



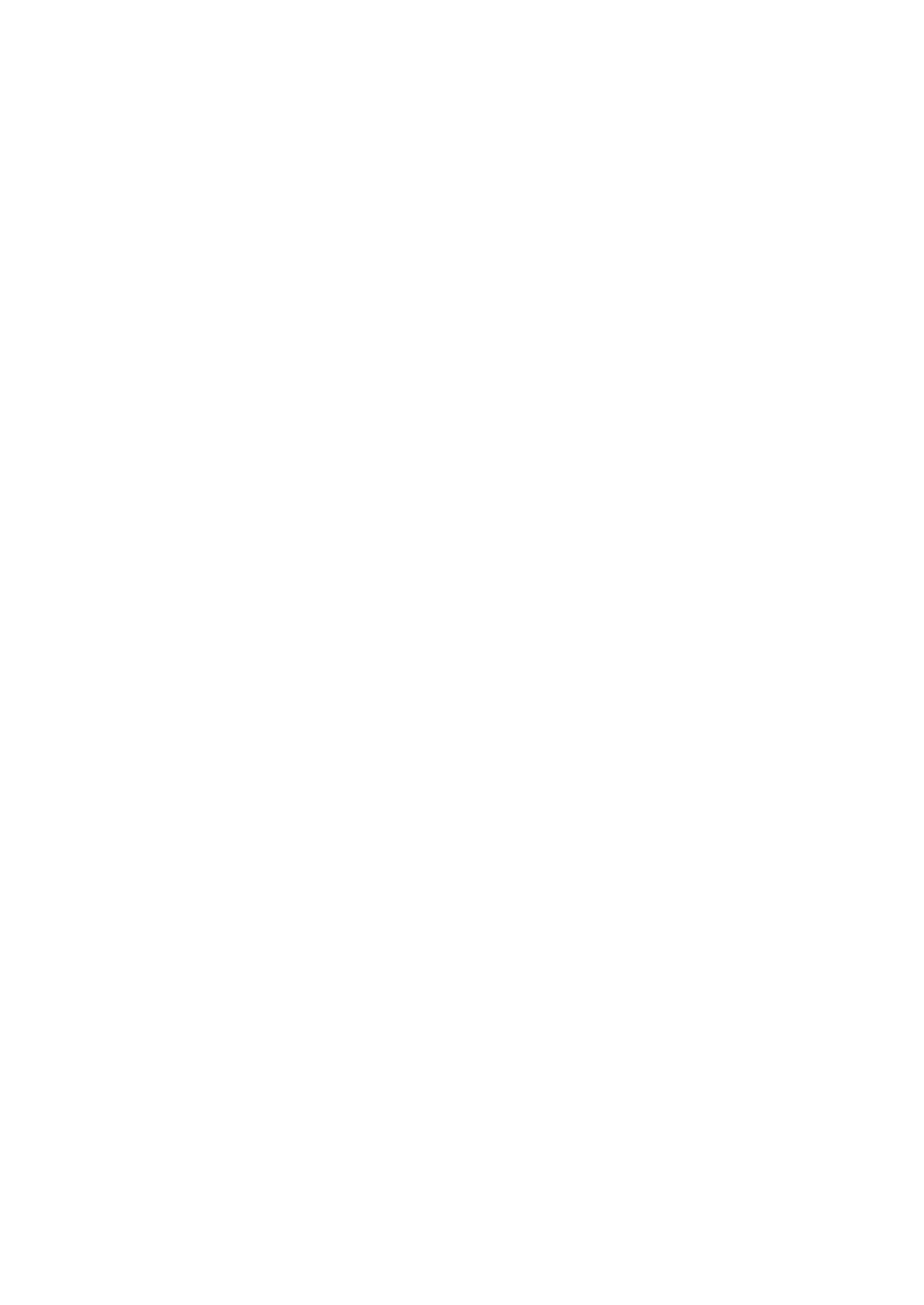
Guía pediátrica para la salud oral infantil

Guía de referencia

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™





Contenido

Estructura del diente	1
Guía preparatoria	2
Manejo de la infección y el dolor oral	4
Trauma dental: Lesión del diente	7
Fractura	10
Trauma: Tejido oral blando	12
Prevención de lesiones	13
Anomalías orales congénitas	14
Niños con necesidades especiales	16

RECONOCIMIENTOS

La *Guía pediátrica de salud oral infantil* es un proyecto de la Iniciativa de Salud Oral coordinado por la Academia Americana de Pediatría (AAP) en colaboración con la Oficina Federal de Salud Materno-Infantil.

Solicitamos que se citen las siguientes fuentes al hacer referencia a este documento:
Academia Americana de Pediatría.
Guía pediátrica para la salud oral infantil.
Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009

Para obtener información sobre la Iniciativa de Salud Oral de la AAP comunicarse con:
American Academy of Pediatrics
141 Northwest Point Blvd.
Elk Grove Village, IL 60007-1098
Correo electrónico: oralhealth@aap.org
Sede electrónica: www.aap.org/oralhealth

Las recomendaciones de esta publicación no indican un curso exclusivo de tratamiento ni sirven como parámetro de cuidado médico. Podrían ser apropiadas ciertas variaciones según las circunstancias individuales.

