebé debe de estar en brazos de la madre. La exodoncia se debe realizar después de la primera semana de vida, debido a la deficiencia de la coagulación resultante de la síntesis insuficiente de vitamina K que ocurre en los primeros días de vida.

Cuando los dientes son estables pueden preservarse con pulido suave y contante, así como aplicaciones tópicas de fluoruro.<sup>15</sup>

### 3.2 Nódulos de Bohn

También llamado quiste gingival. Son Lesiones quísticas pequeñas de color blanco amarillento, se localizan frecuentemente en las porciones vestibulares, palatinas o linguales de los rodetes gingivales, son más frecuentes en el arco superior.<sup>16</sup> Figura 4



**Figura 4: Nódulos de Bohn.**<sup>17</sup>

Diagnóstico diferencial: Con dientes natales y neonatales.

Etiología: Proviene de restos de tejido glandular mucoso. Son pequeños remanentes de glándulas salivales constituidas por epitelio plano estratificado y una trama de tejido conectivo fibroso que contiene en su espesor ácidos mucosos y conductos excretores glandulares bien formados.<sup>16</sup>

Tratamiento: No requiere tratamiento, involucionan con el tiempo, se recomienda observación y masaje digital suave.<sup>16</sup>

### 3.3 Perlas de Epstein

También llamado quiste del rafe medio palatino. Son pequeñas lesiones quísticas de 0.5 a 3mm de diámetro de color aperlado, localizadas en la línea media del paladar.<sup>18</sup>Figura 5



**Figura 5: Perlas de Epstein.<sup>19</sup>**

Diagnóstico diferencial: Con quistes de la papila palatina y úlcera traumática.

Etiología: Se origina a partir del epitelio que se quedó atrapado durante la fusión de los procesos palatinos con contenido de queratina. Derivadas de las células ectodérmicas residuales que los cubren y su contenido es líquido.

Tratamiento: No requiere tratamiento, ya que desaparecen de forma espontánea.<sup>18</sup>

### 3.4 Quistes de la lámina dental

Son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas situadas a lo largo del reborde mandibular y maxilar a nivel de la región posterior de los arcos, siendo más frecuente en superior. Figura 6.



**Figura 6: Quiste de la lámina dental.** <sup>20</sup>

Se pueden clasificar según la región donde se desarrollen en quistes palatinos y quistes alveolares.<sup>13</sup>

Diagnóstico diferencial: se debe diferenciar de los dientes natales, y el aspecto básico para su diferenciación es generalmente su localización y textura.

Etiología: Son restos epiteliales de la lámina dental primitiva.

Tratamiento: Observación y masaje suave. Su tendencia es involutiva, es decir al cabo de unas semanas desaparece espontáneamente. Si su volumen es exagerado se recomienda su marsupialización.<sup>12</sup>

### 3.5 Quiste de erupción

Es un edema gingival en forma de domo localizado en el reborde alveolar, aparece en la zona anatómica de los incisivos, se produce en los dientes que están recubiertos por mucosa y que están a punto de erupcionar. El quiste aparece de color azul transparente.<sup>15, 16</sup>Figura 7



**Figura 7: Quiste de erupción.**<sup>21</sup>

Etiología: Se atribuye su etiología a cambios degenerativos quísticos en la terminación de esmalte epitelio reducido a raíz de la amelogénesis. Otros sugieren que el quiste se desarrolla a partir de los restos epiteliales de la lámina dental, que recubre el diente en erupción.

Tratamiento: Involuciona solo al erupcionar el diente, si después de 5 meses esto no sucede se procede a tratamiento quirúrgico (marsupialización del quiste).<sup>16</sup>

### 3.6 Gránulos de Fordyce

Son múltiples granulaciones blanco amarillentas de 1 a 2 mm de diámetro dispuestas en racimos o placas localizadas en labios y la mucosa malar, son glándulas sebáceas ectópicas presentes al nacer.<sup>13</sup> Figura 8



**Figura 8: Gránulos de Fordyce.<sup>22</sup>**

Etiología: Quistes epiteliales llenos de queratina

Tratamiento: Involucionan solas. Se trata de un componente anatómico normal.

### 3.7 Épulis congénito

También llamado mioblastoma congénito, tumor de células granulosas congénito o tumor de Neumann (descrito por primera vez por Neumann en 1872). Es una tumoración benigna que se presenta en la encía en el

reborde alveolar maxilar superior; En la región canino incisal y con menor frecuencia en el reborde homólogo de la mandíbula. Se manifiesta como una masa rosa, lisa o lobulada y pedunculada, bien delimitada, de consistencia firme y no dolorosa, el tamaño varía desde unos pocos milímetros hasta 9mm de diámetro.<sup>12, 18</sup>Figura 9



**Figura 9: Épulis congénito.** <sup>23</sup>

Etiología: Se manejan diferentes hipótesis acerca de su origen, como lo son: epitelial, células mesenquimales indiferenciadas (siendo ésta la más aceptada), células nerviosas y miofibroblastos. Se menciona que puede tener relación con el exceso de gonadotropina coriónica.

Tratamiento: Consiste en la exéresis quirúrgica simple. El Épulis congénito deja de crecer tras el nacimiento, puede ser posible su regresión espontánea.<sup>12</sup>

### 3.8 Úlcera de Riga-Fede

Úlcera descrita en 1881 por el médico italiano Antonio Riga y nueve años después F. Fede publica algunos casos y sus características histológicas. Es una lesión secundaria a la presencia de dientes natales y neonatales los cuales producen una úlcera en la superficie ventral de la lengua a ambos lados del frenillo de aproximadamente 1 o 2 cm.<sup>20</sup>Figura 10



**Figura 10: Úlcera de Riga-Fede.<sup>24</sup>**

Etiología: Ocasionada por el roce de la lengua en su región ventral contra el borde de los dientes natales, neonatales o dientes temporales recién erupcionados y filosos. Provoca dolor e impide el movimiento de la lengua y por consiguiente malestar en la alimentación.

Tratamiento: Se puede utilizar antisépticos para evitar infecciones, si evoluciona de forma negativa se tendrá que eliminar la causa que está produciendo el traumatismo, ésto puede hacerse desgastando la zona del diente que produce el problema o agregando resina. <sup>12,16</sup>

### 3.9 Mucocele

Es una inflamación blanda, nodular de la mucosa oral con contenido salival cuyo tamaño puede variar de 2-3mm a 1-2cm. Se presenta con mayor frecuencia en el labio inferior, pudiendo ser de dos tipos; el quiste mucoso de retención y el de extravasación. Se presenta como una lesión redonda u oval, translúcida, de color claro, si su localización es profunda puede ser azulada, si es superficial la mucosa suele ser lisa, depresible, fluctuante con tendencia al crecimiento dependiendo de la producción de moco, provocando dolor. Figura 11.



**Figura 11: mucocele.**<sup>25</sup>

Más frecuente en niños y adolescentes.<sup>16-18</sup>

Etiología: Traumatismos que lesionan los conductos excretores de las glándulas salivales accesorias.

