



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO DEL
RECIEN NACIDO**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE**

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

KARLA NAYELI MARTÍNEZ MORALES

TUTOR: MTRO. JUAN ENRIQUE CASTRO OGARRIO
ASESORA: DRA. GEORGINA AVILÉS CORONEL.

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CONSIDERACIONES GENERALES	3
1. Motivo de la consulta	3
2. Exploración clínica general	4
2.1 Características corporales de los recién nacidos	
2.2 El peso	4
2.3 Examen físico	9
2.4 El desarrollo físico	10
2.5 Desarrollo social y emotivo	12
2.6 Proporciones faciales	14
3. Exploración clínica odontopediátrica	15
	18
EXPLORACIÓN DE DE LA CABEZA Y CUELLO	22
1. Cráneo	22
2. Cara	24
3. Cuello	25
4. Articulación temporomandibular	27
ESTRUCTURAS NORMALES DE LA CAVIDAD ORAL Y EXPLORACIÓN INTRAORAL	28
1. Exploración de tejidos blandos	28
1.1 Labios	29
1.2 Mucosa yugal	30
1.3 Frenillos	31
1.4 Rodetes gingivales	33
1.5 Encías	35
1.6 Paladar duro y blando	37
1.7 Lengua y piso de boca	38
1.8 Glándulas salivales	41
2. Exploración dentaria	42

CONCLUSIONES 48

FUENTES DE INFORMACIÓN 49

INTRODUCCIÓN

Muchos padres no piensan en la salud bucal de sus bebés hasta que les aparece el primer diente. Este suceso ocurre aproximadamente durante el sexto mes después del nacimiento; mientras esto sucede, hay algunas medidas que se pueden tomar para ayudar al bebé a tener una boca saludable. Los bebés necesitan un buen cuidado dental tanto en el hogar, como el proporcionado por los pediatras y odontopediatras.

Mientras más temprano inicie dicha atención, más pronto se podrá asegurar que los primeros dientes del bebé sean saludables y crezcan en forma correcta. Esto es importante porque las primeras piezas dentales (deciduos o temporales) sirven para masticar, sonreír, hablar y para mantener el espacio necesario para los dientes permanentes.

Cuando se presenta pérdida prematura puede afectar el habla, el autoestima y otros aspectos psicológicos del niño. Es importante realizar revisiones dentales como parte del cuidado de la salud de un niño de muy corta edad. Siempre que sea posible, cada niño debe ser remitido a un dentista, para que cada uno tenga un "hogar dental" a lo largo de su infancia.

Una revisión oral debe:

- Determinar el estado de la salud oral del niño.
- Identificar anomalías o patologías, incluyendo caries.
- Proveer instrucción acerca de cómo prevenir las enfermedades dentales.
- Aprovechar los "momentos de enseñanza" durante los cuales la orientación anticipada puede serle proveída a los padres del niño.

Típicamente la revisión puede ser realizada, con una cantidad pequeña de equipo, un espejo bucal, cepillo suave, guantes de hule, y una fuente de luz. Los niños menores de tres años a menudo no son cooperativos durante los exámenes orales. Los padres deben ser confortados diciéndoles que el llanto es normal, y que el examen no va a lastimar al niño.

Quiero agradecer a la CD. Georgina Avilés Coronel y al Mtro. Juan Enrique Castro Ogarrio por su apoyo en la elaboración de la presente Tesina.

CONSIDERACIONES GENERALES

Al explorar al recién nacido aun en los primeros minutos de vida extrauterina, se debe hacer énfasis en algunos parámetros generales, como son; la actitud del neonato; coloración y textura de la piel; frecuencia respiratoria; frecuencia cardiaca; forma del abdomen; genitales y características de las extremidades.

Así mismo, es de llamar la atención la forma del cráneo y estructuras faciales.¹

1. Motivo de la consulta

Se define como el síntoma o los síntomas, según la descripción con las propias palabras de sus padres, en relación con la existencia de una situación anormal y que constituye el motivo de la consulta, es decir, la preocupación principal. Aunque quizá no sea el problema principal debe ser enfocado creando en lo posible expectativas concretas para su resolución. Se debe documentar durante la exploración dental dolor o traumatismo, tumefacción, sangrado dificultad en el amamantamiento, dientes malformados, decolorados, ausentes, etc. La identificación apropiada de la naturaleza del problema significa el primer paso para llevar a cabo un tratamiento eficaz.

Su caracterización debe incluir la historia del problema desde su inicio y todo intento hecho para resolverlo. Las preguntas realizadas deben ser abiertas de forma que faciliten toda la información requerida en la orientación diagnóstica.²

2. Exploración clínica general

Cada recién nacido se estudia cuidadosamente a fin de detectar signos de problemas o complicaciones. Se le realiza una evaluación física completa que incluye cada uno de los aparatos del cuerpo. Durante la estadía del bebé en el hospital, los médicos, las enfermeras y demás profesionales de la salud lo

evalúan permanentemente para detectar cambios en la salud y signos de problemas o enfermedades.

2.1 Características Corporales de los Recién Nacidos

Cabeza: A primera vista, el recién nacido parecerá desproporcionado. Su cabeza se verá demasiado grande con relación al cuerpo. Su cabeza parece salir directamente de los hombros, debido a que su cuello es débil y pequeño, incapaz de sostener el peso de la cabeza.^{(Fig. 1) 3}



Fig. 1 Su cabeza parece salir directamente de sus hombros.

En varias ocasiones, la cabeza y los rasgos presentan deformaciones que son producidas por su paso a través del canal del parto; sin embargo, volverán a su normalidad en pocos días.

Piel: La piel es rosada, o rubicunda (aunque los primeros días las manos y los pies pueden tener un tinte azulado), suave, tersa y húmeda. En algunos casos puede sobrevenir un proceso de descamación, que empieza en los pliegues.

El color amarillento en la piel del bebé también es un proceso normal en los primeros días de vida. La piel se encuentra cubierta por un fino vello, particularmente visible en la espalda y hombros; este proceso es conocido como "lanugo" ^(Fig. 2). El vello caerá espontáneamente en el transcurso de su

primer año de vida. El color de la piel depende de su madurez y varía del rosa al rojo intenso.³



Fig. 2³ Lanugo en espalda y hombros.

Puede presentar manchas de color rojo intenso en el cuello y la espalda que se llaman angiomas, pero no tienen importancia a pesar de su aspecto. Suelen desaparecer al primer año de vida.

Ojos: Al nacer, los ojos permanecen generalmente cerrados por efecto de la luz y de la hinchazón de los párpados (Fig. 3). Las pupilas reaccionan a la luz y los ojos son de un color gris azulado. El color definitivo aparece entre el tercer y el sexto mes de vida. Los ojos parecen estar edematizados y en algunos casos con derrames conjuntivales pequeños.³

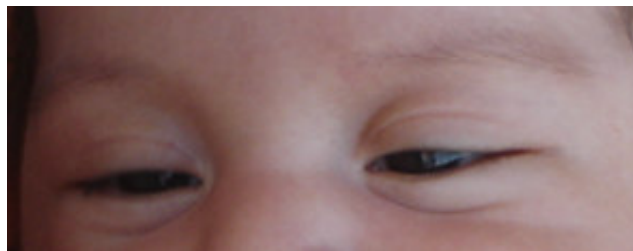


Fig. 3 Ojos parcialmente cerrados por efecto de la luz y de la hinchazón de los párpados

Nariz: Es poco prominente y flexible.^(Fig. 4) La respiración es prácticamente nasal.