Los productos se muestran o mencionan sólo con fines informativos y no implican el visto bueno por parte de la AAP. La AAP no recomienda ninguna marca específica de productos o servicios.

Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados.

Principales autores

Rama Oskouian, DMD
Giusy Romano-Clarke, MD, FAAP

Colaboradores adicionales

Lauren Barone, MPH
Suzanne Boulter, MD, FAAP
Melinda B. Clark, MD, FAAP
David M. Krol, MD, MPH, FAAP
Wendy Nelson, ACCE
Francisco Ramos-Gomez, DDS, MS, MPH
Diona L. Reeves
Adriana Segura, DDS, MS
Rebecca Slayton, DDS, PhD

Los siguientes individuos y organizaciones suministraron fotografías para este recurso:

American Dental Association
ANZ Photography
Suzanne Boulter, MD, FAAP
Noel Childers, DDS, MS, PhD
David A. Clark, MD
Melinda B. Clark, MD, FAAP
Content Visionary
Yasmi Crystal, DMD
Joanna Douglas, BDS, DDS
Donald Greiner, DDS, MSc
Martha Ann Keels, DDS, PhD
Rama Oskouian, DMD
Rocio B. Quinonez, DMD, MS, MPH
Giusy Romano-Clarke, MD, FAAP

Agradecimientos especiales al personal de la AAP y al comité asesor que ayudaron en la producción de este recurso.

Este recurso fue respaldado en parte por la Concesión No. U93 MC 00184 de la Oficina de Salud Materno-Infantil (Título V, Ley del Seguro Social), Administración de Recursos y Servicios de Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos.



Estructura del diente

Corona: Parte del diente que es visible por encima de las encías.

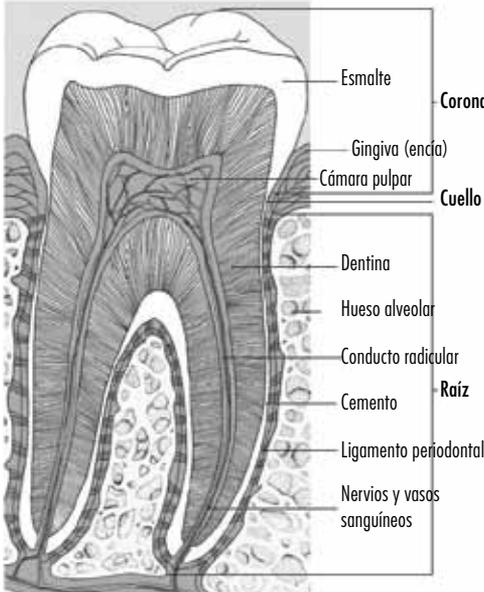
Esmalte: Capa exterior del diente que recubre la corona. El esmalte es una capa dura, delgada y translúcida de una sustancia calcificada que recubre y protege la dentina. El esmalte es la sustancia más dura del cuerpo. Las propiedades del esmalte mantienen protegida la parte subyacente y más blanda del diente —llamada dentina— durante los procesos de masticación y trituración de los alimentos. La caries comúnmente se inicia en la superficie del esmalte y se va esparciendo hacia las demás capas.

Cámara pulpar: Parte más blanda del diente que se extiende desde la raíz del diente hasta la corona. La pulpa contiene tejido conectivo, vasos sanguíneos y nervios. Su función es suministrarle nutrientes al diente. Si la pulpa de un diente se daña de forma irreversible, el diente muere. El daño a la pulpa puede ser el resultado de un diente despostrillado, una caries profunda o un trauma.

Raíz: Parte del diente que está debajo de la corona. La raíz está cubierta por cemento y no por esmalte, y está unida por el ligamento periodontal al hueso alveolar. Es como un anclaje porque ayuda a sostener los dientes dentro del hueso alveolar.

Dentina: Sustancia dura y gruesa que constituye el principal componente de la estructura del diente. La dentina se encuentra por debajo del esmalte en la corona y por debajo del cemento en la raíz. La dentina le da al diente la flexibilidad y la habilidad necesarias para absorber fuertes cantidades de cargas funcionales sin que se fracture. La dentina normal está compuesta por millones de túbulos que cambian a medida que se pasa de la periferia a la cámara pulpar. Estos túbulos contienen diminutas proyecciones de nervios y por lo tanto son sensibles a la exposición al aire, el ácido y el tacto.

Anatomía del diente



Hueso alveolar: Parte ósea de los maxilares que rodea y sostiene al diente.

Cemento: Capa delgada de tejido calcificado (depósitos duros de calcio) que recubre a la dentina de la raíz. El cemento es uno de los cuatro tejidos que sostienen al diente en la mandíbula. Los principales componentes inorgánicos del cemento son las hidroxiapatitas, que son cristales delgados con aspecto de placas, similares a los que se encuentran en el hueso.

Ligamento periodontal: Compuesto por haces de fibras conectivas que fijan el diente en los maxilares.

