

módulo 3

Prevención
y situaciones de riesgo

- 13 Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. Obesidad infantil
- 14 Prevención de las sustancias de abuso en el adolescente
- 15 Salud bucodental. Problemas más frecuentes durante el crecimiento

Salud bucodental. Problemas más frecuentes durante el crecimiento

Marta Ribelles Llop

Departamento de Odontología. Universidad CEU-Cardenal Herrera

La odontología pediátrica se ha convertido en una parte cada vez más relevante de la atención integral para la salud. Consideramos que algunas funciones básicas, como la deglución, la fonación y la respiración, que se inician en la esfera cráneo-facial, deben desarrollarse de forma óptima para evitar secuelas en el crecimiento general del niño. Por consiguiente, es muy importante que los pediatras estén capacitados para diagnosticar problemas bucales, como parte de la atención integral de la salud del niño, y ante estas situaciones clínicas debe remitirse al paciente al odontopediatra para que se lleve a cabo un correcto plan de tratamiento.

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) recomienda la primera visita al odontopediatra cuando el niño cumpla el primer año de edad. El objetivo de esta visita es evitar la instauración de la enfermedad mediante la educación sanitaria específica a los padres. No debemos olvidar el concepto actual de odontología prenatal y perinatal, en el que cobra importancia la educación sanitaria bucodental precoz desde la madre gestante y los primeros meses de vida del bebé, evitando con ello la instauración de enfermedades bucales en la infancia. Consecuentemente, hoy en día son muchas las sociedades científicas (como la AAPD, la Academia Europea

©Banamastock/Thinkstock



de Odontopediatría [EAPD] o la Sociedad Española de Odontopediatría [SEOP]) que consideran que la promoción de la salud es uno de los pilares básicos para evitar la instauración de las enfermedades bucales en la población pediátrica.

A continuación, se analizan diferentes circunstancias clínicas que pueden darse en nuestras consultas y que requieren especial atención: la caries dental, las enfermedades gingivales, los traumatismos, los hábitos orales relacionados con maloclusiones y otras afecciones bucales.

Caries dental

Es una enfermedad infecciosa multifactorial caracterizada por una destrucción de las estructuras dentarias, que origina cavitaciones y pérdidas dentarias. En el niño, las repercusiones tienen gran relevancia, ya que alteran las funciones del sistema estomatognático e interfieren en el crecimiento general y craneofacial, así como en el desarrollo psicológico. Su presencia, como enfermedad infecciosa, puede derivar en serias complicaciones locales (como abscesos) o a distancia (pudiendo provocar patología en corazón, riñones, articulaciones y otros órganos). Todavía hoy ciertos profesionales siguen pensando que los dientes temporales con caries no necesitan ser tratados porque son «dientes que se van a perder». Esta idea es totalmente incorrecta, pues los dientes temporales, como hemos comentado, cumplen unas funciones básicas para el correcto desarrollo del niño, y si el tratamiento no se lleva a cabo podemos tener secuelas importantes en la dentición permanente.

La caries dental constituye hoy en día el principal motivo de visita en la consulta odontopediátrica. En Estados Unidos, recientes investigaciones registraron una disminución significativa de la prevalencia de la caries dental entre los niños de edad escolar desde principios de la década de

1970; sin embargo, el porcentaje de caries en niños en edad preescolar (de 2 a 5 años) ha tenido un incremento significativo. Así, se confirma que la caries de aparición temprana (ya sea provocada por la lactancia natural a demanda más allá del año de vida, por el uso indebido de biberones nocturnos con azúcares o de chupetes impregnados en azúcares y miel, o por medicamentos azucarados, etc.) constituye la enfermedad crónica más prevalente en la niñez en Estados Unidos, siendo cinco veces más común que el asma y siete veces más que la fiebre por alergias. En España, la última encuesta realizada por el Consejo General de Dentistas refiere datos similares.

La caries se considera una enfermedad multifactorial, en la que interaccionan factores dependientes del huésped o del propio individuo (surcos y fosas profundas, apiñamiento, defectos estructurales del esmalte, déficit de saliva, etc.), de la dieta (hidratos de carbono simples...) y de la placa dental (película bacteriana adherente, proliferativa y con actividad enzimática que se forma en la superficie del esmalte). Por tanto, las estrategias preventivas frente a la caries dental se orientan hacia cada uno de los factores etiológicos mencionados.

