

00778

**GUIA DE PROTECCION ESPECIFICA PARA PACIENTES DE
0 A 2 AÑOS**

**JOHN FREYDELL CASTRO PERDOMO
DIANA EVELYM CORREDOR JIMENEZ
DIANA CAROLINA GUERRA GARZON
JOHANNA MILENA SERRANO LOPEZ**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
1999**

**GUIA DE PROTECCION ESPECIFICA PARA PACIENTES DE
0 A 2 AÑOS**

**JOHN FREYDELL CASTRO PERDOMO
DIANA EVELYM CORREDOR JIMENEZ
DIANA CAROLINA GUERRA GARZON
JOHANNA MILENA SERRANO LOPEZ**

**Director:
CARMENZA MACIAS GUTIERREZ
Odontóloga especialista en Odontopediatría**

**Asesor metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ QUINTANA
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
1999**

**GUIA DE PROTECCION ESPECIFICA PARA PACIENTES DE
0 A 2 AÑOS**

**JOHN FREYDELL CASTRO PERDOMO
DIANA EVELYM CORREDOR JIMENEZ
DIANA CAROLINA GUERRA GARZON
JOHANNA MILENA SERRANO LOPEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para
optar el título de odontólogo**

**Director:
CARMENZA MACIAS GUTIERREZ
Odontóloga especialista en Odontopediatría**

**Asesor metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ QUINTANA
Odontóloga Maestría en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
1999**

AGRADECIMIENTOS

Carmeza Macias Gutierrez

Odontóloga especialista en Odontopediatría

Jefe de Odontopediatría Colegio Universitario Colombiano

Elba María Bermudez Quintana

Odontóloga Maestría en Administración en Salud

Jefe del Departamento de Investigación y Salud Pública del

Colegio Universitario Colombiano

CONTENIDO

	pág
INTRODUCCION	1
GLOSARIO	2
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	8
1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA	8
1.2. JUSTIFICACION	8
1.3. PROPOSITO	9
1.4. MARCO	10
1.4.1. Dieta y Nutrición	10
-Definición	10
-Consejos prenatales	12
-Técnicas de alimentación al pecho	13
-El biberón	14
-Leche maternizada en menores de 1 año	15
-Cuadro de alimentación	16
-Cantidad de alimentos por toma	17
-Número medio de tomas durante 24 horas	17
GUIA DE ALIMENTACION DIARIA	18
-Dieta completa	18
-Alimentos nocivos	19
-Consejos postnatales	20
1.4.2. Desarrollo de la dentición	21
-Secuencia de erupción (Schour y Massher)	21
-Pérdida prematura de dientes temporales	22
1.4.3. Hábitos	23
-Hábitos posturales	24
-Condiciones de desuso	27
-Desarrollo de hábitos en niños	27
-Respiración	28
-Succión de digital	32
-Por que se produce el hábito de succión compulsiva? (teorías)	34

-Interposición lingual o deglución atípica	37
-Succión de labio	39
-Autolimitación	40
1.4.4. Caries dental	41
-Caries de biberón	42
-Cambios de hábitos dietéticos	45
1.4.5. Higiene oral	46
-Cepillado dental	46
-Calidad del cepillado	47
-Horario y frecuencia de cepillado	47
-Guía de cepillo dental	48
-Flúor	49
-Uso de fluoruros tópicos	49
-Uso de fluoruros sistémicos	49
1.4.6. Trauma dentoalveolar	50
-Diagnóstico de las lesiones dentarias	52
-Clasificación y tratamiento específico para niños menores de dos años	53
• Lesiones de los tejidos duros y de la pulpa	53
• Lesiones de los tejidos periodontales	57
• Lesiones de la encía y de la mucosa oral	60
1.4.7. Anomalías dentales	61
-Oligodoncia	61
-Dientes neonatales	62
-Amelogénesis imperfecta	62
-Dentinogénesis imperfecta	65
-Quiste de erupción	67
-Quiste palatino y dental del recién nacido	67
-Quiste de la lámina dental	68
-Tumor neuroectodermico melanótico de la infancia	69
1.4.8. Alteraciones de lengua	70
-Anquiloglosia	70

-Lengua Geográfica	71
1.4.9. Infecciones de Cavidad Oral	72
-Gingivostomatitis Herpética	72
-Aftas	74
-Candidiasis	75
1.5.OBJETIVOS	77
1.5.1.General	77
1.5.2.Específicos	78
2.METODO	79
2.1.TIPO DE ESTUDIO	79
2.2.POBLACION	79
3.RESULTADOS	81
4.CONCLUSIONES	82
5.RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCION

Podemos definir la acción preventiva como un conjunto de medidas destinadas a promover, producir, controlar y restaurar por medio de la motivación y terapia, la salud de los individuos. Para ello es completamente necesario actuar en el descubrimiento de la enfermedad por lo que debemos tener conocimientos claros sobre oclusión, patología, erupción, crecimiento y desarrollo, nutrición, psicología.

Un diagnóstico bien concebido es la clave para obtener de él diferentes planes de tratamiento, que traigan como consecuencia el mantenimiento normal del sistema estomatognático, evitando, no solamente la formación de maloclusiones sino que, por medio de él se intercepten los que ya se han producido y tratar de corregirlo dentro de las posibilidades de un odontólogo general localizándonos no solo en el sistema dentario sino a través de este proyectándonos hacia las estructuras aledañas evitando en muy buena parte malformaciones faciales.

En esta monografía hacemos un análisis de los tratamientos más importantes y que consideramos están al alcance de cualquier odontólogo general y queremos dar a conocer los principios de prevención en el consultorio odontológico en niños entre 0 y 2 años.

GLOSARIO

ABSORCION: Etapa del proceso de la nutrición en la que las sustancias ingeridas que se hallaban en el tubo digestivo flanquean las paredes de este e ingresan a la circulación, principalmente al rededor de las vellosidades intestinales.

APATITA: Cristales del grupo de las pertenecientes al sistema hexagonal, son las constituyentes fundamentales de la sustancias inorgánicas del esmalte dentario.

BACTERIA: Grupo de microorganismos unicelulares con categoría taxonómica de clase.

BRUXISMO: Acción de frotarse los dientes entre sí, generalmente es un hábito nocturno que se produce durante el sueño, aunque también puede presentarse durante la vigilia.

CARIES: proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentária en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante dando como resultado una perdida de mineral de la superficie dentária cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros.

CARIOSTATICO: Que determina la aparición de la caries.

DECIDUO: Caduco, no permanente, dentición primaria destinada a ser reemplazada por la permanente.

DEGLUSION: Secuencia de acción combinada de diversos órganos de la cavidad bucal.

DIETA: Es un programa de alimentación adecuado a la constitución especial de una persona. La Dieta debe ser adicional a los hábitos de higiene oral.

DISGNASIA: Término que involucra las alteraciones de posición de los dientes y de la oclusión, así como los que atañen a la forma de los maxilares y de cara.

EDEMA: Hinchazón blanda de un área del cuerpo, por excesiva infiltración de líquido en el tejido celular.

EGRESION: Extrusión, desviación del diente respecto a la posición normal que debería ocupar en el arco.

ENUCLEACION: Extirpación de un organo, tumor, quiste, en un todo sin dividirlo.

ERITEMA: Término que engloba genéricamente a varias afecciones cutáneas caracterizadas por la aparición de manchas rosadas, rojizas o violáceas producidas por congestión o vasodilatación de los tegumentos.

EROSION: Defecto cuneiforme en el esmalte dentario y muestra en el cuello del diente por su cara vestibular una depresión definida en forma de cuña, de paredes duras lisas y pulidas.

ETIOLOGIA: Estudio de las causas que producen las enfermedades. El tratamiento etiológico consiste en atacar las causas que provocan el mal.

FISIOLOGIA: Cuna de la biología que se dedica al estudio de las funciones de los organismos vivos, tanto en su aspecto físico como en el químico.

FLORA BUCAL: Conjunto de microorganismos que residen en la boca.

FORMACION: Tejido o estructura orgánica que posee una forma definida. Acción o efecto de constituirse a una cosa adquiriendo una forma.

GINGIVITIS: Inflamación de la encía como respuesta frente a los irritantes locales.

HABITO: Forma de comportamiento resultante de la repetición de actos, es individual, está determinado por las cualidades fisiológicas del sistema nervioso, y adquirido, por que supone un proceso previo de aprendizaje.

HECES: Restos de la digestión que no pueden aprovecharse y que se eliminan a través del ano, junto con los jugos digestivos, bacterias intestinales y células intestinales consumidas.

HORMONA: Sustancia mensajera orgánica producida en pequeñas cantidades en una parte del organismo y transportada a otras partes, en donde ejerce una intensa acción.

INCIDENCIA: Número de casos nuevos de enfermedad producidos durante un período determinado.

INGERENCIA: Acto por el cual se introducen alimentos líquidos o sólidos, en las vías digestivas a través de la cavidad bucal.

INHIBICION: acción de una sustancia que impide una reacción química o detiene una fusión.

LACTANCIA: Fase del desarrollo humano comprendido desde el nacimiento hasta el destete. Su principal característica es la satisfacción de las necesidades orales, sobre todo al mamar. Esta acción no solo es importante para el bienestar físico del lactante, sino también para el síquico.

LESION: Herida o daño, cambio anormal en un tejido u órgano que estaban sanos.

MESOGRESION: Migración mesial experimentada normalmente por toda pieza dentária vecina a un espacio dejado por la extracción de un diente anterior.

METABOLISMO: complejo de procesos físicos y químicos que tiene permanencia constante en todos los seres vivos y en virtud de los cuales los alimentos ingresados son transformados mediante fenómenos anabólicos.

NEONATO: Criatura recién nacida, hasta los diez días de vida.

NUTRICION: Obtención y utilización de las sustancias orgánicas; tiene lugar mediante la admisión de las sustancias en el tracto digestivo, degradación intra o extra celular de las mismas y su posterior paso al sistema circulatorio.

NUTRIENTES: Elementos esenciales para el organismo que éste debe incorporar del medio ambiente para asegurar el desarrollo de sus estructuras y su conservación.

OROFACIAL: Conjunto de cavidad oral y la cara.

OXHIDRILOS: Radical monovalente constituido por un átomo de hidrógeno y otro de oxígeno.

PERNICIOSO: Nocivo, debilitante. Con tendencia a una terminación fatal.

PLACA BACTERIANA: Película transparente e incolora, clínicamente invisible, adherente a la superficie del diente, conformada por un conjunto de diversos microorganismos y células descamadas de la mucosa bucal, dentro de una matriz de mucoproteínas y mucopolisacaridos.

POST ERUPTIVO: Procedimiento que se desarrolla después del periodo de formación de los dientes.

PREERUPTIVO: procedimiento que se desarrolla durante el período de formación de los dientes.

PRODROMO: Signo precursor o conjunto síntomas que anteceden al comienzo de una enfermedad y son premonitorios de esta.

PROFILAXIS: Conjunto de procedimientos que protegen contra enfermedades al individuo o la comunidad.

PROTEINA: Nombre genérico de diferentes compuestos orgánicos macromoleculares constituidos por carbono, hidrogeno y colágeno como componentes principales, y aveces también por fósforo y azufre.

RETROGNATISMO: Anomalía de posición y consiste en que el maxilar en su totalidad se encuentra hacia atrás, o sus apófisis alveolares. Puede ser localizado en el maxilar superior o inferior y puede ser alveolar o total.

ROTACION: Movimiento alrededor del eje longitudinal del diente.

SINTOMATOLOGIA: Suma de los conocimientos relativos a los síntomas de las enfermedades.

SUSCEPTIBLE: Predisposición; que puede ser natural o adquirida, con que un organismo recibe impresiones o infecciones y queda más o menos rápidamente afectado por ellas.

VESTIBULOVERSION: Desviación del diente cuando se aleja del centro del paladar y se dirige hacia los labios o los carrillos, es decir, hacia el vestíbulo bucal.

VITAMINA: Grupo de sustancias orgánicas que no tienen valor nutritivo calórico; pero cuya presencia es necesaria para el mantenimiento de todos los procesos vitales.

VOMITO: Expulsión por la boca del contenido del estómago, a consecuencia de un peristaltismo inverso de la musculatura gástrica y de los tubos digestivos. Se origina en caso de irritaciones e la mucosa gástrica por causa de inflamaciones o de tóxicos; de enfermedades generales, especialmente infecciones en los niños, al inicio de enfermedades febriles.

YUXTAPUESTOS: Aposición

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1.DEFINICION DEL PROBLEMA

La protección específica y todas las acciones preventivas en cavidad oral deben iniciarse desde el momento del nacimiento. Estas han sido descritas en forma general sin que haya una especificación por edades. Por lo general se espera a iniciar las acciones preventivas cuando el niño ya tiene la oclusión temporal; pero se recomienda realizarlas desde el embarazo, teniendo en cuenta las principales alteraciones que se puedan presentar por: dieta y nutrición, desarrollo de la dentición, hábitos, caries dental, higiene oral, trauma dentoalveolar, anomalías dentales, alteraciones de lengua e infecciones de cavidad oral.