Guía preparatoria

EDAD	EVALUACIÓN DE RIESGO	GUÍA PREPARATORIA
Nacimiento a 4 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Tienen la madre o los hermanos caries, dolor de muela, sangrado o sensibilidad en las encías o se les ha realizado tratamiento para las caries en el último año? ▪ ¿Tienen la madre y los hermanos un dentista? ▪ ¿Contiene flúor el agua del grifo? ▪ ¿Usan el agua fluorada que sale del grifo para beber y cocinar? ▪ ¿Es éste un bebé con necesidades especiales de salud (como bajo peso al nacer, prematuro, anomalías congénitas?) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimule una buena higiene oral por parte de los padres o cuidadores. ▪ Si la familia no tiene un dentista, estimule y ayude a los padres a identificar uno y así establecer un hogar dental. ▪ Revise la naturaleza infecciosa de la caries dental. ▪ Aconseje limpiarle la boca al bebé con un pañito después de alimentarlo. ▪ Explique a los padres que no deben chupar el chupón del bebé con la intención de limpiarlo. ▪ Aconseje no acostar al bebé con un biberón o un vasito con boquilla. ▪ Brinde información sobre la dentición.
6 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase las preguntas anteriores. ▪ ¿Se usa agua fluorada del grifo para preparar la leche de fórmula y la comida del bebé? ▪ ¿Se queda dormido el bebé con un biberón que contiene leche de fórmula o un líquido distinto al agua? ▪ ¿Amamanta el bebé a demanda a lo largo de la noche? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase la información de las visitas previas. ▪ Aconseje usar agua fluorada para preparar la leche de fórmula. ▪ Contemple recetar gotas de flúor si el suministro de agua no contiene flúor. ▪ Aconseje no acostar al bebé con un biberón que contenga algo que no sea agua. ▪ Aconseje no masticar los alimentos del bebé antes de dárselos ni compartir utensilios.
9 a 12 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase las preguntas anteriores. ▪ ¿Se usa agua fluorada del grifo para beber y preparar la leche de fórmula y/o la comida del bebé? ▪ ¿Toma el bebé sorbitos de un vaso o de un biberón que contiene leche, jugo u otra bebida azucarada entre comidas? ▪ ¿Come el bebé bocaditos dulces, galletas u otros alimentos ricos en carbohidratos entre comidas? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase la información de las visitas previas. ▪ Indique a los padres cómo examinar los dientes y la boca del bebé "levantándole los labios". ▪ Recomiende a los adultos usar una pizca de pasta dental con flúor para cepillarle los dientes a los niños que estén en alto riesgo de caries. A partir del primer año de edad, hay que lavarle los dientes dos veces al día (en la mañana y en la noche).

9 a 12 meses de edad (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se queda dormido el bebé con un biberón que contiene leche de fórmula o jugo, o amamanta el bebé a demanda a lo largo de la noche? ▪ ¿Han comenzado los padres u otro adulto a cepillarle los dientes al bebé con una “pizca” de pasta dental con flúor? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñe cómo prevenir lesiones en la boca y los dientes. ▪ Repase los hábitos de alimentación, aconseje meriendas saludables y desaliente el hábito de “picar” todo el día. ▪ Hable sobre el hogar dental.
---	--	---

15 a 18 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase las preguntas anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase la información de las visitas previas. ▪ Aconseje suspender el uso del biberón. ▪ La exposición prolongada a la leche o los jugos causan daños a los dientes porque las bacterias de la boca convierten los azúcares en ácido. El ácido ataca el esmalte y puede conllevar a la caries dental.
------------------------------	--	---

24 a 36 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase las preguntas anteriores. ▪ ¿Le cepilla un adulto los dientes al niño dos veces al día con una cantidad de pasta dental con flúor del tamaño de un guisante? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repase la información de las visitas previas. ▪ Evalúe los cambios según las necesidades de flúor. ▪ Refuerce la importancia de cepillarle los dientes al niño con una cantidad de pasta dental con flúor del tamaño de un guisante. ▪ Refuerce la importancia de prevenir lesiones y responder a las mismas. ▪ Cerciórese de que el niño tenga un hogar dental.
------------------------------	--	--

DOCUMENTACIÓN

Evaluación de salud oral—nacimiento a 3 años de edad				
Salud oral de la madre/cuidador _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> caries <input type="checkbox"/> manchas <input type="checkbox"/> placa dental <input type="checkbox"/> desmineralización <input type="checkbox"/> tomas nocturnas <input type="checkbox"/> consumo frecuente de bocaditos/jugos (en vasito para bebé) <input type="checkbox"/> necesidades especiales <input type="checkbox"/> SES	<input type="checkbox"/> ¿Tiene el niño un hogar dental? sí no	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene la madre un dentista? sí no				
Resultado	Educación	Flúor	Referir	Completo
© 2009, Iniciativa de Salud Oral de la AAP				

- Documente la aplicación de barniz de flúor en el expediente médico del niño.
- Para tablas escritas a mano, use autoadhesivos para documentar el examen y cualquier hallazgo de salud oral.