En el dorso de la nariz puede haber "puntitos blancos" llamados milium, que son glándulas sebáceas y que desaparecen durante la primera semana de vida.³



Fig. 4 Nariz poco prominente y flexible.

Boca: Los labios son húmedos, brillantes, de color rojo violáceo y muy delimitados.^{(Fig. 5)³}



Fig. 5 Labios húmedos y bien delimitados.

Oídos: La forma del lóbulo de la oreja y del pabellón, es muy variable;^(Fig. 6) depende de factores genéticos, del grado de madurez y de las deformaciones del parto.³



Fig. 6 La forma del lóbulo de la oreja y el pabellón es variable.

Abdomen: Este es cilíndrico y globuloso, de paredes lisas y tersas. Al respirar, el bebé moviliza su abdomen como llenándolo de aire.

El cordón umbilical, que al nacer es húmedo y gelatinoso, comienza a secarse y endurecerse con el paso de los días, cayéndose entre los 7 a 15 días.³

Genitales: En ambos sexos, los genitales son extremadamente grandes con relación a otras partes del cuerpo.³

Los genitales de las niñas pueden presentarse edematizados y observarse un flujo blanquecino.

Puede existir cierta tumefacción en las tetillas de varones y mujeres. En ambos casos se trata de una actividad hormonal, completamente normal, producida por las hormonas de la madre que pasan al bebé desde la placenta.

La primera micción se produce al nacer, y la primera deposición generalmente dentro de las 24-48 horas de vida. La orina y las deposiciones pueden irritar la piel del bebé, para protegerla se puede utilizar pomada.³

Vista: Cuando el recién nacido ve la luz por primera vez, parpadea constantemente tratando de regularla. Es capaz de reaccionar a diferentes intensidades de la luz, al movimiento y al calor. Podrá enfocar a 20 centímetros de su rostro.³

Alrededor del primer mes de vida podrá fijar la vista en objetos móviles; a las doce semanas podrá seguirlos con la vista. Entre los 5 y los 6 meses fijará la vista en un objeto, aún si existen otros a su alrededor.

Oído: El recién nacido oye bien y es sensible a la localización y frecuencia de un sonido. También lo es al ritmo, agitándose cuando lo oye, sobre todo cuando éste se asemeja al del corazón materno, sonido que recuerda con agrado. Cuando la madre le habla al niño en tono suave, éste se tranquiliza y aquieta.³

Olfato: El niño responde a estímulos olfativos, volviendo la cabeza cuando siente olores desagradables. Es capaz de reconocer a su madre por el olfato.³

Gusto: Al nacer, el niño posee poca capacidad gustativa, pero ésta la desarrolla rápidamente. A las dos semanas de vida es capaz de reaccionar en forma positiva al azúcar y negativamente al ácido.³

El lenguaje del recién nacido es el llanto, esta es su única forma de comunicarse con los demás. A los padres les produce angustia, ya que desconocen la causa. El niño puede llorar por diferentes razones pero lo importante es ir aprendiendo a reconocer el motivo de su llanto.

Es normal que el recién nacido estornude, tenga hipo o tos, y que además ronque, esto se debe a la mucosidad que suele desaparecer alrededor del mes.

2.2 El peso

El peso que un bebé tiene al nacer es un indicador importante de su salud. Un valor promedio para bebés nacidos a término (entre las 37 y 41 semanas de gestación) es de aproximadamente 3,2 kg (7 libras) ^(Fig. 7). En general, los bebés pequeños o muy grandes corren mayor riesgo de problemas. Diariamente se pesa a los bebés en la sala de neonatología para controlar su crecimiento, sus necesidades de líquidos y necesidades nutricionales. Los recién nacidos pueden perder hasta el 10 por ciento de su peso al nacer. Es decir, un bebé que al nacer pesa 3,26 kg (7 libras y 3 onzas) puede perder hasta 326 gramos (11,5 onzas) en los primeros días. Es posible que los bebés prematuros o enfermos no aumenten de peso inmediatamente.⁴



Fig. 7 El peso promedio al nacer es de 3,2 Kg.

2.3 El examen físico

El examen físico completo es una parte importante del cuidado del recién nacido. Se controlan los signos de salud y el funcionamiento normal de cada aparato del cuerpo.^(Fig. 8) El médico también verifica la presencia de indicios de enfermedad o de defectos congénitos. Este examen a menudo incluye el control de:

Los signos vitales:

- Temperatura - posibilidad de mantener una temperatura corporal estable de 37 °C (98,6 °F) en un entorno normal
- Pulso - normalmente de 120 a 160 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria - normalmente de 30 a 60 respiraciones por minuto

El aspecto general - actividad física, tono muscular, postura, grado de conciencia.

La piel - color, textura, uñas, presencia de erupciones

La cabeza y el cuello:

- Aspecto, forma, presencia de modelaje (forma que adopta la cabeza debido al pasaje a través del canal de parto)
- Fontanelas (los "espacios blandos" abiertos entre los huesos del cráneo del bebé)
- Clavículas (huesos que cruzan la parte superior del tórax)

La cara - ojos, oídos, nariz, mejillas

La boca - paladar, lengua, garganta

Los pulmones - ruidos y patrón respiratorios

Los ruidos cardíacos y pulsos femorales (en la ingle)

El abdomen - presencia de masas o hernias

Los genitales y el ano - apertura del pasaje para la orina y las heces

Los brazos y piernas - movimiento y desarrollo.⁴



Fig. 8 Al bebé se le debe realizar examen físico completo.

2.4 El desarrollo físico

Del nacimiento a los 6 meses:

- Cuando son recién nacidos, los niños no pueden controlar el movimiento de sus cuerpos. Sus movimientos son reflejos. Aun no tienen el sistema nervioso completamente desarrollado.
- Durante los primeros meses, los recién nacidos pueden ver claramente objetos que están a unas 10 pulgadas de distancia. A los seis meses su capacidad ocular ya está más desarrollada.
- Cuando llegan a los cuatro meses, la mayoría de los bebés ya logran controlar sus músculos y su sistema nervioso. Pueden sentarse con apoyo, mantener la cabeza levantada por cortos periodos, y rodar de un costado a otro sobre sus estómagos.
- A los 5 meses ya pueden darse vuelta.⁴

De los 6 meses a los 12 meses:

- Los recién nacidos ya pueden sentarse solos.^(Fig. 9)
- Comienzan a comer y dormir a intervalos regulares.
- A los ocho meses pueden extender los brazos y agarrar objetos.
- Comen tres comidas diarias y toman biberón varias veces al día.
- Comienzan a usar una taza y una cuchara para comer.
- Los recién nacidos de esta edad todavía se toman una siesta por la mañana y por la tarde.
- Pueden gatear sobre la barriga en el piso y arrastrarse usando las manos y las rodillas.^(Fig. 10)
- Se pueden parar con apoyo, pueden quedarse parados agarrados de muebles, y pueden caminar si son guiados.
- Pueden levantar objetos con el dedo pulgar y el índice.⁴



Fig. 9 El bebé puede sentarse
necesidad de apoyo



Fig. 10 El bebé puede gatear sobre la sin
barriga y usando manos y rodillas.