1.2.JUSTIFICACION

Informar a los odontólogos, estudiantes de odontología, y padres de familia los tratamientos y acciones de protección específica en salud oral para niños de 0 a 2 años, mediante un documento que recopila una revisión bibliográfica que reúne: dieta y nutrición, desarrollo de la dentición, hábitos, caries dental, higiene oral, trauma dentoalveolar, anomalías dentales, alteraciones de lengua e infecciones de cavidad oral.

1.3.PROPOSITO

Recopilar toda la información sobre acciones preventivas en niños de 0 a 2 años y divulgarla en odontólogos y estudiantes de odontología.

1.4.MARCO

1.4.1 DIETA Y NUTRICIÓN

DEFINICION:

Se define como nutrición a la obtención y utilización de las sustancias orgánicas; que tienen lugar mediante la admisión de estas en el tracto digestivo, degradación intra o extra celular de las mismas y su posterior paso al sistema circulatorio.

Es un programa de alimentación adecuado a la constitución especial de una persona. La Dieta debe ser adicional a los hábitos de higiene oral.

La estrecha relación entre hábitos de alimentación y patrones de personalidad empieza después del nacimiento y el pronto establecimiento de prácticas de alimentación confortables y satisfactorias contribuyen de forma considerable al bienestar emocional del niño, el periodo de alimentación debe ser agradable y placentero tanto para la madre como para el niño.

Los 8 meses suelen prescindir de la última toma de la noche y de los 9-12 meses de edad se satisfacen con tres comidas principales durante el día.

Es importante resaltar que los niños lloran por causas ajenas al hambre, y que un niño no necesita ser alimentado cada vez que llora, pueden tener otro

tipo de molestia como exceso de ropa, pañales y vestidos sucios, húmedos o incómodos, los cólicos, medio ambiente frío o alguna enfermedad.

Los padres y otros miembros de la familia no deben ser descuidados por los médicos en estas sesiones de orientación, el conocimiento es de gran validez para prevenir los problemas físicos y psicológicos centrados alrededor de las comidas.

La lactancia materna está en todo momento fácilmente disponible a la adecuada temperatura, donde quiera que la madre se encuentre, la leche siempre es fresca y exenta de contaminación bacteriana. Las heces del niño alimentado por la madre tiene un Ph inferior al del niño alimentado con leche de vaca.

La leche de la madre cuya dieta es cuantitativamente y correctamente equilibrada proporciona los necesarios principios nutritivos a excepción de la Vitamina D, flúor y el hierro.

Las reservas de hierro deberán ser suplementadas por la adición de cereales, carne o por la administración de preparados de hierro ferroso. Aunque el agua corriente contiene gran cantidad de flúor el niño alimentado a pecho puede recibir escasa cantidad de él.

La dieta debe contener suficientes calorías para compensar las contenidas en la leche secretada así como las necesarias para su producción. Bastará una dieta adecuada para mantener el peso y para que sea relativamente rica en proteínas, lípidos, vitaminas y minerales.

CONSEJOS PRENATALES

Se limitan a las futuras madres interesadas que ya asisten al odontólogo el propósito de estos es educar a las madres en hábitos dietéticos nutritivos adecuados. Si ellas practican una buena alimentación seguramente estimularan lo mismo en sus hijos . Para obtener buenos resultados tanto el padre como la madre deben incluirse en el asesoramiento prenatal aquí se dará información que ellos deben conocer sobre:

- 1- Ingestión adecuada de vitaminas y minerales.
- 2- Alimentos sanos y nocivos.
- 3- Hábitos sanos y nutrición balanceada.

Conocer sobre la alimentación del pecho materno que debe ser estimulada por :

- 1- Los anticuerpos que contiene son defensa hacia enfermedades.
- 2- La leche de vaca contiene alergénicos cuanto más tiempo se evite la ingestión de leche de vaca habrán menos probabilidades de que el niño desarrolle una alergia hacia ella.
- 3- La leche materna contiene hormonas para el crecimiento.
- 4- La leche de vaca no es gratuita.

TECNICA DE ALIMENTACION AL PECHO



Los aspectos técnicos de alimentación al pecho requieren ser considerados con sumo cuidado. El niño debe estar hambriento en el momento de mamar, seco, ni demasiado frío, ni excesivamente caliente y mantenido en una posición cómoda. Debe tenerse en brazos y mantenerlo en una posición semisentado para facilitar el eructo sin que vomite, la madre por su parte debe estar cómoda y completamente descansada. El niño será sostenido cómodamente, con su cara junto al pecho, con un brazo o con una mano, mientras que la otra mano sostiene la mama de tal manera que el pezón sea fácilmente alcanzado por la boca del lactante sin que le obstruya la nariz. Los labios del lactante debe abarcar una zona considerable de areola y el pezón. En el momento de nacer, el niño se haya provisto de varios reflejos, los más evidentes son los relacionados con la obtención propiamente dicha del alimento:

Reflejo del hociqueo

Succión

Deglución

Saciedad

El reflejo del hociqueo es el primero que se desencadena cuando el lactante percibe la leche por el olfato, mueve su cabeza en varias direcciones e intenta hallar su origen, moverá la boca hacia este objeto y la abrirá anticipándose a la toma del pecho. Su mejilla aplicada al pecho de la madre le impulsará a disponer la boca en forma de hocico en busca del pezón. Algunos niños son voraces en la succión los más fuertes vacían un pecho en 5 minutos , otros son más sosegados y maman durante 20 minutos .

Después de tomar el pecho, el niño debe mantenerse erguido, apoyado en los hombros de la madre, para que expulse el aire deglutido.

EL BIBERON

Muchos niños abandonan la lactancia materna entre los 6-9 meses, sustituyendo una tetada por un biberón, los agujeros del chupo deben ser pequeños pues el niño tomaría el alimento sin trabajo alguno. Los preparados con leche de vaca completa y evaporada proporcionan proteínas en cantidad de 3 a 4g/kg/día.

En el momento de ingerir el biberón este debe sostenerse en forma que la leche, y no el aire, vaya directamente dentro del chupo. El biberón no debe apoyarse ni siquiera con un soporte seguro ya que priva al lactante de la

comodidad y seguridad. Deben dedicarse a cada toma 5-25 minutos según el vigor y la edad del niño.

Debería desaconsejarse la costumbre de permitir a los niños que vayan a dormir sosteniendo el biberón; los odontólogos han llamado la atención sobre la correlación existente entre esta costumbre y la erosión del esmalte en los dientes deciduos, la acción bacteriana sobre los carbohidratos disueltos provoca una formación aumentada de ácidos como el láctico dañinos al esmalte dental.

Este debe consumirse hasta los 12 meses de edad

- Cuidados que se requieren:

Todos los utensilios utilizados en la mezcla y conservación de alimentos deben hervirse durante 5-10 minutos, los chupos no deben hervirse más de 5 minutos después de cada toma, se requiere de un biberón de boca ancha para más fácil limpieza y con la protección apropiada del chupo.

LECHE MATERNIZADA EN MENORES DE 1 AÑO (LECHE EN POLVO)

Existen pautas reguladoras sobre la producción de leche en polvo. El contenido en grasa de la leche líquida se fija en el 3.5 % y la leche es evaporada con extrema rapidez hasta la forma de polvo.

Esta debe usarse dentro de las cuatro semanas de haberla abierto, se debe mantener en un lugar fresco y seco.

CUADRO DE ALIMENTACION

PROMEDIO DE

PESO KG	EDAD	AGUA (HERVIDA)		MEDIDORES AL RAS	TOMAS EN 24 HORAS
		(ONZAS)	(ML)		
3,0	0 a 2 semanas	2	60	2	8
4,0	2 a 8 semanas	3	90	3	7
5,0	2 a 3 meses	5	150	5	5
6,5	3 a 6 meses	6	180	6	5
7,5	6 meses o más	8	240	8	4

PREPARACION :

1. Lavar bien las manos y todos los utensilios que se van a utilizar
2. Hierva todos los utensilios durante 5 minutos.
3. Hierva agua limpia durante 10 minutos, cuando esté tibia vierta la cantidad correcta en el biberón.
4. Con el medidor mida la cantidad correcta de polvo, agreguelo al agua.
5. Tape el biberón, agítelo bien, colóquele el chupo y pruebe la temperatura dejando caer unas pocas gotas en su muñeca. La leche debe estar tibia.

CANTIDAD DE ALIMENTO POR TOMA

EDAD	CANTIDAD MEDIA EN CADA TOMA
1 a 2 semanas	60 a 90
3 semanas a 2 meses	120 a 150
2 a 3 meses	150 a 180
3 a 4 meses	180 a 210
5 a 12 meses	210 a 240

NUMERO MEDIO DE TOMAS DURANTE 24 HORAS

EDAD	NUMERO MEDIO DE TOMAS
Nacimiento-1semana	6-10
1 semana 1 mes	6-8
1 mes 3 meses	5-6
3 a 7 meses	4-5
4 a 9 meses	3-4
8 a 12 meses	3

GUIA DE ALIMENTACIÓN DIARIA

DIETA COMPLETA

Son los que disminuyen el ambiente propicio para la desmineralización del tejido dentario entre ellos tenemos:

GRUPOS DE ALIMENTOS BASICOS

Dentro de los constituyentes de una dieta adecuada deben estar presentes los cuatro grupos básicos de alimentación.

■ *Grupo de los lácteos*

Este grupo incluye varios alimentos de origen lácteo tales como leche, crema, quesos, yoghurt, pudines, y helados. Suple muchos nutrientes incluyendo el calcio, vitaminas B, vitamina A, D y fósforo. **RACIÓN AL DÍA**: Tres tazas o más de leche o cuatro raciones o más de cualquier producto lácteo.

■ *Grupos de carnes*

Este grupo comprende todas las clases de carnes, aves, pescado; también huevos, mantequilla o alternativas tales como habas y porotos desecados, nueces o mantecada de maní. En general éstos alimentos son fuentes particularmente buenas de proteínas, hierro, vitamina A y algunas vitaminas del complejo B. **RACIÓN AL DÍA**: Dos o más, y sustitutos, una ración o más.

■ *Grupo de vegetales y frutas*

Este grupo incluye los vegetales verde oscuro y amarillo intenso, las cítricas, los tomates, las papas y otras frutas. Estos alimentos son ricos en vitamina A y C, también contienen niveles importantes de otras vitaminas y minerales.

.Frutas cítricas: una vez al día.

Verdes o con vitamina A: cada dos días

.Otras verduras o frutas: tres o más veces al día.

■ *Grupos de los cereales*

Este grupo consta de alimentos derivados de varios granos de cereales tales como trigo, avena , maíz y centeno. Estos alimentos son fuentes de hierro, varias vitaminas B y proteínas, aunque esta proteína no es de alto valor biológico. **RACIÓN AL DÍA**: Cuatro veces o más

ALIMENTOS NOCIVOS

También tenemos un grupo de alimentos que nos son beneficiosos para la salud entre ellos esta:

1-Alimentos con azúcar: como galletas, pasteles y helados.

2-Productos de harina blanca como pan blanco, arroz blanco y algunos productos de pasta italiana.

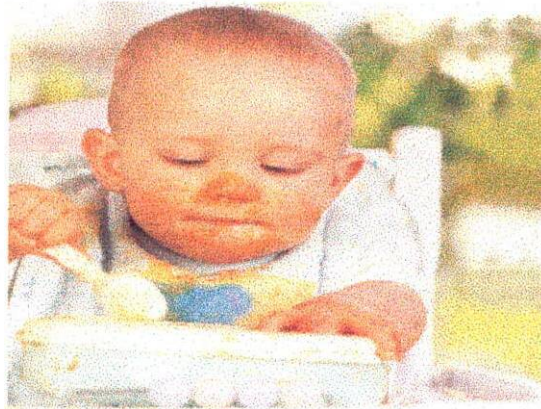
3- Jugos : congelados reforzados como el tang y bebidas azucaradas del tipo HI-C.

4-Margarina: hidrogenadas o de cacaguate.

5-Bebidas alcohólicas

6-Cafeina: se halla en el té fuerte bebidas de cola chocolate y café.

CONSEJOS POSTNATALES



- 1- Recomendar alimentación materna.
- 2- Cuando se comiencen a dar alimentos sólidos o semisólidos que sean preparados por la misma madre.
- 3- Informar a las madres de que los hábitos y gustos por ciertos alimentos se desarrollan en la infancia.
- 4- En caso de necesitar chupo recomendar uno que tenga la forma de la boca del bebé.
- 5- Informar a las madres sobre hábitos nutritivos de los niños. No obligarlo a comer, hay edades como la de 2-3 años en las el niño le pierde interés a la comida temporalmente.

Se recomienda agua en el biberón a la hora de dormir cuando los dientes comiencen a ser erupción. En el momento dormir no debe quedar en la boca leche, jugos de frutas o bebidas azucaradas, la leche puede proveer los

1.4.2.DESARROLLO DE LA DENTICION

Secuencia de Erupción (Schour y Massler)

DIENTE	SECUENCIA	EDAD
<u>MAXILAR</u>		
Incisivo Central	1°	7 1/2 a 8 meses
Incisivo Lateral	2°	8 a 10 meses
Canino	4°	16 a 18 meses
Primer Molar	3°	12 a 14 meses
2° Molar	5°	24 meses
<u>MANDIBULAR</u>		
Incisivo Central	1°	6 a 7 meses
Incisivo Lateral	2°	8 a 10 meses
Canino	4°	16 a 18 meses
Primer Molar	3°	12 a 14 meses
2° Molar	5°	24 meses

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES

La pérdida prematura de dientes temporales posteriores trae una serie de consecuencias futuras que se traducirán en menor o mayor grado en malposiciones dentarias, específicamente apiñamientos, que a la larga traerán como resultado la necesidad de efectuar extracciones terapéuticas en la zona donde se ha producido la mesogresión. Es importante acentuar que no se trata de extracciones seriadas, que son bilaterales, sino de extracciones unilaterales para suprimir la falta de espacio. Esto se hace una vez se hayan agotado los recursos para recuperación de espacios por medio de placas con resortes, craneomaxilares, y otros.

