



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HIGIENE DENTAL Y SALUD ORAL DURANTE EL
PRIMER AÑO DE VIDA.

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:

STEPHANY MONROY REYES

TUTORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ

MÉXICO, Cd. Mx. Abril de

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Primero que nada, le ofrezco mi agradecimiento y admiración a la Doctora Martha Concepción Chimal Sánchez por ser una guía excepcional para poder desarrollar el presente trabajo.

A las doctoras Viridiana Loustalot, Martha Laura Soriano y Mayra Hernández Sánchez que me apoyaron de manera personal para volver a encontrar mi camino y me han brindado cariño y apoyo extra cuando más lo necesite.

Agradezco a mi madre por su apoyo, su amor y por siempre creer en mí.
A mi abuelo que ha sido como un padre para mí y que me ha acompañado desde siempre de la mano, y le estaré eternamente agradecida.

A mis hermanos, Giovanni y Samantha porque espero serles de buen ejemplo y que sepan que los llevo siempre presentes en mi corazón.

Y por último se lo dedico a Zoe, que además de ser la persona que más amo en el mundo es y será lo más importante de mi vida, deseando que este paso más le sirva de ejemplo. Gracias a ti deseo siempre crecer como persona y profesional.

Lo que soy ahora te lo debo a ti.

Te amo

INDICE

1. Objetivo	4
2. Introducción	5
3. Antecedentes	7
4. Odontología para el bebé	11
5. Cavidad oral del recién nacido	15
5.1 Labios	15
5.2 Lengua	16
5.3 Almohadillas gingivales	16
5.4 Maxilares	17
5.5 Frenillos	18
5.6 Dentición	18
6. Alteraciones más frecuentes en la cavidad oral del bebé....	20
6.1 Nódulos de Bohn	20
6.2 Perlas de Epstein	21
6.3 Quistes de la lámina dental	21
6.4 Caries dental	21
6.5 Labio y paladar hendido	22
6.6 Dientes natales y neonatales	23
6.7 Anquiloglosia	24
7. Factores relacionados con la salud oral del bebé	26
8. Higiene oral en bebés	29
9. Conclusiones	33
10. Referencias	34

1. OBJETIVO

Identificar la higiene dental que debe realizar el núcleo familiar para mantener la salud oral del bebé mediante la revisión bibliográfica.

2. INTRODUCCIÓN

La información que se presenta en este trabajo no tiene como objetivo dirigirse al sector de profesionales del área sino al núcleo familiar del bebé, ya que la higiene bucal al igual que actividades tales como la alimentación, higiene corporal, etc., son realizadas por sus padres y cuidadores ya que no es capaz aún de hacerlos por si mismo y por esto mismo la información debe darse.

Sin embargo, es un tema que hasta hace poco era tomado en cuenta y que en la actualidad una gran parte de la población la desconoce incluso antes de que erupcionen los dientes se debe ya realizar higiene de la cavidad oral.

Y esto no sólo ha pasado con la población ya que como se verá más adelante hasta hace unos años los odontólogos tenían establecido darle atención a los niños hasta después del año de edad y ahora conocemos que incluso antes de nacer ya hay factores que influirán en la salud oral del bebé.

Además de esto también es dar a conocer los factores que ayudan tanto a mantener la salud oral del bebé y los factores que la afectan para así evitarlos, ya que estos dependen también de los familiares que tienen el cuidado del bebé.

El exponer los elementos que componen la boca del bebé también influye para que los padres o de quien lo cuide, conozcan lo normal para así tener la capacidad de identificar cuando algo no lo es y así intervenir a tiempo llevándolo con el odontólogo u odontopediatra para dar el tratamiento adecuado.

Se recopila todos los elementos que deben conocer los padres del bebé incluso desde antes de su nacimiento para que desde el primer día de vida se pueda establecer las medidas necesarias para mantener la salud oral del recién nacido, implementar la higiene correcta para la edad y evitar factores de riesgo.

3. ANTECEDENTES

Los primeros antecedentes datan de hace más de 100 años, comenzando porque en 1919, Minnie Evangeline Jordan afirma que después de un artículo publicado en febrero de 1912 en la revista Dental Cosmos, cuyo nombre del artículo es 'Kindergarten Dentistry', los profesionales de la odontología no tenían excusa ni motivos para no atender a los menores y también menciona que si no estaba en sus manos atender a los niños los refirieran con otro colega que sí pudiera.¹

En 1929, Pereira publica el libro "Educação Dentária da Criança" quien da pauta a la importancia del cuidado oral bebé incluso desde el vientre, y menciona que la higiene de la cavidad oral por las noches es de suma importancia.