2.5 Desarrollo social y emotivo

Del nacimiento a los 6 meses:

- Los niños de esta edad comienzan a sentir confianza en los demás a medida que los padres y los demás satisfacen sus necesidades (por ejemplo, dándoles de comer cuando tienen hambre, cambiándoles los pañales cuando lo necesitan, o cargándolos cuando lloran.)
- Cuando tienen miedo, los niños lloran y se muestran sorprendidos y asustados. Lloran para expresar hambre, ira, y dolor. Es su manera de comunicarse.
- Se excitan y se irritan muy fácilmente.^(Fig.11)
- Necesitan que los arrullen y los abracen.
- No pueden distinguir entre sus cuerpos y los de otras personas.
- Sonríen como reacción a un sonido placentero o a un estómago lleno. A las seis semanas sonríen como reacción a otra persona. A los cuatro meses sonríen plenamente y se ríen en voz alta cuando se sienten contentos.
- Comienzan a reconocer las caras, las voces de los padres, y de la encargada de la guardería.⁴



Fig. 11³ Bebé irritado.

De los 6 meses a los 12 meses:

- Los niños hablan consigo mismos delante del espejo.
- Responden cuando los llaman por su nombre.
- Se enojan con gran facilidad cuando sus necesidades no son satisfechas; por ejemplo, cuando no son alimentados o cuando no se les cambia el pañal.
- El contacto visual comienza a reemplazar en parte al contacto físico que muchos recién nacidos necesitan.
- Comienzan a aprender lo que se debe y no se debe de ingerir.
- Comienzan a sentir desconfianza de los extraños. Sienten miedo cuando sus padres o niñeras los dejan solos.⁴

2.6 Proporciones faciales

Abarca el estudio de la armonía facial, en relación con las proporciones de la cara y su simetría, pero fundamentalmente se centra en el perfil facial.

La morfología facial puede reflejar la tipología del niño, así como ciertos caracteres morfo-psicológicos.

Para realizar un examen completo respecto a la simetría facial, es preferible que el neonato esté semisentado o recargado en almohadones y observarlo en una posición natural de su cabeza y cara. Se practicará comparando los lados izquierdo y derecho en cuanto a tamaño y posición de los componentes faciales contralaterales y observar así su simetría o asimetría. En esta posición, si señaláramos los tercios de la misma los encontraríamos sensiblemente iguales en la dimensión vertical correspondiente. (Fig. 12) 1



Fig. 12¹ Tercios faciales.

También se consideran otros datos como son: la distancia intercraneal (entre los bordes internos de los párpados) es aproximadamente igual al ancho de la base de las alas de la nariz, la boca es tan ancha como la distancia entre los limbos derecho e izquierdo, (entre las líneas verticales tangentes internas que tocan al limbo). Además se puede evaluar el grado de una simetría o asimetría, señalando la línea media de la cara del bebé y anotando las distancias de estructuras específicas en relación a esta línea; la cara puede dividirse en cinco partes, trazando líneas verticales que pasan por las regiones cantales internas y externas. Cada quinta parte debe ser igual aproximadamente al ancho del ojo. Estos procedimientos permiten estudiar la forma y simetría, a nivel de la

línea media, así como la proporción izquierda a derecha de las estructuras faciales. (Fig. 13) 1



Fig. 13¹ Cada quinta parte debe ser igual al ancho del ojo.

La evaluación del equilibrio facial desde los lados lateral y frontal, la cual se hace dividiendo la cara en mitades superior e inferior, la altura de la cara superior (desde glabella o entrecejo hasta el punto subnasal) debe ser igual a la altura inferior de la cara, considerando esta, desde el punto subnasal hasta gnation (punto más anterior e inferior del contorno del mentón. A su vez la altura facial inferior puede subdividirse). (Fig. 14) 1

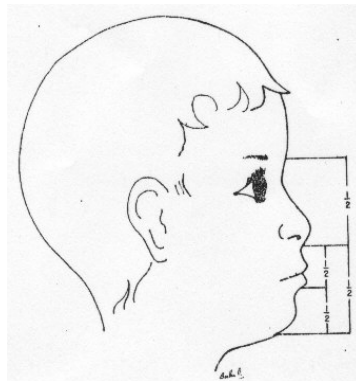


Fig. 14¹ Evaluación del perfil facial

En niños pequeños, un perfil equilibrado es un poco convexo. Cuando es muy convexo o cóncavo, debemos establecer qué componente esquelético o dental

interviene en el problema. Es posible lograrlo a partir de una línea de referencia vertical al puente nasal y registrando dónde se localizan la base del labio superior y el mentón en relación con dicha línea. Cuando el maxilar se orienta de manera adecuada en relación con el resto de las estructuras esqueléticas, la base del labio superior queda sobre o ligeramente anterior a la línea vertical referida. En esta situación, el tejido blando del mentón se localiza en o un poco por detrás de ésta, si la mandíbula posee un tamaño adecuado y está en posición correcta. Situaciones en las que se hallen el labio superior y/o el mentón adelantados o retrasados respecto a la vertical nos orientarán acerca de otras tantas posibilidades de protrusión y/o retrusión mandibular y/o maxilar.⁵

3. Exploración clínica odontopediátrica

Por las condiciones físicas, emocionales y psicológicas del niño, la exploración tiene la particularidad de que durante su transcurso debe prestarse atención tanto a la obtención de datos clínicos como a la conducta del paciente. En este sentido, tanto la evaluación general como la historia clínica brindan una oportunidad para observar el comportamiento del niño y efectuar una valoración inicial de la capacidad potencial de cooperación de éste, El odontólogo debe estar preparado para manejar la conducta del niño, a la vez que debe obtener el máximo de información en sus breves momentos de atención y ello a partir de estructuras orales de tamaño reducido, lo cual dificulta su exploración, y con unas variantes anatómicas respecto al adulto que, además, están en continuo cambio. A medida que aumenta la seguridad del niño incorporaremos los instrumentos de uso mas frecuentes, el espejo y el explorador mostrándolos previamente y explicando su uso de acuerdo con el grado de desarrollo del niño; podemos disminuir su temor dejándole tocar alguno que no ofrezca posibilidades de causar lesiones (espejo). La exploración de niños menores de 3 años exige prestar atención especial al método en que lo llevaremos a cabo. En el lactante, la exploración clínica debe realizarse con la ayuda de los padres. No es necesario realizarla en el sillón dental, basta con disponer de buena iluminación. El odontólogo y la madre se

sientan frente a frente con las rodillas juntas de forma que el niño pueda permanecer tumbado sobre las piernas de ambos; su cabeza, sujeta por el odontólogo, mira a la madre; ésta, con su mirada, puede contribuir a tranquilizarlo, a la vez que con las manos controla suavemente sus movimientos.^{(Fig 15) 6}



Fig. 15⁶ Técnica rodilla-rodilla.