La pérdida prematura de caninos temporales trae como consecuencia la pérdida en la línea media de difícil solución. Se aconseja consultar a un ortodoncista para que nos guíe en la corrección de la anomalía.

En cuanto a pérdida de dientes anteriores temporales no existe mayor problema en lo que a espacio se refiere, pues éste no se pierde. Si fuera así, nunca se abrirían diastemas. Cuando están produciendo problemas de fonación o estéticos, o problemas psicológicos del paciente o padres, es necesario restaurarlos. Si hay pérdida de los cuatro incisivos superiores es necesaria la restauración para controlar el equilibrio maxilomandibular.

1.4.3. HABITOS

El habito es una práctica fija o constante establecida por repetición frecuente. El individuo aprende a actuar de manera progresiva y estas actuaciones que se fijan gracias a ese proceso de aprendizaje se denominan hábitos ; una de sus características es que las acciones que se realizan inconcientemente, requieren de un gran consumo de energía, como consecuencia a la tensión muscular a la que están sometidas. Esto las hace poco ágiles, es decir impide la facilidad en su ejecución y se produce un consumo rapidamente.

Una vez denominados los inconvenientes o se han habituado, estos asombran por la ligereza extraordinaria y su facilidad de ejecución. Al transformarse en algo inconsciente, como hay bajo consumo de energía, se puede ejecutar un trabajo, aún minucioso durante mucho tiempo, sin sentir cansancio.

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando se siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma, de

igual modo se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternal, juega un papel importante en muchos casos.

HABITOS POSTURALES

POSICION DE DORMIR



Algunos odontólogos han sugerido que la manera de prevenir el bruxismo consiste en acostumar al recién nacido a dormir sin almohada y boca arriba, o sea en posición de cúbito dorsal. En los lactantes ocurre un fenómeno poco conocido por los odontólogos; es habitual la regurgitación de la leche después de alimentarlos. Ello se debe a la inmadurez neuromuscular del sistema digestivo, al contrario de lo ocurrido en la boca, en la cual encontramos un sistema muscular completamente desarrollado. Por esta razón unas de las válvulas del sistema digestivo, el cardias, permanece entre abierto durante el primer año de vida, por esta causa se produce la eyección frecuente del contenido gástrico por la vía bucal, debido al estado de relajación en la parte

superior del estomago y cardias, simultaneo con la contracción del píloro la pared abdominal y el diafragma.

En algunos casos existe el peligro, al dormir boca arriba, de regurgitación con broncoaspiración, neumonía, y muerte del lactante. Por tales razones los pediatras recomiendan la posición de cubito lateral alternada de los dos lados; en casos más graves el niño debe dormir sentado. Existen inclusive casos en que el niño percibe el rechazo de la madre a través de su aparato sensorial, la respuesta ante este tipo de perturbaciones emocionales será siempre corporal, el vomito puede ser una de las manifestaciones ante la hostilidad materna.

Desde nuestro punto de vista, la posición al dormir boca arriba puede considerarse como una de las causas etiológicas, en la aparición de una distoclusión o clase II. T.M. Graber dice que el desarrollo del cóndilo es mínimo al nacer casi no existe eminencia articular y la cavidad glenoidea es casi aplanada, por lo cual se encuentra favorecido el movimiento mandibular en cualquier dirección. En estas condiciones es muy fácil la ubicación hacia distal de la mandíbula en niños acostumbrados a dormir en posición de cúbito dorsal. A.M. Schwarz agrega además que la posición distal de la mandíbula es más frecuente, la relación borde a borde se presenta solamente en uno de cada cuarenta recién nacidos.

R??P. Hotz encontró el mismo fenómeno descrito por A.M. Schwarz, una posición distal de la mandíbula de 2 a 4 mm. casi sin excepción. G. Korkhaus describe igualmente una gran cantidad de casos con posición distal de la

mandíbula después del nacimiento. Relata en uno de ellos que la posición distal mandibular era de 6 mm. a las 8 horas después del nacimiento. Cuatro meses después existía todavía un escalón incisal de 1 mm. La posición normal de la mandíbula ocurrió después de 4 a 8 meses de nacido.

Como conclusión podemos establecer una gran predisposición de la mandíbula para ubicarse en posición distal, dadas sus características anatómicas y fisiológicas, no es entonces recomendable la posición de cúbito dorsal para dormir, especialmente durante el primer año y está totalmente contraindicada en casos en los cuales persiste la disto oclusión, después del primer año de vida.

Según algunos autores la posición boca arriba favorece la aparición de respiración bucal con lo cual aumentan las causas en la aparición de una disgnacia. Además esta alteración provoca alteración de los músculos retractores y protrusores de la mandíbula, por esta razón la mandíbula tiende a ir hacia atrás acompañada de la lengua; deja de actuar en el crecimiento sagital al ocupar una posición posterior clásica de las clases II. El distanciamiento entre incisivos anteriores superiores e inferiores favorece además la aparición de sobre oclusiones las cuales son en muchos casos causa de bruxismo; el niño se convierte en masticador temporal, no usa los maseteros, la abrasión normal de los dientes no se produce estableciéndose claramente una disto oclusión con sobre oclusión por retrusión mandibular.

Algunos hábitos de postura como es el caso de los niños que permanecen encorvados, y otros en los cuales la cara descansa sobre las manos al dormir, ver televisión, etc., pueden igualmente inclusive dentro de factores etiológicos, acentuar una disgnacia, o asociarse a otras causas potencialmente capaces de establecer una anomalía maxilodentaria.

CONDICIONES DE DESUSO

De la misma manera como se adquieren es posible que se pierdan, se puede entonces prescindir de un habito desorganizando el sistema que lo compone, colocando un obstáculo en la secuencia de ejecución o simplemente dejándolo de practicar.

DESARROLLO DE HABITOS EN NIÑOS

Hay dos tipos de hábitos:

A. NATURALES: - son aquellos que nacen con el organismo

- ◆ mecanismos de succión
- ◆ movimientos corporales
- ◆ Deglución, etc....

- también son aquellos que se desarrollan a nivel intrínseco para poder efectuar determinada actividad.

- ◆ desarrollo de glándulas endocrinas
- ◆ desarrollo de órganos internos

B. **ADQUIRIDOS**: - Generalmente son producto de un proceso de aprendizaje consiente (imitación) en la etapa escolar; los hábitos adquiridos poco a poco se transforman en costumbre.

1. **COMPULSIVOS**: necesidad de realizar acto aparentemente irracional .

2. **ORALES**: - útiles: hacen parte de la actividad natural

- ◆ fonación

- ◆ posición de dientes

- ◆ posición de lengua

- ◆ posición de mejillas

- ◆ Deglución

- nocivos o anormales: ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos.

3. **ORALES ANORMALES**: producen serias alteraciones que traen cambios en la oclusión ya que actuarán sobre el desplazamiento puesto que obran sobre rebordes alveolares maleables que están en proceso de calcificación o madurez.

RESPIRACION

Puede ser: - Nasal (normal)

- **MIXTA**: (anormal) Esta respiración produce ciertas alteraciones que pueden catalogarse en dos tipos:

a) Por obstrucción funcional o anatómica: Se debe a que a nivel de las fosas nasales existe la presencia de obstáculos como adenoides hipertroficadas, cornetes hipertróficos, tabiques desviados, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, que impiden el flujo normal del aire a través de ellas por lo que el paciente debe completar sus necesidades respiratorias de forma oral.

b) Por hábito: El individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminados ya que se ha establecido el hábito de respiración oral, transformándolos en costumbre.



CARACTERISTICAS CLINICAS ORALES Y FACIALES:

- * Labio superior corto o hipotónico (paciente muestra las encías al reírse)
- * Labio inferior hipertónico
- * Egresión de incisivos
- * Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- * Incompetencia labial.
- * Babeo.

Las alteraciones debidas a la respiración mixta se producen de la siguiente manera:

a. En Labios: Como no existe un selle labial en el labio superior se produce perdida de la tonicidad; y como el labio inferior trata de alcanzar el antagonista se torna entonces hipertónico; si el paciente cierra los labios, se observan surcos a nivel del mentón que se deben a la hipertrofia del músculo de la borla del mentón. La línea del cierre labial no es recta si no que describe un arco. Los labios se resecan y agrietan por el continuo fluir de aire entre ellos, la coloración rojiza se torna pálida.

b. En Dientes: Al no haber contacto del labio superior contra los dientes, estos por acción de la lengua se inclinan hacia el vestíbulo, a medida que la alteración va madurando, el labio inferior por el obstáculo que encuentra en los dientes superiores comienza a colocarse en su superficie lingual lo cual ayuda a la vestibularización de los anteriores superiores; de esta misma forma la presión del labio sobre los incisivos inferiores producen la linguoversión de los primeros incisivos inferiores dándole más gravedad a la anomalía. También se pueden encontrar mordidas cruzadas posteriores pues al no colocarse contra la bóveda palatina la lengua, se rompe el equilibrio entre ellas y las mejillas, haciendo entonces que los bucinadores trabajen sin que su presión sea equilibrada.

c. En Tejido Oseo: Como consecuencia al equilibrio que existe entre lengua y carrillos, al actuar los bucinadores sobre el tejido óseo maleable por estar en periodo de maduración, se produce compresión de los rebordes alveolares

ayudando a la creación de la mordida cruzada posterior y la presencia de una bóveda palatina alta ; a lo que conocemos con el nombre de paladar profundo u ojival lo cual se convierte en un problema atrésico del maxilar superior llamado: "micrognatismo" que trae como consecuencia fosas nasales estrechas, lo que impide el paso del aire.

En rebordes alveolares también se produce una anomalía que es "el Prognatismo alveolar superior" causado por que el reborde acompaña a los dientes hacia el vestíbulo, mientras que en el maxilar inferior a medida que se acentúa la anomalía se producirá retrognatismo alveolar.

d. En encías: Por el continuo paso de aire hacia ellas se van poniendo resacas lo cual producirá gingivitis crónica que es el inicio de una enfermedad periodontal. Hay halitosis.

e. Otros tipos de alteraciones producidos por la respiración bucal es la apariencia facial de estos pacientes que adopta características de un clase dos división primera con perfil convexo.

Una consecuencia grave que tiene la respiración oral es que al no pasar aire por los cilios, los microorganismos y cuerpos extraños van directamente a las vías respiratorias y como además ese aire no se calienta previamente como sucede al pasar por los cornetes se producirán en forma muy frecuente resfriados y quizás enfermedades más graves con un mayor grado de severidad.

TRATAMIENTO:

Antes de proceder a tratar el problema de la respiración oral es necesario asegurarnos de cual es la causa de la anomalía, si es un habito o se trata de interferencias de las vías respiratorias por lo que es necesario hacer consulta con un otorrinolaringólogo; quien nos despejará las dudas que podamos tener al respecto y así mismo puede intervenir en su tratamiento.

Es interesante observar, que muchas de las rinitis, hipertrofia de adenoides, alergias, enfermedades respiratorias y resfriados, cesan a medida que el niño aprende a respirar por las fosas nasales.

SUCCION DIGITAL



La percepción del niño recién nacido es totalmente corporal por que no existe percepción consciente. Su comunicación con el mundo que lo rodeaba se expresa por medio de reflejos. Uno de los más importantes para su supervivencia es precisamente el reflejo de succión. Como el niño no tiene

estructura psíquica madura, sus relaciones se localizan en el cuerpo, especialmente en la boca y los órganos relacionados con ella.

La zona oral es el lugar en que se centralizan la recepción y descarga de estímulos en los primeros meses de vida. Se ha comprobado que inmediatamente después de nacer, todo el estímulo producido en cualquier parte del cuerpo tiene como respuesta el hábito de succión. Quiere decir que la persistencia de la succión obedece a profundas perturbaciones psíquicas ocasionadas por múltiples problemas de tensión, ansiedad y angustia.

Esta es una de las alteraciones más encontradas en la práctica profesional. Es altamente preocupante, no solamente por las malposiciones que produce, sino también por que es confuso para los padres el significado de este hábito. Es un problema que concierne directamente al odontólogo especialmente a aquel cuya práctica profesional va enfocada hacia los niños.

Los movimientos que efectúa el niño para producir succión son de vital importancia en la obtención del alimento; para esas actividades no se concentran únicamente a ese fin. El niño succiona aunque este satisfecho ese deseo.

Aunque existen diferencias con relación al momento en que los niños succionan el dedo, lo mismo que la frecuencia, duración e intensidad; es probable que todos los niños hayan succionado los puños, el pulgar u otros dedos en algún momento determinado de sus vidas.

Witman considera esta acción como normal y con los últimos conocimientos que tenemos de las actividades de los niños en la vida intra uterina, este hecho es totalmente constatable.