Posterior a estos años se continuó con el interés sobre la atención en niños, pero a una edad en la que el niño ya tenía presencia de los dientes. Tal es el caso de Costa, quien mencionó en 1939 que la atención odontológica debe ser desde los 2 a los 12 años de edad, a menos que haya casos raros de erupción dental temprana.²

Kantorowicz en el año 1949, en la Facultad de Odontología Alemana, mencionó que la atención debe ser alrededor de los 2 años y en el año 1960, Bauret concuerda con la misma idea.²

A pesar de que los autores anteriores establecieron dar atención dental a los niños, alrededor de los 2 o 3 años de edad en el año 1963 Robinson y Naylor mencionando que, aunque ya estaba documentada la acción preventiva en niños, no se informa de cómo influye el control de los

hábitos alimenticios ellos hacen énfasis en el daño que causa el consumo indiscriminado de carbohidratos.²

En la década de los 80^s hubo un cambio en la idea de atender a los niños a una edad más temprana. El primer dato que hay de esto es de Blinkhorn, quien en 1980 destacó la educación sobre la salud en gestantes y durante la lactancia para prevenir problemas dentales en la cavidad oral del bebé.

También se realizaron múltiples estudios, tal es el caso del realizado en bebés de 4 meses en Japón, este consistió en que Morinushi en 1982 dio información a las madres sobre el cuidado diario de la cavidad oral del bebé y se evaluaron los resultados después de 12 meses y en los resultados se destaca nuevamente el papel que juega el consumo de azúcares para mantener la salud.¹

En el año 1983 en Brasil un grupo de odontopediatras de la Universidad Estatal de Londrina se realizó un proyecto de investigación destinado a la ‘atención odontológica en el primer año de vida’, convirtiendo el proyecto en una nueva odontología “La odontología para bebés” y al igual que en el presente trabajo se tenía un interés en la educación genera prevención³

Un estudio en 1987, realizado por el doctor Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter tuvo influencia sobre los países latinoamericanos, en estos países se tenía como referencia que la atención fuera alrededor de los 2 o 3 años de edad, pero los resultados de este estudio arrojaban que la prevalencia de caries en niños de 0 a 30 meses de edad era de 34%, coincidiendo con datos mundiales.

Estos datos provocaron que en el Instituto Especializado de Salud del Niño de Perú se implementará el servicio de odontología para el bebé dividiendo la atención dos grupos, en los que aún no presentan

enfermedades o problemas dentales y los que sí los presentan. Surgiendo en 1997 la unidad de bebé.⁴

Esta filosofía llegó a Perú gracias al doctor Mario Elías Podestá quien realizó una pasantía con el doctor Walter, en el año de 1989 y la clínica donde se realiza la atención a los bebés, cuenta con una gran ventaja, ya que se puede dar atención a recién nacidos debido a que ahí mismo pueden nacer. Actualmente el doctor Podesta es Asociado Fundador de la Asociación Peruana de Odontología para Bebés.⁵

En el caso de nuestro país se implementó un modelo de atención, que al igual que en Perú, se basa en la filosofía de Brasil. La Universidad Autónoma de México contaba con clínicas de atención odontológica, pero hasta el 2016 se implementó en San Lorenzo Atemoaya la primera clínica para atender a bebés.



Imagen 1. Clínica dental para bebés, UAM.¹

En esta clínica se tiene como primera intervención la prevención, dando información a los padres ya que estos son los responsables de la salud

bucal de los niños y se han dado cuenta por desgracia que no hay información que ayude a lograr este objetivo. Incluso desde el embarazo le dan información a la madre sobre el cuidado que debe tener con su bebé para mantener la salud dental, sobre todo porque la higiene comienza antes de la erupción dental.⁶

Todos estos antecedentes nos generan la idea y fundamento de que la odontología no sólo trata de corregir, ni de realizar una consulta a tiempo, sino de realizar una prevención desde casa, desde antes de una consulta. Los estudios realizados en el pasado dan como resultado que el informar a las madres incluso antes del nacimiento es un factor que va a influir en la futura salud oral del bebé.

4. ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

La odontología para niños de 0 a 3 años es indispensable que el cirujano dentista maneje de forma excelente la anatomía y fisiología de la cavidad oral de y funcionamiento general de todos los órganos del cuerpo, para poder solucionar las manifestaciones y alteraciones que se puedan presentar en el nacimiento y crecimiento del bebé

Aunque se sabe que esta rama de la odontología va dirigido a la salud bucal de los bebés, se tiene el conocimiento de que no va dirigido sólo a ellos, sino a los padres, quienes son las principales responsables de mantener la salud bucal de sus hijos y también es importante decir que el lema que maneja este programa es “Educar previniendo y prevenir educando”

Sin embargo, no sólo la familia es quién debe estar consciente del cuidado oral del bebé, sino también cualquier persona que tenga contacto con el bebé y que tenga influencia en su cuidado oral, tal es el caso de cuando hay cuidadores.