Entre los factores protectores y preventivos de los riesgos individuales del huésped, cabe destacar el uso de los fluoruros con acción tópica, que tienen diferentes formas de presentación: dentífricos, colutorios, barnices y geles.

• Existen en el mercado dentífricos fluorados de baja concentración que contienen de 250 a 500 ppm de flúor, y dentífricos fluorados estándar de 1.000 ppm de flúor. La evidencia científica actual recomienda el cepillado con un dentífrico fluorado de 500 ppm tras las comidas principales, desde los 18 meses hasta los 6 años de edad, y por tanto son los padres los res-

ponsables de éste. En estas edades, si el paciente presenta alto riesgo de caries se recomienda el uso de dentífricos fluorados de 1.000 ppm. En pacientes mayores de 6 años, se emplearán de forma sistemática, independientemente del riesgo de caries, dentífricos fluorados de 1.000 ppm de flúor, supervisando los padres el cepillado hasta los 10 años, aproximadamente.

- Los programas de colutorios de flúor supervisados pueden reducir la caries dental entre un 20 y un 50%. Las dos principales formas de presentación son colutorios de uso diario de fluoruro sódico al 0,05%, o colutorios semanales de fluoruro sódico al 0,2%, ideales ambos como medida preventiva de salud pública. Se recomiendan a partir de los 6 años, una vez se ha establecido el reflejo de la deglución (lo que evita ingestas accidentales), sobre todo en individuos con moderado y alto riesgo de caries o durante periodos en los que se aumenta la susceptibilidad de ésta, como ocurre con los niños que se encuentran bajo tratamiento ortodóncico o en los que presentan hiposalivación postirradiación.
- Los barnices de flúor son eficaces en ambas denticiones, y se aplican de 2 a 4 veces al año en el gabinete dental en pacientes con alto riesgo de caries. Pueden emplearse en niños menores de 6 años, no debiendo exceder la cantidad de 0,25 mL de aplicación, para evitar riesgo de fluorosis.
- Los geles de flúor, también de uso profesional, se emplean como tratamiento anticaries, 1 o 2 veces al año, dependiendo del riesgo. Los resultados de estudios realizados en varios países durante las dos últimas décadas indican que los suplementos fluorados tienen una aplicación limitada como medida de salud pública, aunque pueden ser beneficiosos (con limitada efi-

cacia) en individuos con alto riesgo de presentar caries en comunidades no fluoradas. En vista de la dudosa efectividad de los suplementos de flúor en la prevención de la caries, y teniendo en cuenta el posible riesgo de fluorosis y la variabilidad en el cumplimiento, no se recomiendan dichos suplementos.

Para finalizar con el control del factor huésped, resulta de utilidad el empleo de selladores de fosas y fisuras en las caras oclusales de dientes temporales y permanentes, al igual que en otras zonas susceptibles (como cúngulos marcados de incisivos superiores), ya que con ello se evita la acumulación de placa.

Algunos hábitos dietéticos han cambiado en los últimos cincuenta años en los países occidentales, y existen muchos alimentos que no se consideran cariogénicos pero que tienen azúcares ocultos e hidratos de carbono fermentables. Por ello, resulta muy útil realizar diarios dietéticos que identifiquen a niños de alto riesgo para modificar hábitos dietéticos anómalos y establecer recomendaciones individuales, prácticas y realistas. Entre otros consejos, conviene considerar que la frecuencia de ingesta tiene más importancia que la cantidad total ingerida, no se debe «picotear» entre horas, y han de evitarse los zumos de frutas y las bebidas deportivas, no sólo por su efecto cariogénico, sino porque son erosivas y calóricas. También deben limitarse en lo posible los dulces a las horas de las comidas principales, y ser prudentes con muchos alimentos que incluyen en la etiqueta «sin azúcares añadidos», ya que contienen niveles elevados de azúcares naturales.

Para el control de la placa dental, debe animarse a los niños a que adopten buenos hábitos de cepillado. Éste debe iniciarse cuando aparecen los primeros dientes, y ha de hacerse con gasas, manoplas o cepillos suaves. A medida que el niño

vaya creciendo, iremos usando cepillos infantiles adaptados a su edad. Es recomendable cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día, aunque lo ideal es que se haga tras cada comida. Como métodos auxiliares de control de la placa podemos usar seda dental, reveladores de placa o incluso agentes antimicrobianos (como colutorios de clorhexidina) en pacientes con alto riesgo de padecer caries.