Se dice que el niño durante el proceso de aprendizaje del medio que lo rodea, al tomar un objeto lo observa, lo lleva al oído para hacerlo sonar y posteriormente lo pasa por la boca.

Como es de todos conocido, muchos conservan la costumbre de succionar el pulgar o cualquier otro dedo u objeto a través de los años. Es lo que se denomina succión compulsiva.

POR QUE SE PRODUCE EL HABITO DE LA SUCCION COMPULSIVA? (TEORIAS)

Se han expuesto varias teorías con el fin de deducir la causa de la succión:

a) Succión como respuesta a un impulso oral: El niño "chupa" el pulgar u otros dedos cuando lo impide la necesidad de ejercitar su mecanismo de succión, cuando éste no ha quedado satisfecho durante el proceso de obtención de alimento.

Según Levy en 1937 es probable que un niño alimentado con biberón, siga succionando si el agujero del chupo es grande y se permite que la leche fluya libremente a través de la abertura, que si esta es pequeña y el niño tiene que esforzarse más y durante más tiempo para obtener la misma cantidad de alimento.

b) Actividad oral como auxiliar del anhelo de alimentarse: Según esta teoría, se dice que la succión extra alimenticia es producto de un esfuerzo del infante para lograr en parte el placer asociado a la obtención de alimento, hasta cuando no lo hay.

Los niños nacen con su mecanismo de succión altamente desarrollado, y este motivo se debe a la necesidad de obtención de alimento, este es un hecho que constituye una de las primeras y gratas satisfacciones de su existencia. Este es un acto que ejerce un efecto profundamente sedante y consolador. Esta acción de succionar el alimento la asocia con gran satisfacción y bienestar. De allí que la falta de alimento o alimentación escasa, al traer consigo desasosiego e inconformidad, sea una de las causas por las cuales el niño al asociar la succión con este malestar, trate de impedirlo utilizando a falta de alimento, los objetos que más cerca estén a su alcance: el dedo.

c) Sigmond Freud, relacionaba el hecho de succionar el pulgar, con actividad sexual y decía que siendo la mucosa oral un órgano de alta sensibilidad, el niño la estimula como parte de su desarrollo sexual.

Todo lo que se sabe hasta el momento como causal de la succión digital no dejan de ser teorías, lo más probable es que el niño succione el dedo por que quiera hacerlo y por nada más.

Sabemos entonces, que el niño en algún momento de su vida ha succionado los dedos o cualquier otro objeto que se encuentra a su alcance, acto que se

considera como normal; lo que se ha tratado de dilucidar es el mecanismo de fijación de dicho acto para transformarlo en hábito.

MECANISMO DE SUCCION HASTA LOS SIETE MESES DE NACIDO

El recién nacido tiene su mecanismo de succión altamente desarrollado, pues será el único medio propio que lo mantendrá vivo.

En la alimentación materna, los rebordes maxilares se encuentran separados, la lengua sufre protracción como un “émbolo” y se pone el contacto con el labio inferior. La mandíbula se mueve hacia arriba y hacia abajo con movimientos rítmicos. La criatura entra en íntimo contacto con su madre, siente la temperatura de su cuerpo y los latidos del corazón, y esto en conjunción con las caricias que le prodigan, le produce una sensación de tranquilidad y protección que se traduce en un sentimiento de placidez. Posiblemente recuerde su protección intrauterina. La leche fluye de manera fisiológica tanto en cantidad como en tiempo y el niño quedará absolutamente satisfecho. Posiblemente una vez terminado el acto de amamantamiento, el niño efectúe movimientos de succión pero deben cesar rápidamente. Si estos son prolongados, es posible que no haya sido suficientemente alimentado y habrá tendencia a la utilización del dedo.

En la alimentación artificial, el chupo contacta con la mucosa labial y lo único que hace el infante es chupar, pues no requiere de los movimientos rítmicos que son necesarios en la alimentación natural. Inclusive el acto de succionar esta bastante limitado, pues la leche fluye con facilidad a través del chupo y

por su longitud es vertida en la garganta por lo que el niño únicamente lo que hace es tragarla, casi no se produce vacío para la deglución y el niño absorbe bastante aire, lo que hace que deseché el biberón hasta que logre su expulsión. Esto confunde a los padres y piensan que ya el niño está suficientemente alimentado.

TRATAMIENTO:

Es necesario asegurarse de que el niño quede completamente satisfecho con la alimentación materna y también satisfacer su mecanismo de succión por medio del chupo el cual debe cumplir con las especificaciones necesarias. Si a pesar de ello el hábito no se elimina se deberá hacer consulta con el Psicólogo y el Foniatra.

INTERPOSICION LINGUAL O DEGLUSIÓN ATIPICA

Un 90 % de los recién nacidos interponen la lengua.

La lengua del neonato esta bastante restringida en sus movimientos, que suelen ser hacia arriba y hacia abajo. Después de cuatro semanas, se hace visible un movimiento de la lengua hacia atrás. Al principio este movimiento produce una proyección de la punta de la lengua hacia abajo hacia el frenillo, pero más tarde, la lengua de proyecta hacia el labio inferior. A las dos semanas, a la presentación del pezón la lengua aplanada puede estar en el borde del labio o más allá.

La lengua se torna activa y forma un surco de manera rítmica. En reacción al alimento sólido, la lengua de un bebe de 16 semanas muestra una tendencia a eyectar los alimentos a causa del predominio en ese momento de la pauta de proyección lingual que es gradualmente inhibida por la lengua. A la presentación del pezón o la cuchara, la lengua va hacia atrás y hasta puede hundirse a modo de anticipación. Los movimientos laterales de la lengua, relacionados con la masticación, se tornan más definidos. Los carrillos parecen hundirse y cooperar con los movimientos laterales de la lengua.

DESARROLLO DE LA DEGLUCION ATIPICA

En la deglución atípica, la lengua se coloca entre los incisivos en vez de hacerlo por detrás de estos. El niño para deglutir necesita hacer un vacío, que en conjunción con los movimientos de la lengua impelen el alimento hacia la faringe.

Al proporcionarle al paciente algo para deglutir y se palpan los músculos temporales en su fascia anterior y los músculos maseteros; estos muestran signos de contracción en la deglución normal al ponerse los dientes en contacto, mientras que en la deglución atípica se impide este contacto por la interposición lingual dando como resultado una pobre actividad muscular, que pasa desapercibida al tacto.

PREVENCION:

Es importante que la madre tenga en cuenta ciertos factores que son posibles en la fijación del hábito de *succión digital* y *deglución atípica* estos son:

- Asegurarse de que el niño quede satisfecho durante la amamantación y no quede con deficiente alimentación, también tratar de satisfacer su mecanismo de succión por medio del chupo que cumpla con las características necesarias para ello.
- Si estas medidas no son suficientes se hará necesario realizar una interconsulta al sicólogo o al foniatra para la intervención de estos hábitos.

SUCCION DEL LABIO

La succión de labio es un hábito observado en niños con un pronunciado resalte de la mordida. Se succiona el labio inferior entre los incisivos superiores y los inferiores. Es un hábito constante que produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión esta sujeta a grietas y a infecciones sobreagregadas como el impétigo. Se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores de niños con succión labial de larga data. También puede producirse la saliencia hacia vestibular de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia sobremordida profunda.

TRATAMIENTO:

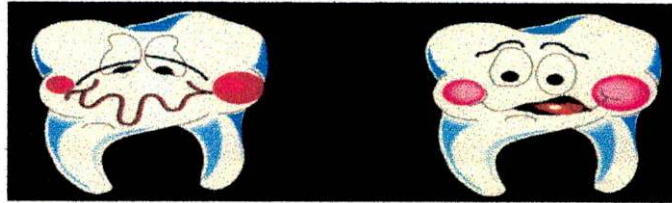
En niños menores de 2 años no hay tratamiento específico, más sin embargo con la educación de los padres se podrá realizar una concientización del hábito.

AUTOLIMITACION

Con frecuencia, el examen de dientes y tejidos de sostén revela patosis que afecta a uno o más dientes que sólo pueden ser atribuidas a un origen traumático. A menudo esto se mostrara como una pérdida labial de tejido y aún hueso alveolar. La interrogación cuidadosa y amable del niño acerca de cuál puede ser la causa del problema, habitualmente da por resultado la demostración de un hábito digital por el cual se usa la uña del pulgar u otro dedo para despegar los tejidos de los dientes. Habitualmente los padres no tienen conciencia de ese hábito y el solo llamarles la atención al respecto, así como explicarles el peligro de esa práctica para el niño, a menudo será todo lo requerido para quebrar ese hábito.

Cuando el niño se presenta con una lesión localizada que solo puede ser adscrita a un traumatismo repetido de la zona afectada, hay que sospechar de un hábito masoquista. Los niños se valen de lápices, bolígrafos y otros objetos pequeños aguzados para infligir el daño. Muchas veces la retención alimentaria es el mecanismo desencadenante. La demostración del daño que se está ocasionando y, cuando desempeñe el papel la retención alimentaria, la corrección de los contactos habitualmente, prevendrán ulteriores lesiones.

1.4.4.CARIES DENTAL



Se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dentaria cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros.

El ataque carioso comienza muy temprano en la vida y no perdona prácticamente a nadie. En un estudio reciente, en el cual se incluyeron 915 niños entre 18 y 39 meses de vida, se encontró que el 8.3% de los niños de 18 a 23 meses tenía caries y en promedio casi la cuarta parte de los dientes pertenecientes a estos niños habían sido atacados por caries.

CARIES DEL LACTANTE (DE BIBERON)



La caries de biberón se presenta en niños pequeños que se han acostumbrado a requerir un biberón con leche u otro líquido azucarado para irse a dormir.

En resumen, la causa principal de este tipo de caries es la presencia en la boca, por *periodos relativamente prolongados* , de biberones con leche u otros líquidos conteniendo hidratos de carbono. El factor más importante en el proceso de estancamiento del líquido cuando la fisiología bucal está a su mínimo nivel. En estas condiciones, la leche de por sí, sin otros agregados, parece ser perfectamente capaz de producir caries; la adición de miel u otros carbohidratos fermentables con el objeto de aumentar la aceptación de los niños incrementa acentuadamente el potencial cariogénico del biberón. La caries de biberón es sin duda una condición "cultura", es decir, inducida artificialmente, puesto que el biberón no se da a los niños por motivos nutricionales sino para inducirlos a dormir cuando esto es conveniente (o deseable) desde el punto de vista de los padres. En virtud del severo daño provocado a los dientes por el uso prolongado del biberón, esta práctica

debe ser sistemáticamente desaconsejada tanto por odontólogos como por mismos los pediatras.

Resulta de gran preocupación el grupo de pacientes entre 0 y 2 años de edad, quienes están en riesgo de presentar una caries de biberón con un patrón específico de destrucción.

La etiología de esta condición va más allá de una simple relación causa - efecto entre placa bacteriana y una lactancia materna prolongada; se han realizado varios estudios en una población de niños entre 12 y 18 meses de edad que aún lactaban, y únicamente el 20% de ellos presentaba caries del lactante. También se ha entrado a considerar el peso de los factores sociales tales como perfil familiar de sobreprotección, carencia de figura de autoridad, y comportamiento de salud adversos, encontrando asociación entre éstos y la presencia de la enfermedad.

Clínicamente la caries de biberón presenta un patrón característico:

- Varios dientes están involucrados.
- El desarrollo de la lesión es rápida.
- Las lesiones empiezan a desarrollarse en las superficies lisas.
- Los dientes se van afectando según la cronología, la secuencia de erupción y por la posición de la lengua al succionar.

Afectan primero a los incisivos deciduos maxilares, seguido por los primeros molares deciduos; dependiendo de la progresión de la enfermedad, continuarán los incisivos inferiores, caninos y últimos molares.

Las consecuencias de la caries del lactante no sólo tienen implicaciones de tipo económico, tanto para los padres como para el estado, sino que está representa un riesgo para su estado de salud general (bajo peso, retardo en el desarrollo, malnutrición, celulitis orofacial), dolor y sufrimiento para el niño, además, de ubicarlo en un grupo de riesgo para desarrollar lesiones en un tiempo futuro.

TRATAMIENTO:

Fase I :

1. Educación para la salud:

- Educación en hábitos de dieta e higiene oral.
- La higiene oral deberá realizarse únicamente con agua utilizando cepillos para dientes incisivos en erupción o si se carece de este utensilio, utilizar gasa o tela de algodón restregando los dientes por todas sus caras.

2. Mejoramiento del ecosistema oral.

3. Aplicación tópica de agentes cariostáticos: Fluoruro de estaño, Fluoruro de sodio acidulado al 1.23 %.

4. Inactivación de las lesiones cariosas: Técnica de Massler (Retirar con instrumento de mano dentina infectada desmineralizada, conservando la dentina desmineralizada no infectada, y sobre esta se coloca un

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

fase II :

Cuando el comportamiento del paciente lo permite se realizarán los tratamientos de endodoncia, operatoria y cirugías indicadas.

En una fase operatoria temprana se realizarán procedimientos de urgencia para combatir sintomatología y focos sépticos.

Este paciente se debe manejar permanentemente como un paciente de alto riesgo de caries.