Otro punto importante es como influyen los factores de riesgo para el desarrollo de problemas dentales, los cuales serán expuestos en esta tesina.⁷

Lo anterior no sólo es a partir del nacimiento del bebé sino antes de esto, ya que existen factores de riesgo desde la etapa prenatal que influirán en la salud oral del bebé, además de que los tratamientos dentales deben ser los menos invasivos posibles y que incluso no sólo se trata de llevar al bebé para un tratamiento dental sino también de realizar contacto con el odontólogo para estimular la relación y así evitar que se presente ansiedad o se desarrolle miedo ante la consulta dental.⁸

Los doctores Maria Salette Nahás y Gustavo Tello especialistas en el tema, mencionan la importancia de que no se presente miedo ni ansiedad, no sólo por parte del paciente sino también de sus padres y por ello mencionan la importancia de establecer un adecuado manejo de conducta, evitando el estrés con un ambiente cómodo, ya que al ser algo desconocido para el bebé puede generar una inadecuada consulta y complica el manejo del paciente, además de que se puede generar una afectación que influye en futuras experiencias con el dentista.

Se pueden usar dos tipos de técnicas para el manejo del paciente. Las restrictivas y no restrictivas. Refiriéndose a limitar o no los movimientos del paciente, esto con el fin de poder realizar la exploración clínica o el tratamiento dental, pero no sólo eso, sino también evitar que el paciente se pueda hacer daño.

En cuanto a las técnicas no restrictivas se habla del uso del lenguaje no verbal para poder establecer comunicación y lograr un buen manejo. Se puede emplear gestos y expresiones amigables, contacto visual mediante miradas cariñosas y dulces y un contacto físico suave, sonreírle al paciente. Es importante que el odontólogo este atento al lenguaje no verbal del bebé, ya que es una manera de demostrar cómo se siente y así identificar como actuar y como realizar el manejo⁹

La Academia Americana de Odontopediatría clasifica en tres grupos técnicas para el manejo del paciente:

En primer lugar, tenemos las técnicas de comunicación que incluyen: decir mostrar-hacer, la observación directa, preguntar-decir-preguntar, control de voz, comunicación no verbal, refuerzo positivo y distracción.

Otras técnicas básicas que incluyen presencia/ausencia de padres, reestructuración de la memoria y el uso de óxido nitroso.

Técnicas avanzadas como la estabilización protectora, sedación y anestesia general.¹⁰

Cualquiera de las técnicas ya mencionadas dependerá de la conducta del paciente, su edad, la conducta de los padres y la actitud del profesional, escogiendo la que garantice seguridad para el paciente y un tratamiento exitoso y adecuado.

Es importante destacar que existen ciertas excepciones para que tenga intervención del odontólogo para realizar algún tratamiento, como es el caso de la presencia de dientes natales y neonatales.

En el caso de que se presenten dientes, su tratamiento puede ir desde pulir la superficie del borde incisal en caso de que los dientes no tengan movilidad o extraerlos si la presentan para evitar la bronco aspiración. Esto es un ejemplo de un posible tratamiento invasivo.⁸



Imagen 2. Dientes natales.²

Además de las características dentales individuales de cada bebé, hay otros factores que van a intervenir en cómo y cuándo realizar la prevención, uno de estos factores es el nivel de riesgo para desarrollar caries.

Para esto se pueden usar los indicadores empleados en la Clínica de Bebé de la Universidad Estatal de Londrina, donde se menciona que hay riesgo severo, alto, medio y bajo; y para poder establecer en qué nivel se encuentra en bebé, se va a considerar si hay posibilidad de que haya presencia de microorganismos, si existe consumo de azúcar, amamantamiento nocturno y la higiene bucal. ¹¹

Teniendo ya estos factores se va a establecer el riesgo de la siguiente manera, si hay un factor desfavorable se indica que el riesgo es bajo, si hay dos factores desfavorables el riesgo es medio, en caso de tres factores desfavorables se indica riesgo alto y por último si se presentan todos los factores desfavorables el riesgo a desarrollar caries es severo.

También se puede usar para determinar el nivel de riesgo los factores mencionados por Cunha y col. Quienes además de mencionar la higiene bucal, hacen referencia a la exposición de flúor y si los padres tienen una actitud preventiva.¹¹

La atención a bebés, al igual que en cualquier consulta odontológica debe iniciar con la historia clínica y con el consentimiento informado, posterior a esto se realiza el examen clínico para poder establecer un diagnóstico y dar el tratamiento adecuado dependiendo de las necesidades de cada paciente y llegar a conformar el expediente clínico como lo indica la NOM004-SSA3-2012 en México.⁸

5. CAVIDAD ORAL DEL RECIÉN NACIDO

Es indispensable que el odontólogo conozca las características normales anatómicas del bebé, las cuales conforme se va desarrollando hay estructuras que cambian o en el caso de los dientes, aparecen.

5.1 LABIOS

La primera estructura que se puede observar a simple vista son los labios, la estructura más externa, en el caso del recién nacido se presentan en los labios múltiples proyecciones que, al tener contacto con el pecho materno durante el amamantamiento, tienden a aumentar su volumen, este conjunto de proyecciones se laman apoyo de succión o sucking pad.