- Una versión de este autoadhesivo se puede descargar e imprimir en línea en www.aap.org/oralhealth/chart-stickerspanish.doc

Manejo de la infección y el dolor oral

ABSCESO DENTAL

Acumulación de fluido purulento causado por infección bacteriana. La causa más común es la extensión de un proceso de caries dental hacia la pulpa del diente. También puede deberse a un trauma al diente que permite a la bacteria de la boca ingresar a la pulpa del diente



Absceso dental

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Los organismos anaeróbicos son los agentes causantes más comunes en los abscesos dentales.
- Un absceso podría estar asociado con celulitis facial.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Tratar con amoxicilina o penicilina si la fiebre o la infección se extiende a la cara y a los ganglios regionales. Se debe recetar clindamicina si el niño es alérgico a la penicilina.
- El dolor se puede controlar con drogas anti-inflamatorias no esteroideas o con una combinación de acetaminofen/narcóticos.
- Una infección puede amenazar la vida del niño y debe ser asumida como una emergencia. Remita al paciente de inmediato a un dentista para que éste realice un manejo definitivo.

CANDIDIASIS ORAL/AFTAS

Infección bucal ocasionada por el hongo *Candida* (levadura) que se manifiesta como placas blancas adherentes, usualmente en la lengua y en los carrillos. También puede estar presente en el paladar, las encías, las amígdalas o la garganta.



Candidiasis oral/Aftas

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- La candidiasis oral puede presentarse en recién nacidos, pacientes cuyo sistema inmune está comprometido, pacientes con diabetes e individuos sometidos a un tratamiento de antibióticos a largo plazo, lo que puede alterar la flora oral normal.
- La candidiasis oral es una infección por hongos.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Tratar con agentes antifúngicos tópicos, como nistatina o clotrimazol.
- Ésta es una complicación común por el uso de esteroides inhalados comunes en el tratamiento del asma. Aconseje a los pacientes usar un espaciador y enjuagarse siempre la boca tras el uso del esteroide inhalado.
- Si los síntomas persisten, considere la re-infección por chupones, biberones o pecho materno, así como resistencia a los medicamentos antifúngicos.

GINGIVITIS

Se produce por la acumulación de bacterias que se encuentran en la placa dental, ocasionando que las encías se inflamen (rojas e hinchadas) y sangren fácilmente durante el cepillado de dientes y el uso del hilo dental.



Gingivitis

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Las visitas regulares al dentista ayudarán a eliminar la acumulación de placa dental.
- Una vez que el dentista remueva la placa, el cepillado y el uso regular del hilo dental ayudarán a minimizar la formación de placa.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Tratar con enjuague vigoroso de 3 a 4 veces al día usando 6 onzas de líquido y aproximadamente $\frac{1}{4}$ de cucharadita de sal, aproximadamente $\frac{1}{4}$ de cucharadita de bicarbonato de sodio y aproximadamente 1 onza de peróxido de hidrógeno al 3%.

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA Y HERPES LABIAL

Inflamación de las mucosas de las mejillas, las encías, la lengua, el paladar y el piso de la boca. Es causada primariamente por el virus herpes simple tipo 1.



Gingivostomatitis
herpética primaria

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- La gingivostomatitis herpética primaria puede estar asociada con fiebre (101 °F–104 °F), irritabilidad, agitación, inapetencia y mal aliento.
- Puede aparecer como ampollas en la boca, a menudo en la lengua, las mejillas y el paladar, las que posteriormente se reventan formando úlceras.
- Las úlceras son dolorosas y pueden hacer que el niño se niegue a beber, lo que a su vez puede conducir a la deshidratación. Mientras la boca del niño esté adolorida, déle una dieta líquida consistente en bebidas no ácidas entre frías y heladas.
- La infección es de por vida y reaparece como "fuegos" o herpes labial que se manifiesta como ampollas en los labios o las comisuras de la boca, usualmente en momentos de estrés o infección.



Herpes labial

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- La enfermedad es auto-limitada, así que el tratamiento primordialmente se basa en el apoyo mediante mantenimiento de la hidratación y control del dolor.
- La gingivostomatitis herpética primaria puede tratarse con medicamentos antivirales de la familia del aciclovir.
- El herpes labial generalmente se trata con terapias tópicas.

Manejo de la infección y el dolor oral

ÚLCERAS AFTOSAS

Úlceras redondas entre amarillentas y grises rodeadas por un eritema (halo). Las úlceras aftosas suelen localizarse en la membrana mucosa.



Úlceras aftosas

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Éste es el tipo de úlcera más común en los Estados Unidos.
- La etiología se desconoce, pero puede ser infecciosa, autoinmune, alérgica, nutricional o de naturaleza traumática.
- Es probable que las úlceras aftosas puedan recurrir.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Pueden tratarse con cremas anestésicas tópicas o enjuagues bucales, aunque los beneficios de usar estos productos no están bien definidos. También podrían tratarse con una crema tópica de esteroides o un enjuague de acetónido de triamcinolona al 0.5%.

MUCOCELE Y RÁNULA

El mucocelo es un quiste translúcido o de color azulado que se forma por la acumulación de moco secundario debido a un trauma de una glándula salivar menor. Una ránula es una acumulación grande de moco debajo de la lengua que obstruye el conducto salivar.