Tratamiento: Es quirúrgico y requiere extirpación de él y de las glándulas del lecho de la lesión hasta llegar al plano muscular para evitar las recidivas.<sup>16</sup>

### 3.10 Ránula

Agrandamiento nodular liso, redondo, indoloro, de color azul en caso de ser una lesión superficial, pero si es profunda el color es de la mucosa normal. Localizado en el piso de boca, puede alcanzar un diámetro de 2 a 3 cm, por lo general es unilateral, pudiendo interferir en el habla y la alimentación.<sup>16, 18</sup>Figura 12



**Figura 12: Ránula.**<sup>26</sup>

Etiología: Trauma u obstrucción por sialolitos de los conductos excretores de las glándulas salivales sublinguales y de las glándulas menores del piso de boca.

Tratamiento: Remoción quirúrgica, marsupialización o crioterapia.<sup>16</sup>

### 3.11 Hemangioma

Neoplasia benigna compuesta de endotelio vascular hiperplásico y proliferativo; Su coloración es rojiza o vino, la cual aparece en el primer mes de vida. Es una lesión de rápido crecimiento, se puede encontrar en la cavidad oral en el labio inferior, la lengua y mucosa vestibular, mucosa alveolar y encía. Figura 13



**Figura 13: Hemangioma.<sup>27</sup>**

Se presenta en dos formas clínicas importantes: a) hemangioma capilar que es la forma más frecuente de presentación; es una proliferación de pequeños capilares, manifestada a menudo como manchas rojas de nacimiento en la piel y mucosa oral, que suelen palidecer al ejercer presión sobre ellas, y b) Hemangioma cavernoso de localización más profunda, constituido por grandes vasos cavernosos llenos de sangre que clínicamente se manifiesta como tumefacciones sobreelevadas de color variable, desde el rojo al azulado, y de consistencia blanda, fluctuante y eventualmente pulsátiles.<sup>12</sup>

Etiología: Expresión aumentada de factor de crecimiento fibroblástico (FCF), factor de crecimiento vascular endotelial, el antígeno celular de proliferación nuclear y la colagenasa tipo IV.

Tratamiento: Muchas de estas lesiones involucionan espontáneamente con la edad, por lo que no es preciso tratarlas. Dependiendo de su localización, tamaño y alteración estética que puede producir; se realiza la extirpación de éste mediante criocirugía o laser, evitando siempre la biopsia incisional de la lesión por el peligro que existe de una hemorragia incontrolada.<sup>12, 17</sup>

### 3.12 Linfagioma

Tumoración la cual se caracteriza por presentar cavidades llenas de linfa con paredes de tamaño variable. Se pueden encontrar desde el momento del nacimiento o durante los primeros años de vida. Se localizan con mayor frecuencia en la parte posterior de la lengua causando macroglosia congénita. También se puede presentar en labios, mucosa yugal, paladar blando y el piso de boca. Se caracteriza por presentar una Tumefacción firme, nodular, de color rosa de la mucosa normal o algo azulado, son normalmente asintomáticas; sin embargo, cuando empieza a aumentar de tamaño pueden causar dolor a la deglución.<sup>12</sup>Figura 14



**Figura 14: Linfagioma.<sup>28</sup>**

Diagnóstico diferencial: Con otras lesiones de presentación en el periodo neonatal como perlas de Epstein, quistes de la lámina dental, nódulos de Bohn, quistes mucosos de retención, quistes de erupción y hemangiomas.

Etiología: Malformaciones del sistema linfático.

Tratamiento: Quirúrgico cuando por su tamaño provoca grave alteración funcional o estética e inyecciones intralesionales de sustancias esclerosantes (Ok-432).<sup>12</sup>

### 3.13 Candidiasis

Infección oral micótica en el recién nacido producida por el hongo candida albicans. Se presenta como placas blanquecinas algodonosas no adherentes y fáciles de desprender, dejando una mucosa eritematosa debajo, en ocasiones dejando sensación de ardor o quemazón. Se Localizan con mayor frecuencia en dorso de la lengua, mucosa yugal y encías. Figura 15



**Figura 15: Candidiasis.**<sup>29</sup>

Las características clínica típicas del cuadro se hacen evidentes de los 5 a los 8 días de vida, encontrándose cultivos positivos de candida de 3 a 5 días después.<sup>17</sup>

Etiología: Producida por el hongo candida albicans. La candidiasis orofaríngea del recién nacido se adquiere frecuentemente por infecciones de la mucosa vaginal materna durante el paso del niño a través del canal de parto; También se puede transmitir durante la lactancia a través de la piel de la madre, sus manos o tetinas de goma mal esterilizadas. Hoy en

día también se toma en cuenta como uno de los primeros signos bucales de una contaminación por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la candidiasis oral es una infección oportunista más frecuente en pacientes con VIH, que tienen un valor predictivo en la evolución a sida, y se considera un marcador de candidiasis esofágica.<sup>12</sup>

Tratamiento: Consiste en actuar sobre los factores predisponentes (esterilizar biberones, chupetes, etc.), también la limpieza de las lesiones orales con solución saturada de bicarbonato de sodio de tres a cuatro veces al día, y el empleo de fármacos específicos con limitada o nula absorción en el tracto gastrointestinal: violeta de genciana, nistatina, anfotericina B, miconazol y clotrimazol, y agentes que si son absorbidos; flucitosina, Ketoconazol, fluconazol e itraconazol.

Actualmente está en desuso el empleo de violeta de genciana al 0.5%, que forma parte de los tratamientos tópicos tradicionales de las candidiasis; La nistatina, un antifungico, está especialmente indicada, ya que aplicada oral o tópicamente suele carecer de reacciones adversas.

Heber sugiere la siguiente pauta de administración de nistatina en suspensión oral: 100.000 UI aplicadas directamente en la lengua, cuatro veces al día, durante 7 días para recién nacidos y lactantes de bajo peso al nacer, y 200,000 UI en lactantes.

Si la candidiasis oral es más extensa, recidivante o resistente a los tratamientos tópicos, está indicado el tratamiento con antifúngicos de acción sistémica, como itraconazol y fluconazol. En pacientes infectados por VIH, y demás pacientes inmunodeprimidos, fluconazol es más eficaz desde el punto de vista clínico que miconazol y nistatina.<sup>12</sup>

### 3.14 Herpes Simple

Acúmulos de vesículas, que se erosionan y cubren de una membrana amarillenta a la mucosa bucal, paladar, lengua, labios y encías, con edema interpapilar y marginal. Figura 16.



**Figura 16: Herpes simple.**<sup>30</sup>

Se acompaña de fiebre, artralgias, cefalea, adenopatía cervical, disfagia y deshidratación secundaria.<sup>16</sup>

Etiología: Virus ADN perteneciente a la familia Herpetoviridae, conocido como virus del herpes simple.

Tratamiento: Aciclovir tópico o por vía oral valaciclovir o famciclovir e higiene bucal, además de enjuagues melox-benadryl antes de comer y después de la higiene bucal con bicarbonato para aumentar el pH de la mucosa (basificar).<sup>16</sup>

### 3.15 Lengua geográfica

Lengua geográfica también conocida como hiper glossia migratoria benigna, se caracteriza por áreas múltiples de descamación irregular de las papilas filiformes de la lengua. Las áreas de descamación permanecen durante poco tiempo en una zona, después involucionan y reaparecen en un área diferente. La patología no refiere sintomatología dolorosa, sin embargo en pocas ocasiones puede haber sensación de quemazón o sensibilidad, en este caso se recomienda una disminución de la ingestión de alimentos ácidos.<sup>18</sup>Figura 17



**Figura 17: Lengua Geografica.<sup>31</sup>**

La lengua geográfica es una lesión benigna lingual, de tipo migratorio, es decir cambiante, que suele aparecer sobre la punta, bordes laterales y dorso de la lengua, extendiéndose a veces a la porción ventral de la misma, e incluso mucosa bucal y encía.