Estos aumentos de volumen ayudan al cierre hermético de la boca con el pecho materno y se presenta más frecuente a temprana edad.¹²



Imagen 3. Punto de succión o sucking pad.³

5.2 Lengua

Desde el nacimiento el bebé presenta las mismas papilas que un adulto, las circunvaladas o también llamadas calciformes, fungiformes, filiformes y foliadas. Y las mismas características de color, forma y tamaño. Color uniforme rosado, que se une al piso de la boca mediante una estructura fibrosa llamada frenillo lingual.¹³



Imagen 4. Bebé con lengua sana.⁴

5.3 Almohadillas gingivales

Los rodetes gingivales son aquellas estructuras donde en un futuro harán erupción los dientes. Son estructuras firmes, recubiertas por fibromucosa, de superficie lisa, su tamaño depende de factores tales como el peso al nacer, tamaño de dientes en desarrollo y genética. Su función es ejercida durante la alimentación y la exploración de objetos. El rodete maxilar presenta segmentos correspondientes a los diez dientes de la primera dentición, sobrepasa al rodete inferior el cual también se encuentra segmentado, pero con menor nitidez. En la parte posterior se presenta un contacto entre ambos rodetes, esta relación no influye para predecir la relación oclusal que tendrá el bebé en un futuro.¹²



Imagen 5. Rodete inferior.³

Sobre los rodetes gingivales se puede observar una estructura sobre oclusal, denominada cordón fibroso de Robin y Magilot. Se encuentra en la región de incisivos y caninos, su función es ayudar a la deglución cuando es amantado y es una estructura que desaparece durante la erupción dental¹²

5.4 Maxilares

Comenzaremos con evidenciar la relación que se tiene de mandíbula con respecto al maxilar, al momento del nacer la mandíbula se observa en una posición más posterior con respecto al maxilar, dando una apariencia de pseudomicrognasia, teniendo una discrepancia de alrededor de 5mm entre rodete superior e inferior.¹²



Imagen 6. Relación del maxilar inferior posterior a maxilar superior³

5.5 Frenillos

Mencionando nuevamente la estructura de los labios, en el caso del labio superior en su superficie interna se inserta una estructura denominado frenillo labial superior cuya posición varía al igual que su tamaño dependiendo el desarrollo y crecimiento del bebé, su inserción puede llegar hasta la zona palatina y su función es darle soporte al labio durante la succión que realiza el bebé al ser amantado.¹¹



Imagen 7. Frenillo labial superior.³

5.6 Dentición

En el caso de estructuras dentales, durante el primer año de vida, se da la erupción únicamente de los incisivos temporales. Los primeros dientes que van a aparecer en la cavidad oral del bebé son los centrales inferiores alrededor del sexto y séptimo mes de vida, mientras que los incisivos superiores erupcionan en el octavo y noveno mes de vida. Los laterales inferiores aparecen entre el noveno y undécimo mes y los superiores antes del año.¹⁴



Imagen 8. Incisivos superiores temporales.³



Imagen 9. Incisivos inferiores temporales.³

6. ALTERACIONES MÁS FRECUENTES EN LA CAVIDAD ORAL DEL BEBÉ

Existen múltiples alteraciones que se pueden identificar incluso durante las primeras 24 horas de vida, algunas más comunes que otras, así lo demuestra en su artículo Brenda Pérez Aguirre et. al, mediante de estudio realizado en la ciudad de San Luis Potosí, examinando a la cavidad oral de los recién nacidos, resultó que la más frecuente son la presencia de los Nódulos de Bohn, seguida de las perlas de Epstein y finalmente quistes de la lámina dental. Sin embargo, existen también los dientes natales y neonatales, anquiloglosia, entre otros.¹⁵

6.1 Nódulos de Bohn

Por su apariencia y localización en los rodetes gingivales pueden ser confundidos por dientes, aunque pueden localizarse también en la cara palatina y lingual de los rodetes y es más frecuente que aparezcan en el arco superior y pueden ser generalizados o localizados. Su tratamiento es observacional ya que desaparecen con el tiempo y hay autores que indican dar masajes suaves en la zona con nodúlos.¹³



Imagen 10. Nódulos de Bohn.⁵

6.2 Perlas de Epstein

Al igual que los anteriores no se requiere de tratamiento ya que con el tiempo desaparecen por si solas, tienen apariencia parecida pero lo que los distingue uno del otro es su ubicación, estas se presentan en el rafe medio del paladar.¹³

6.3 Quistes de la lámina dental

Su localización más frecuente es en la zona posterior de los arcos, en la cresta alveolar del reborde gingival. Son resultado de la lámina dental primitiva. Su textura y localización son clave para diferenciarlos de los dientes natales y si su tamaño es pequeño no se requiere tratamiento, de lo contrario se requiere tratamiento quirúrgico.¹³



Imagen 11. Quiste de la lámina dental.⁶

6.4 Caries dental

Uno de los padecimientos más comunes que no es exclusivo de los bebés, sin duda es la caries dental y desde el primer diente erupcionado ya puede estar presente en cavidad oral.