Mucocele

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Los mucocelos y las ránulas no suelen causar dolor.
- Pueden variar en tamaño desde muy pequeñas hasta varios centímetros.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- No es necesario un tratamiento para los mucocelos a menos que la lesión sea grande e incómoda.
- Las ránulas deben extirparse.



Ránula

Trauma dental: Lesiones del diente

El sitio más común de lesión es en los incisivos centrales del maxilar superior, lo que representa más del 50% de todas las lesiones dentales. Las lesiones orales comúnmente ocurren por caídas (lo más usual), accidentes de bicicleta y de auto, lesiones relacionadas con deportes y violencia. La boca también es un sitio común de traumas no accidentales, por lo que el maltrato infantil siempre debe ser considerado al evaluar un niño con trauma oral.

Las lesiones dentales pueden variar desde leves hasta severas y se clasifican de la siguiente forma:

LESIÓN LEVE/EVALUACIÓN NO URGENTE POR PARTE DE UN DENTIST

Lesión del diente y de sus estructuras de sostén sin que se cause un aflojamiento anormal o un desplazamiento del diente. El diente presenta dolor a la percusión.



1. Concusión

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Seguir una dieta blanda por dos semanas.
- Monitorear cambios en el color del diente.
- Informar a los padres sobre una posible lesión del diente permanente que se encuentra en desarrollo debido al trauma en el diente temporal.
- Recordar a los padres la importancia de los portones de seguridad y los protectores para bordes de muebles, así como el uso de protectores bucales para deportes.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Remitir a un dentista para una valoración no urgente.

Lesión del diente y de sus estructuras de sostén caracterizado por un aflojamiento anormal del diente pero sin desplazamiento del mismo. El diente presenta dolor a la percusión y se observa sangrado en el margen gingival.



2. Subluxación

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Enjuagar con agua fría.
- Seguir una dieta blanda por dos semanas.
- Monitorear cambios en el color del diente que puedan indicar necrosis de la pulpa.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Requiere de un seguimiento dental, ya que puede conllevar a una necrosis de la pulpa. Si el trauma ocurre a un diente permanente, podría ser necesario ferulizar el diente.

LESIÓN MODERADA/REFERIR A UN DENTISTA OPORTUNAMENTE

Lesión del diente y de sus estructuras de sostén caracterizado por un alojamiento anormal que conlleva al desplazamiento del diente. El diente lesionado corre riesgo de sufrir una necrosis de la pulpa y reabsorción de la raíz.



3. Luxación lateral

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Enjuagar con agua fría.
- Colocar un paquete helado sobre el labio y la boca si hay inflamación.
- Seguir una dieta blanda por dos a cuatro semanas, dependiendo del tipo de lesión.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Requiere de una valoración oportuna por un dentista para reposicionar el diente/diente(s) lesionado(s). Puede ser necesario ferulizar el diente para mantenerlo en su sitio.
- Incluso los dientes temporales deben ser examinados por un dentista ya que el diente permanente subyacente podría estar lesionado.

El diente es impactado dentro del alveolo en el hueso alveolar. Puede verse más corto o apenas visible. Presenta un mal pronóstico y un alto riesgo de complicaciones, incluyendo reabsorción de la raíz, necrosis de la pulpa e infección. Puede ser necesario la realización de un tratamiento de conductos.



4. Intrusión

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Este tipo de lesión puede afectar al diente permanente subyacente, especialmente si se desarrolla una infección.
- El diente puede re-erupcionar entre el segundo y el sexto mes. Si un diente temporal no re-erupciona por sí solo, se requerirá de una extracción para que no interfiera con la erupción del diente permanente.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- No intente sacar el diente que se ha intruido. En su lugar, concéntrese en el control del dolor.
- En el caso de un diente temporal, busque evaluación dental en un lapso de una semana (o más pronto en caso de tener síntomas significativos).
- En caso de un diente permanente, remita a un dentista de inmediato para reposicionar o ferulizar el diente.

El diente está parcialmente desplazado de su alveolo. Este tipo de lesión requerirá de una reposición y ferulización.



OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Remitir a un dentista oportunamente para que evalúe la extensión de la lesión así como cualquier lesión asociada.

5. Extrusión

LESIÓN SEVERA/REFERIR A UN DENTISTA INMEDIATAMENTE

El diente está completamente fuera de su alveolo. El manejo dependerá del tipo de diente.



6. Avulsión

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- No reimplante un diente temporal, ya que podría dañar el diente subyacente. En su lugar, remita al paciente a un dentista en un lapso de 24 horas.
- Si es un diente permanente, reimplántelo de inmediato, asegurándose de su correcta orientación. El diente debe ser reimplantado en un lapso de 20 minutos. Si se reimplanta durante los primeros cinco minutos el pronóstico será mejor y si se reimplanta después de dos horas desde el momento en que ocurrió el traumatismo el pronóstico será peor.
- Pida al paciente que muerda sobre una gasa o un pañuelo para sostener el diente en su lugar.
- Envíe al paciente a un dentista o a un cirujano maxilofacial de inmediato para tomar radiografías, ferulizar el diente e instaurar una profilaxis antibiótica.
- Si el diente no puede ser reimplantado en la escena, éste debe ser transportado en una solución de Hanks, leche fría baja en grasa, solución salina o una bebida deportiva fría no carbonatada.
- Nunca sugiera al niño que sostenga el diente dañado en su boca debido al riesgo de aspiración o contaminación bacteriana.
- Si el diente no puede ser localizado, no asuma que se perdió en la escena. Podría estar incrustado en los tejidos blandos, impactado totalmente en el hueso alveolar o en las cavidades sinusales, aspirado o tragado. Se deben tomar radiografías para buscar los dientes que faltan.
- Administrar una profilaxis de tétanos si el alveolo dental está contaminado con detritus.