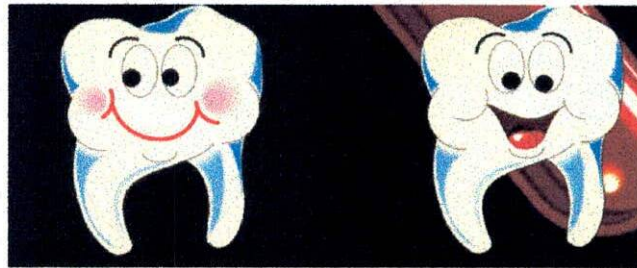
CAMBIOS DE HABITOS DIETETICOS

La literatura referente a métodos dietéticos para el control de la caries es extremadamente prolífera y demuestra claramente el poco éxito de la mayoría de los métodos propuestos para cambiar los hábitos dietéticos de la población en general. Más sin embargo existen algunas maneras de cambiar una dieta cariogénica. Una de ellas puede ser :

- 1.Reconocimiento por parte de madre e hijo de el problema de caries.
- 2.Eliminación de alimentos que contengan azúcar sustituyéndolo por un alimento nutritivo.
- 3.Eliminación y sustitución de alimentos entre comidas o antes de acostarse, por fruta fresca, nueces o similares.
- 4.Plan de dieta diario que se cumplirá con ayuda de los padres.
- 5.Suplemento de minerales y vitaminas para favorecer la química corporal.

Los cambios deben hacerse gradualmente y a medida de aceptación de los padres y el hijo. Pueden hacerse cambios drásticos, pero con frecuencia son cortos porque interrumpen las costumbres de la familia .

1.4.5.HIGIENE ORAL



CEPILLADO DENTAL

La enseñanza en el cepillado dental debe basarse en nuestro conocimiento actual de la patología y en medidas individualizadas, de acuerdo con las necesidades específicas.

Lo mas importante del cepillado dental es lograr la remoción de la placa bacteriana . Existen varias técnicas de cepillado, numerosos tipos de cepillos dentales, cremas dentales con diferentes componentes, ayudas de higiene de varios tipos .

CALIDAD DE CEPILLADO

A este respecto es importante, con base en la fisiopatología de la lesión, tener en claro que tiene mayor importancia la calidad de la limpieza que la frecuencia de la misma, entendiéndose bajo este concepto que uno o más cepillados al día no tiene un efecto suficiente sobre la interrupción del metabolismo bacteriano de la placa, mientras no sean realizados de tal manera que logren remover satisfactoriamente toda la placa bacteriana.

HORARIO Y FRECUENCIA DE CEPILLADO

Se recomienda entonces realizar el primer cepillado del día antes de consumir cualquier alimento para lograr interrumpir la actividad metabólica que la placa bacteriana que continuamente se está formando ha logrado alcanzar durante el periodo de sueño, como mínimo para lograr una inhibición del crecimiento bacteriano, antes de que se establezca una placa madura (24 horas). Se recomienda también el cepillado nocturno antes de acostarse, recordando la calidad del mismo y no ingerir alimento ni bebidas después de este.

GUIA PRACTICA DE CEPILLO DENTAL.

- *Del nacimiento a los seis meses:* Antes de la erupción dental, desde recién nacido es aconsejable iniciar una rutina de higiene oral cuya responsabilidad será de los padres. Se aconseja realizarla en la mañana antes de consumir leche materna o sustitutos en biberón y en la noche después de la última alimentación del día. Con una gasa ó un paño de tela limpia humedecido en agua estéril se limpia las zonas de rebordes superiores e inferiores y la lengua, también puede utilizarse un cepillo especial unidedal de caucho, colocándolo en el dedo índice de uno de los padres, sin crema dental.
- *Denticion decidua en erupcion:* Cuando aparecen los primeros dientes en cavidad oral el niño debe ser llevado a consulta odontológica. Este período de erupción dental normalmente se acompaña de molestias que se caracterizan por manifestaciones de incomodidad, dolor y llanto en algunos casos fiebre y diarrea.

La responsabilidad de la higiene oral es entre padres y odontólogo; los padres deben realizar la higiene oral en la mañana antes de consumir cualquier alimento y en la noche después del último alimento.

Si el niño presenta dientes con contactos interproximales, estrechos o gingivitis, se recomienda utilizar seda dental indicada por el odontólogo y manejada por los padres.

Algunas marcas comerciales de cepillos dentales accesibles en el mercado son:

-REACH BEBE

-MI PRIMER COLGATE

-PRO 200 INFANTES

-ORAL B JUNIOR



FLUOR

USO DE FLUORUROS TOPICOS:

No se recomienda el uso de ninguna presentación de fluoruros tópicos en pacientes menores de 2 años. Esto incluye flúor en crema dental, enjuagues orales, topicaciones profesionales, ya que se tiene el riesgo que el paciente ingiera flúor por que su desarrollo no permite que escupa adecuadamente.

USO DE FLUORUROS SISTEMICOS:

En Colombia esta contraindicado el uso de cualquier presentación de suplementos de flúor ya que desde el año 1984 la sal de cocina es utilizada como vehículo para el flúor sistémico para toda la población colombiana.

1.4.6.TRAUMA DENTOALVEOLAR



ETIOLOGÍA:

Las lesiones dentarias son muy poco frecuentes durante el primer año de vida, pero pueden ocurrir, por ejemplo, debido a la caída del bebé del coche.

Las lesiones aumentan sustancialmente cuando el niño empieza sus esfuerzos para moverse. La frecuencia aumenta aún más cuando el niño empieza a caminar y correr, puesto que carece de experiencia y coordinación de movimiento. La incidencia de las lesiones dentarias llega al máximo justo antes de la edad escolar y consiste principalmente en lesiones por caídas .

Una causa trágica de lesiones bucales en niños pequeños se manifiesta en el síndrome del niño golpeado. Condición clínica que se da en los niños que han recibido serios maltratos físicos. Aproximadamente la mitad de esos niños sufren de lesiones faciales o bucales y el resultado es con frecuencia fatal debido a hemorragias intracraneales.

Las lesiones orales son a menudo el resultado de un golpe en la boca tratando de silenciar a un niño que grita o que llora.

La laceración de la mucosa en la parte inferior del labio superior cerca de el frenillo y el desgarramiento de la mucosa labial son hallazgos físicos. Los niños generalmente son menores de dos años de edad y se presentan a menudo para ser tratados después de varias horas o días de retraso; generalmente presentan múltiples magulladuras localizadas por todo el cuerpo. Son de diferentes colores indicando varias épocas de origen. Un examen radiográfico puede revelar múltiples fracturas de los huesos largos de las costillas y de el cráneo en varias etapas de curación .

Las lesiones faciales y dentarias consecutivas a los accidentes de tránsito son muy frecuentes, los niños sentados o levantados en el asiento delantero están en posición muy peligrosa, puesto que las lesiones dentarias ocurren a menudo como resultado de golpear el salpicadero de los frenazos repentinos.

Un tipo de lesión poco frecuente es la fractura espontánea de la raíz que afecta a los pacientes que sufren dentinogénesis imperfecta. La explicación a este fenómeno es posiblemente la disminuida dureza microscópica de la dentina y el adelgazamiento normal de las raíces.

DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES DENTARIAS

Las lesiones dentarias deben clasificarse siempre como caso de emergencia y tratarse inmediatamente para aliviar el dolor, facilitar la sujeción de el diente desplazado y mejorar el pronóstico.

Los síntomas de las lesiones dentarias a menudo presentan un cuadro complejo; sin embargo, el uso de diversos procedimientos de examen aclararán la naturaleza de la lesión. Se debe tener en cuenta que un examen incompleto puede llevar a un mal diagnóstico y un tratamiento menos exitoso.

Historial de la lesión:

1. Nombre de el paciente , edad, sexo , dirección y número de teléfono.
2. ¿Cuándo ocurrió la lesión? Aquí va el tiempo transcurrido entre el momento de la lesión y el tratamiento.
3. ¿Dónde ocurrió la lesión ? Saber si es necesaria la vacuna antitetánica .
4. ¿Cómo ocurrió la lesión? En niños pequeños que presenten múltiples lesiones de tejidos blandos y/o fractura de hueso y haya una evidente discrepancia entre los exámenes clínicos y los antecedentes dados por los padres se debe tener en cuenta el síndrome de el niño golpeado.
5. Tratamiento recibido en otras clínicas.

6. Historia de las lesiones dentarias anteriores.

7. Salud general.

8. ¿Causó traumatismo amnesia , inconciencia , vómitos o dolor de cabeza?

Las manifestaciones de amnesia , inconciencia, vómito, dolor de cabeza, pueden indicar afección del cerebro y el paciente debe ser inmediatamente enviado a examen médico .

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO ESPECIFICO PARA NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y DE LA PULPA

FRACTURA INCOMPLETA

Se limita a el esmalte y aparecen con líneas de rotura causadas principalmente por golpes directos en el esmalte por lo cual se presentan en la superficie vestibular.



TRATAMIENTO:

Control regular.

FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA

Se presentan casi siempre en el ángulo mesial o distal se limitan generalmente a un diente (casi siempre el central superior) y puede estar asociada a luxaciones extrusivas y subluxaciones.



TRATAMIENTO:

Para el tratamiento de las fracturas en dientes temporales se hace un poco complicado debido a su tamaño pequeño y pulpas relativamente grandes, cuando las fracturas no son complicadas se realiza un desgaste de la superficie puntiaguda del esmalte; si las pérdidas de tejido son muy extensas se recomiendan restauraciones en resina.

FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA

Afecta a el esmalte , a la dentina y expone la pulpa. Generalmente presentan una ligera hemorragia capilar en la parte descubierta de la pulpa, se presentan síntomas como sensibilidad a cambios térmicos y a la masticación.



TRATAMIENTO :

En caso de fracturas complicadas el tratamiento consiste en un recubrimiento pulpar, pulpotomía o pulpectomía. Sin embargo la mayoría de las veces se recurre a la exodoncia debido a la falta de colaboración de los padres y del mismo niño.

FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA Y LA RAIZ.

Se lesiona la corona del diente y la raíz sin afectar la pulpa. Afecta el esmalte la dentina y el cemento.

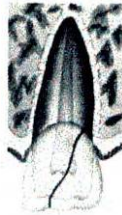


TRATAMIENTO:

Dependiendo de la extensión de la fractura se realizara control regular o restauración en resina.

FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y LA RAIZ

Afecta a el esmalte, la dentina y el cemento y expone la pulpa. Se presenta reacción a las pruebas de vitalidad y la inflamación pulpar varia según el sitio en donde se haya producido la lesión.



TRATAMIENTO:

El tratamiento por predileccion es la exodoncia .

FRACTURA DE LA RAIZ

Afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa, presentan movilidad, dislocación y reacción a las pruebas de vitalidad.

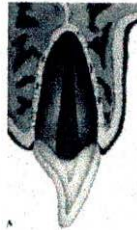
TRATAMIENTO

Exodoncia.

LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

CONCUSION

Es la lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión.



TRATAMIENTO:

Control regular.

SUBLUXACION.

Es la lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente .



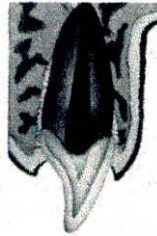
TRATAMIENTO .

Control radiográfico .

Control clínico durante un año.

LUXACIÓN INTRUSIVA

Se produce desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con fractura de la cavidad alveolar.



TRATAMIENTO:

Esperar la reerupción espontánea, o realizar exodoncia.

LUXACION EXTRUSIVA

Hay desplazamiento parcial del diente dentro de su alveolo.



TRATAMIENTO:

Exodoncia.

LUXACIÓN LATERAL

Desplazamiento de el diente en dirección diferente a la axial, está se presenta con fractura de la cavidad alveolar.



TRATAMIENTO.

Exodoncia.

EXARTICULACION (avulsión completa)

Consiste en el desplazamiento total del diente fuera de su alveolo.

Producidas en los niños por la caída contra un objeto.



TRATAMIENTO:

Limpieza del alveolo y control regular.

LESIONES DE LA ENCIA O DE LA MUCOSA ORAL

- LACERACIÓN DE LA ENCIA

Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento , y generalmente causada por un objeto agudo.

TRATAMIENTO:

Control regular y una muy buena higiene oral.

- CONTUSION DE LA ENCIA

Golpe generalmente causado por un objeto romo y sin rompimiento de la mucosa causando generalmente una hemorragia en la submucosa .

TRATAMIENTO:

Control regular y buena higiene oral.

- ABRASION DE LA ENCIA

Herida superficial producida por una raspadura o desgarre de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.

TRATAMIENTO.

Deben hacerse controles regulares en el consultorio y realizar una buena higiene oral.

1.4.7.ANOMALIAS DENTALES

OLIGODONCIA

Conocidos como supernumerarios, son dientes de más que se forman o que se quedan incluidos, sus causales pueden ser alteraciones ocurridas durante el desarrollo, generalmente asociadas con otras manifestaciones como por ejemplo, paladar fisurado, restos epiteliales o herencia.

Este tipo de alteraciones se presenta antes del nacimiento.

El más frecuente es el mesodiente, o pueden aparecer en la zona de incisivos, especialmente inferiores.