La lengua geográfica se caracteriza por la presencia de áreas pequeñas redondas o irregulares de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad, bordes gruesos y de color blanco o blanco amarillento.<sup>32</sup>

Clasificación: en 1975, Hume propuso una clasificación de lengua geográfica en sus 4 tipos, basándose en su distribución clínica:

- Tipo 1: Lengua geográfica, sin lesiones geográficas en la cavidad oral.
- Tipo 2: Lengua geográfica, acompañada de lesiones geográficas en la cavidad oral.
- Tipo 3: Lesiones linguales atípicas, fijas o infructuosas, acompañadas o no de lesiones geográficas en la cavidad oral.
- Tipo 4: Lesiones geográficas en la cavidad oral sin la presencia de lengua geográfica

La lengua geográfica puede presentarse en dos formas: 1) como lesiones blancas, anulares, con centro atrófico rojo que presentan un patrón migratorio sobre el dorso de la lengua, varía en intensidad y puede desaparecer de forma instantánea y en ocasiones es dolorosa; 2) como

una lesión roja, cuando predominan las papilas atróficas sobre los bordes queratódicos.<sup>32</sup>

Etiología: La etiología de la lengua geográfica es desconocida. Han sido propuestos factores etiológicos que pueden estar relacionados con esta lesión, sin embargo, ninguna de las causas sugeridas en la literatura proveen una evidencia clara de una relación causal. Burket sugiere que podría ser causada por una infección microbiana o micótica. Se ha considerado también que estos pacientes pueden presentar un posible fondo psicossomático como factor etiológico. En 1996 se demostró que el estrés emocional era un factor etológico de la lengua geográfica, también se ha relacionado con alergia en los niños y con rasgos carenciales como avitaminosis.<sup>32</sup>

Tratamiento: No se requiere terapéutica específica debido a la naturaleza autolimitada y asintomática de la lesión. Sin embargo, cuando hay síntomas se indica un tratamiento empírico y sintomático.

La aplicación tópica de esteroides, en especial de los que contienen medicamentos antimicóticos; También se ha descrito el uso de colutorios con soluciones anestésicas y antisépticas cuando la lesión se hace dolorosa. En casos muy sensibles se ha propuesto el empleo de solución tópica de tetrinoína, también llamado Retin-A.<sup>32</sup>

### 3.16 Anquiloglosia

También conocida como frenillo lingual corto, es una anomalía congénita del desarrollo lingual, caracterizada por la presencia de una membrana anormal que ancla la zona media de la cara inferior de la punta de la lengua al piso de boca, que produce una muesca en corazón, sobre el borde lingual anterior.<sup>33</sup> Figura 18



**Figura 18: Anquiloglosia.**<sup>35</sup>

Los posibles problemas relacionados con esta entidad son:

- **Succión y deglución:** El 25-60% de los casos se asocia con lesión y dolor de pezones, succión pobre, disminución de la salida de leche por la mamá, falta de engullimiento, rechazo de la alimentación a pecho y falta de aumento de peso.
- **Trastornos del lenguaje:** Algunas veces puede causar falla en la articulación de las palabras y afectar la expresión de consonantes alvéolo-linguales y dento-linguales como la t, d, l, n, y r; ya que la pronunciación de éstas necesita de la oposición de la lengua contra el alveolo o paladar y por el corto tamaño del frenillo, no es posible este contacto.
- **Problemas mecánicos:** La falta de movilidad de la lengua causa inhabilidad para efectuar una autolimpieza bucal interna, dificulta el acto de lamer los labios e impide muchas veces tocar instrumentos de viento.
- **Crecimiento mandibular:** la Anquiloglosia leve generalmente no causa ningún efecto en el crecimiento de la mandíbula, excepto leves anormalidades dentales de los incisivos o recesión mucogingival. Aunque, la Anquiloglosia severa puede causar mordida abierta y en otros casos prognatismo.<sup>34</sup>

**Etiología:** Esta usualmente presente como anomalía única, pero puede estar asociada a síndromes o condiciones no sindrómicas. Puede

presentarse múltiple, hiperplásica o ausente, como en los síndromes de Ehlers-danlos, síndrome de Pierre-Robin, síndrome oro-facial-digital y hendidura palatina. Algunos autores reportaron que puede estar asociada a una deformación de los incisivos inferiores.<sup>34</sup>

Tratamiento: La frenectomía solo es indicada en la presencia de disturbios de las funciones del frenillo lingual causadas por la anquiloglosia. La mayoría de los pediatras cree que la anquiloglosia no requiere terapia, ya que se puede resolver de forma espontánea, o porque en la mayoría de los niños es asintomática o los niños afectados pueden aprender a compensar adecuadamente su motilidad lingual disminuida. Se puede sugerir lo siguiente:

- Si el paciente presenta dificultades seria en el amamantamiento, es prudente realizar la corrección quirúrgica en etapa neonatal.
- Si el paciente no tiene tales dificultades y se quiere evitar cualquier posibilidad de alteración futura en la articulación de las palabras, es prudente realizar la corrección quirúrgica antes de que el niño comience a hablar.
- Si se optó por no operar y el paciente tiene trastornos de lenguaje o limitaciones mecánicas, es prudente indicar la cirugía en dicho momento.<sup>33,34</sup>

### 3.17 Macroglosia

La lengua es una estructura de la cavidad oral indispensable para la producción del lenguaje, la deglución y la respiración. La Macroglosia se refiere a una lengua que en posición de reposo protruye más allá del borde alveolar, presencia de una lengua alargada, engrosada y ancha, mordida abierta anterior o posterior, presencia de prognatismo y protrusión crónica de la lengua en reposo. Figura 19



**Figura19: Macroglosia.<sup>37</sup>**

La Macroglosia tiene implicaciones estéticas, ya que puede percibirse como una discapacidad intelectual, lo cual genera angustia en los familiares. Hay predominio de una respiración oral, alteraciones del lenguaje, simetría de los arcos maxilares o mandibulares, dificultad para alimentarse y deglutir, obstrucción de las vías aéreas y apnea del sueño.<sup>36</sup>

Clasificación: Esta clasificación fue realizada por Vogel y colaboradores en 1986, considera dos categorías; la verdadera y la relativa. La primera puede ser de origen congénito o adquirido y es ocasionada por una condición primaria de la lengua o por una alteración sistémica. La variedad relativa se debe a una cavidad oral pequeña o a una disfunción neurológica, como sucede en los niños con síndrome de Down, quienes por la hipotonía que presentan tienden a mantener la boca abierta y a protruir la lengua.<sup>36</sup>

Etiología: Debido a su asociación con múltiples síndromes genéticos, se desconoce la verdadera etiología de esta alteración. Dentro de las causas más comunes: se encuentra el hemangioma, la hiperplasia glandular y el linfagioma. La Macroglosia está frecuentemente asociada con el síndrome de Beckwith-Wiedemann, con las mucopolisacaridosis o con la enfermedad de Pompe.