La caries temprana de la infancia (CTI) que según la Asociación Dental Americana (ADA) incluye no sólo la afectación de una o más superficies

con caries, sino también la pérdida dental por esta causa y si hay presencia de alguna obturación a causa de caries.¹⁶

Su tratamiento depende de múltiples factores. La actitud del paciente, el desarrollo del diente afectado y grado de caries son algunos. Sin embargo, a diferencia de las alteraciones mencionadas anteriormente, la caries tiene tratamiento preventivo, que se realiza tanto en consultorio dental como en casa, siendo responsabilidad de los padres y el núcleo familiar del bebé.¹⁶



Imagen 12. Caries dental.⁷

6.5 Labio y paladar hendido

También existe la posibilidad de que haya alteraciones múltiples, como en el caso de labio paladar hendido, el cual tiene a su vez una clasificación dependiendo del grado de afectación tanto oral como sistémica. Pueden ser tanto unilaterales como bilaterales y aunque pueden afectar sólo a paladar o a labio es más frecuente que afecte a ambos.

El tratamiento se debe llevar a cabo con un especialista.¹³

Esta alteración se da desde que el bebé se forma dentro del útero y puede afectar labios, paladar, dientes en cuanto a forma, posición, tamaño, presencia de supernumerarios o incluso ausencia, huesos de maxilares, fosas nasales y en algunos casos también la úvula.

Como se mencionó anteriormente el tratamiento es por especialistas, pero debe ser un trabajo multidisciplinario que involucra no sólo al odontólogo si no también al psicólogo ya que esta anomalía afecta a nivel psicológico a quién lo presenta y en el caso del tratamiento dental va a depender de que anomalías orales se presenten y qué estructural de la cavidad oral estén afectadas¹⁷



Imagen 13. Labio Paladar Hendido.⁸



Imagen 14. Paladar hendido⁹

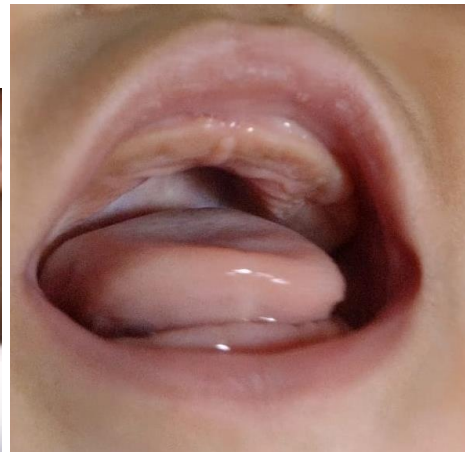


Imagen 15. Paladar sano³

6.6 Dientes natales y neonatales

Cuando hay presencia de dientes al momento de nacer se le llaman dientes natales y cuando se presentan antes del primer mes de vida también se considera como una alteración y reciben el nombre de

diente neonatales, que a su vez pueden provocar lo que se le denomina úlcera de Riga – Fede en la que el bebé presenta úlceras sublinguales a causa del traumatismo que le provoca la presencia de estos dientes.¹⁸

Si no existe movilidad ni traumatismo causado por su presencia se mantiene en observación o en ocasiones se interviene en el borde incisal, sin embargo cuando hay movilidad de estos, se deben extraer para evitar que se desprendan ya que esto implica riesgo a asfixia.¹³



Imagen 16. Dientes neonatales, que posterior a su evaluación fueron extraídos.¹⁰

6.7 Anquiloglosia

Otra alteración que aunque no es muy frecuente, se debe considerar es la anquiloglosia, que consiste en que el frenillo lingual impide que la lengua tenga la correcta movilidad y esto afecte la deglución, que la alimentación no sea suficiente, dolor en el pecho de su madre por el aumento de presión que ejerce el bebé para poder alimentarse, y la solución es el tratamiento quirúrgico.¹⁹



Imagen 17. Anquiloglosia en recién nacido.¹¹

Referente a la lengua también se puede presentar alteraciones que vemos en cavidad oral de adultos, tal es el caso de lengua geográfica, lengua fisurada, macroglosia, etc.

En el caso de las primeras dos se sabe que no requiere tratamiento, y en cuanto a la macroglosia si es una afectación grave se puede realizar corrección quirúrgica. ¹³

7. FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD ORAL DEL BEBÉ

Uno de los factores que alteran de manera directa la salud oral de cualquier persona es la presencia de microorganismos y un recién nacido ya tiene presencia de microorganismos desde las primeras horas de vida, incluso es posible que se dé durante el paso del bebé a través del canal vaginal y posterior a esto en los siguientes meses a diferencia de los adultos, los bebés tienen riesgo de que a través de la saliva tanto sus padres, familia y cuidadores le transmitan microorganismos tales como el streptococcus mutans.