En esta posición, el odontólogo dispone de buena visibilidad tanto para la exploración como para dar algún consejo a la madre o llamar su atención sobre cualquier hallazgo. La presencia de los padres en el gabinete dental, aunque es motivo de controversia, en estas edades puede facilitar la transición a una relación más directa con el niño. En general, en niños más pequeños, por debajo de los 2 años de edad, en que el nivel de cooperación habitualmente es muy bajo, necesitaremos la ayuda de los padres para llevarlo a cabo.⁷

Es conveniente ir adaptando al niño preescolar al entorno dental. Al mismo tiempo, la patología que presenta puede requerir una exploración más meticulosa; por ello es conveniente que la exploración se realice dentro del propio gabinete, en el sillón dental. En algunos casos, con paciencia puede lograrse la cooperación necesaria para realizarla sin la ayuda de los padres, aunque su nivel de colaboración por lo común es bajo Y a menudo se requiere su ayuda. En ese caso, la madre, sentada en el sillón, toma en su regazo al niño y abrazándolo con suavidad contribuye a su restricción física. Ello nos permite utilizar una buena fuente de luz y podemos tener mejor visibilidad. En estas tempranas edades es común el llanto del niño durante la exploración.

El odontólogo debe pasar por alto dicha circunstancia; en muchas ocasiones cesa durante la exploración y en cualquier caso, al ignorarlo consigue que el niño aprenda que con él no interferirá en el procedimiento. La presencia paterna es menos importante para niños en edad escolar. A partir de esta edad, cada niño reacciona de distinto modo a la presencia de los padres en el gabinete y ello debe ser valorado por el odontólogo, él es quien ha de considerar si su presencia es beneficiosa o entorpece su relación con el niño. Para disminuir la inquietud del niño en edad preescolar es aconsejable comenzar con una orientación acerca de lo que va a suceder, siguiendo la técnica de “decir, mostrar, hacer” y empleando un lenguaje acorde con su desarrollo. Es importante obtener el reconocimiento del niño, positivo o negativo, al inicio de cualquier maniobra exploratoria. Es preciso estar atento a las reacciones del niño; sus respuestas no serán necesariamente verbales. Mientras dura la exploración, se deben hacer preguntas para guiar la conducta del niño mediante el empleo de refuerzos positivos, que orienten al niño acerca de cuál es el comportamiento deseable en las citas sucesivas.⁸

En niños mayores se debe tratar de explicar el propósito de la exploración y darle información que aclare sus expectativas. Los adolescentes pueden ser involucrados en el proceso de diagnóstico y es valioso lograr su ayuda.

Al finalizar la exploración, el odontólogo debe tener idea de cuál será la conducta del paciente en próximas visitas.

La exploración debe ser sistemática, y garantizar una evaluación completa sin omisiones. Cualquiera que sea el enfoque, cada estructura anatómica debe ser examinada en su integridad, función, nivel de desarrollo y patología.

Con la exploración del niño buscamos el diagnóstico y el conocimiento del alcance del problema motivo de la consulta, así como la identificación de otras alteraciones desconocidas o no diagnosticadas. Además, nos permitirá comprobar las condiciones de normalidad en el desarrollo, de gran importancia para la orientación y la guía ante los rápidos cambios que acontecen en la infancia.⁷⁻⁸

Puesto que el diagnóstico es el arte de identificar una desviación de lo normal, en la odontología pediátrica, como en cualquier otro campo, es esencial tener un cuadro claro de lo que es normal antes de intentar reconocer cualquier desviación de este estado. En el caso del niño, por su naturaleza en continuo cambio, deben ser reconocidas las condiciones bucales descubiertas durante la exploración, pero también deben ser tenidos en cuenta los cambios previstos. En estrecha vinculación con el estado bucal del niño se hallan las consideraciones de salud general que podrían ser responsables de esas condiciones o estar simplemente implicadas en su tratamiento.⁸

Las maniobras exploratorias incluyen inspección, palpación y percusión en algunos casos.

El instrumental que debe utilizarse comprende: espejo, gasa, solución reveladora de placa, cepillo.

EXPLORACIÓN DE LA CABEZA Y CUELLO

La cabeza se encuentra limitada por un plano que pasa por el borde inferior del maxilar inferior, el borde inferior del conducto auditivo externo, la línea curva occipital superior y la protuberancia occipital externa. Tiene la forma de un ovoide con el diámetro mayor dirigido de arriba a abajo y de atrás a adelante. Sus dimensiones con relación al cuerpo son: de 1 a 7 en el hombre y de 1 a 6 en la mujer.⁵

Anatómicamente la cabeza se divide en dos partes distintas: el cráneo hacia atrás y arriba y la cara hacia adelante y abajo.

1. Cráneo

En los lactantes los siete huesos craneales son blandos y están separados por la sutura sagital, coronal y lambdoidea. Las fontanelas anteriores y posteriores son los espacios membranosos delimitados por la confluencia de 4 huesos craneales. Los espacios que existen entre los huesos craneales permiten la expansión del cráneo para acomodar el crecimiento del encéfalo. La osificación de la sutura comienza una vez completado el crecimiento del cerebro, aproximadamente a los 6 años de edad, y termina al alcanzar la edad adulta. Las fontanelas se osifican antes, de modo que la fontanela posterior suele cerrar a los dos meses de edad y la fontanela anterior a los 24 meses de edad. El momento del cierre de las fontanelas no guarda relación alguna con la edad gestacional al nacer, el sexo, el perímetro cefálico o con el tamaño de la fontanela.⁹

Los niños negros tienen fontanelas algo mayores que los blancos.

Forma: Cuando haya deformación, podrá ser simétrica o asimétrica.⁷

Volumen: Sólo aumentos o disminuciones muy grandes podrán ser apreciados por este método de inspección.

Estado de la superficie: Los datos más interesantes son los que recogeremos a propósito del pelo, en el cual apreciaremos su abundancia, escasez o ausencia total o parcial en forma de lunares en su implantación; su color negro, castaño, etc. y su aspecto lacio, rizado o lanoso.

Consistencia: De dureza normal, o blanda que habla a favor de un hematoma o de un hundimiento craneal cuando hay además crepitación. Deberán explorarse las fontanelas para ver su grado de osificación o reblandecimiento.

(Fig. 16) 9-10



Fig. 16 Exploración de cráneo.

2. Cara

Anatómicamente el límite de la cara sería una línea que partiera del nasión, continuará por el borde superciliar, etc. Pero en clínica la cara tiene una extensión mayor, ya que su límite alcanza hasta la implantación del pelo y por lo tanto la frente, que, anatómicamente debe pertenecer al cráneo. (Fig. 17)

La cara tiene una forma prismática triangular de base dirigida hacia atrás y articulada con el cráneo. Se puede dividir en tres pisos, por dos planos que pasan uno, por el nasión, y otro por debajo de la nariz. Los tres planos limitados por estos planos son: un piso inferior comprendido entre el mentón y el borde inferior de maxilar inferior por abajo, hacia arriba queda limitado por el plano que pasa por debajo de la nariz, el segundo piso queda comprendido entre los dos planos señalados: el tercer piso está limitado hacia abajo por el plano que pasa por el nasión y hacia arriba por la implantación del pelo. El primer piso recibe el nombre de digestivo, el segundo de respiratorio y el

tercero de cerebral. La predominancia de desarrollo de cada uno de ellos da origen a tres tipos de individuos diferentes que se denominan según el piso que prepondere, es decir, serán tipos: digestivo, respiratorio o cerebral. Cuando el desarrollo de los tres pisos es proporcional, el individuo recibe el nombre de tipo muscular.⁹

Coloración de la piel: El factor determinante de la coloración de la piel es un pigmento especial, la melanina, que se encuentra repartido en el cuerpo mucoso de Malpighi; la irrigación sanguínea de la región interviene también, aunque de manera secundaria, en la coloración. Según sea la cantidad de melanina, el color de la piel varía para cada individuo.