Tratamiento: El tratamiento médico incluye medidas conservadoras para reducir la inflamación y el sangrado. Para la elección del tratamiento se

debe considerar tanto el tipo como el tamaño de la malformación, las estructuras anatómicas involucradas y la infiltración del tejido circundante. En algunos casos el tratamiento es quirúrgico, una indicación absoluta es la obstrucción de las vías aéreas y como indicación relativa se encuentra la disfagia o alteraciones de la deglución secundaria a la macroglosia así como por la apariencia física del paciente.

Las técnicas quirúrgicas reportadas en la literatura, pueden dividirse en dos grupos: glosectomía a lo largo de la línea media y glosectomía periférica. Es recomendable preservar la punta y el borde lateral de la lengua por ser área de vital importancia.<sup>36</sup>

### 3.18 Caries de la infancia temprana

Anteriormente conocida como caries de biberón, se caracteriza por la aparición brusca de caries en los incisivos superiores, caninos y molares temporales, y en ocasiones relacionada con la succión prolongada del chupón o biberón impregnado de sustancias cariogénicas. No afecta a los incisivos inferiores, debido al papel protector de la posición lingual durante la succión.<sup>38</sup>Figura 20.



**Figura 20: Caries de la infancia temprana.<sup>39</sup>**

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados, ausentes, o restaurados en la dentición primaria.

La CIT puede ser una forma de caries particularmente virulenta que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición. La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero a la secuencia de erupción de los dientes y el segundo a la posición de la lengua durante la alimentación.<sup>40</sup>

La caries es una enfermedad infecciosa, multifactorial y transmisible, la cual requiere que estén presentes al mismo tiempo los siguientes factores, para que la enfermedad se desarrolle:

1. Un hospedero susceptible (diente).
2. La flora bucal cariogénica (microorganismos).
3. Sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta.<sup>40</sup>
4. Tiempo

Etiología: La CIT es una enfermedad multifactorial. No tiene un único agente etiológico, se ha comprobado que es la consecuencia de diferentes factores:

- El microorganismo *Streptococcus mutans* se considera el factor etiológico primario. Esta bacteria no está presente en la cavidad oral de los recién nacidos y, en condiciones normales, coloniza la boca del niño entre los 9 y 12 meses. Esta edad coincide con la erupción de los primeros dientes temporales. Diversos estudios afirman que la colonización de la cavidad oral del niño siempre es a partir de la madre o el cuidador.
- La duración y frecuencia en la toma de biberones, otro factor importante es cuando el uso del biberón se prolonga más allá de los 12 meses de edad, Por lo tanto puede aumentar la incidencia de caries.
- Quedarse dormido con el biberón en la boca.

- Sustancias dulces o cariogénicas impregnadas en las tetinas del biberón o del chupón pueden aumentar considerablemente el riesgo.
- Higiene deficiente, mala aportación de fluoruro y el abuso desmesurado de azúcares incrementa el riesgo de CIT.<sup>38</sup>

Las lesiones a identificar son:

- A) El estadio de lesión blanca: en los estadios más tempranos, aparece como una mancha blanca en el diente con apariencia de gis con una superficie intacta donde la lesión es reversible.
- B) El estadio de cavidad: si continua perdiéndose los minerales debido a los ataques de ácidos, eventualmente la superficie se rompe o se cavita y la lesión no puede ser reversible. Las lesiones activas cavitarias son generalmente de color café dorado, mientras que las que han estado más tiempo en la boca, son más oscuras y en ocasiones casi negras.<sup>40</sup>

Medidas preventivas: La academia Americana de Odontología Pediátrica recomienda las siguientes medidas preventivas:

- Minimizar las actividades en las que haya intercambio de saliva, como compartir utensilios entre el niño y su familia.
- Implementar medidas de limpieza dental a partir de la erupción del primer diente, después de cada alimento y antes de acostarse.
- Uso de pastas con fluoruro
- Evitar conductas alimenticias promotoras de caries.
- Alentar el uso de tazas al llegar al primer año de edad, retirando el biberón entre los 12 y 14 meses.
- Se debe evitar el pecho a libre demanda después de que el primer diente comience a erupcionar.
- Si el niño requiere el uso de chupón, éste debe estar limpio y sin ningún carbohidrato fermentado.<sup>40</sup>

Tratamiento: El tratamiento del CIT es complicado debido a que se ven involucrados muchos dientes; sin embargo si no se trata a tiempo puede producir una rápida destrucción del tejido dental, e incluso afectar la pulpa. El tratamiento varía si se trata de un diente anterior o posterior.

Las lesiones leves que afectan los dientes anteriores normalmente no se tratan y se espera su recambio; actualmente muchos odontopediatras, recomiendan el uso de saforide (fluoruro de diamino de plata), el cual tiene propiedades tanto cariogénicas como desensibilizantes y bactericidas así, se evita el avance de la lesión cariosa y disminuye la necesidad de tratamientos invasivos, no es necesario anestésiar al paciente, su aplicación es muy rápida y sencilla, la única desventaja que puede presentar es la pigmentación oscura que deja en el diente posterior a su aplicación. Si la caries es muy avanzada y se encuentra comprometida la pulpa del diente, se procede a realizar una Pulpotomía o pulpectomía en la cual se remueve una parte de la pulpa o su totalidad dependiendo el tamaño de la lesión, se rellena el interior del diente con un material hermético para posteriormente restaurarlo con una pequeña funda o corona de acero cromo.

Las lesiones en dientes posteriores habrá que tratarla con obturaciones o incluso coronas metálicas, con un previo tratamiento pulpar si así lo requiere, con el fin de mantener el espacio del recambio dentario y restablecer la función masticatoria. En algunos casos el tratamiento más indicado es la extracción seguida de la colocación de un mantenedor de espacio.<sup>38</sup>

## 4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL DIRIGIDA A MADRES DE LACTANTES.

### 4.1 Estrategias de educación para la salud

La educación para la salud bucal de lactantes se basa en acciones colectivas o individuales, según sea el caso, estas acciones se dividen en dos etapas: la primera etapa va dirigida a los padres, se busca afirmar 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 adecuada, evitar hábitos de succión no nutritiva por tiempos prolongados, controlar el amamantamiento nocturno a través de información dietética, comprender sobre la transmisibilidad de caries y la importancia de realizar la higiene bucal del infante. La segunda etapa de la fase educativa está orientada a los padres, esta orientación es personalizada dependiendo de cada niño, se definen los factores de riesgo y se establecen maneras de controlar y/o eliminarlos, enseñando cómo implementar cada medida.<sup>41</sup>

### 4.2 Lactancia materna.

La lactancia materna (LM) no solo tiene grandes beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales para el bebé, sino que también representa el estímulo ideal para el desarrollo fisiológico de los músculos y huesos de la cara y la boca. Si la LM es adecuada, el niño estará perfectamente alimentado hasta los seis meses, momento en el que se introduce la alimentación complementaria. Figura 21.