Enfermedades gingivales

La exploración de la mucosa y el periodonto en el niño debe ser sistemática. La mayoría de las lesiones bucales en tejidos blandos aparecen en niños que, por lo general, están sanos, pero éstas pueden ser signos de enfermedades sistémicas cuya primera manifestación se presenta en la boca.

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en los niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación en las encías y sangrado cuando el niño se cepilla o cuando procedemos a su exploración. Se produce por una ausencia de cepillado o porque éste se hace de forma incorrecta. Responde favorablemente tras la eliminación de depósitos bacterianos, y con la mejora en las técnicas de higiene oral por parte del paciente.

También existe un tipo de enfermedad gingival modificada por factores sistémicos, con influencia de las hormonas esteroideas. Conocida como gingivitis de la pubertad, se caracteriza por un aumento de la inflamación gingival debido a fluctuaciones hormonales en presencia de poca o nula placa bacteriana. Suele estabilizarse en una etapa tardía de la adolescencia. Algunos factores locales, como placa acumulada, caries, apiñamiento, respiración oral, recambio dental y/o aparatología ortodóncica, pueden agravar el proceso. El tratamiento se basa en una limpieza bucal profesional, en caso de que existan depósitos, y en me-

©Y. Nedopskin/Thinkstock



jorar las técnicas de higiene por parte del paciente.

La enfermedad gingival inducida por fármacos se asocia al tratamiento con antiepilépticos, inmunosupresores o antagonistas del calcio. La hiperplasia gingival no aparece en todos los pacientes tratados con estos fármacos, ya que depende de factores predisponentes genéticos. No parece existir una relación entre la dosis del fármaco y la gravedad de la hipertrofia. Normalmente, las hiperplasias se localizan en la zona anterior de la boca, donde las encías adquieren un aspecto multinodular, pudiendo cubrir casi toda la corona dental. El tratamiento es quirúrgico, acompañado de programas preventivos de control de placa, puesto que la medicación (como agente causal) no es sustituible.

Estas enfermedades gingivales son un hallazgo habitual en los niños y adolescentes que acuden a nuestras clínicas dentales. En el niño sano no suele darse la típica evolución de gingivitis a periodontitis, un nivel más grave de enfermedad gingival, en la que se produce pérdida ósea del tejido de sostén del diente que obliga a explorar la posible movilidad de los dientes afectados.

A pesar de la elevada prevalencia de gingivitis, la incidencia de formas crónicas y agresivas de enfermedades periodontales es baja, y suelen asociarse a enfermedades sistémicas.

Traumatismos

Los traumatismos dentales son lesiones frecuentes en la infancia. La gran mayoría de estas lesiones presentan picos de incidencia entre los 2-4 años y los 8-10 años. Son más frecuentes en niños que en niñas, y los incisivos superiores son los dientes más afectados. La etiología de estas lesiones varía con la edad. En la primera infancia, los traumatismos se producen cuando los niños aprenden a mantenerse erguidos y a caminar, y se deben sobre todo a golpes con el triciclo, a caídas del columpio, y a malos tratos de padres o educadores, por desgracia más frecuentes de lo que pudiera pensarse. Durante la edad escolar, la causa más habitual son las caídas, al jugar, correr y muchas veces al montar en bicicleta. A partir de los 10 años, los traumatismos suelen producirse durante la práctica de algún deporte (fútbol, patinaje, artes marciales, atletismo...), mientras que en la adolescencia suelen asociarse a la práctica deportiva y a accidentes de tráfico, casi siempre con motocicletas.

Ante un traumatismo dentario debe actuarse con serenidad y seguridad. Las preguntas y respuestas deben proporcionar tranquilidad y calma, intentando establecer una correcta relación paciente-padres-profesional. En estas situaciones no siempre es fácil conseguirlo, ya que tanto el paciente como sus familiares y acompañantes suelen mostrar un alto grado de excitación, lo que dificulta la anamnesis y la exploración. En la anamnesis hay que averiguar si el paciente ha tenido pérdida de conciencia, cefaleas, náuseas y vómitos, y si es así debe ser remitido al hospital por posible conmoción cerebral. Esto no quiere decir que se deba abandonar el tratamiento de la lesión dentaria, pues indudablemente cuanto más precoz sea esta atención mejor será el pronóstico.

