



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO DE LA PEDIATRÍA Y LA ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

OSCAR RUIZ ALMANZA

DIRECTORA: C.D. DORA LIZ VERA SERNA

Vo. B.º [Signature]

MÉXICO

2002



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



A Dios:

Por haberme puesto en este camino tan bello y maravilloso.

A mi Esposa:

Quien me ha dado momentos maravillosos y siempre ha estado en cada momento importante de mi vida, " Te Amo ".

A mi Mamá:

Que ha dado cada momento de su vida para poder llegar a alcanzar este sueño.

A mi Papá:

Por guiarme y apoyarme.

A mis Hermanos (Noé y Joel):

Que estuvieron al pendiente para realizar este trabajo.

A mis Abuelitos:

Que son lo más preciado en mi vida.

A mis Suegros:

Quienes me dieron la confianza y los consejos necesarios para cumplir esta meta.

A mi Cuñado:

Que comparte sus conocimientos de manera desinteresada.



A la Dra. Dora Liz:

Ya que sin su ayuda no se habría realizado este trabajo, además de la confianza brindada y la amistad durante este tiempo.

A la Dra. Blanquita:

Por su amistad y confianza brindados.

A todos los Doctores del Seminario:

Que se preocupan por transmitir sus conocimientos.

A todos mis Familiares:

Gracias.

A mi tío Rogelio:

Quien se adelantó en este camino, pero siempre recibí su apoyo.



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
1.ANTECEDENTES DE LA PEDIATRÍA.....	2
1.1.Definiciones	2
1.1.1.Pediatría.....	2
1.1.2.Estomatología Pediátrica	3
1.2.Antecedentes Históricos de la Pediatría.....	3
1.2.1.Cristianismo.....	4
1.2.2.Protección del Niño en México.....	5
1.3.Antecedentes Históricos de la Estomatología Pediátrica	10
1.3.1.Edad Antigua	10
1.3.2.Edad Media.....	11
1.3.3.Edad Moderna	12
1.3.4.Concepto de Odontología Pediátrica Periódica.....	13
1.4.Antecedentes de la Relación de la Pediatría-Estomatología Pediátrica en México.....	15
2.CUIDADOS PEDIÁTRICOS.....	17
2.1.Entrevista Pediátrica	17
2.2.El Recién Nacido	20
2.2.1.Inmunizaciones.....	27
2.2.2.Esquema Básico de Vacunas.....	29



2.4. El Preescolar	33
2.5. El Escolar	35
3. ENFERMEDADES COMUNES DE LA POBLACIÓN INFANTIL ..38	
3.1. El Papel del Médico	38
3.2. Dientes Natales y Neonatales.....	40
3.3. Quistes de la Mucosa Bucal en los Recién Nacidos	42
3.4. Enfermedades Virales	44
3.5. Enfermedades Bacterianas.....	61
3.6. Fiebre Reumática y Endocarditis Bacteriana: Características y manejo en Odontopediatría	67
3.7. Síndrome de Down	72
3.8. Labio y Paladar Hendido	74
3.9. Deficiencias Vitamínicas	77
3.10. Hemofilia	78
CONCLUSIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	81



INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo es una recopilación bibliográfica enfocada a la inter-relación que existe entre la pediatría y estomatología pediátrica, ya que esta relación comienza desde que el niño se encuentra en el vientre de la madre y el pediatra es el primer especialista que tiene que ver por el crecimiento y desarrollo óptimo de este niño.

El pediatra debe instruir, educar y orientar a los padres sobre los cuidados que presenta el niño en cada una de sus etapas y que están íntimamente ligadas a su desarrollo, pero para que estos cuidados sean más aprovechados deben ser combinados con la odontopediatría, de tal manera que el niño reciba una atención médica integral, por lo cual el odontopediatra debe tener la capacidad para saber qué cuidados y qué manejo debe darse en cada una de las etapas que se presenten en el niño y por lo tanto se le estará proporcionando una atención médica y odontológica adecuada.

Los odontopediatras o cirujanos dentistas de práctica general que atiendan niños también desarrollan un papel muy importante en esta inter-relación, por ejemplo muchas de las enfermedades sistémicas tienen sus manifestaciones en la cavidad bucal es decir hay enfermedades que primero se manifiestan en la boca y pueden ser diagnosticadas en una consulta odontológica de rutina, ya que los odontopediatras tienen la capacidad y el conocimiento para detectarlas y así poder remitirlos con el pediatra, para que éste les de las instrucciones y el tratamiento más adecuado para que mantenga su salud en buen estado.