Generalmente es pequeño, con corona cónica y raíces cortas. Cuando se presenta, se puede encontrar:

- a)Proceso de erupción hacia las fosas nasales cuando su corona está dirigida hacia arriba.
- b)Erupcionar antes que los incisivos, especialmente cuando su corona está dirigida hacia la cavidad bucal.
- c)No erupcionar y producir un quiste con diastema quitando el espacio para erupción de laterales.

TRATAMIENTO

En niños de 0 a 2 años debemos hacer controles periódicos en el consultorio.

DIENTES NEONATALES



Erupción prematura de dientes que principalmente pertenecen a la dentición temporal, o puede ser también una tercera dentición, tienen forma normal y el más prevalente es el incisivo central inferior, la raíz no está totalmente desarrollada y el diente tiene una fijación floja en la encía. La etiología se desconoce pero parece tener una base genética.

Puede presentar gingivitis y movilidad dentaria extrema que va a causar molestias al niño, ulceración lingual, posibilidad de exfoliación, aspiración e incluso traumatización del seno materno.

TRATAMIENTO:

Exodoncia cuando afectan de forma severa la alimentación.

AMELOGENESIS IMPERFECTA

Anomalía hereditaria que afecta el esmalte de los dientes temporales, su presencia oscila entre 1/14.000. Se han observado diversos patrones hereditarios; el más común es la herencia autosómica dominante.

Características clínicas:

- Erupción posiblemente retardada, a veces se relaciona con el desarrollo de la mordida abierta anterior.
- Mayor susceptibilidad a enfermedades periodontales.
- La morfología aberrante del diente retiene placa.
- Hay indicios de que el epitelio gingival es defectuoso.
- Los pacientes muestran en general baja frecuencia de caries, quizá debido a la pérdida de sustancia dentaria y a las fisuras poco profundas.
- A veces hay mayor sensibilidad por pérdida parcial de esmalte o por que este es poroso.

Se han descrito clasificaciones clínicas con 10 a 14 tipos diferentes.

Las principales clasificaciones comprenden los tipos: Hipoplásico, Hipomineralizado e Hipocalcificado.

Tipo hipoplásico:

Son los defectos hereditarios del esmalte que ocurren en la etapa de hipodiferenciación en el desarrollo dental.

Características:

- Son dientes pequeños
- Contactos abiertos
- La zona de las coronas tiene un esmalte muy delgado o inexistente, lo que produce mayor sensibilidad a estímulos térmicos.

- Mordida abierta anterior en un 60 %.
- Son principalmente blanco - amarillentos a pardo claro, con esmalte liso y duro pero de espesor reducido.
- Apariencia radiográfica normal.

Tipo Hipomineralizado ó hipomaduración:

Defecto hereditario en la aposición de la matriz del esmalte. Este problema se relaciona con persistencia de contenido orgánico en la vaina prismática, lo que causa:

- Los dientes tienen un esmalte de grosor normal, pero un valor muy bajo radiodensidad y contenido mineral.
- Superficie porosa que se pigmenta.
- Calcificación deficiente.
- Corona de color amarillo o pardo oscuro.
- Esmalte rugoso o disparejo.
- Espesor y morfología mas o menos normal.
- Este esmalte se desprende con facilidad.

Tipo Hipocalcificado:

Es una aberración heredable en la formación del esmalte en la fase de calcificación.

Características:

- El esmalte hipocalcificado es blando y frágil, en particular en las regiones incisales.
- Se fragmenta con facilidad, lo cual expone la dentina subyacente, situación que produce un aspecto desagradable.
- Mayor formación de cálculo.
- Notable retraso en la erupción dentaria.
- Se observa mordida abierta anterior en un 60 % de los casos.

TRATAMIENTO:

El tratamiento depende de su gravedad, y de la demanda de una mejora estética y funcional, lo cual puede ser resuelto principalmente con el uso de compómeros y resinas, además, aplicaciones tópicas con flúor.

DENTINOGENESIS IMPERFECTA



Es un defecto autosómico dominante hereditario, que se origina durante la etapa de la histodiferenciación en el desarrollo dental. Esta anomalía consiste en un defecto de la matriz predentinaria que causa dentina circumpulpar atubular, amorfa y sin organización.

La dentinogenesis imperfecta se puede dividir en 3 tipos:

- Tipo I de Shields: Un defecto en la formación de colágeno produce huesos osteoporóticos débiles, arqueamiento de los miembros, encorvamiento bitemporal y esclerótica azul. Los dientes primarios presentan una gran alteración, son evidentes zonas radiolúcidas periapicales, coronas bulbosas, obliteración de las cámaras pulpares y fracturas radiculares. Presenta color dentario ámbar translúcido.
- Tipo II de Shields: O dentina opalescente hereditaria. Se tiende a presentar como entidad independiente de la osteogénesis imperfecta. La afección de la dentición primaria y secundaria es similar al tipo I se hereda de forma autosómica dominante.
- Tipo III de Shields: Es muy raro presenta coronas en forma de campana, a diferencia de la tipo I y la tipo II, esta destaca un diente con aspecto de concha y múltiples exposiciones pulpares.

TRATAMIENTO:

Control de cepillado, mejoramiento de la higiene oral, aplicación de flúor tópico.

En molares temporales es conveniente el uso de resinas para evitar la abrasión dental.

Los dientes con refracción periapical y raíz fracturada deben extraerse con sumo cuidado ya que la dentina es demasiado frágil.

QUISTE DE ERUPCION:



Sexo : no hay predilección

También llamado quiste dentígero de tejidos blandos del epitelio reducido del esmalte y del folículo, de un diente primario o permanente en erupción.

Se ve por encima del alvéolo en el sitio de erupción. Puede ser rojo oscuro cuando esta lleno de sangre.

Parece como una masa inflamada de la encía recubriendo un diente en erupción.

TRATAMIENTO:

Extirpar la cubierta de tejidos blandos para descubrir el diente en erupción.

QUISTE PALATINO Y DENTAL DEL RECIEN NACIDO

Se presenta durante el nacimiento o durante el periodo neonatal sin predilección de sexo. Se localiza así:

Quiste de la lamina dental: Reborde alveolar.

- a) Rafe medio palatino.
- b) Nódulos de Bohn: paladar duro y blando

CARACTERISTICAS:

Papilas solitarias a múltiples discretas y nódulos con superficie lisa de translúcidos a blancos; firme. Casi siempre de 1-3mm de diámetro. Es asintomática.

TRATAMIENTO:

Se recomienda un control regular aunque esta lesión desaparece en los primeros tres meses de vida.

QUISTE DE LA LAMINA DENTAL

Son nódulos focales blancos; se ven en los neonatos y representan quistes queratínicos remanentes de procesos embrionarios de origen dentario o de glándulas salivares menores.

Diagnóstico diferencial: Estos quistes pueden confundirse con dientes natales.

TRATAMIENTO:

Debe realizarse un control periódico, sin embargo estos desaparecen espontáneamente en el término de uno a tres meses.

TUMOR NEURO ECTODERMICO MELANOTICO DE LA INFANCIA

Sexo: No hay predilección.

Neoplasia benigna de las células de la cresta neural, propensa a involucrar las regiones dentarias del maxilar superior.

También puede afectar cráneo, hombros, testículos y útero.

Rara vez se encuentra después de los seis meses de edad.

Clinicamente: El alvéolo desdentado del infante muestra una eminencia de superficie lisa no pigmentada. Radiográficamente: es una lesión radiolúcida, con márgenes irregulares bien definidos. Dentro de la zona radiolúcida pueden haber dientes en desarrollo o estar desplazados por la neoplasia.

Después de detectarse en la orina el ácido vainillimaldeílico.

Diagnóstico diferencial: Lesión radiolúcida de apariencia agresiva en el maxilar superior de un neonato.

TRATAMIENTO:

El curetaje local es el tratamiento de elección para esta neoplasia benigna; pero se puede realizar solo después de los 4 a 5 años; mientras esto ocurre hay que hacer controles radiográficos.

1.4.8.ALTERACIONES DE LENGUA.

ANQUILOGLOSIA



Un frenillo lingual corto, que se extiende de la punta de la lengua al piso de boca y el tejido gingival lingual limitará los movimientos de la lengua y producirá trastornos foniatricos.

Puede producirse el desplegamiento de los tejidos linguales si no se corrige la lengua atada.

TRATAMIENTO:

La frenilectomía lingual estará indicada si interfiere en la alimentación del bebé. En un niño mayor se realizará cuando las condiciones locales garanticen el tratamiento.

LENGUA GEOGRAFICA (*glositis migratoria benigna*)



Lesión de tipo migratorio, quizá es la anomalía lingual más común. Su causa es desconocida. La lengua geográfica se observa se observa durante el examen odontológico habitual en los niños.

CARACTERISTICAS:

- Zonas lisas, rojizas, y sin papilas filiformes en el dorso de la lengua.
- Los bordes de la lesión están bien delimitados y un poco elevados.
- Las zonas afectadas aumentan de tamaño y migran.

TRATAMIENTO:

Controles periódicos en el consultorio, mejoramiento de la higiene oral, control de cepillado.

1.4.9. INFECCIONES EN CAVIDAD ORAL

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA



Agente causal: virus del herpes tipo I.

Las manifestaciones de la infección representan la exposición primaria del enfermo al virus. Con mayor frecuencia se observa en la infancia temprana.

DIAGNOSTICO:

Los síntomas consisten en un pródromo viral de malestar general, artralgia, anorexia, acompañado de fiebres y escalofríos.

SIGNOS:

En un principio se presentaban vesículas en la mucosa labial, lingual y gingival, que al poco tiempo revientan para dejar úlceras grandes y dolorosas.

La encía presenta edema y eritema y sangra con facilidad al menor estímulo.

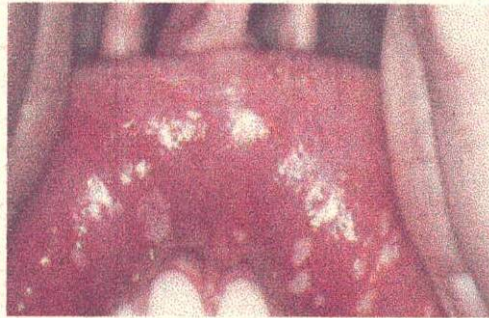
La lengua puede mostrar una cubierta blanca.

El curso de la enfermedad suele incluir un incremento en los signos y síntomas 1 semana y después una semana de mejoría progresiva al producirse los anticuerpos (la titulación de anticuerpos aumenta por lo menos cuatro veces).

TRATAMIENTO:

1. La enfermedad se resuelve por sí sola, y por general la etapa aguda dura de siete a diez días. El tratamiento consiste en reposo en cama y administración de antipiréticos y analgésicos para controlar la fiebre y aliviar el dolor. Los enjuagues bucales paleativos ofrecen cierto alivio.
2. Se fomenta la ingestión de líquidos, para evitar una probable deshidratación. En ocasiones se requiere administración intravenosa de líquidos.
3. Se aísla al paciente de sus compañeros y hermanos, con el fin de evitar diseminación del trastorno.
4. Las úlceras sanan sin dejar cicatriz.
5. Están contraindicados los antibióticos, a menos que ocurran signos específicos de infección secundaria.
6. No se deben administrar corticosteroides.

AFTAS



:

Lesiones que aparecen en la mucosa bucal y a veces en la faríngea. Las lesiones aparecen en forma pequeña de vesícula aislada o pueden ser dos, tres, o más; próximas o separadas, son ulceradas, producen sensaciones de calor o dolor que causan molestias al masticar o deglutir, el dolor es tipo quemante, se localizan en mucosa labial, yugal, surco gingivolabial, o en la lengua.

Las lesiones tienen una duración de 8 a 15 días y no dejan secuelas. Pueden aparecer y desaparecer en cualquier momento.

TRATAMIENTO:

- Tratar cualquier factor predisponente subyacente.
- Aplicación de corticoesteroides tópicos (hemisuccinato de hidrocortisona 2.5 mg en comprimidos o con triamcilon acetónide al 0,1%)

CANDIDIASIS:



Causada por la *Candida Albicans* (microorganismo que hace parte de flora bucal). Es importante identificar la causa fundamental que la está produciendo; como enfermedades sistémicas, diabetes mellitus, leucemia, urémia, anemia aplásica, síndromes de inmunodeficiencia e inmunosupresión.

SINTOMAS:

- El paciente puede quejarse de faringitis.
- Puede ser asintomático.
- Ardor en la boca.

SIGNOS:

- Placas blancas grumosas como apiladas.
- El raspado de la lesión deja una superficie cruenta, hemorrágica.

- Las lesiones pueden estar en cualquier parte de la mucosa.
- La preparación de un frotis con hidróxido de potasio (KOH) revela la presencia microscópica de hifas.

Los niños pequeños presentan candidiasis después de una antibiótico terapia local ya que permite la proliferación del hongo.

También es frecuente la candidiasis neonatal, que el recién nacido adquiere al atravesar la vagina y se manifiesta clínicamente antes de dos semanas.

TRATAMIENTO:

- Si la enfermedad es leve: antimicótico tópico. Ej. *nistatina*.
- Trastorno moderado: fungicida parenteral. Ej. *Ketaconazol*.
- Padecimiento grave: antimicótico parenteral. Ej. *Anfotericina B*, este fármaco requiere administración intravenosa y es muy nefrotóxico

1.5.OBJETIVOS

1.5.1.OBJETIVO GENERAL

Diseñar un guía de atención y protección específica en salud oral para pacientes de 0 a 2 años.