Es importante averiguar «cómo» ha ocurrido el accidente (para valorar

la localización de posibles lesiones que puedan pasar desapercibidas), el «lugar» en que se ha producido (para tener en cuenta las implicaciones legales, la posibilidad de contaminación, la necesidad de vacuna antitetánica, etc.), y «cuándo» ha tenido lugar, ya que ello nos indicará el tiempo transcurrido, de gran interés para el pronóstico y la elección terapéutica específica ante cada tipo de traumatismo.

Para muchos padres los traumatismos son motivo de gran preocupación, lo que los lleva a acudir al pediatra o al hospital. Debemos ser sensibles a esta preocupación, y por mínimo que sea un traumatismo el paciente debe ser remitido con urgencia a la clínica dental para realizar una exploración clínica y radiográfica y un plan de tratamiento precoz. Será importantísimo el establecimiento de revisiones semanales, cada 15 días, al mes, a los 3, 6 y 12 meses tras el traumatismo, y sucesivamente todos los años, ya que pueden darse complicaciones a largo plazo. La Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT) ha actualizado recientemente los últimos protocolos de actuación ante cada uno de los diferentes tipos de traumatismos.

Ante un traumatismo en dentición temporal, debemos informar a los padres de las posibles complicaciones que puede sufrir el diente permanente en formación, situado cerca de las raíces de los dientes temporales. También está demostrado que el niño que se da un golpe suele darse más, por lo que debe tenerse en cuenta que las nuevas fuerzas traumáticas incidirán sobre dientes sensibilizados, que manifestarán complicaciones más severas. Hoy en día, para evitar estas complicaciones en niños que practican ciertos deportes recomendamos el uso de protectores bucales. También resulta fundamental la educación a padres, educadores y profesionales sanita-

©Ingram Publishing/Thinkstock



rios acerca de los cuidados básicos que deben seguirse en caso de un traumatismo dental.

Hábitos orales y desarrollo de maloclusiones

En los primeros años de vida pueden estudiarse las funciones básicas del ser humano que, interrelacionándose entre sí, sentarán las bases fundamentales para el desarrollo armónico del niño de forma integral. El proceso de desarrollo es delicado y puede alterarse por múltiples causas, por lo que es fundamental que los modos de vida y hábitos que se implantan sean beneficiosos y no nocivos. El conflicto surge cuando determinadas acciones, que por sí mismas son beneficiosas, se transforman en nocivas si el modo de llevarlas a cabo se modifica. Como ejemplo puede mencionarse la lactancia natural, cuyos beneficios son indudables tanto para la madre co-

mo para el niño, pero que realizada «a demanda», y especialmente por la noche, da lugar a cuadros graves de caries en niños pequeños.

En el momento del nacimiento, el niño tiene ya desarrollado el reflejo innato de succión que le permite alimentarse. Aproximadamente a partir del cuarto mes, la maduración nerviosa transforma este reflejo innato en reflejo adquirido, hasta que ese patrón de conducta cesa. La persistencia, más allá de lo razonable, de una conducta de succión puede tener serios efectos nocivos en el desarrollo de las estructuras bucales, por lo que será necesario detectarla a tiempo. Entre los hábitos de succión no nutritiva, los más perjudiciales son el uso prolongado del chupete, la succión digital, la deglución atípica y la succión labial.

El dedo y el chupete son los elementos más utilizados por el niño de corta edad para realizar la succión no nutritiva. A partir del primer año, los padres deben plantearse que el niño vaya perdiendo progresivamente el hábito de succión del chupete. Es cierto que no en todos los niños que continúan usándolo se producen deformaciones, pero en niños con determinados patrones de crecimiento craneofacial, gran intensidad de la succión y largos periodos diarios, el riesgo es alto. A nivel bucal, puede provocar adelantamiento de la premaxila y los incisivos superiores, y crecimiento asimétrico de los maxilares (originando mordida cruzada y mordida abierta anterior). Además, los labios suelen estar hipotónicos y la lengua permanece baja, con lo que persiste una deglución infantil. Ante estas complicaciones, sólo nos quedará interrumpir y reducir el hábito e iniciar un tratamiento de ortodoncia interceptiva; en muchos casos, serán necesarias la ayuda de logopedas y la implantación de terapia miofuncional.