**Figura21.Lactancia materna.<sup>44</sup>**

La falta de LM o un periodo corto de ésta, puede relacionarse con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución que pueden llevar a alteraciones dentales o maxilares.<sup>42</sup>

Después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y amamantamiento nocturno deben comenzar a ser controlados para que el final del amamantamiento ocurra alrededor de los 12 meses de edad, donde los incisivos ya están erupcionados y el niño inicia con la fase de masticación.<sup>43</sup>

Recomendación a las madres:

- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.
- Evitar la lactancia materna nocturna, después de la erupción del primer diente.
- Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes antes de acostarlo.
- Es importante para evitar la caries, que el bebé duerma con la boca limpia a partir de la erupción de los dientes superiores, es recomendable no utilizar el pecho como método para dormir al niño, ya que es evidente que la limpieza dental se dificulta. Si resulta inevitable que se duerma mientras es alimentado, se aconseja limpiar los dientes superiores antes de acostarlo, levantando suavemente el labio para pasar una gasa o cepillo sobre los dientes.<sup>42</sup>

### 4.3 Uso de Biberón y chupón.

Está indicado el uso del biberón sólo en los casos donde la LM no sea efectiva. El biberón solo debe ser utilizado para tomar la leche; los jugos e infusiones deben ser ofrecidos en tacitas. No se recomienda la adición de azúcar o miel al biberón, por ser un factor de riesgo de CIP y de igual manera a partir de la erupción del primer diente, no se recomienda que el bebé se quede dormido mientras toma el biberón. Figura 22.



**Figura 22: Uso de Biberon.**<sup>46</sup>

Para la prevención de maloclusiones, se recomienda la tetina anatómica/ortodóntica con un orificio pequeño. El uso del biberón debe de abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses, para fomentar el cambio de un patrón alimenticio de succión a masticación. La persistencia del biberón puede favorecer un patrón de succión infantil; la aparición de una deglución atípica y posteriormente maloclusiones.<sup>45</sup>

El uso del chupón se asocia generalmente al impulso para satisfacer necesidades de succión y seguridad. El chupón debe ser anatómico y debe limitarse a los 12-18 meses de edad, tratando de no sobrepasar los dos años, debido a que se asocia entre este hábito y la alteración de la posición lingual, que puede propiciar maloclusiones óseas y dentarias. Diversos estudios apoyan el uso de chupón para disminuir la prevalencia del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), especialmente en bebés alimentados con fórmulas.<sup>43,45</sup> Figura 23.



**Figura 23: Uso de chupón.** <sup>47</sup>

Para retirar el hábito de chupón se sugiere el uso de medidas no traumáticas como:

- 1) Sugestión nocturna: descrita por Barreto (1980), consiste en la utilización del habla durante el sueño profundo con el objetivo de llegar al subconsciente. En esta técnica la frase usada debe ser corta y objetiva, no debe contener la palabra no, como ejemplo: el chupón daña los dientes.
- 2) Transformación del hábito de placer en hábito de obligación: los padres en lugar de reprender al niño por usar el chupón, éste tiene que ser estimulado, de tal manera que pase a ser una obligación y con ésto pierda su gracia o encanto.
- 3) Uso de la férula Anke: férula plástica de 0.5 a 1mm de polietileno transparente o colorido que cubre los dientes y el paladar. De esta forma, elimina el contacto con la mucosa y consecuentemente la pérdida del placer.<sup>43</sup>

Avent es una marca conocida de productos para el bebé en el mercado mexicano, la cual tiene una gran gama de varios productos de los cuales se describen a continuación; Dependiendo de las características ideales que se busca tener en un biberón y en un chupón, de acuerdo a la edad y necesidades de cada bebé.

Al elegir el biberón, se debe de tener en cuenta que incluyan una válvula anticólicos en la tetina para ayudar a reducir las molestias estomacales, que sean fáciles de sujetar, que no incluyan BPA y sobre todo que su forma y tamaño sean anatómicamente adecuadas para el bebé.<sup>48</sup>

Avent recomienda dos tipos de biberones dependiendo las necesidades del bebé, y el tipo de alimentación, ya sea solo como biberón o combinada con la lactancia.

- Biberón natural: Está diseñado para las madres que quieren cambiar fácilmente entre la lactancia y la alimentación con biberón. Elaborado para imitar la forma del pecho, la tetina es suave y flexible, pero lo suficientemente firme para que no se contraiga, es ideal para combinar la lactancia y alimentación con biberón.
- Biberón Classic+: Es el biberón ideal si se busca disminuir los cólicos. Esta clínicamente demostrado que reduce el malestar y el llanto, cuenta con una tetina flexible para facilitar el enganche. La válvula anticólicos integrada también permite limpiarlo y montarlo de forma rápida y sencilla. Ideal para bebés alimentados con biberón.

Una vez que se elige el tipo de biberón, se debe seleccionar un tamaño, conforme el bebé crece será capaz de beber más en cada toma. Se han clasificado por edades y la cantidad de flujo.

- 0m flujo inicial (número 0) 60ml/2oz
- 0m+ flujo nacido ( número 1) 125ml/4oz
- 1m+ flujo lento (número 2) 260ml/9oz
- 3m+ flujo medio (número 3)300ml/10oz
- 6m+ flujo rápido (número 4) 330ml/ 11oz

Cuando el bebé esté preparado para tomar líquidos que no sean leche, se puede probar con otra clase de tetinas:

- Flujo variable
- Preparados más espesos
- Ajuste de flujo en función del espesor del preparado
- Flujo más rápido para alimentos más espesos

Se recomienda cambiar las tetinas de los biberones cada 3 meses.<sup>48</sup>

Para la elección del chupón se deben de tomar en cuenta que cuente con las características ideales para su uso:

1. Material del escudo: debe ser de plástico alimentario, libre de sustancias tóxicas para el bebé. Este elemento define también la forma de los chupones. Pueden ser redondos o de mariposa.
2. Látex o silicona: El látex ofrece un tacto más similar a la piel, pero es menos duradero y tiende a adquirir olores sino se desinfecta adecuadamente. La silicona es más rígida, pero es más fácil de limpiar.
3. Forma de la tetina: Las anatómicas son las que ejercen menos presión sobre el paladar y las que menos efectos tienen sobre la mordida. Las fisiológicas y de tetina redonda o de cereza son también una buena alternativa pero no ofrecen tantos beneficios como la anatómica.
4. Talla: dependiendo de la edad del bebe. Talla 1 (para bebés desde que nacen hasta los seis meses), talla 2 (de 6 a 12 meses) y talla 3 (de 12 a 18 meses en adelante).<sup>49</sup>

Avent cuenta con una gama de chupones que no contienen BPA, son anatómicos y ayudan al desarrollo natural del paladar del bebé, para diferentes edades, sensibilidad de la piel del bebé y preferencias del mismo. Tipos de chupones:

- Chupón mini: chupón con cuerpo muy pequeño y ligero, diseñado para que no entre en contacto con la nariz. De 0 a 2 meses.
- Chupón Classic: Es un chupón todo terreno para uso diurno y nocturno, cuenta con diseños fáciles de encontrar que brillan en la oscuridad. Tamaños de 0 a 6 y de 6 a 18 meses.
- Chupón Freeflow: Este chupón incorpora orificios de ventilación más grandes que ayudan a mantener la piel del bebé más seca y cómoda. Tamaños de 0 a 6, de 6 a 18 y ms de 18 meses.