1.5.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las acciones de nutrición en pacientes de 0 a 2 años.
2. Determinar las acciones de protección específica para el desarrollo de la dentición en pacientes de 0 a 2 años.
3. Determinar las acciones de protección específica para prevención de hábitos en pacientes de 0 a 2 años.
4. Determinar las acciones de protección específica para caries dental en pacientes de 0 a 2 años.
5. Determinar acciones de higiene oral para pacientes de 0 a 2 años.
6. Determinar las acciones de protección específica para prevención de trauma dentoalveolar en pacientes de 0 a 2 años.
7. Determinar las acciones de protección específica para anomalías dentales en pacientes de 0 a 2 años.
8. Determinar las acciones de protección específica para alteraciones de lengua en pacientes de 0 a 2 años.
9. Determinar acciones de protección específica para infecciones de cavidad oral.
10. Elaborar una guía de protección específica para el uso de odontólogos en pacientes de 0 a 2 años y sus padres.

2.METODO

2.1.TIPO DE ESTUDIO:

Revisión bibliográfica.

2.2. POBLACION:

- 12 LIBROS:

- Odontología preventiva en acción. (Buenos Aires- Argentina)
- Odontología pediátrica y del adolescente. (Buenos Aires- Argentina)
- Diccionario odontológico.
- Ortopedia maxilar y antropología biológica. (Bogotá- Colombia)
- Ortodoncia Preventiva Clínica. (Bogotá- Colombia)
- Odontología Pediatrica. (Buenos Aires- Argentina)
- Odontología para el Niño y Adolescente. (Buenos Aires- Argentina)
- Interacciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología.
(Buenos Aires- Argentina)
- Manual de Odontopediatría Clínica. (Barcelona- España)
- Patología Bucal.
- Manual de Ortodoncia.

- Medicina Oral. (Hong- Kong)

- 2 REVISTAS:
 - Revista de la Federación Odontologica Colombiana. (Santafé de Bogotá- Colombia)
 - Revista Oral día.
- 1 MANUAL
 - Manual de caries dental. ISS. A.C.F.O. (Bogotá- Colombia)
- INFORMACIÓN OBTENIDA CON ESPECIALISTAS DE DIFERENTES AREAS.
- INFORMACIÓN OBTENIDA DE DIFERENTES BIBLIOTECAS:
 - Biblioteca nacional Luis Angel Arango.
 - Biblioteca universidad Javeriana
 - Biblioteca Colegio Universitario Colombiano
 - Biblioteca Clínica Santa Fe

3. RESULTADOS

Se elaboró una guía práctica para el uso de profesionales de la Odontología con el fin de brindar un asesoramiento en la prevención y el tratamiento de las diferentes alteraciones que se presentan en el sistema estomatognático de niños de 0 a 2 años, la cual consta de temas como: dieta y nutrición, desarrollo de la dentición, hábitos, caries dental, higiene oral, trauma dentoalveolar, anomalías dentales, alteraciones de lengua e infecciones de cavidad oral.

4.CONCLUSIONES

⇒ La primera visita del paciente de odontopediatría es muy importante desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. Debería ser el comienzo de una relación agradable para que en el futuro este niño desarrolle buenos hábitos orales incluyendo visitas periódicas al odontólogo y el mantenimiento de una óptima salud oral.

⇒ Tanto el odontólogo general como el odontopediatra deben estar en la capacidad de atender cualquier tipo de paciente especial basándose en la prevención, el correcto tratamiento y en los conocimientos necesarios para evitar en un futuro problemas en el sistema estomatognático.

⇒ Los objetivos principales del odontólogo en su condición de asesor prenatal están representados por el otorgamiento de información en materia dentaria, la demostración e instrucción a los padres para el establecimiento de un programa preventivo cotidiano y finalmente, colaboración con los padres para el logro de la atención odontológica necesaria .

⇒ Para desarrollar buenas actividades preventivas en los niños deben participar en conjunto los padres y el profesional.

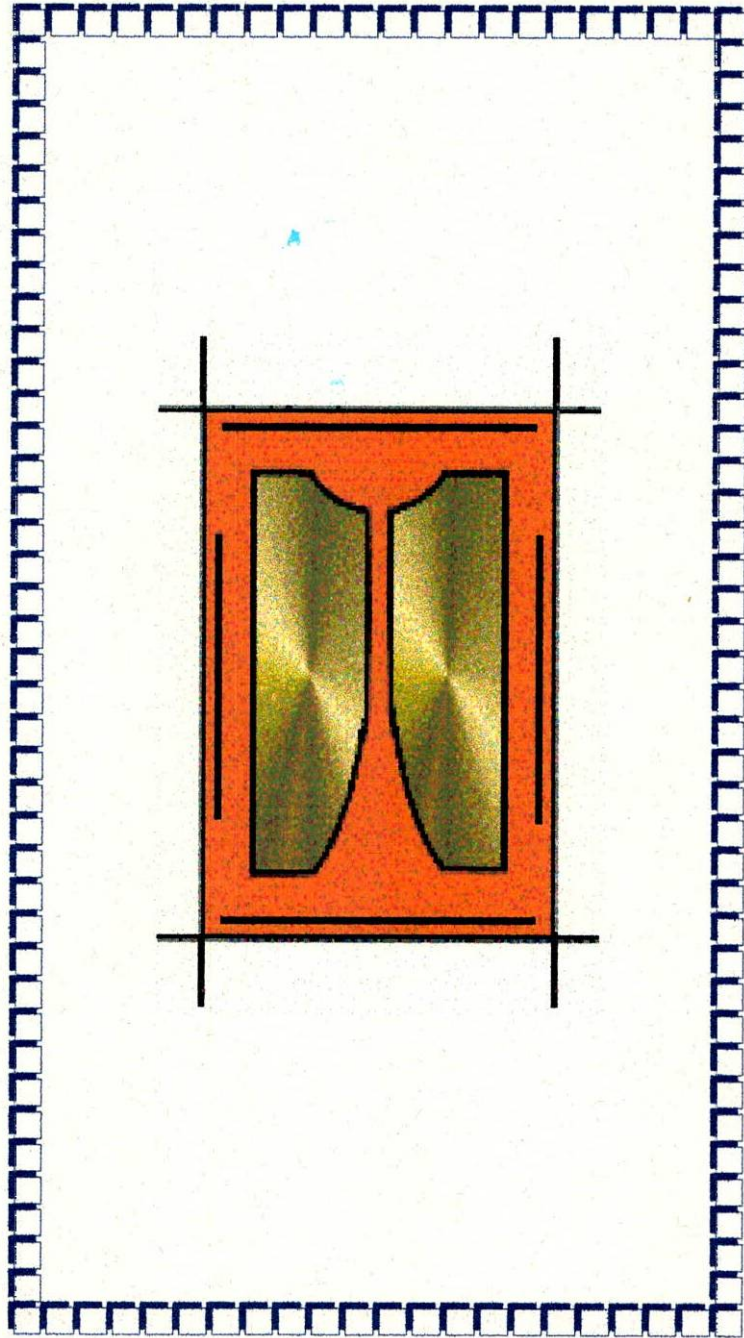
Si queremos lograr una generación libre de caries, el cuidado y mantenimiento de la salud oral debe iniciarse desde el nacimiento y subdividirse según las etapas de desarrollo de oclusión. Desde que emerge el diente en boca, hasta que completa su erupción, y llega a oclusión.

5.RECOMENDACIONES

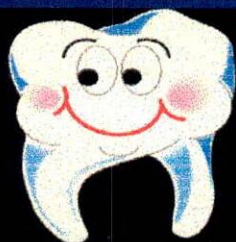
- 1.** El odontólogo debe mantener un programa educativo integral en su consultorio, por el cual los padres puedan ser educados en los principios del mantenimiento de la salud bucal para sus hijos.
- 2.** Es necesario orientar a los padres de familia para que apliquen acciones preventivas en el hogar, teniendo en cuenta, dieta y nutrición, higiene oral, posturas y hábitos.
- 3.** Es importante inculcar a los futuros padres la asistencia periódica de sus hijos al odontólogo desde el mismo momento del nacimiento.
- 4.** Es muy importante que los padres inicien el hábito de la limpieza dentaria a una edad muy temprana. Antes que los dientes erupcionen en la boca, los padres deben comenzar a elegir el momento del día en el que la criatura podrá ser inspeccionada y limpiada con el dedo envuelto en una gasa. Con este tipo de iniciación precoz, el niño se acostumbra al proceso de limpieza.
- 5.** La guía de prevención específica en pacientes de 0 a 2 años deberá ser aplicada por los odontólogos generales en el consultorio odontológico con el fin de prevenir y tratar las alteraciones que puedan presentarse en niños a esta edad.

Nada puede producir mas gratificación que observar la satisfacción y el agradecimiento de pacientes que descubren súbitamente, después de frustración, que todavía tienen la posibilidad de mantener sus dientes naturales por el resto de sus vidas; que aún podrán experimentar la alegría de una sonrisa luminosa, o el placer de una comida suculenta, o la belleza y la emoción de un beso no rechazado.





GUIA DE PROTECCION ES- PECIFICA PARA PACIEN- TES DE 0 A 2 AÑOS



La primera visita del paciente de odontopediatria es muy importante desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. Debería ser el comienzo de una relación agradable para que en el futuro este niño desarrolle buenos hábitos orales incluyendo visitas periódicas al odontólogo y el mantenimiento de una optima salud oral.

Si la profesión está verdaderamente interesada en prevenir la enfermedad debe encarar acciones que provean atención prenatal optima a todas las embarazadas, debe asesorar a todos los padres de recién nacidos tan pronto como se haya producido el nacimiento y deben examinar y tratar profesionalmente a los niños cuando les erupcionen los dientes, o poco despues.

DIETA Y NUTRICION

CONSEJOS PRENATALES

Se limitan a las futuras madres interesadas que asisten al odontólogo. El proposito de estos es educar a las madres en habitos dieteticos nutritivos adecuados.

CONSEJOS

- ◆ *Se debe recomendar a la madre la alimentación materna*
- ◆ *Cuando se comience a dar alimentos sólidos o semi sólidos que sean preparados por la madre.*
- ◆ *Informar a la madre que los hábitos y los gustos por ciertos alimentos se desarrollan en la infancia.*
- ◆ *La alimentación al pecho debe ser estimulada por los anticuerpos que contiene que son defensas para enfermedades*



ALIMENTACION AL PECHO



El niño debe estar hambriento en el momento de mamar, seco y en posición cómoda, debe mantenerse en brazo semisentado, para facilitar el eructo. El niño será sostenido con su cara junto al pecho con un brazo o una mano mientras la otra sostiene el pezón para que sea fácilmente alcanzada por la boca del lactante sin que obstruya la nariz

GRUPOS DE ALIMENTOS



GRUPOS LACTEOS:

Leche, crema, quesos, yogurth, pudines, helados.

⇒ Proporcionan vitamia A,B,D, Fósforo.

RACION DIARIA:

- *leche* =(tres tazas o más).

- *productos lacteos*= Pueden emplearse en lugar de la leche, (4 raciones o más).

GRUPO DE CARNRES:

Aves, Pezcado, huevos, mantequilla, habas, nueces, mani.

⇒ Proporcionan hierro, proteínas, vitamina A

RACION DIARIA:

- carnes (2 raciones o más).

GRUPO DE VEGETALES Y FRUTAS:

Vegetales verdes, tomates, papas.

⇒ Proporcionan vitaminas A y C.

RACION DIARIA: - (4 racionres o más).

GRUPO DE CEREALES:

Trigo, avena, maíz.

⇒ Proporcionan hierro, proteínas y vitamina B.

RACION DIARIA: - (4 racioneso más)

EL BIBERON



- ⇒ Los agujeros del chupo deben ser pequeños.
- ⇒ En el momento de ingerir el biberón este debe sostenerse, en forma de que la leche vaya directamente dentro del chupo, el biberón no debe apoyarse ni siquiera con un soporte seguro ya que se priva al lactante de comodidad y seguridad.
- ⇒ Deben dedicarse a cada toma 5 a 20 minutos según el vigor de edad del niño.
- ⇒ Se debe desaconsejar la costumbre de permitir al niño que duerma sosteniendo el biberón ya que hay correlación entre esta costumbre y la caries del lactante.
- ⇒ Se debe aconsejar el consumo hasta los doce meses de edad.

DESARROLLO DE LA DENTICION

PERDIDA PREMATURA DE TEMPORALES



- * **Dientes posteriores:** Produce malposiciones dentarias, específicamente apiñamientos, pérdida de espacio.
- * **Caninos temporales:** Produce la pérdida de la línea media, es de difícil solución por lo cual se requiere realizar controles periódicos al niño.
- * **Dientes anteriores:** El espacio no se pierde, pero es necesario realizar la restauración para conservar el equilibrio maxilomandibular .