1. ANTECEDENTES DE LA PEDIATRÍA Y ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Desde épocas remotas se han tratado estos temas como independientes sin embargo, es necesario e indispensable que haya una inter-relación de estas áreas ya que esto nos llevará a prevenir y combatir oportunamente las enfermedades en los niños (enfermedades propias de la niñez ya que muchas de estas se manifiestan en la cavidad bucal y pueden ser detectadas tanto como por el pediatra como el odontopediatra en una consulta de rutina), el manejo de un paciente que esté comprometido sistémicamente y requiera interconsulta o bien si el pediatra detecta la presencia de caries remitirlo con el odontopediatra. Por ello es necesario que entendamos las diferencias e interacciones de estas dos ramas de la salud.

1.1. Definiciones

Es necesario que definamos y conceptualicemos estas dos ramas para tener un mejor panorama del tema.

1.1.1. Pediatría

Deriva de la raíz griega: Paidos-niño, iatreia-curación (curar niños). La pediatría se concibe como la rama de las ciencias médicas que estudia al niño como un ser humano que permanentemente cambia desde los puntos de vista biológico y psicológico, y en continuo crecimiento y desarrollo , con sus propias cargas biogenéticas, expuesto a las influencias del medio externo o ecosistema en que se insertó, el cual obrará en el niño en los distintos periodos de vida en que se encuentre.¹

La Pediatría trata de la salud de los lactantes, niños y adolescentes, de su crecimiento y desarrollo y de sus posibilidades de conseguir su potencial pleno

¹ Valenzuela Rogelio H. et al. Manual de Pediatría, Ed Interamericana, Mc Graw Hill. 1993 11 ed. pág. 4



como adultos y también por los factores sociales o ambientales que influyen en la salud y el bienestar de los niños y de sus familias al igual que de los distintos órganos y procesos biológicos.²

1.1.2. Estomatología Pediátrica

Estomatología deriva de la raíz griega: Estoma-boca, logos-tratado. Pediatría deriva de la raíz griega: Paidos-niño, iatrea-curación. La estomatología pediátrica es una rama de las ciencias médicas que atiende, vigila, previene y cura procesos de desarrollo normal y anormal, perversiones dietéticas e higiénicas en la dentición de los niños y en los tejidos duros y blandos que integran la cavidad oral y los órganos anexos.³

1.2. Antecedentes Históricos de la Pediatría

En el pasado la pediatría se concebía exclusivamente como " el arte y la ciencia de curar al niño enfermo", concepción que predominó a mediados del siglo XX.⁴

La atención y el cuidado del niño han evolucionado en todos los tiempos y culturas debido al desarrollo de la asistencia y servicio social. El desarrollo, las características y bienestar de un pueblo están íntimamente relacionados con su situación económica y cultural y con su organización política y social, es decir, dependen de los recursos materiales y humanos con que el país cuenta pero de manera fundamental del uso que de dichos recursos se haga. Así, es posible observar cómo los pueblos cultos como los caldeos, egipcios, chinos y atenienses

² Nelson Waldo E. et al. Tratado de Pediatría. Ed Interamericana, Mc Graw Hill. 14 ed. Vol. II. pág 1

³ Valenzuela. Op cit. pág. 235

⁴ Ib. p. 4



desde épocas muy remotas reglamentaban normas de higiene y protección para los niños, sobre todo para el niño abandonado.

En cambio, los pueblos guerreros y nómadas como los cartagineses, espartácos, fenicios y sirios abandonan el niño desprotegido o realizaban con él sacrificios humanos a los dioses. Estos pueblos, guerreros y errantes por naturaleza, dejaban en las puertas de los templos a los niños débiles con malformaciones minusvalidantes o los arrojaban a los desfiladeros.

1.2.1. Cristianismo

A partir del cristianismo se presentaron algunos avances en el trato, cuidado y manejo del niño; por ejemplo el Emperador Constantino evitó el sacrificio de miles de niños que se ofrecía a los dioses para curarlo del mal negro o deformante (lepra).

Algunos de los antecedentes más remotos de la creación de instituciones de protección de los niños datan del siglo IV en que los sacerdotes San Basilio y San Juan Crisóstomo crearon los primeros orfanatos en Sebasteo en el año 335 y en Cesárea, el año 362.

Los visigodos, al igual que el Código Teodociano, fueron los primeros en prohibir la venta de niños; de igual forma, Justiniano en el año 530 ordenó la educación de los niños expósitos, a quienes da la libertad.

En el año 815, el Arcipreste Dateus creó en Milán un hospicio para niños, dos siglos después, el Papa Inocencio III fundó en Roma la primera casa de cuna organizada. En 1362 se creó en París el Hôpital Du Saint Landri y, en España se fundó la primera Institución de protección del niño en Valencia en el año 1337.



Este tipo de instituciones se imitaron rápidamente , en ellas se atendían a los niños huérfanos o abandonados, y se les proporcionaba sustento y educación.

En España en el siglo XIX se crearon las "gotas de leche"(instituciones que fomentaban el amamantamiento de los niños huérfanos) más tarde aparecerían en América Latina, además se desarrollarían las guarderías, asilos y demás instituciones de protección al niño en el Nuevo Mundo.