- Chupón ultra soft: Diseñado con un cuerpo suave y flexible, con un flujo de aire adicional que ayuda a evitar marcas y la irritación de la piel, ideal para pieles sensibles. Tamaño de 0 a 6 y de 6 a 18 meses.<sup>50</sup>

#### 4.4 Dieta.

Después del nacimiento y hasta los seis meses, se debe de alimentar al bebé de manera exclusiva con leche materna. Después de los 6 meses se debe continuar con la lactancia materna y comenzar la alimentación complementaria al introducir papillas, jugos en taza de entrenamiento y vasos especiales. La consistencia de los alimentos debe de aumentar progresivamente para estimular la función masticatoria y estimular la erupción dentaria.<sup>41</sup> Figura 24.



**Figura 24: Dieta.** <sup>51</sup>

Durante el primer año de vida del bebé, es esencial establecer patrones alimentarios correctos, ya que los hábitos dietéticos se aprenden durante esta etapa y posteriormente son muy difíciles de modificar. A partir del inicio de la alimentación complementaria, se sugiere introducir lo más tardíamente posible los azúcares refinados, ya que aumenta el riesgo de caries. La frecuencia en el consumo de azúcares es más dañina que la cantidad, por lo que se debe evitar el picoteo frecuente, incluso de bebidas y/o alimentos sanos. Se recomienda ofrecer alimentos saludables (palitos de pan, pan de barra, trozos de fruta, queso, huevo duro, tortitas de maíz o arroz, yogurt natural, etc.), con un intervalo mayor de dos horas y siempre ir a dormir con la boca limpia.<sup>42</sup>

#### 4.5 Transmisión bacteriana.

La mayoría de los bebés adquieren las bacterias cariogénica de la saliva de su madre o cuidadores, mientras más temprana sea la colonización, mayor es el riesgo de caries. Así mismo, los bebés cuyas madres presentan mayores niveles de *Estreptococos Mutans* (EM), tienen riesgo de un contagio más temprano. Por ello se sugiere reducir los niveles de EM de la madre (idealmente durante el periodo prenatal) para reducir la transmisión bacteriana vertical. Se recomienda a las madres, padres, hermanos y/o cuidadores evitar la transmisión de bacterias de su saliva a la boca del niño, minimizando hábitos como: compartir utensilios con el bebé (cucharas, cepillos dentales), limpiar el chupón con su saliva, soplar sobre la comida o dar besos en la boca, al menos los primeros dos años de vida.<sup>45</sup>Figura 25.



**Figura 25: Transmisión bacteriana.**<sup>52</sup>

El grado de transmisión va a depender de diferentes factores como: el grado de infección de los padres, cuidadores o compañeros, la frecuencia de contacto con el niño, la dieta y el estado inmune del infante. Implementar en las madres medidas de higiene bucal y reducir altas concentraciones de EM en saliva y de esta manera poder reducir el riesgo de transmisibilidad.<sup>41</sup>

#### 4.6 Higiene bucal.

La higiene bucal comprende un conjunto de medidas que tienen como objetivo la remoción del biofilm dental y la prevención de su reincidencia. Los padres juegan un papel importante en el inicio de la vida de los hijos, ya que tienen la posibilidad de introducir los hábitos de higiene diaria en una etapa temprana, incluso antes de la erupción dental, a través de masajes gingivales y limpieza para establecer una microbiota bucal saludable.

La remoción manual de los restos de alimentos acumulados en las comisuras labiales y en la cavidad bucal puede ser realizada mediante el uso de dedos especiales, gasas o paños limpios envueltos en el dedo índice, preferentemente en las noches después de la última alimentación y solamente una vez al día. La higiene bucal puede ser realizada antes de dormir, generalmente durante o después del baño para que el niño lo asocie a la higiene corporal durante toda su vida.<sup>41</sup>Figura 26



**Figura 26: Higiene bucal.** <sup>53</sup>

Mientras más temprano se inicie con la higiene bucal, menor son las probabilidades de que el bebé desarrolle caries. Las recomendaciones de higiene bucal por etapas incluyen las siguientes:

- A partir del cuarto mes de vida, hay que empezar con la estimulación oral mínimo una vez al día para acostumbrar al bebé a la manipulación de su boca e instaurar un hábito de higiene bucal

precoz. En esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona, gasas humedecidas con agua o pañitos especiales.

- A partir de la erupción de los incisivos superiores (a los 8-9 meses de vida), hay que limpiar los dientes 2 veces al día con una gasa, un pañito o un cepillo dental infantil, sobre todo antes de dormir o después de la última toma nocturna.
- Una vez erupcionados los molares (alrededor de los 12 meses), se debe optar por el uso de cepillo dental infantil, porque la gasa o el dedal no limpian correctamente las superficies de masticación. Se recomienda limpiar especialmente el escalón que se forma entre el margen de la encía y el diente, y para ello es imprescindible levantar el labio superior y mantener la cabeza del niño en una posición estable.
- A partir de que los molares tengan contacto alrededor de los tres años, se recomienda el uso de hilo dental para evitar la caries entre los dientes.
- Se sugiere que un adulto asista al niño con el cepillado hasta que el niño adquiera la suficiente capacidad motora fina, alrededor de los ocho años.<sup>42</sup>

Para realizar la higiene bucal del infante se puede utilizar gasas o pañitos embebidos en agua filtrada, manzanilla o solución salina, no se recomienda el uso no supervisado de fluoruro de sodio ni peróxido de hidrógeno, ya que altera la microbiota normal de la boca. En niños menores de dos años se recomienda el cepillado dental solo con agua, hasta que aprendan a escupir.

#### 4.7 Uso de Fluoruro.

El fluoruro es una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralización del esmalte. La evidencia científica indica que el fluoruro de la pasta dental ha sido el responsable de la

disminución de la caries a escala mundial. Solo los dentífricos con concentraciones de 1.000 ppm de fluoruro o más han probado su eficacia ante caries; la evidencia actual indica que el riesgo de fluorosis en menores de tres años es mínimo si se coloca una pequeña cantidad de pasta dental sobre el cepillo en los niños que no saben escupir.<sup>45</sup>

En términos generales, se pueden establecer las siguientes recomendaciones:

- En niños que no sepan escupir, menores de tres años, se debe utilizar pasta dental fluorada (con un mínimo de 1.000 ppm de flúor) en el cepillado, independientemente de su riesgo de caries. El cepillado debe realizarse dos veces al día desde la erupción del primer diente, pero las cantidades de pasta sobre el cepillo deben ser mínimas (granito de arroz). De este modo, si se utiliza pasta en pequeñas cantidades, la cantidad que puede ser ingerida es segura en términos de fluorosis dental y el beneficio anticaries se mantiene.
- Cuando el niño haya aprendido a escupir (generalmente después de los tres años), se debe aumentar la cantidad de pasta dental a tamaño de un chícharo y ésta debe contener entre 1.000 y 1.450 ppm de fluoruro.
- Todo bebé y niño que presente un alto riesgo de caries se beneficia con una aplicación de barniz de fluoruro profesional, especialmente en los incisivos superiores (mínimo cada 6 meses).<sup>57</sup>Figura 27.



**Figura 27: Aplicación de fluoruro.**<sup>54</sup>

#### 4.8 Primera visita al Cirujano Dentista.

La atención odontológica tiende a ocurrir alrededor de los dos años y medio a 3 años de edad, de acuerdo con los patrones de enseñanza y de cultura odontológica existente. Esta práctica no es la ideal, ya que deja al niño sin ninguna cobertura odontológica por un periodo de dos años a dos años y medio, cuando los riesgos de la presencia de caries son altos, de acuerdo a datos de Walter y colaboradores (1987) y de Sclavos y col. (1988), identificaron la elevada prevalencia de caries dental, principalmente la del biberón.