**SECUENCIA DE ERUPCION
(SCHOUR Y MASSLER)**

DIENTE	SECUENCIA	EDAD
MAXILAR		
Incisivo Central	1°	7 1/2 a 8 meses
Incisivo Lateral	2°	8 a 10 meses
Canino	4°	16 a 18 meses
Primer molar	3°	12 a 14 meses
2 do molar	5°	24 meses
MANDIBULAR		
Incisivo Central	1°	6 a 7 meses
Incisivo Lateral	2°	8 a 10 meses
Canino	4°	16 a 18 meses
Primer molar	3°	12 a 14 meses
2 do molar	5°	24 mees

HABITOS

HABITOS POSTURALES (POSICION AL DORMIR)



El bebé debe dormir en posición de cúbito lateral, ya que existe el peligro al dormir boca arriba de que haya rejugitación con broncoaspiración, neumonía y hasta muerte del lactante

RESPIRACION MIXTA



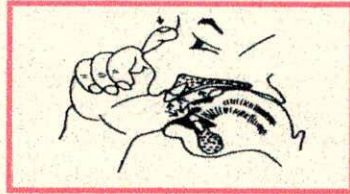
El niño respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales, a pesar de haber sido eliminado ya se ha establecido el hábito de respiración mixta, transformándose en costumbre.

Características clínicas:

- Labio superior tónico o hipotónico
- Labio inferior hipertónico.
- Incompetencia labial.
- Babeo.

Tratamiento: Realizar interconsulta con el otorrinolaringólogo.

SUCCION DIGITAL



La zona oral es lugar donde se centraliza la recepción y la descarga de estímulos en los primeros meses de vida, quiere decir que la persistencia de la succión obedece a profundas perturbaciones síquicas ocasionadas por múltiples problemas de ansiedad o angustia. Por lo general se suelen succionar el dedo pulgar.

Tratamiento: Es necesario asegurarse de que el niño queda satisfecho con la alimentación materna y satisfacer mecanismos de succión por medio del chupo el cual debe cumplir las especificaciones necesarias. A pesar de ello se deberá hacer interconsulta psicológica y con el foniatra.

INTERPOSICION LINGUAL

La lengua se coloca entre los incisivos en vez de hacerlo por detrás de estos, el niño para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impelen el alimento hacia la faringe.

Tratamiento: Asegurarse de que el niño quede satisfecho con la alimentación y con su mecanismo de succión por medio del chupo; si esta medida no es suficiente se debe realizar interconsulta con el foniatra.

SUCCION LABIAL

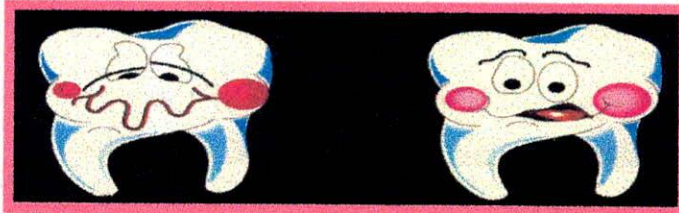
Succión del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores.

Características clínicas:

- * Inclínación hacia lingual en los incisivos inferiores
- * Vetibularización de incisivos superiores.

Tratamiento: Educación de los padres, para concientizarlos del hábito.

CARIES



CARIES DE BIBERON



Causada por la presencia prolongada del biberón nocturno con leche u otros líquidos hidratados de carbono.

Características clínicas:

- ◇ Varios dientes están involucrados
- ◇ El desarrollo de la lesión es rápida
- ◇ Las lesiones empiezan a desarrollarse en superficies lisas
- ◇ Los dientes se van afectando según la cronología y secuencia de erupción y por la posición de la lengua al succionar
- ◇ Afecta primero incisivos maxilares, segundo por los molares, dependiendo de la progresión continuará con incisivos inferiores, caninos y últimos molares.

TRATAMIENTO:

Fase I

1. Educación para la salud e higiene oral.
2. Mejoramiento del ecosistema oral.
3. Aplicación tópica de agentes cariostáticos (fluoruro de estaño, Flururo de sodio acidulado al 1.23%)
4. Inactivación de las lesiones carióstáticas: Técnica de Masseler (Retirar con un instrumento de mano, dentina infectada desmineralizada, conservando dentina no infectada desmineralizada, sobre esta, se coloca un recubrimiento pulpar.)

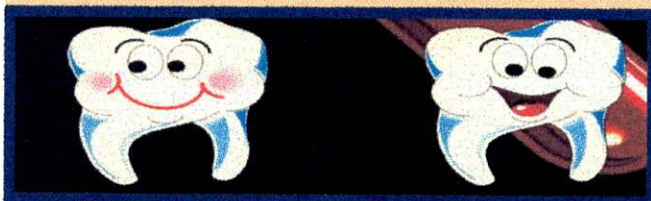
Fase II

Cuando el comportamiento del paciente lo permita, se realizarán los tratamientos de endodoncia, operatoria y cirugías indicadas.

CAMBIOS DE HABITOS DIETETICOS

- * Recomendar horario de alimentación adecuada a los requerimientos del niño.
- * Eliminación de alimentos que contengan azúcar sustituyendolo por un alimento nutritivo.
- * Eliminación y sustitución de alimentos entre comidas o antes de acostarse, por una fruta fresca, nueces o similares.

HIGIENE ORAL



GUIA DE CEPILLADO DENTAL

Del nacimiento a los seis meses: antes de la erupción dental, desde recién nacido es aconsejable iniciar una rutina de higiene oral, cuya responsabilidad será de los padres. Se aconseja realizarla en la mañana antes de consumir leche materna o sustitutos de biberón, y en la noche, después de la última alimentación del día.

Con una gasa o con un paño de tela limpia humedecido en agua estéril, se limpian las zonas de los rebordes superiores e inferiores y la lengua. También puede utilizarse un cepillo especial unidental de caucho, colocandolo en el dedo índice uno de los padres sin crema dental.



Dentición decidua en erupción: cuando aparecen los primeros dientes en cavidad oral, el niño debe ser llevado a la consulta odontológica.

Este periodo de erupción dental, normalmente se acompaña de molestias que se caracterizan por manifestaciones de incomodidad, dolor y llanto, en algunos casos fiebre y diarrea.

Los padres deben realizar la higiene oral en la mañana antes de que el niño consuma algún alimento y por la noche después del último alimento.

Si el niño presenta dientes con contactos interproximales estrechos o gingivitis, se recomienda utilizar seda dental indicada por el odontólogo y manejada por los padres.

Algunas marcas de cepillos dentales accesibles en el mercado son:

- ◇ Reach bebé.
- ◇ Mi primer Colgate.
- ◇ Pro 200 Infantes.
- ◇ Oral B Junior

TRAUMA DENTOALVEOLAR



LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LA PULPA

FRACTURA INCOMPLETA

Se limita al esmalte con líneas de rotura en la superficie vestibular.
Tratamiento: Control regular



FRACTURA NO COMPLICADA DE LA CORONA

Se presenta casi siempre en el ángulo mesial o distal.
Tratamiento: Se realiza un desgaste de la superficie puntiaguda del esmalte o restauración en resina.



FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA

Afecta esmalte, dentina y expone pulpa.
Tratamiento: Recubrimiento pulpar o pulpectomía. La mayoría de las veces se recurre a exodóncia.



FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA Y RAIZ

No afecta raíz, sino esmalte, dentina y cemento.
Tratamiento: Control regular o restauración en resina

FRACTURA COMPLICADA DE LA CORONA Y LA RAIZ

Afecta dentina, esmalte, cemento y expone pulpa.
Tratamiento: Exodóncia.



LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

CONCUSION

Lesión de las estructuras de sosten del diente sin movilidad.
Tratamiento: Control regular.



SUBLUXACION

Lesión de las estructuras de sosten del diente con aflojamiento normal, pero sin desplazamiento del diente.
Tratamiento: Control radiográfico.
Control clínico.



LUXACION INTRUSIVA

Desplazamiento del diente en el hueso alveolar.
Tratamiento: Esperar erupción espontánea.



LUXACION ESTRUSIVA

Desplazamiento parcial del diente dentro del alvéolo.
Tratamiento: Exodóncia.



LUXACION LATERAL

Se presenta con fractura de la cavidad alveolar y desplazamiento axial del diente.
Tratamiento: Exodoncia.



EXARTICULACION

Desplazamiento total del diente fuera del alveolo.
Tratamiento: Limpieza del alveolo y control regular.



LESIONES DE LA ENCIA

LACERACION DE LA ENCIA

Herida superficial o profunda producida por desgarramiento.

Tratamiento: Control regular y buena higiene oral.

CONTUSION DE LA ENCIA

Rompimiento y hemorragia en la submucosa.

Tratamiento: control regular y buena higiene oral.

ABRASION DE LA ENCIA

Laceración profunda de la encía.

Tratamiento: Control regular y buena higiene oral.

ANOMALIAS DENTALES

OLIGODONCIA

Conocidos como dientes supernumerarios, son dientes de más que se forman o que se quedan incluidos.

Tratamiento: Se deben realizar controles periodicos en el consultorio.

DIENTES NEONATALES



Erupción prematura de dientes que generalmente pertenecen a la dentición decidua o pueden ser una dentición terciaria..

Tratamiento: Exodoncia cuando afecta de forma severa la alimentación.

DENTINOGENESIS IMPERFECTA

Defecto de la matriz predentinaria que causa dentina circumpulpar, atubular, amorfa y sin organización.

tratamiento:

- * Control de cepillado, mejoramiento de la higiene oral, aplicación de flúor tópico.
- * En molares es conveniente el uso de resina.

Los dientes con refracción periapical y raíz fracturada deben extraerse ya que la dentina es demasiado frágil.

QUISTE PALATINO Y DENTAL DEL RECIEN NACIDO

Se presenta durante el nacimiento o durante el periodo neonatal sin predilección de sexo, presenta papilas solitarias a múltiples, discretas y nódulos con superficie lisa de traslúcidos a blancos; firme.

Tratamiento: Control regular, aunque esta lesión desaparece durante los primeros tres meses de vida.



AMELOGENESIS IMPERFECTA

Es una anomalía dentaria que afecta el esmalte de los dientes temporales.

Características clínicas.

- * Erupción retardada.
- * Susceptibilidad a enfermedades periodontales.
- * La morfología aberrante del diente retiene placa.
- * Baja frecuencia de caries.
- * Epitelio gingival defectuoso.
- * Sensibilidad.

Tratamiento: Dependiendo de su gravedad se puede optar por el uso de compómeros o resinas

QUISTE DE ERUPCION

También llamado quiste dentígero de tejidos blandos del epitelio reducido del esmalte y del folículo de un diente primario en erupción.

Tratamiento: Extirpar la cubierta de tejidos blandos para descubrir el diente en erupción.



QUISTE DE LA LAMINA DENTAL

Son nódulos focales blancos: Se observan en el neonato y representan quistes queratinicos remanentes de procesos embrionarios de origen dentario o de glándulas salivares menores. Tratamiento: Control periódico, sin embargo estos desaparecen en un lapso de 1 a 3 meses.

TUMOR NEURO ECTODERMICO MELANOTICO DE LA INFANCIA

Neoplasia benigna de las células cde la cresta neural, propensa a involucrar las regiones dentarias del maxilar superior. Clínicamente el alveolo desdentado muestra una eminencia de superficie lisa no pigmentada. Tratamiento: Realizar controles radiográficos.

ALTERACIONES DE LENGUA

ANQUILOGLOSIA



Un frenillo lingual corto, que se extiende de la punta de la lengua al piso de boca. Tratamiento. Se indica la frenilectomía si esta alteración interviene con la alimentación del bebé.

MUCOSITIS MIGRATORIA BENIGNA



Lesión de tipo migratorio, de causa desconocida. Se observa durante el examen odontológico habitual en los niños. Clínicamente se observan zonas lisas, rojizas, y sin papilas filiformes en el dorso de la lengua. Tratamiento: Controles periódicos en el consultorio, mejoramiento de la higiene oral, control de cepillado.

INFECCIONES DE CAVIDAD ORAL

GIGIVOESTOMATITIS HERPETICA



Producida por el virus Herpes tipo I, los síntomas consisten en un pródromo viral de malestar general, artralgia, anorexia, fiebres y escalofríos.

Tratamiento:

* Reposo en cama y administración de antipiréticos y analgésicos.

- * Fomentar la ingestión de líquidos.
- * Aislar al paciente.

AFTAS



Lesiones que aparecen en la mucosa bucal, en forma de pequeñas vesículas aisladas, producen sensación de calor y dolor que causan molestias al deglutir o al masticar, dolor quemante.

Tratamiento: Aplicación de corticosteroides tópicos.

CANDIDIASIS



Causada por la candida albicans, se puede producir como consecuencia de una enfermedad sistémica como Diabetes Mellitus, Uremia, Anemia aplásica, Síndromes de inmunodeficiencia o inmunosupresión..

- * Características Clínicas: Placas blancas que pueden estar en cualquier parte de la mucosa.
- * Ardor en la boca.
- * Puede haber faringitis.
- * Al raspado la lesión deja una superficie cruenta hemorrágica.

Tratamiento:
Leve: Antimicótico tópico
(ej. Nistatina)
Moderado: Fungicida paren-
teral (ej. Ketaconazol)
Grave: Antimicótico paren-
teral (ej. Anforericina B,
este farmaco requiere ad-
ministración intravenosa y
es muy nefrotóxico.)

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIANA EVELYM CORREDOR JIMENEZ
JOHN FREYDELL CASTRO PERDOMO
DIANA CAROLINA GUERRA
JOHANA MILENA SERRANO LOPEZ