1.2.2. Protección del niño en México

Los antecedentes históricos de la protección del niño en América Latina datan de la época precolombina. Los cronistas de la Colonia relatan que el Imperio Azteca, en Mesoamérica, vela por todos los integrantes de su comunidad desde su nacimiento hasta su muerte, y no permitía las carencias individuales, por lo cual asignaba a cada miembro una función o actividad en provecho de la colectividad.

El Imperio Azteca se integraba por instituciones religiosas, militares y administrativas de carácter permanente . El Estado se sostenía por la energía espiritual de sus creencias, la productividad de su trabajo y la fuerza de las armas, por medio de las cuales exigía tributo a los pueblos sometidos.⁵. Esta última afirmación se basa en narraciones de los cronistas de la Colonia: "Los indios de esta Nueva España junto con sus templos , tenían seminarios o colegios en los que nutrían y educaban al niño y al joven".

⁵ Ib. p. 15



Durante la época de la Colonia, tanto en México como en el resto de Hispanoamérica, la asistencia social se basaba en la actitud de caridad, en 1523, dos años después de la Conquista se crea en Texcoco la primera escuela para niñas, que puede considerarse el primer servicio de social asistencial insaturado.

Corresponde a Vasco de Quiroga, el creador en México de los dos primeros sistemas asistenciales conocidos. En 1532, se fundó en Santa Fe la primera Casa de Niños Expósitos (niños abandonados), al ser Arzobispo de Michoacán, creó los hospitales de Indios, para atender problemas de salud inmediatos, y además inicio la obra de adiestrar a los indios en trabajos que les fueran útiles para su subsistencia: artesanías del cobre, de la madera, de lacas etc.

En el siglo XVIII Fernando Ortiz Cortés, cantor de la Catedral Metropolitana, dedicó su tiempo y fortuna para fundar un establecimiento que ampara a las personas de extrema necesidad, por lo que fue autorizado por el Rey de España Carlos III, con la condición de que de manera muy especial se protegiera a los niños expósitos, primera concepción en la Colonia de la actual casa cuna.

La real cédula llegó a manos del Virrey el 14 de Abril de 1764, fundándose lo que se llamo el "Asilo de los Pobres" o "Casa de la Misericordia" inaugurada por el Virrey Bucareli en el año de 1771.

Posteriormente al movimiento de Independencia, don Valentín Gómez Farías, pensó establecer un sistema para auxiliar a las personas con carencias. Sin embargo, no es sino hasta el movimiento de Reforma en que tomó cuerpo doctrinario el concepto de "beneficencia pública" y como consecuencia, de la "asistencia social"

Cuando era Arzobispo de México Antonio de Lorenzana y Buitrón, se estableció la Casa de Niños Expósitos, y se formo para tal efecto un patronato que perduró hasta principios del siglo XX.



A la vez que funcionaba el Asilo de los Pobres, el Capitán don Francisco Zúñiga veía con preocupación que los niños expósitos de la segunda infancia vivían con promiscuidad con los vagabundos. Con el fin de solucionar este problema, construyó su propio peculio un edificio donde alberga a estos infantes, rescatándolos de la promiscuidad y llamó a la Institución Escuela de la Patriótica.

Éste es el más lejano antecedente del Internado Nacional Infantil, hoy Escuela de Jóvenes.

Al movimiento de Independencia, don Valentín Gómez Farías, pensó establecer un sistema para auxiliar a las personas con carencias. Sin embargo, no es hasta el movimiento de Reforma en que tomó cuerpo doctrinario el concepto de "beneficencia pública" (forma oficial de la caridad cristiana).⁶ La Secretaría de Asistencia Pública perduró hasta el 18 de Octubre de 1943, fecha en que se fusionaron sus actividades con las del Departamento de Salubridad Pública, creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Los objetivos fundamentales de esta última son : cuidar de la niñez, disminuir la mortalidad y lograr mejores generaciones para México.

En México, el concepto de "asistencia social", (que incluye casi siempre acciones a favor del niño) en su devenir histórico se ha ajustado a las distintas etapas del desarrollo de la sociedad; ha sufrido modificaciones desde las viejas y místicas concepciones de la caridad, la fe cristiana y la beneficencia pública, hasta entenderse hoy en día es un derecho constitucional basado en los principios de solidaridad y de justicia social, es decir el derecho a la salud y, por consecuencia, el derecho de la población con carencia a recibir asistencia.