Algunas formas en las que puede ocurrir esto es cuando besan a los bebés en la boca, cuando le soplan a la comida, cuando comparten utensilios para comer, al limpiar algún objeto con su saliva, por mencionar los más frecuentes.²⁰

Si los padres de familia tienen higiene y salud oral también pueden disminuir el riesgo de que la transmisión sea mayor y no sólo eso, sino que al ser los encargados del recién nacido intervienen en su higiene, en el consumo de azúcares, la educación que les permita crear el hábito de mantener la salud oral en un futuro y de visitar al odontólogo no solo para tratamientos sino para revisión y prevención.²¹

La dieta en el recién nacido durante los primeros 6 meses según la OMS consiste única y exclusivamente en leche materna, que se considera el mejor y más adecuado alimento que puede recibir el bebé, recomendando incluso que se prolongue más allá de los 2 años, sin embargo, después de los 6 meses se implementa la alimentación complementaria, la cual se recomienda libre de azúcares, sal, alimentos procesados, entre otras recomendaciones.²²

A pesar de que ya mencionaron los beneficios de la leche materna, existen opiniones divididas sobre si afecta o beneficia a la salud oral, algunos mencionan que puede ser factor de riesgo para generar caries por los procesos de desmineralización que ocurren en la boca del bebé sin embargo la mejor opción es informar a los padres o cuidadores como realizar este proceso de la mejor manera posible para mantener la salud oral, mediante la información de cómo realizar la higiene dental.²³



18. Bebé siendo alimentado con leche materna.¹²

Hay factores que impiden que se lleve a cabo esta alimentación aún cuando sea lo que muchas madres desearían, como es cuando por cuestiones laborales, o de salud no se puede realizar y se sustituye por lactancia artificial que si bien cumple con una función nutricional no puede sustituir los demás beneficios como lo es la relación madre – hijo y un beneficio emocional al bebé

Cuando el bebé se alimenta de la madre ejerce movimientos musculares que no son iguales a cuando se alimentan con biberón y esto influye en el desarrollo de estructuras adyacentes a la cavidad oral, también puede ser difícil de interrumpir el uso del biberón y el uso continuo de este causa maloclusiones.²⁴

Todos los anteriores son factores que existen posterior al nacimiento del bebé, pero gracias a la odontología del bebé que cada vez se actualiza más, ya tenemos información que muestra que hay más cosas que influyen en la salud oral del bebé desde antes de que nazca.

8. HIGIENE ORAL EN BEBÉS

A diferencia de un individuo adulto la higiene dental en bebés depende totalmente de sus cuidadores y/o familia.

Al nacer no hay ningún órgano dental, pero se recomienda que a pesar de esto se realice higiene de las encías, puesto que la alimentación y otros factores externos pueden causar caries o alguna afectación por bacterias y deficiente higiene.

En múltiples artículos, como el del especialista en odontopediatría Pinto José en conjunto con residentes ecuatorianos, recomiendan que se inicie la higiene oral con una gasa la limpieza oral, se humedece con agua filtrada y se coloca enredando el dedo índice para así limpiar pasando por las encías, lengua, carrillos y paladar ya que incluso a pesar de que la alimentación complementaria inicia a los 6 meses de edad muchas veces no erupcionan los dientes aún y la presencia de alimentos puede afectar la salud oral de los bebés.



Imagen 19. Limpieza de encías con gasa húmeda.¹³

El comenzar a realizar este procedimiento desde el nacimiento nos permite no sólo mantener saludable la cavidad oral del bebé, sino que nos ayuda a que el bebé forme el hábito de asearse.⁸

También existe la opción de usar dedales de silicón para realizar la higiene. Este se recomienda ser cambiado cada tres meses para evitar que se instalen y desarrollen bacterias en la boca. Al igual que en el caso de la gasa se debe primero lavar las manos con agua y jabón, con movimientos circulares se limpian las encías, lengua y paladar y al terminar el uso se enjuga el dedal y se coloca en su estuche.²⁵



Imagen 20. Uso de dedal de silicón como auxiliar para higiene del bebé.¹⁴

Posterior a la erupción dental se recomienda que la higiene se realice con cepillo dental pequeño con las cerdas suaves. Emplear la pasta dental hasta los tres años y la cantidad de pasta debe ser similar al tamaño de un grano de arroz crudo y evitar que el niño deglute la pasta dental. Lo normal es que existan espacios interdetales en la dentición primaria y es por ello que no es necesario el uso aun de hilo dental.

Se recomienda que a partir de la erupción del primer diente temporal, el uso de fluoruro al 0.02% después de realizar la higiene dental al terminar cada alimentación del bebé.²⁶



Imagen 21. Cepillado dental. ¹⁵

La higiene comienza contraria a lo que se pensaba, desde el primer día de vida no sólo por salud oral sino para establecer una ruta saludable que a futuro ayudará a que el bebé se acostumbre a asearse.

Acudir a consultas dentales incluso si sólo se realiza exploración y la higiene dental profesional con la colocación del fluoruro permite que a futuro la atención no tenga alguna complicación mayor en cuanto a la conducta del bebé y que las consultas sean agradables, permite identificar si hay algún problema que requiera atención, identifica factores de riesgo a modificar.