Fractura

FRACTURA NO COMPLICADA DEL ESMALTE

Fractura (grieta) del esmalte sin que se involucre la dentina o la pulpa. Puede tener un borde afilado.



Fractura del esmalte no complicada

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- En muy raras ocasiones este tipo de fractura es dolorosa.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Inspeccionar los labios lesionados, la lengua y la encía para descartar la presencia de fragmentos de diente.
- Remitir al paciente a un dentista para su valoración, donde podría requerirse una radiografía para descartar una fractura subyacente de la raíz.
- Recomendar un seguimiento a largo plazo para evaluar posibles complicaciones, las cuales son poco comunes.

FRACTURA NO COMPLICADA DEL ESMALTE Y LA DENTINA

Fractura del esmalte-la dentina que no involucra a la pulpa y que puede reconocerse por el color entre amarillo y rosado de la dentina. Entre las posibles complicaciones están la necrosis pulpar y la infección.



Fractura no complicada del esmalte y la dentina

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Pida al niño que se enjuague con agua tibia.
- Seguir una dieta suave, evitando alimentos muy calientes.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Inspeccionar los labios lesionados, la lengua y las encías para descartar la presencia de fragmentos de diente.
- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Si un diente temporal resulta lesionado, remita al paciente a un dentista para un manejo completo.
- Si un diente permanente resulta lesionado, remita al paciente a un dentista en un lapso de 12 a 24 horas para cubrir la dentina expuesta de los incisivos permanentes. Si el trozo fracturado se ha guardado, podría usarse para restaurar el diente.

FRACTURA CORONAL COMPLICADA

Fractura del esmalte y la dentina con exposición de la pulpa. El sitio de la fractura presenta un tinte rojizo o algo de sangre. Este tipo de fractura puede causar dolor extremo y puede conllevar a la necrosis de la pulpa. También se puede presentar riesgo de reabsorción radicular e infección en la pulpa expuesta.



Fractura coronal complicada.

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Pida al niño que se enjuague con agua tibia.
- Si hay inflamación facial, aplique un paño frío o paquete helado para reducir la inflamación.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Remitir al paciente a un dentista lo más pronto posible (en un lapso de 12 a 24 horas) para una valoración

FRACTURA RADICULAR

Fractura con exposición de la pulpa. Entre las posibles complicaciones de una fractura radicular figuran la reabsorción radicular y la necrosis pulpar.



Fractura radicular

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Remitir al paciente a un dentista lo más pronto posible (en un lapso de 12 a 24 horas) para una valoración, donde el diagnóstico se hará mediante radiografías.
- La movilidad excesiva del diente debe conducir a la sospecha de una fractura radicular.
- El tratamiento consiste en reducción y ferulización del diente permanente, o la extracción del diente afectado, dependiendo de la extensión de la lesión traumática.

Trauma: Tejido oral blando

LESIÓN DEL LABIO



Lesión del labio

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- La hinchazón y la contusión de los labios son comunes después de un trauma oral, incluso sin la presencia de una laceración.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Aplicar un paño frío o paquete helado para reducir la inflamación.
- Examinar cuidadosamente para ver si hay laceración. En caso de que la haya, determinar si un cuerpo extraño, como un fragmento de diente o gravilla, ha penetrado en la herida.
- Una laceración profunda del labio puede requerir sutura.

LESIÓN DEL FRENILLO



Lesión del frenillo

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- El frenillo es propenso a desgarrarse como resultado de una caída que cause trauma en la boca o los dientes.
- El desgarramiento del frenillo sana espontáneamente sin consecuencias a largo plazo.
- Evitar alimentos cítricos o ácidos.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.

LESIÓN DE LA LENGUA



Lesión de la lengua

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Administrar acetaminofen para aliviar el dolor.
- Examinar cuidadosamente para determinar la extensión de la laceración.
- Remitir prontamente a un médico experimentado en el procedimiento, tal como la mayoría de los cirujanos orales, algunos dentistas pediátricos y otorrinolaringólogos.
- Suturar sólo cuando la laceración es severa y los bordes de la herida no se aproximen por sí mismos.

Prevención de lesiones

El modo más efectivo de intervención es la prevención. Los pediatras están en la singular posición de ayudar a las familias a prevenir traumatismos accidentales, incluyendo trauma oral, al brindar guías preparatorias durante las consultas rutinarias.