Datos que se pueden recoger: Coloración, manchas, erupciones localizadas y arrugas son importantes para el diagnóstico de las hemiplejías faciales.⁶



Fig. 17 Exploración de cara.

3. Cuello

La palpación es el método diagnóstico que nos da datos fieles sobre el reconocimiento clínico del cuello.

El examinador se coloca delante del paciente, flexionando o inclinando levemente la cabeza del paciente hacia el lado que se va a examinar con el fin de relajar el esternocleidomastoideo. Es conveniente fijar la cabeza del

paciente con una mano en la nuca mientras que con la otra se realizan movimientos suaves y lentos de deslizamiento con la yema de los dedos para precisar sus caracteres simiológicos; la palpación debe ser más bien superficial. También es cómodo palpar por delante del paciente.⁹

Los ganglios deben palparse ordenada y sistemáticamente precisando localización, morfología, tamaño, consistencia, forma, sensibilidad y otras manifestaciones.

La palpación se realiza simultáneamente en ambos lados, para poder establecer comparaciones de su estado.^(Fig. 18) Si durante la palpación se encuentra una tumefacción en un ganglio debemos tomar nota de sus características físicas, cuando un ganglio se puede jugar y se siente como una canica es normal pero si es duro probablemente sea un tumor.⁵⁻⁷

Principios para diagnóstico:

Volumen: Está dado en razón a la importancia de la infección original y con las defensas generales.

Adherencia: Esta alteración la apreciamos por la limitada movilidad al tratar de hacer correr o resbalar el ganglio.⁷

Dolor: Se presenta normalmente en enfermedades de evolución aguda, mientras que en las crónicas esta característica está apagada.

Dureza: Esta característica física en los ganglios está relacionada principalmente con el cáncer. No se debe ignorar la posible calcificación excesiva de los ganglios, la cual no pone en peligro la vida del enfermo.⁹⁻¹⁰



Fig. 18 Exploración de cuello.

4. Articulaciones temporomandibulares

La exploración de las articulaciones temporomandibulares (ATM) requiere su inspección, palpación y auscultación, si es necesario. Las características de normalidad implican una simetría en la función, el movimiento uniforme, la ausencia de dolor y los límites en sus desplazamientos. Aspectos patológicos incluyen la desviación, la crepitación, el dolor y la limitación funcional. ^(Fig. 19)

Se debe evaluar la función de la ATM palpando la cabeza de cada cóndilo mandibular u observando al paciente mientras la boca está cerrada, cuando está en reposo y en diversas posiciones de apertura. Los movimientos anormales serán reflejados así como los sonidos anormales. Los músculos masticatorios que presentan dolor indican también disfunción articular.⁷



Fig. 19 Exploración de la Articulación Temporomandibular

ESTRUCTURAS NORMALES DE LA CAVIDAD ORAL Y EXPLORACIÓN INTRAORAL

La exploración intraoral del niño debe ser completa y sistemática con el fin de que abarque todas las estructuras de la cavidad oral, de forma que la exploración dentaria, a la que se suele prestar mayor atención, no sea la causa por la que se pasen por alto lesiones concomitantes.

Debe comenzar por una inspección de labios y en general de la cavidad oral hasta la pared faríngea posterior. Los dientes recibirán una atención fugaz hasta completar la exploración de toda la cavidad.

En niños pequeños o poco colaboradores puede ser útil antes de incorporar el uso de instrumentos a la exploración, iniciar un examen digital de forma que con los dedos, podemos limitar los movimientos del niño a la vez que nos permite identificar alteraciones en los tejidos blandos.²

Otros materiales que también pueden resultarnos útiles son gasa, pastillas reveladoras de placa, y cepillo.

1. Exploración de los tejidos blandos

La exploración ha de comenzar por la exploración de los tejidos blandos; se tendrá en cuenta que la mucosa oral puede ser asiento de numerosas afecciones, unas de carácter local y otras como manifestación bucal de enfermedades generales.²

1.1 Labios

Los labios están separados por el surco labiogeniano, que va de la nariz a la comisura bucal, apenas delineado.¹

La boca del recién nacido presenta alteraciones estructurales propias para la edad. El labio superior presenta, en su porción media el “apoyo para succión” (sucking pad), con múltiples proyecciones vellosas,^(Fig. 20) que tienen, por característica, aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho de la madre, al ser estimuladas. Esta área sirve de contacto durante el amamantamiento y está más desarrollada en niños de menor edad y que maman en el pecho de la madre.⁶

El labio inferior hacia afuera está separado también de la mejilla por el surco mentolabial aun menos preciso que el labiogeniano.¹

La exploración de los labios incluye su evaluación tanto en reposo como funcional. Para su exploración real realizaremos la inspección y la palpación de estos por las que valoraremos sus características de normalidad, aspecto, integridad, ausencia de lesiones y sellado labial. Examinaremos sus características de normalidad en oclusión y durante el lenguaje. Se reseñaran posibles alteraciones como el cierre precario, la incompetencia labial, la presencia de fisuras, en ocasiones formando parte de síndromes genéticos, la existencia de asimetrías en casos de lesión a un par craneal, así como la presencia de lesiones de diferente naturaleza: ulceraciones, vesículas en infecciones herpéticas, sequedad de labios en la interposición labial, etc.⁹



Fig. 20⁶ Sucking pad y múltiples proyecciones vellosas.

1.2 Mucosa yugal

Está compuesta por el músculo buccinador y bola de Bichat.

La Bola de Bichat, llamada también Bolsa de Grasa Bucal (BGB), es una estructura anatómica muy definida que tiene una gran relevancia en el contorno de las mejillas y por ende en la región media e inferior de la cara. El retiro apropiado en rostros redondeados u ovalados produce cambios sorprendentes en la simetría facial, reduciendo la plenitud de las mejillas y dando una mayor luminosidad a las eminencias malares, que le da un aspecto de “querubín”. Está íntimamente asociada con los músculos masticatorios, es decir, entre el músculo masetero y el buccinador.⁷⁻¹¹ El buccinador mantiene los líquidos alimenticios por vía oral dentro de la misma cavidad y la bola adiposa impide que la mejilla se deprima durante la succión.¹

La exploración de la mucosa oral se realiza a partir del interior de los labios y continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares incluye su inspección y palpación para comprobar la existencia de cambios de coloración en su superficie, áreas inflamadas, ulceraciones, fístulas, mordeduras, etc. La existencia de abultamientos y tumefacciones puede ponerse de manifiesto colocando el índice a nivel vestibular y palpando bidigitalmente a nivel de los carrillos.⁵⁻⁶

La orofaringe debe ser inspeccionada para comprobar si su coloración es normal y si el tamaño de las amígdalas es apropiado o presenta signos de inflamación o hipertrofia amigdalal, que pueda repercutir en la posición de la lengua (baja y adelantada).⁹

1.3 Frenillos

En la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial que en más del 5% de los recién nacidos une el labio superior a la papila palatina,

constituyendo el llamado frenillo labial persistente que, según Dewell (1946) debe auxiliar en el amamantamiento afirmando más el labio superior. Lateralmente se encuentran los frenillos o bridas laterales que contribuyen a la fijación del labio en el maxilar.^(fig. 21)

En el labio inferior se encuentra, sobre la línea media, el frenillo labial inferior, uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las bridas, sin embargo, menos desarrolladas que las del arco superior, hacia la zona lingual, existe el frenillo lingual.⁶