De esta manera, la etapa ideal para la atención odontológica debe ser alrededor de los seis meses, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes, Kamp (1991) y Walter Nakama (1992). En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana, se elaborará un programa preventivo individualizado y la necesidad de aplicaciones tópicas de fluoruro de acuerdo al riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia. El objetivo de esta primera visita es principalmente educativo y preventivo no curativo.<sup>43, 45</sup>Figura 28



**Figura 28: Visita al dentista.<sup>55</sup>**

## CONCLUSIONES

- La educación para la salud coadyuva a tener una buena calidad de vida y por ende una buena salud; haciendo que las personas cuiden y valoren su salud, así como adquieran hábitos saludables.
- Debido a la frecuencia de patologías bucales en el lactante, se recomienda hacer un examen bucal de rutina a todos los bebés, para diagnosticar e intervenir de manera precoz. Por lo tanto se podrá dar una mejor asesoría a los padres, y brindar la información necesaria para que conozcan las diferentes patologías que se pueden presentar en el lactante así como un mejor manejo y tratamiento.
- Es importante enseñar a los padres los procedimientos de limpieza de la cavidad bucal, controlar la alimentación por biberón, uso de chupón y control de la alimentación nocturna.
- Es evidente la necesidad de mejorar la salud bucal de la población, especialmente de los grupos de riesgo; como las mujeres embarazadas y niños lactantes. Teniendo en cuenta que la visita al cirujano dentista en la infancia se lleva a cabo de forma tardía, el papel educativo es trascendental tanto en las gestantes como en sus hijos.
- En el área de la salud no existen planes de prevención en salud bucal destinados a los bebés y tampoco el cirujano dentista toma medidas durante su primer año de vida, siendo éste el momento cuando se detectan las alteraciones fisiológicas o patológicas, y es cuando se puede enfrentar mejor los problemas, sobre todo con un componente preventivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Inocente-Díaz ME, Pachas-Barrionuevo F de M. Educación para la Salud en Odontología. REH [Internet]. 24abr.2014 [citado 23ene.2021]; 22(4). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/91>
2. De la Fuente J, Sifuentes MC, Nieto ME. Promoción y educación para la salud en odontología. 1° edición. México. Editorial el Manual Moderno. 2014. 190 pg.
3. Mosby. Diccionario de odontología. Barcelona, España. Editorial Elsevier/Oceano.2009.800pg.
4. Cisneros Domínguez Grethel, Hernández Borges Yadira. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 2021 Ene 18]; 15(10): 1445-1458. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es).
5. Serrano Poveda M E. Introducción en educación para la salud: fundamentos, claves y conceptos básicos. Form Act Pediatr Aten Prim. 2012; 5; 246-57.
6. Leyva H.E., Gaitán C.L. Patología general e inmunología. México. Editorial Trillas; 2008.
7. Robles N, Lara E, Scougall-Vilchis R, Médica C, Casanova J, Vallejos A, Márquez M. Características de los tejidos bucales del lactante. Temas selectos de odontología, Capítulo 5. [Internet]. 2014. Pp63-84. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/281109212\\_Caracteristicas\\_de\\_los\\_Tejidos\\_Bucales\\_del\\_Lactante](https://www.researchgate.net/publication/281109212_Caracteristicas_de_los_Tejidos_Bucales_del_Lactante)
8. Dentición primaria[Internet].2020[citado29 enero 2021].Disponible en:[https://assets.aboutkidshealth.ca/akhassets/Teeth\\_primary\\_MED\\_ILL\\_ES.jpg?RenditionID=10](https://assets.aboutkidshealth.ca/akhassets/Teeth_primary_MED_ILL_ES.jpg?RenditionID=10)
9. Clínicas Cleardent. Etapas de la dentición y cuidados en cada una de ellas. España. 30 de Octubre de 2018, [Internet] Disponible en: <https://www.cleardent.es/etapas-de-la-denticion-y-cuidados/>
- 10.Clínica Morán. Dentición temporal (infantil).España, [Internet]. Disponible en: <https://www.clinicamorán.es/aula/denticion-temporal/>

11. Cronología de erupción de dientes temporales (propdental.es)[Internet].2020 [citado 29 enero 2021]. Disponible en: <https://www.propdental.es/wp-content/uploads/2013/03/erupcion-dientes-de-leche.jpg>
12. Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatria. 1ª ED. Editorial ELSEVIER.2004.
13. Ventiades F, Jhonny, Tattum B, Karen. Patología oral del recién nacido. Rev. bol. ped. [Internet]. 2006 Abr [citado 2021 Ene 18]; 45(2): 112-115. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752006000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752006000200009&lng=es)
14. Dientes natales y Neonatales. [Internet].2020 [citado 29 enero 2021]. Disponible en: <https://gestarycriar.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/Diente-Natal-1-1.jpg>
15. Magaña PM, Robles AMS, Guerrero SC. Alteraciones bucales del recién nacido. Rev. ADM. 2014; 71(3):115-119p.
16. Angulo-Espinoza MÁ, de la Teja-Ángeles E, Duran-Gutiérrez A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2013; 34(4):196-204.
17. Nódulos de Bohn[Internet].2014[citado 29 enero 2021].Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/img/revistas/rbp/v45n2/nodulos\\_bohn.jpg](http://www.scielo.org.bo/img/revistas/rbp/v45n2/nodulos_bohn.jpg)
18. Martínez HP, Aguilar FEG, Gutiérrez RJF. Lesiones orales del recién nacido. Oral. 2015; 16(52):1283-1286.
19. Perlas de Epstein. [Internet]2018.[Citado 29 enero 2021].Disponible en: [https://static.wixstatic.com/media/beed06\\_199f29d20cd649c08209319fae590057~mv2.jpg/v1/fill/w\\_560,h\\_380,al\\_c,q\\_80,usm\\_0.66\\_1.0\\_0\\_0.01/Copia%20de%20perlas6.webp](https://static.wixstatic.com/media/beed06_199f29d20cd649c08209319fae590057~mv2.jpg/v1/fill/w_560,h_380,al_c,q_80,usm_0.66_1.0_0_0.01/Copia%20de%20perlas6.webp)
20. Quinte de la lámina dental.[Internet]2019.[citado 29 de enero 2021].Disponible en: <https://www.odontoespacio.net%2F%2Fimg%2Fnoticia%2Foen139a1.jpg&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.odontoespacio.net%2Fnoticias%2Fquiste-de-la-lamina->