Sin duda no sólo en pacientes tan pequeños sino en general la mejor manera de mantener la salud bucodental es la prevención y todo esto se puede tener gracias a la educación para la salud, instruir a los padres a mantener también una rutina de higiene y cepillado para servir de ejemplo a sus hijos, ya que aprenden de lo que observan.

Mencionar que la dieta y alimentos altos en azúcar no sólo son poco recomendados para la correcta nutrición sino para evitar tener un factor de riesgo más para la caries. Siendo una de las enfermedades más comunes.

Evitar que este problema se presente ayuda a que cuando se acuda a consulta dental no requiera un tratamiento invasivo y que establezca en el bebé una mala experiencia que a futuro le afecte psicológicamente estableciendo una relación negativa con el odontólogo.

Queda establecido que todo lo anterior es responsabilidad total del núcleo familiar del bebé y como odontólogos se debe trabajar en darles la información necesaria ya que no sólo se trata de realizar tratamientos correctivos o preventivos sino de educar, informar y enseñar.

9. CONCLUSIONES

La evolución de la odontología para el bebé ha tenido múltiples cambios, yendo desde la recomendación de acudir a la primera consulta a los 2 o 3 años hasta establecer que desde el primer diente erupcionado se puede acudir a consulta dental o antes si existe alguna estructura oral que no sea normal y que afecté la salud del bebé para su tratamiento.

Se demuestra que hay factores que intervienen en la salud oral del bebé incluso desde que están en el vientre de su madre y que la salud de ella también va a influir a futuro.

Se describieron todas las estructuras que componen la cavidad oral del bebé ya que muchas veces se piensa que sólo hay que poner atención a los dientes y si no hay presencia de ninguno no es necesario la higiene oral ni hay problema alguno, sin embargo, en ocasiones tales como la anquiloglosia afectan la alimentación y más adelante el lenguaje del bebé

Y que si ya existe alguna enfermedad o alteración oral que produzca un hábito negativo, se trate a tiempo para evitar que afecte al bebé y eliminarlo aun cuando ya existan consecuencias.

Lo más importante es enseñar a los padres o personas responsables, la importancia que merece la salud oral del bebé, normalmente es algo que se deja de lado o en un segundo lugar sin embargo en edad adulta e independiente es una decisión propia pero en el caso de los bebés es algo que no depende de ellos y merecen tener una vida sana, una boca sana y un ambiente igualmente sano.

10. REFERENCIAS

1 De Figuereido L, Ferelle A. Bebé clínica de la Universidade estadual de Londrina: Un resumen Histórico: Rev. odontopediatr. Latinoam. 2013 Dic; 3(2): 78-80

Disponible en:

<https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/44/161>

2 Lago E. Odontología para bebés: Rev. Para. Med. 2007 Dic; 21 (4): 53,54

Disponible en: <https://docplayer.com.br/12224429-Odontologia-para-bebes-dentistry-for-babies-eliana-lago-silva-1-resumo.html#>

3 López A. Odontología para bebés: Rev Fac Odont Univ Ant. 1999; 10 (2): 17

Disponible en:

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/327058/20784279>

4 Guillen C, Huapaya O, Loaiza R, Torres G, Chein S, Garibay P, et al. Odontología para el bebé: Modelo de atención en salud pública – Perú: Odontol. Sanmarquina. 2004 Dic; 8 (2): 32

Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3421/2837>

5 Podesta M, Sacramento C. Odontología para bebés curso virtual roca: R.O.C.A, 2012 Jun

Disponible en:

http://www.puentevirtual.com/newsletters/20120601/entrevista_odontologia_bebes.pdf

6 Diaz G, Cuapio O, Gutiérrez O, Reséndiz L, Núñez M, Morales E, et al. Clínicas Estomatológicas de la UAM-X: Enlaces Xochimilco, 2017 Abril; 1 (3): 82-84

Disponible en:

<https://enlacesx.xoc.uam.mx/numerosanteriores/3/conlacomunidad/archivos/clinicas.pdf>

7 Orellana J, Morales V, Guerrero R. Cuidados de la salud buco dental en el bebé: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2020 Julio

Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Orellana-7/publication/343150681_Cuidados_de_la_salud_bucodental_en_el_bebelinks/5f18ffd5a6fdcc9626aa2b4a/Cuidados-de-la-salud-bucodental-en-el-bebe.pdf

8 Pinto J, Chávez D, Navarrete C. Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé: ODOUS científica, 2018; 9 (1): 60-72

Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>

9 Salete M, Tello G. Aspectos psicológicos y clínicos de la atención de niños pequeños: DENTAL TRIBUNE Hispanic & Latin America, 2013; 8 (10): 8,10

Disponible en:

https://odontobebeperu.org.pe/images/pdf/especial_de_odontologia_para_bebes.pdf

10 Bartolome B, Villar C, Cañizares V, Torres L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico: Cient. Dent, 2020; 17 (1): 27-34

Disponible en:

https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatrico.pdf

11 Burgos A. Revisión de la literatura acerca de las prestaciones de servicios de cuidados odontológicos en bebés: Pol. Con, 2017; 2 (6): 1317-1328