Diferentes escuelas del pensamiento han intentado explicar las

CASO PRÁCTICO

Planteamiento

María es una niña de 3 años y 3 meses que acude a la clínica dental «porque tiene caries». A pesar de la corta edad de la paciente, es una situación habitual en la clínica odontopediátrica. En la anamnesis, los padres refieren que la niña es «mal comedora», y que para sustituir ciertas carencias alimentarias toma zumos azucarados y leche con cereales en el biberón. Los padres comentan que le cuesta masticar y que tiene dolor, por lo que intentan triturarle todas las comidas. Por las noches, muchas veces se toma un biberón con leche y cacao, y se duerme sin cepillarse los dientes. María sólo se los cepilla una vez al día. ¿Qué pautas debemos tener en cuenta para tratar a María, que sufre caries de aparición temprana?

Resolución

1. En el tratamiento de la caries dental es fundamental valorar y tratar los factores etiológicos. En este caso, deberemos modificar el factor dieta y el factor placa. También reforzaremos el factor huésped.
2. Será crucial explicar a los padres la necesidad de modificar la dieta, evitando los zumos azucarados y la leche con cacao; también deberá evitarse el uso del biberón, pues aumenta el riesgo de caries y provoca maloclusiones. Al mismo tiempo, les explicaremos que una vez hayamos tratado los dientes afectados la niña podrá volver a llevar a cabo una masticación correcta, pues no tendrá dolor. Deberemos ofrecerles una lista de alimentos «sustitutos» que resulten agradables a la niña, como frutas, lácteos, quesos e hidratos de carbono complejos (el queso tiene un excelente potencial anticaries). Los cambios dietéticos que se aconsejan deben implantarse de forma progresiva. Debe advertirse a los padres que los resultados potencialmente esperables no serán inmediatos, y que hasta que no finalice el tratamiento restaurador la niña tendrá molestias y dolor. Por lo tanto, deben saber que el proceso requiere mucha paciencia, y que sólo con disciplina y un cambio de hábitos el tratamiento tendrá éxito.
3. Recomendaremos a los padres la necesidad del cepillado como mínimo tres veces al día (tras el desayuno, la comida y la cena); si la niña toma algún dulce por la tarde, tras la merienda también deberá cepillarse con un dentífrico fluorado de 1.000 ppm. Los padres deben ayudarla en el cepillado de sus dientes.
4. En la clínica dental deberemos establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento específico para cada uno de sus dientes, y una vez finalizada la etapa reparadora será necesario establecer revisiones cada 3 meses para ver su evolución y reforzar y reevaluar las medidas preventivas enseñadas a los padres. En este tipo de pacientes, se recomienda la aplicación de un barniz de flúor cada 3-6 meses.

bases psicológicas de la succión digital, sin que por el momento se haya llegado a un consenso. Muchas veces aparece como consecuencia

de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales o deseos de llamar la atención. Este hábito se presenta con mucha frecuencia, y

suele terminar a los 3-4 años aproximadamente, pero en algunos casos se mantiene durante más tiempo. Las manifestaciones clínicas son similares a los efectos producidos por la succión del chupete, aunque dependerán de varios factores: la cantidad de dedos que se succionan, su posición, y la intensidad, frecuencia y duración.

Ante estas complicaciones, el tratamiento debe ir enfocado al uso de rejillas, pero si ya se han producido secuelas deberá iniciarse un tratamiento de ortodoncia interceptiva.

La succión labial se aprecia más fácilmente en invierno, por las manifestaciones dérmicas visibles. Es muy difícil de eliminar y muchos padres no la detectan o la aceptan como algo normal. En algunos casos puede provocar maloclusiones, por la descompensación de fuerzas entre la lengua y los músculos orofaciales.

Los distintos estudios realizados sobre cuándo se produce o debe producirse el cambio de patrón de deglución infantil (con interposición de la lengua entre la parte anterior de ambas arcadas) a deglución adulta (donde el dorso de la lengua se apoya en el paladar) no son concluyentes. La mayoría de ellos sitúa esta edad sobre los 18 meses, momento en que ya han erupcionado los incisivos, los caninos y los primeros molares temporales. Entre las principales complicaciones que pueden darse si no se produce el cambio de patrón, cabe destacar la mordida abierta anterior y la protrusión de los incisivos. La corrección del hábito incluye la enseñanza del modo correcto de deglutir, pero hay que tener en cuenta que en muchos de estos niños la persistencia de una deglución infantil se asocia al hábito de respiración bucal debido a algún trastorno. Por tanto, el tratamiento será multidisciplinario, con la participación de pediatra, otorrino, logopeda y odontopediatra.