FACTORES DE RIESGO



Los pediatras deben estar al tanto de los siguientes factores de riesgo para trauma oral:

- Niños cuyos reflejos protectores están comprometidos o cuya coordinación es deficiente.
- Hiperactividad
- Maltrato o descuido infantil
- Maloclusión, o un contacto anormal entre los dientes superiores e inferiores
- Falla en el uso del equipo protector para la cara y la boca

GUÍAS PREVENTIVAS PARA LOS PADRES



Protector bucal

A continuación se ofrece una lista de sugerencias para la prevención de accidentes específicamente relacionados con traumas orales:

1. Advierta a los padres sobre posibles lesiones de los dientes permanentes en desarrollo debido al trauma si el diente temporal es lastimado
2. Repase y anticipe los hitos en el desarrollo. Por ejemplo, hable sobre las caídas desde camas o cambiadores antes de que se espere que el niño comience a darse la vuelta, es decir, alrededor de la visita de los dos meses.
3. Advierta sobre los riesgos de los andadores y trampolines. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda prohibir el uso de andadores debido a inquietudes de seguridad y desarrollo del niño y aconseja que no se usen trampolines en ningún tipo de ambiente. Para obtener más información al respecto, consulte la sección *Parenting Corner* en www.aap.org/parents.html.
4. Hable sobre la importancia de poner la casa a prueba de riesgos para el niño. Haga énfasis en los portones de seguridad, seguros para ventanas y protectores para las esquinas de los muebles.
5. Repase las medidas de seguridad para las actividades al aire libre y los deportes.
 - Uso obligatorio de cascos para bicicleta. También se deben usar cascos al montar en monopatines, patinetas y patines.
 - Cuando sea recomendado, se deben usar protectores bucales y máscaras o cascos.
6. Destaque la importancia de una supervisión adecuada en todo momento, especialmente cuando el niño esté cerca de muebles, en las escaleras o el patio de juegos, así como en todos los eventos y entrenamientos deportivos.



Casco

Anomalías orales congénitas

DIENTES NATALES

Dientes que están presentes en el recién nacido o que erupcionan durante el primer mes de vida. Pueden conllevar a la ulceración de la superficie ventral de la lengua.



Diente natal

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Los dientes natales comúnmente son los dientes temporales. De extraerse, no serán reemplazados sino hasta que salgan los dientes permanentes.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- La extracción es indicada si el diente está muy flojo, interfiere con la alimentación del niño o causa un daño significativo a los tejidos blandos.

ANQUILOGLOSIA/FRENILLO SOBREINSERTADO

Inserción del frenillo lingual al piso de la boca. Puede estar presente en recién nacidos, pero suele resolverse con el tiempo mediante el uso normal de la lengua.



Anquiloglosia/frenillo sobreinsertado

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- La anquiloglosia no suele generar un problema para el lenguaje o la alimentación del niño.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Se indica una frenilectomía sólo si el movimiento de la lengua está restringido y afecta la habilidad del niño para amamantar o tomar del biberón, o causa trauma al periodonto.

NÓDULOS DE BOHN

Remanentes de glándulas salivares que están localizados en la mucosa bucal o lingual, o en el paladar duro, lejos del rafe palatino.



Nódulos de Bohn

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Asintomática.
- Los nódulos de Bohn suelen desaparecer durante los primeros tres meses de vida.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Ninguna.

PERLAS DE EPSTEIN

Se hallan a lo largo del rafe medio palatino del paladar duro.



Perlas de Epstein

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Asintomática.
- Las perlas de Epstein suelen desaparecer durante los primeros tres meses de vida.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Ninguna.

QUISTE DE LA ERUPCIÓN/HEMATOMA

Quiste de fluido de carácter fluctuante y que aparece de una a tres semanas antes de la erupción de un diente.



Quiste de la erupción/
hematoma

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

- Suele ser asintomática y desaparece con la erupción del diente.

OPCIONES DE TRATAMIENTO/REFERIR

- Ninguna.

Para obtener más información acerca de otros trastornos específicos de salud oral, tales como lengua geográfica, lengua en fresa y enfermedad de manos, pies y boca, o acerca de enfermedades que pueden afectar la salud oral del niño, tales como diabetes y leucemia, consulte el documento *Protecting All Children's Teeth (PACT): A Pediatric Oral Health Training Program*, disponible a través de la página electrónica Iniciativa de Salud Oral en www.aap.org/oralhealth/pact.cfm.

Niños con necesidades especiales

Todos los niños con necesidades especiales de salud están en una categoría de riesgo y deben ser remitidos a un dentista hacia el primer año de vida. Cualquier niño con evidencia de caries o de anomalías dentales, gingivales o de erupción dental debe ser remitido de inmediato a un dentista que esté familiarizado con el manejo de niños con necesidades especiales.

FACTORES DE RIESGO



Erosión del esmalte

Los niños con necesidades especiales de salud tienen un riesgo mayor de desarrollar caries por las siguientes razones:

- **Dieta.** Muchos niños requieren de sesiones de lactancia prolongadas o frecuentes o de una dieta especial que es cariogénica. Los medicamentos que contienen azúcar y que no pueden darse a las horas de las comidas representan una exposición adicional de los dientes al azúcar.
- **Sequedad anormal de la boca.** Conocida como xerostomía, esta afección es causada por la producción insuficiente de saliva, lo que aumenta el riesgo de caries.
- **Enfermedad del reflujo gastroesofágico y vómitos.** La exposición regular de los dientes al ácido puede causar el desgaste del esmalte y aumentar la predisposición a las caries.
- **Dificultades en la higiene oral.** La falta de coordinación durante la masticación puede dejar restos de comida en la boca, y una lengua débil y con falta de coordinación podría no ser capaz de limpiar adecuadamente todas las superficies orales. Las náuseas por el cepillo de dientes, la pasta dental o la saliva podrían inhibir el cepillado completo de todas las superficies, mientras que la incapacidad de escupir podría hacer que el niño trague pasta dental.