Disponible en:

<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/855/pdf#>

12 Escobar MF. Odontología Pediátrica. 1º ed. Madrid: Ripano; 2012.

Disponible en:

https://issuu.com/ortega.ripano/docs/revista_odontopediatria9

13 De Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Brasil: AMOLCA; 2000.

14 De la Teja E, Lona P, Elías G, Belmont F, Telléz J, Cadena A, et al. Erupción dentaria: Acta Pediatr Mex, 2000; 21 (4): 119

Disponible en:

<http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1576>

15 Perez B, Soto u, Loyola J, Reyes J, Santos M, Loyola A, et al. Oral findings and its association with prenatal and perinatal factors in newborns: Korean J Pediatr, 2018 Sep;61(9):279-284.

Disponible en:

<https://ecep.org/journal/view.php?doi=10.3345/kjp.2017.06177>

16 Cardoso M, Escobar I, Acosta J, Burlli D, Díaz N. Rehabilitación oral en bebés, enfoque preventivo y psicológico: *Odontol Pediatr* 17(1) 2018; 70 - 78.

Disponible en:

<http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatica/article/view/25>

17 Sánchez M, Galvis J. Anomalías dentales de los pacientes con labio y paladar hendido: revisión de la literatura: *ev Nac Odontol*. 2019;15(29):1-

Disponible en: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.01.04>

18 Téllez M, Ventero R, Díaz F, Hernández G. Dientes neonatales. A propósito de un caso: *RCOE* 2018;23(2): 51-53

Disponible en: <https://rcoe.es/articulos/49-dientes-neonatales-a-proposito-de-un-caso.pdf>

19 Lamas D, Fernandes C, Rodrigues M, Franco A, Goncalves A, de Souza C. Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia. Reporte de un caso: *Rev Odopediatr Latinoam*. 2016;6(1):44-52.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2016/rol161f.pdf>

20 Astoreca V, Dominguez M, Menescardi A, Mercadier ML, Mitta MT. Importancia de la promoción y prevención de la salud bucodental en la embarazada, su relación con binomio madre-hijo y cuidados del niño en la primera infancia: *Sbarra Científica*. 2019; 1(1)

Disponible en:

<https://www.hospitalsbarra.com.ar/cientifica/numeros/uno/importanciadelapromocion.pdf>

21 Narváez A, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes: *Odontología*. 2017; 19(1):5-21

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128572>

22 Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño: 9 junio de 2021

Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

23 Robles N, Lara E, Herrera H, Bermeo J, Santillán A, Pontigo A, et al. Leche humana y su efecto sobre la mineralización del

esmalte: revisión de literatura: *Pediatr. (Asunción)*. 2019; 46(3):209-217

Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v46n3/1683-9803-ped-46-03-209.pdf>

24 Prieto B, Gómez G, Diéguez M. Lactancia artificial prolongada asociada a hábitos orales, maloclusiones y características sociodemográficas en preescolares españoles: Estudio observacional: *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2022; 26(Supl.2):e1284

Disponible en:

<https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/1284/810>

25 Bernal M, Salud bucodental en el bebé: *Con ciencia estudiantil*. 2019; 6 (2): 24

Disponible en:

<https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/publicaciones/revistas/RevistaConciencia-05.pdf#page=26>

26 Duggal M, Cameron A, Toumba J, *Odontología pediátrica*. México: manual moderno; 2014

REFERENCIA DE IMÁGENES

- 1 <https://www.odontologos.mx/pacientes/noticias/2450/uam-abre-primera-clinica-dental-para-bebes-en-mexico>
 - 2 <https://www.eldentistamoderno.com/2019/05/dientes-natales/>
 - 3 Fuente directa
 - 4 <https://www.sumedico.com/soy-mama/lo-que-el-aspecto-de-la-lengua-de-un-bebe-dice-sobre-su-salud/323924>
 - 5 [248-Texto del artículo-896-1-10-20160823.pdf](#)
 - 6 <https://images.app.goo.gl/zYvZRP4n6MDRgns86>
 - 7 <https://pediatricdentalcare.com.mx/odontopediatria/>
 - 8 <https://www.fundacionunam.org.mx/auriazul/clinica-de-la-unam-atiende-ninos-con-labio-y-paladar-hendido/>
 - 9 <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/multimedia/image/paladar-hendido>
- MORRIS HUBERLAND/SCIENCE PHOTO LIBRARY
- 10 <https://rcoe.es/articulos/49-dientes-neonatales-a-proposito-de-un-caso.pdf>
 - 11 <https://cdn.gn1.link/iapo/imageBank/xiv-manual-da-iapo-esp-web-11.pdf>
 - 12 <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
 - 13 <https://www.quobit.mx/la-importancia-de-la-limpieza-dental-en-bebes.html>
 - 14 <https://www.adeslasdental.es/consejos-higiene-bucal-bebe/>
 - 15 <https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2017/rol172e.pdf>