TABLA 1

Cronología del desarrollo de la dentición temporal	
Erupción (promedio de edad en meses)	
Dientes temporales superiores	
Incisivo central	10 (8-12)
Incisivo lateral	11 (9-13)
Canino	19 (16-22)
Primer molar	16 (13-19)
Segundo molar	29 (25-33)
Dientes temporales inferiores	
Incisivo central	8 (6-10)
Incisivo lateral	13 (10-16)
Canino	17 (15-21)
Primer molar	16 (14-18)
Segundo molar	27 (23-31)
Tomada de: Logan y Kronfeld (ligeramente modificada por McCall y Schour).	

Conviene señalar que el hecho de que el hábito de la respiración bucal pueda considerarse como tal o como una enfermedad tiene poca relevancia; en cambio, sí es importante tener en cuenta que, una vez eliminado el problema que impedía al paciente respirar por la nariz, el niño continuará respirando por la boca si no se le ejercita su respiración nasal. En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, lo que provoca una falta de crecimiento maxilar con paladar estrecho y protrusión incisiva, y con ello el desarrollo de mordidas cruzadas. En casos muy extremos, este hábito puede provocar cambios esqueléticos y dentarios que afectarán a la cara del individuo, que se volverá más larga; además, su incompetencia labial será más manifiesta, desarrollando un labio superior corto por la elevación de la base de la nariz y las narinas expuestas frontalmente, ofreciendo un aspecto que se conoce como «síndrome de cara larga o facies adenoide».

Finalmente, debe señalarse también que un hábito nocivo no siem-

pre causa la patología esperable. Hay que tener en cuenta la susceptibilidad del niño y la capacidad natural del organismo para compensar la acción de un agente deletéreo. Por tanto, no debemos asustar a los padres con rotundas afirmaciones causa-efecto, sino educarlos para la salud. La eliminación del hábito siempre es difícil si el niño no desea abandonarlo, y en cambio cuando el niño muestra interés es probable que cualquier método que utilicemos resulte efectivo. Lo importante no es el tipo de aparato, sino el deseo de erradicar el hábito por parte del paciente, lo que precisará estímulos muy positivos de reafirmación de conducta tanto por parte de los progenitores como por parte de los profesionales sanitarios: pediatras, logopedas y odontopediatras.

Otras afecciones bucales

En la exploración que se realiza al bebé, la evaluación de la cabeza y el rostro suele realizarla el pediatra. Por desgracia, el odontopediatra no conoce al paciente hasta que ha transcurrido bastante tiempo; por

este motivo, suele ser el pediatra quien detecta algunas patologías, ya sean congénitas, traumáticas o de otra etiología, como perlas de Epstein, nódulos de Böhn, quistes epiteliales, hematomas o quistes de erupción, dientes natales y neonatales y enfermedad de Riga-Fede, que en algunos casos requieren tratamiento y obligan a remitir al paciente al odontopediatra.

Es habitual que la aparición de los dientes temporales produzca una escasa sintomatología, presentándose un ligero enrojecimiento e hinchazón de la mucosa hasta que el diente emerge. Los dientes temporales comienzan a aparecer a los 6 meses de edad, y siguen una cronología eruptiva determinada (tabla 1).

En la aparición de la segunda dentición se da una mayor variabilidad, debido a la influencia de factores hormonales y a la diferencia de sexo. La cronología de erupción que siguen los dientes permanentes se muestra en la tabla 2.

TABLA 2

Cronología del desarrollo de la dentición permanente

	Erupción (años)
Dientes permanentes superiores	
Incisivo central	7 a 8
Incisivo lateral	8 a 9
Canino	11 a 12
Primer premolar	10 a 11
Segundo premolar	10 a 12
Primer molar	6 a 7
Segundo molar	12 a 13
Dientes permanentes inferiores	
Incisivo central	6 a 7
Incisivo lateral	7 a 8
Canino	9 a 12
Primer premolar	10 a 12
Segundo premolar	11 a 12
Primer molar	6 a 7
Segundo molar	11 a 13

Tomada de: Logan y Kronfeld (ligeramente modificada por McCall y Schour).