La exploración de los frenillos pondrá de manifiesto su relación con los dientes y la encía adherida especialmente en la región anterior y en ocasiones asociados con la presencia de defectos mucogingivales (incisivos inferiores) o tremas (incisivos centrales maxilares). También pueden ser asiento de úlceras traumáticas. La exploración debe centrarse fundamentalmente en los labiales superior e inferior y en el lingual. Al explorar los frenillos labiales, comprobaremos su tamaño normal (si es corto ó hipertrófico), así como su inserción apical, gingival o profunda, mediante la tracción suave y observando la isquemia en el periodonto; también se ha de verificar el grado de movilidad y el tamaño del frenillo lingual mediante una cuidadosa tracción de la lengua.²

Con la evolución y el crecimiento del rodete, la mayoría de las veces se separa de la papila formando el frenillo labial superior. Cuando la inserción palatina persiste será llamado frenillo teto labial persistente y su inserción será considerada anómala.⁶

Los frenillos que saliendo del labio superior se insertan algunos milímetros encima del margen gingival, son considerados normales, y aquellos que se insertan en el margen, en la papila o a través de ella, serán considerados patológicos. El diagnóstico es hecho basándose en la triple sintomatología: diastema medio interincisal, inserción baja e isquemia palatina cuando se tracciona el frenillo labial aumentando la divergencia coronaria. La prevalencia del frenillo labial superior teto labial persistente disminuye con la edad como consecuencia del crecimiento vertical.⁶

En algunas ocasiones las cirugías pueden estar indicadas para todos aquellos frenillos de inserción anómala alrededor d los 6 a 8 años por facilidad de resolver el cierre de diastema, aunque se corre el riesgo de hacer el diagnostico incorrecto, su indicación deberá estar relacionada con la presencia de problemas estéticos,funcionales, protésicos o periodontales. Actualmente se están indicando en el 1° año de vida cuando el frenillo es resultante de un teto labial persistente y también de tipo adiposo fibroso, que fija el labio e interfiere con el amamantamiento. Esta cirugía es fundamentalmente de indicación funcional.⁶

La unión de la punta de la lengua al piso lingual, usualmente parcial y originada por un frenillo lingual corto. También se encuentra la anquiloglosia por frenillo largo. En los bebés la cirugía esta indicada cuando hay dificultad durante el amamantamiento y a la larga puede originar alteración en la deglución, problema en el desarrollo de los maxilares e incluso alteraciones fonéticas.



Fig.21⁶ Frenillo vestibular

1.4 Rodetes gingivales

Internamente, separando el vestíbulo de la cavidad bucal propiamente dicha, se localizan los rodetes gingivales que en el recién nacido se encuentran

recubiertos en toda su extensión por el tercio gingival. La relación entre los rodetes superior protruido y el inferior retruido ocurre con una discrepancia media de 5-6 mm (Korkhaus, 1958). En valores mayores, existe un desarrollo pobre para la mandíbula y excesivo para el maxilar que, en casos extremos, puede llegar a más de 1 cm. En otros, prácticamente, no existen diferencias entre el superior y el inferior, en estos casos hay una tendencia al desarrollo futuro de una Clase III.⁶

En ambos rodetes, superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso de Robin y Magitot, (Fig. 22) que está bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo. Un factor indicativo del momento de erupción es cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso. Este pliegue o cordón funciona, según Häupl (1958), como auxiliar en succión por colaborar como límite de los maxilares.⁶

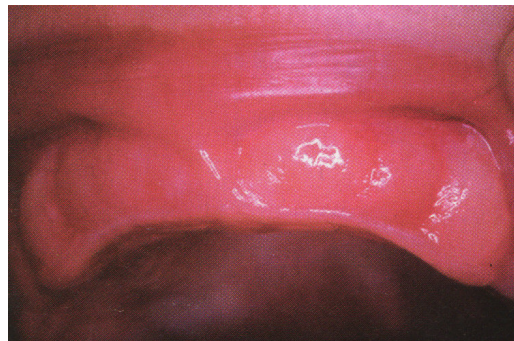


Fig. 22⁶ Cordón fibroso de Robin y Magitot.

En la región anterior y vestibular de los rodetes, se notan segmentos verticales que coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos. Por lo tanto, se presenta lobulado y estas lobulaciones son indicativas de la presencia de los gérmenes.

En la transición del paladar con el rodete, existe el surco alveolar interno, desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuamente hacia vestibular. En la porción posterior del rodete, se puede notar después del surco oblicuo alveolar interno, el llamado pliegue palatino transitorio.⁶

En el arco inferior, después del frenillo labial y de las bridas, por lingual, existe el piso y el frenillo lingual, así como el surco alveolar interno es su transición oblicua.⁶

1.5 Encías

Por su inmediata relación con los dientes son frecuente asiento de inflamaciones vestibulares, origen, en ocasiones, de trayectos fistulosos por patología pulpar o periodontal; también en ellas pueden localizarse lesiones como inflamaciones, herpéticas, aftosas o de otra naturaleza: pueden sufrir aumentos de volumen, localizados o generalizados, de origen infeccioso o medicamentoso, así como inserción de frenillos, etc. No es infrecuente la gingivitis localizada o generalizada y en diferentes grados de gravedad. Pero la exploración de las encías abarca también su exploración cuando aún no hay dientes, desde la etapa de rodetes gingivales. En ellos es normal observar y palpar pequeños abultamientos en las áreas donde posteriormente harán erupción los dientes primarios; (fig. 23) incluso puede existir una pequeña inflamación asociada con la erupción del diente: en ocasiones, pequeños abultamientos de tono azulado denotan la presencia de un hematoma de erupción.²⁻⁸

La encía empieza a queratinizarse después de la erupción de los dientes, pero la capa queratinizada permanece delgada durante todo el periodo de la dentición temporal. Por consiguiente, los vasos situados en el tejido conectivo son visibles a través de la capa epitelial, con lo cual la encía y el resto de la mucosa oral tiene color más rojizo y carácter más flácido que en los adultos. El punteado familiar en la encía sana se desarrolla con lentitud desde los 2 o 3 años de edad.⁷

El reborde marginal de la encía tiene aspecto más voluminoso y redondeado. Esto puede relacionarse con la pronunciada línea cervical de la corona de los

temporales. En áreas con diastemas entre los dientes los tejidos interdentarios son observados como depresiones de forma roma.^{(Fig.24)⁷}

La encía insertada se sitúa apicalmente a la libre y se caracteriza por estar firmemente adherida a la estructura subyacente, el periostio que cubre el hueso alveolar. Además de proteger la zona, le da estabilidad y evita que los movimientos de las mejillas y los labios se transmitan al margen o borde gingival.¹²



Fig.23⁶ Se pueden apreciar pequeños abultamientos donde posteriormente harán erupción los dientes primarios.



Fig.24⁷ Los tejidos interdentarios.