OTRAS INQUIETUDES



Defecto en el esmalte

1. **Erupción dental.** La erupción dental puede ser retardada, normal o adelantada en niños con necesidades especiales de salud. El retraso en la erupción es más común en niños con el síndrome de Down y con hipotiroidismo.
2. **Maloclusión y dientes apiñados.** Estos problemas ocurren muy frecuentemente en niños con un tono muscular anormal (como parálisis cerebral), retraso mental y anomalías craneofaciales. Los dientes apiñados son más difíciles de limpiar, lo que aumenta el riesgo de caries dentales y enfermedad periodontal.
3. **Anomalías dentales.** Los dientes podrían variar en forma, tamaño o número. Muchos síndromes vienen acompañados de anomalías dentales, incluyendo anodoncia (ausencia congénita de dientes) e hipodoncia (falta de desarrollo de algunos dientes). Los defectos dentales, como la hipoplasia dental y la descoloración, pueden ser resultado de afecciones genéticas o de exposición fetal a medicamentos. Estas anomalías dentales pueden aumentar el riesgo de caries.



Agrandamiento gingival

4. **Agrandamiento gingival.** El agrandamiento gingival pone a los niños en riesgo de una higiene oral deficiente, afección en la erupción dental, dificultad para masticar y gingivitis severa.
5. **Trauma.** Los traumas en la cara y la boca son más frecuentes en niños que sufren de convulsiones, retrasos en el desarrollo, pobre coordinación muscular y reflejos protectores anormales. Algunos niños con necesidades especiales presentan conductas de auto-lesión, lo cual puede dañar las estructuras orales.
6. **Bruxismo.** El hábito de apretar o rechinar los dientes inconscientemente en situaciones de estrés o durante el sueño es más común y a menudo más severo en niños que sufren de parálisis cerebral o retraso mental severo. El bruxismo puede conllevar a la pérdida del esmalte, dificultad al masticar o sensibilidad dental. Si se sospecha que un niño sufre de bruxismo, debe ser remitido a un dentista pediátrico para su valoración.
7. **Deficiencias vitamínicas.** Un problema que no sólo se limita a niños con necesidades especiales, las deficiencias en vitaminas C, D y K pueden causar inflamación gingival y decoloración, defectos en el esmalte y sangrado de las encías.

EVALUACIÓN EN EL CONSULTORIO PEDIÁTRICO



Examen a un niño con necesidades especiales

El examen oral puede ser más difícil en el caso de un niño con necesidades especiales de salud. El médico de cuidado primario debe hacer un mayor esfuerzo por completar la lista de verificación del examen. Referir temprano en el proceso a un profesional dental que esté familiarizado con niños con necesidades especiales de salud (comúnmente un dentista pediátrico) permitirá que el examen oral se complete y que todos los aspectos sean abordados.

El examen oral de un niño con necesidades especiales de salud es similar al examen rutinario de cualquier niño, pero los médicos deben hacer énfasis en el examen de las siguientes áreas y documentar la presencia de anomalías:

1. **Anomalías orales-faciales.** Esto incluye un examen general para detectar paladar hendido, micrognasia y lesiones orales.
2. **Dientes.** Las caries dentales y su severidad deben ser evaluadas. Los médicos también deben examinar al niño en búsqueda de hipoplasia en el esmalte o desmineralización, maloclusión o dientes de forma anormal, así como evaluar el patrón en la erupción dental.
3. **Encías.** Una mala salud gingival se puede identificar examinando la boca en busca de eritemas, inflamación, sangrado y agrandamientos.



Defecto gingival

Los niños con necesidades especiales de salud quizás no sean capaces de cooperar plenamente con las prácticas de higiene oral. Esto puede ser el resultado de náuseas, una actitud defensiva en torno a su boca o problemas de conducta. Adicionalmente, los niños con necesidades de salud especiales pueden tener dificultades en tolerar los líquidos de flúor, la pasta dental, el barniz, los sellantes y otras estrategias para la prevención de caries. El cuidado dental preventivo que se realiza diariamente en casa puede ser diseñado para satisfacer las necesidades específicas del niño, y esto suele ser mejor dirigido por un profesional de la salud dental involucrado en el cuidado del niño.



Micrognasia

Debe estimularse a las personas que cuidan al niño a que comenten sus inquietudes con el dentista pediátrico y el terapeuta ocupacional o del lenguaje que trabajan regularmente con el niño. Es posible que éstos puedan ayudar a la familia con técnicas que permitan mejorar el cuidado oral.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN



Oral Health Initiative

A program of the
American Academy of Pediatrics