Puntos clave

- La odontología pediátrica se ha convertido en una parte cada vez más relevante de la atención integral de la salud del niño.
- La promoción de la salud es uno de los pilares básicos para evitar la instauración de la enfermedad bucal en la población pediátrica y su evolución a la edad adulta.
- La caries dental constituye hoy en día el principal motivo de visita en la consulta odontopediátrica. Los dientes temporales deben ser tratados para evitar complicaciones en la dentición permanente.
- Las estrategias preventivas frente a la caries dental se orientan hacia la valoración e intercepción de cada uno de los factores etiológicos: factor huésped, factor dieta y factor placa dental.
- La gingivitis es la enfermedad gingival más común en los niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación en las encías y sangrado cuando el niño se cepilla o cuando procedemos a su exploración.
- Los traumatismos dentales son situaciones clínicas frecuentes en la etapa de crecimiento, y debe seguirse un riguroso protocolo de atención y seguimiento tanto en los casos más leves como en los más severos.
- Los malos hábitos orales (como succión digital, succión del chupete, succión labial, deglución atípica o respiración bucal) causan gran número de maloclusiones.
- No siempre un hábito nocivo causa la patología esperable, ya que ello depende de varios factores. Por tanto, no debemos asustar a los padres con rotundas afirmaciones causa-efecto, sino educarlos para la salud.
- Entre las afecciones de los tejidos blandos, uno de los principales motivos de visita es la hipertrofia del frenillo lingual asociada a anquiloglosia.

Existen trastornos locales que acompañan a la erupción dental (como quistes de erupción, y opérculos o foliculitis que pueden ser asintomáticos o presentar sintomatología), y en algunos casos se hace necesario llevar a cabo algún tipo de tratamiento. Los casos graves de erupción precoz a tardía se asocian a enfermedades sistémicas o síndromes (p. ej., síndrome de Down, disostosis cleidocraneal, hipotiroidismo, hipovitaminosis D...).

Entre las afecciones de los tejidos blandos, uno de los principales motivos de visita es la hipertrofia del frenillo lingual asociada a anquiloglosia. El pediatra debe explorar que la movilidad del frenillo lingual sea adecuada para evitar serios problemas de alimentación, fonación y desarrollo adecuado de las estructuras óseas bucales. El tratamiento de la frenectomía lingual debe ser lo más precoz posible, a diferencia del tratamiento quirúrgico de frenillo labial superior, que requiere un tratamiento más tardío, entre los 12 y 13 años, cuando ya han erupcionado los caninos permanentes superiores. Otras de las afecciones de los tejidos blandos que pueden darse durante el crecimiento son: candidiasis, aftas, gingivo-estomatitis herpética primaria, infección secundaria por herpes, y lesiones exofíticas, como fibromas por irritación, granulomas o verrugas, y lengua geográfica.

Bibliografía

- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. Reference manual. 2013; 35(6): 114-122.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assesment and management for infants, children, and adolescents. Reference manual. 2013; 35(6): 123-130.
- Andersson L, Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 2012; 28: 88-96.
- Barbería E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Madrid: Editorial Ripano, 2005.
- Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Madrid: Editorial Ripano, 2011.
- Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. Barcelona: Editorial Masson, 2005.
- Bravo M, Llodra JC, Cortés FJ, Casals E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE. 2007; 12(3): 143-168.
- Cameron AC, Widmer RP. Manual de odontología pediátrica, 3.ª ed. Madrid: Editorial Elsevier Mosby, 2010.
- DiAngelis AJ, Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, Trope M, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol. 2012; 28: 2-12.
- Elías M, Arellano C. Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Madrid: Editorial Ripano, 2013.
- European Academy of Paediatric Dentistry. Policies and Guidelines. Guidelines on prevention of early childhood caries. 2008.
- Guido M, Castillo JL. Manejo odontológico materno-infantil basado en la evidencia científica. Madrid: Editorial Ripano, 2012.
- International Workshop for a classification of periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol. 1999; 4(1): 1-112.
- Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dent Traumatol. 2012; 28: 174-182.
- Powel LV. Caries prediction: a review of the literature. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26: 361-371.
- Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF Jr. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. Pediatrics. 2004; 114: e418-e423.
- Varela M. Problemas bucodentales en pediatría. Barcelona: Editorial Ergón, 1999.

¡Acceda a www.aulamayo.com para seguir el curso!