1.6 Paladar duro y blando

El paladar constituye la pared superior o techo de la [cavidad oral](#). Está dividido en dos partes, la bóveda palatina o paladar óseo en sus dos tercios anteriores, y el paladar blando o velo del paladar en su tercio posterior. En el centro y en la parte más posteroinferior del velo del paladar cuelga la [úvula](#) o [campanilla](#).¹³

En este tenemos la bóveda, la papila palatina y las rugosidades palatinas en la porción anterior y en la porción media de anterior a posterior, el rafe palatino medio. En la porción posterior, se encuentra la transición del paladar duro con el blando, observándose una transición de color, siendo este último más rojizo. (Fig. 24)⁶

La exploración del paladar abarca tanto el paladar duro como el blando e incluye su inspección, palpación y valoración funcional; comprobaremos su normalidad valorando su forma, integridad y la ausencia de lesiones.²

Presenta una porción gingival o [encía](#), una zona grasa y una zona glandular en el paladar duro, y el paladar blando. Ambas mitades se unen en el rafe medio.

En el paladar duro, en la zona de la encía y en el rafe medio presenta una mucosa sésil, es decir, sin [submucosa](#), con una lámina propia directamente unida al [periostio](#). La zona grasa presenta una submucosa con grasa, en tanto que la zona glandular presenta pequeñas [glándulas salivales](#) menores. Se encuentra ricamente innervado.¹³

El paladar blando presenta [músculo](#) esquelético. Está interpuesto entre boca y fosas nasales. Así, el epitelio que reviste la porción que da hacia las fosas nasales es igual al que las reviste a ellas mismas. También presenta submucosa y todas las glándulas son de tipo mucoso.¹³



Fig. 24⁶ Paladar duro y blando.

1.7 Lengua y piso de la boca

La importancia de la lengua en el desarrollo de las arcadas dentarias, el paladar y el área premaxilar hace que en su exploración debamos tener en cuenta no sólo su forma, volumen y posición en reposo.^(Fig. 25) Además, debemos estudiar la fonación, sus movimientos y el control de estos, así como su posición en la deglución.⁶

La lengua tiene forma de [cono](#), presenta un cuerpo, una V lingual y una raíz. El cuerpo o porción bucal comprende los 2/3 anteriores, la raíz o porción faríngea, el 1/3 posterior, separados ambos por la V lingual o istmo de las fauces. Las partes de la lengua son:

- Cara superior: También se llama dorso de la lengua, que presenta la V lingual, abierta hacia delante, formada por las papilas caliciformes. La superficie del dorso de la lengua por delante de la V lingual, está en relación con el [paladar](#), suele ser lisa y poseer unos surcos congénitos y otros adquiridos que diferencian las lenguas de los individuos.
- Cara inferior: Descansa en el [suelo de la boca](#).
- Bordes linguales: Son libres, redondeados y en relación con los arcos dentarios e importantes.
- Base de la lengua: Es gruesa y ancha.
- Punta lingual: También se llama vértice lingual. Sirve para degustar los alimentos masticación.

La mucosa del dorso lingual presenta cuatro tipos de [papilas](#):

- Papilas caliciformes.
- Papilas foliadas.
- Papilas filiformes.
- Papilas fungiformes.

Estas son un conjunto de receptores sensoriales o específicamente llamados receptores gustativos. Son los principales promotores del sentido del [gusto](#). Dependiendo de su localización en la lengua tienen la habilidad de detectar mejor cierto tipo de estímulos o [sabores](#). La localización es la siguiente:

- El [ácido](#) o agrio es detectado por los extremos posteriores de los bordes laterales de la lengua.
- El [dulce](#) se detecta en la parte frontal de la lengua.
- El [salado](#) en las partes anteriores de los bordes laterales de la lengua.
- El amargo en la parte central anterior de la lengua.¹³

Finalizada la inspección y la palpación de la lengua, nos serviremos de una gasa para retraerla con cuidado con el fin de inspeccionar y palpar el suelo de la boca que se caracteriza por la presencia de vasos sanguíneos superficiales cubiertos por mucosa delgada y pueden observarse las carúnculas sublinguales, la densidad de la saliva que fluye, la ausencia de lesiones o tumefacciones, o la presencia de ulceraciones aftosas o de otra naturaleza como tumefacciones por sialolitos o mucocelos.⁶

El piso de la boca está cubierto por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada, es visible y accesible en un área en forma de herradura que rodea la base de la lengua. En la línea media está atravesado por el "frenillo lingual", de forma semilunar, muy resistente que limita los movimientos de la lengua a cada lado existen unas prominencias llamadas "[carúnculas sublinguales](#)" donde desembocan los conductos de las glándulas submaxilares. Por detrás el piso es más elevado por la prominencia de las glándulas sublinguales, un pliegue mucoso que contiene los conductos de Wharton es visible sobre ellas. Más posteriores se encuentran los orificios las glándulas sublinguales. Las venas raninas se visualizan azuladas en la cara inferior de la lengua, a ambos lados del frenillo.^{13, 14}

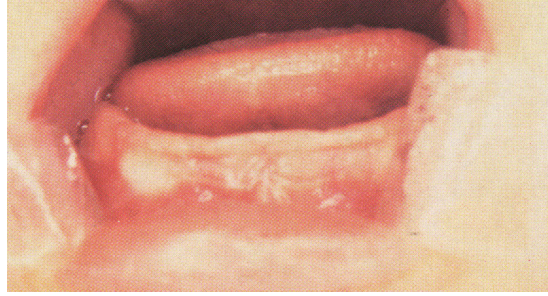


Fig. 25⁶ Lengua

1.8 Glándulas salivales

En la mucosa bucal o en la capa inmediata subyacente, hay abundantes glándulas mucosas y serosas, labiales, bucales palatinas y linguales, que mantienen constantemente húmeda la membrana por virtud de una secreción mucosa.¹

La exploración comprende la inspección y la palpación de las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales, así como la desembocadura de los conductos salivales para descartar la presencia de las patologías más comunes que son la inflamatoria y los cálculos.

La parótida es una glándula serosa pura; la submaxilar y la sublingual son mixtas, la primera más serosa y la segunda más mucosa.¹¹

La saliva debe ser examinada en cantidad y densidad, la inspección debe ser más exhaustiva si la patología así lo aconseja.⁶ Ya que esta tiene como función de:

- Mantener el [pH](#) a 6,5.
- Da protección al esmalte: Funcionando como defensa, lubricante y regulando el pH.

- Como reparadora: favoreciendo la mineralización.
- Digestiva: Por el efecto de las enzimas antes mencionadas.
- Importante en la expresión oral.
- Mantiene el equilibrio hídrico.
- Neutraliza el medio ácido producido tras las comidas. Si se produce un pH ácido se provoca la desmineralización del esmalte, mientras que si se produce un pH básico, se acumula sarro.¹³

2. Exploración dentaria

Una parte importante de la exploración intraoral en el niño se centra en los dientes. La exploración dentaria es uno de los apartados de la exploración intraoral que puede estar más afectado por la naturaleza en continuo cambio del niño. El odontólogo debe estar preparado para reconocer las características de normalidad de cada una de las etapas por las que pasa la dentición del niño y recordar que determinadas condiciones anómalas pueden ser pasajeras, y no debe interferirse en lo que puede ser un desarrollo dentario normal. Por ello, uno de los primeros objetivos que hemos de lograr tras una primera evaluación dentaria es establecer la etapa de desarrollo dentario del niño, es decir, su edad dental.⁸

En la exploración de los dientes hemos de considerar cada diente de manera individual, de forma que cada uno debe ser contado e identificado individualmente, para posteriormente considerarlos integrados dentro de cada arcada y por último en su relación interarcadas. De este modo es posible llevar a cabo una evaluación dentaria que detecte tanto problemas individuales como generalizados, de oclusión y de higiene.