21. Quiste de erupción. [Internet] 2016. [Citado 29 enero 2021].  
Disponible en:  
<https://alantafe.files.wordpress.com/2016/05/mand.jpg>
22. Gránulos de Fordyce. [Internet] 2016. [Citado 29 de enero 2021].  
Disponible en:  
<https://alantafe.files.wordpress.com/2016/05/granulos.jpg?w=300>
23. Épulis congénito. [Internet] 2017. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fcutanea%2Fmc-2004%2Fmc044g.pdf&psig=AOvVaw02DirZeohFGOZ5fjsl2daY&ust=1612923170937000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPiEiZrd2-4CFQAAAAAdAAAAABAD>
24. Úlcera de Riga-Fede. [Internet] 2016. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://alantafe.files.wordpress.com/2016/05/ulcera.jpg>
25. Mucocele. [Internet] 2017. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.clinicaferrusbratos.com/app/uploads/mucocele-en-el-labio.jpg>
26. Ránula. [Internet] 2015. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.topdoctors.es/files/Image/large/5b6dab9d-ab8c-4dd8-98f8-51d28ac97da0.png>
27. Hemangioma. [Internet] 2017. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.propdental.es/wp-content/uploads/2013/01/hemangioma-labio.jpg>
28. Linfagioma. [Internet] 2017. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
[https://www.actapediatrica.com%2Findex.php%2Fsecciones%2Fnotasclinicas%2Fdownload%2F582\\_fbd8371e8cd018edecab128caad59fc1&psig=AOvVaw0KldkoW4cq7E0ELGdfJEsY&ust=1612925268228000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPiv4PI2-4CFQAAAAAdAAAAABAJ](https://www.actapediatrica.com%2Findex.php%2Fsecciones%2Fnotasclinicas%2Fdownload%2F582_fbd8371e8cd018edecab128caad59fc1&psig=AOvVaw0KldkoW4cq7E0ELGdfJEsY&ust=1612925268228000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPiv4PI2-4CFQAAAAAdAAAAABAJ)
29. Candidiasis. [Internet] 2020. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.saluddiez.com/wp-content/uploads/2020/04/@mipedriatrapreferida.es.png>

30. Herpes Simple. [Internet] 2020. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.elblogdetubebe.com/wp-content/uploads/2020/03/herpes-en-el-paladar.jpg>
31. Lengua geográfica. [Internet] 2018. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en: [https://maternitis.com/wp-content/uploads/2018/03/IMG\\_20180307\\_113301.jpg?x35770](https://maternitis.com/wp-content/uploads/2018/03/IMG_20180307_113301.jpg?x35770)
32. Villalón G, Cardoso C, Maroto M, Barbería E. Lengua geográfica en Odontopediatria. Gaceta Dental. Febrero. Septiembre 2011. [Internet]. Disponible en: Lengua geográfica en Odontopediatria. Revisión - Gaceta Dental
33. Cuervo JL. Anquiloglosia (frenillo lingual corto): sugerencias para el diagnóstico y el manejo clínico. Revista Pediatría. Agosto 2008. [Internet]: Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con204-125.pdf>
34. Correa MSNP, Abanto Álvarez J, Correa FNP, Bonina G, Alves FBT. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. REH [Internet]. 16sep.2014 [citado 15feb.2021]; 18(2):123. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1844>
35. Anquiloglosia. [Internet] 2017. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/frenillo-tipo-1.jpg>
36. Núñez-Martínez Paulina María, García-Delgado Constanza, Morán-Barroso Verónica Fabiola, Jasso-Gutiérrez Luis. Macroglosia congénita: características clínicas y estrategias de tratamiento en la edad pediátrica. Bol. Mes. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2021 Feb 15]; 73(3): 212-216. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462016000300212&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000300212&lng=es). <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.03.003>
37. Macroglosia. [Internet] 2017. [citado 29 de enero 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/img/revistas/rbp/v45n2/macroglosia.jpg>
38. Mollins M, Ustrell J.M. La caries de biberón. Qué es y cómo prevenirla. Revista: Matronas Prof. 2001; 2 (6): 19-21. [Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/33047>

39. Caries de la infancia temprana. [Internet] 2016.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.uv.mx/cienciauv/files/2016/05/images-2.jpeg>
40. Alonso NMJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Perinatol Reprod Hum. 2009;23(2):90-97. [Internet]. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTICULO=21868&IDPUBLICACION=2226>
41. Moscardini VM, Díaz Huamán S, De Rossi M, et al. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Rev Odontopediatra Latinoam. 2017; 7(2):116-126.
42. Cahuana, A., Palma, C., González, Y., & Palacios, E. (2016). Salud bucodental materno-infantil. ¿Podemos mejorarla? Matronas profesión. Matronas Prof., 17(1), 12-19. [Internet]. Disponible en:  
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/articulo-especial-salud-bucodental.pdf>
43. Figueiredo L. Odontología para el bebé. Editorial Artes médicas. Primera edición. Año 2000. 262 pg.
44. Lactancia materna. [Internet] 2016.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
[http://sociedadmarce.org/IMAGES\\_35/lactancia-materna.jpg](http://sociedadmarce.org/IMAGES_35/lactancia-materna.jpg)
45. Palma C. Pautas para la salud Bucal en los primeros años de vida. Revista Odontología pediátrica. 9(02). 2018. [Internet]:  
[https://www.researchgate.net/publication/331317061\\_Pautas\\_para\\_la\\_salud\\_Bucal\\_en\\_los\\_primeros\\_anos\\_de\\_vida](https://www.researchgate.net/publication/331317061_Pautas_para_la_salud_Bucal_en_los_primeros_anos_de_vida)
46. Uso de biberón [Internet] 2018.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/wp-content/uploads/2018/05/biberon-bebe-recien-nacido.jpg>
47. Uso de chupón [Internet] 2016.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en: <https://img.bekiapadres.com/articulos/portada/82000/82816-h3.jpg>
48. El mejor biberón y tetina: AVENT | Philips [Internet] 2020.[citado 15 de marzo 2021]. Disponible en: <https://www.philips.com.mx/c-mo/biberones-y-tetinas/la-guia-para-ayudar-a-madres-ocupadas-a-elegir-el-mejor-biberon-y-la-mejor-tetina>

49. Los mejores chupetes de silicona y látex para los bebés más chupeteadores (elconfidencial.com). [Internet] 2020.[citado 15 de marzo 2021]. Disponible en:  
[https://www.elconfidencial.com/decompras/2020-08-28/mejores-chupetes-para-bebes-chupeteadores\\_2727739/](https://www.elconfidencial.com/decompras/2020-08-28/mejores-chupetes-para-bebes-chupeteadores_2727739/)
50. Cómo elegir el mejor chupón para su bebé: AVENT | Philips. [Internet] 2020.[citado 15 de marzo 2021]. Disponible en:  
<https://www.philips.com.mx/c-m-mo/chupones/como-escoger-el-mejo-chupete-para-tu-bebe>
51. Dieta. [Internet] 2017.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://eresmama.com/wp-content/uploads/2017/09/bebe-papilla.jpg>
52. Transmisión bacteriana. [Internet] 2017.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en: <https://eresmibebé.com/wp-content/uploads/2017/11/Evite-transmitir-Bacterias-a-los-Bebes-.jpg>
53. Higiene bucal. [Internet] 2018.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
[https://usscl.blob.core.windows.net/upload/sites/17/2018/07/ENCIA\\_S\\_BEBE-1024x682.jpg](https://usscl.blob.core.windows.net/upload/sites/17/2018/07/ENCIA_S_BEBE-1024x682.jpg)
54. Aplicación de fluoruro [Internet] 2018.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en: [http://odontocucuta.com/wp-content/uploads/2018/02/blog\\_notas\\_fluor.jpg](http://odontocucuta.com/wp-content/uploads/2018/02/blog_notas_fluor.jpg)
55. Visita al dentista [Internet] 2019.[citado 29 de enero 2021]. Disponible en:  
<https://www.odontologos.mx/noticias/noticias/nota-interna-bebedentistaprimervisita-1.jpg>