La exploración dentaria individual debe buscar las variaciones en número, forma, tamaño, color y estructura superficial. (Fig. 26)⁷

Características de la dentición primaria:

- La duración funcional es: desde los 7 meses hasta los 12 años.
- La corona es más pequeña y redondeada.
- El esmalte es menos duro debido a su menor densidad de calcificación.
- La terminación del esmalte en el cuello forma un estrangulamiento en forma de escalón.
- La línea o contorno cervical es homogénea, sin festones.
- El eje longitudinal de los dientes es continuo en la corona y la raíz.
- Los dientes anteriores no sufren desgaste en las caras proximales porque se van separando conforme crece el arco dentario.
- La cara oclusal de los posteriores es muy pequeña, si se compara con el volumen de la corona.
- El tamaño de la cavidad pulpar es muy grande en proporción a todo el diente.
- La implantación de la raíz se hace de tal manera, que el diente es perpendicular al plano de oclusión.
- El color del esmalte es translúcido o azulado.
- El esmalte es de apariencia brillante y tersa en la superficies
- La bifurcación de las raíces principia inmediatamente en el cuello. No existe tronco radicular.
- Nunca se expone la raíz de un diente fuera de la encía a menos que exista alguna patología.
- Todas las raíces se destruyen por un proceso natural, para dejar el lugar a los dientes de la segunda dentición.¹⁵

Las funciones de la dentición primaria son las siguientes:

- Preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento.
- Sirven de guía de erupción: mantienen el espacio para la dentición permanente.
- Estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación.

- Fonación: los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos.
- Estética.

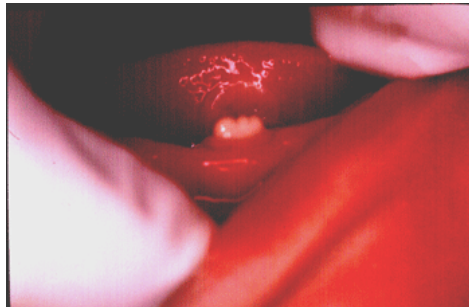


Fig. 26⁶ Exploración dentaria.

La erupción de los dientes es un fenómeno fisiológico normal que no suele originar problemas en la mayoría de los niños. Los dientes primarios son un total de 20 y en general su aparición se inicia a los 6 meses, completándose el total de piezas para los 30 meses.^{(Fig27) 16}

Dientes	Edad de erupción (aproximadamente).
INFERIORES	
2 Incisivos centrales (dientes centrales)	6 – 7 meses
2 Incisivos laterales (dientes laterales)	9 – 12 meses
2 Primer molar (1ra. muela)	12 – 18 meses
2 Caninos (colmillos)	18 – 24 meses
2 Segundo molar (2da. Muela)	2 – 3 años
SUPERIORES	
2 Incisivos centrales (dientes centrales)	7 – 8 meses
2 Incisivos laterales (dientes laterales)	10 – 12 meses
2 Primer molar (1ra. muela)	12 – 18 meses
2 Caninos (colmillos)	18 – 24 meses
2 Segundo molar (2da. Muela)	2 – 3 años

Fig. 27¹⁷ Cronología de la erupción.

La aparición de los dientes crea en las arcadas dentarias un fenómeno inflamatorio que hace que la mucosa que los cubre aparezca algo congestionada. Esto puede provocar pequeños problemas en el niño como inquietud, aumento de babeo, salivación abundante, rechazo del biberón y mordisqueo de los puños. Con frecuencia se asocia a unas mejillas enrojecidas y brillantes.¹⁷

Dentro de límites normales, los primeros dientes primarios pueden no aparecer hasta el año de edad lo que podría indicar una característica hereditaria. Un retardo mayor en la erupción, puede ser causada por factores locales, sin embargo, también podría sugerir un trastorno general, de origen nutricional o endocrino. El cretinismo, raquitismo, sífilis congénita, síndrome de Down, síndrome de Gardner, hipotiroidismo, enanismo y disostosis cleidocraneal son causas comunes. No obstante, la terapia nutricional o endocrina nada más que para acelerar la dentición no se justifica. El tratamiento está indicado solo después de una cuidadosa investigación de la causa subyacente, y no simplemente en base a la dentición retardada.¹⁸

Los factores locales que pueden indicar una erupción retardada son:

- Pérdida de espacio y apiñamiento dentario.
- Trauma, radiación.
- Dientes supernumerarios, odontomas.
- Retardo en la exfoliación de los dientes temporales.
- Exfoliación temprana de los dientes permanentes.
- Quiste dentígero, quiste de erupción.
- Dilaceración.
- Defectos patológicos locales del hueso y de los tejidos blandos.

La complicación más usual es el apiñamiento dentario severo en el área afectada.

El tratamiento en caso de erupción retardada por factores etiológicos locales, es la remoción del factor local y evaluación por parte del ortodontista, seguido por tratamiento quirúrgico, o ambos si fuese necesario.¹⁹

CONCLUSIONES

Los niños menores de tres años a menudo son cooperativos durante los exámenes orales. Los padres deben ser confortados diciéndoles que el llanto es normal, y que el examen no va a lastimar al niño.

Conociendo lo que es normal dentro de las estructuras de la boca del niño será más fácil tomar medidas si es que son necesarias.

Por lo tanto es importante proveer de revisiones dentales como parte del cuidado de la salud de un niño de muy corta edad. Mientras más temprano comience dicha atención, más pronto se podrá asegurar que la boca del bebé sea saludable y que los dientes puedan erupcionar en forma correcta.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Fragoso J. Estomatología del recién nacido, 1° ed. México; Editorial INPer, 1992. Pp. 43-50, 52,53.
2. Barbería E., Boj J., Catalá M., García C., Mendoza A. Odontopediatría, 2ª. ed. Barcelona, España: Editorial Masson, 1995. Pp.18-31
3. <http://www.aapd.org>
4. Davis, Parent Express; Una revista mensual para los padres con recién nacidos; Marzo 1995; 25-29.
5. Sorbe R., García J. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica, 1° ed. Caracas, Venezuela; Editorial Disinlimed, 1996. Pp. 68-87.
6. Figueiredo L. R. Odontología para el Bebe, 1ª ed. Sao Paulo, Brasil; Editorial Amolca, 2000. Pp.47-49, 57,58.
7. Koch G., Modeér T., Poulsen S., Rasmussen P. Odontopediatría Enfoque Clínico 2° ed. Buenos Aires, Argentina; Editorial Panamericana, 1994. Pp. 52,53, 156,157.
8. Kanellis J. Valoración Dental para los Niños Muy Pequeños; Rev. Med. Pediatric Dentistry, 1999; 16-21.
9. <http://www.hiethics.com>
10. <http://www.urac.com>
11. <http://www.adam.com/urac/edrev.htm>.
12. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría, 1° ed. Madrid, España; Editorial. Ergon, 199. Pp 109,110.
13. <http://www.es.wikipedia.org>
14. <http://www.infocompu.com>
15. Esponda R. Anatomía Dental, 1° ed. México, Editorial UNAM, 1994. Pp. 324-327.
16. <http://www.tu-farmacia.com>
17. <http://www.mead-johnson.com.mx>
18. <http://www.mipediatra.com>
19. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes 12°ed. Caracas, Venezuela, Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2001. Pp. 16.