⁶ Ib. p. 16



El niño generalmente ha sido objeto de observación y cuidados especiales en la comunidad. No obstante el progreso y el desarrollo de la pediatría y la puericultura como ciencias sólo ocurre en las últimas fechas. La pediatría no es reconocida como especialidad sino hasta principios del siglo XX, aunque el progreso histórico y científico de la pediatría se lleva a cabo de manera conjunta y paralela a la creación y desarrollo de las instituciones hospitalarias pediátricas en el mundo, lo cual se inicia en el siglo XXI, en el Viejo Mundo. Dichas instituciones son:

- Hôpital des Enfants Malades de Paris (1802)
- Hôpital de la Charité en Berlín (1830)
- Hospital Infantil de San Petersburgo (1834)
- Hospital del Niño Jesús en Madrid (1879)

Con la creación de estas instituciones hospitalarias para niños se da origen a las distintas corrientes pediátricas de Europa, las cuales a mediados del siglo XX siembran las prestigiosas y egregias escuelas pediátricas, mundialmente conocidas como Escuela Francesa, Alemana, Inglesa y Española de Pediatría. Estas fueron cuna de origen del gran desarrollo pediátrico con el Nuevo Mundo. En la parte de Norteamérica, de habla inglesa hubo una pléyade de ilustres médicos pediatras procedentes de Europa entre ellos : Abraham Jacobi (1861) nacido en Alemania, procedente de la Escuela Alemana de Pediatría, primer profesor de Patología y Terapéutico Infantil del Medical Collage de Nueva York . Thomas Morgan Roth (1888) también de origen alemán quien ingresó a la Universidad de Harvard. Von Pirquet, de Viena que se integra al John Hopkins Hospital y poco después, Bela Shick, que pasa a formar parte del la Escuela de Medicina del Monte Sinaí en Nueva York. Así como ellos , otros muchos médicos



de ascendencia alemana, inglesa y francesa contribuyeron al gran desarrollo de la singular y eficiente medicina pediátrica norteamericana.⁷

En Latinoamérica se presenta desde principios del siglo XX influenciada por la corriente Clínica Francesa, que es traída a tierra mexicana por distinguidos maestros pediatras que supieron no sólo traer y aprovechar la maestría de varias escuelas europeas, sino que además hicieron florecer una Escuela Mexicana de Pediatría que ha traspuesto la fronteras de México. El Hospital Infantil de México hoy Hospital Federico Gómez, fue la cuna de la Escuela Mexicana de Pediatría. Dicho hospital fue creado por instrucciones del señor Presidente de la República Mexicana, don Manuel Ávila Camacho para lo cual se nombró un comité responsable del estudio y análisis de las necesidades pediátricas del país y por consecuencia de la institución hospitalaria que se crearía en la Ciudad de México.

Dicho comité fue constituido por el Dr. Fernando Ocaranza, Vocal de la H. Junta Directiva de la Institución; Dr. Salvador M. Navarro, Jefe del Departamento Médico; Dr. Manuel Guevara Oropeza, Director del Manicomio General de la Castañeda; Dr. Luis Méndez, Director del Hospital General, y el Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, Director de la Casa Cuna, que entonces era sede de la Sociedad Mexicana de Puericultura.

Este hospital ha sido Alma Mater de distinguidos y honorables maestros de la pediatría mexicana y latinoamericana, simiente de múltiples centros pediátricos asistenciales, que se distribuyeron por todo el país y en todas las dependencias del Sector Salud de México: SS, IMSS, ISSSTE y Hospitales infantiles de Zona del Departamento del Distrito Federal. Estos últimos constituyeron una organización

⁷ Ib. p. 17- 18



hospitalaria única en el mundo por sus características concebidas para una ciudad, como es la Ciudad de México.

Otra institución de gran trascendencia creada a favor del niño en México, es el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI)(1961),el cual tuvo como principales funciones el desarrollo de los desayunos escolares y la creación de Centros de Rehabilitación Nutricional. En 1968, el INPI se transforma en el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMÁN) y en 1977, en el Instituto de Desarrollo Integral de la Familia (DIF); en este último se amplían las funciones que se desarrollaron fundamentalmente a favor del niño y que ahora alcanza a toda la familia.

Es importante señalar que estas instituciones en que se realizan obras de asistencia y servicio social que benefician a la población con carencias y más necesitada, han sido presididas por las primera dama del país y las esposas de los Sres. Gobernadores de las Entidades Federativas, y generalmente apoyan esta estructura las esposas de los funcionarios del país que constituyen el voluntariado Nacional.⁸

1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.

1.3.1. Edad Antigua

En la antigüedad se elogiaba la higiene oral, las enfermedades dentales solían considerarse un castigo de los dioses por ofensas infligidas a ellos. Posteriormente la caries dental se atribuyó a fluidos corporales viciados a gusanos. Las primeras referencias sobre la posibilidad de que los ácidos de los

⁸ Ib. p. 19



alimentos pudieran causar caries se encuentran en un Artzney-Buch alemán publicado en 1530.

Los únicos temas relacionados con la estomatología pediátrica, se tratan en los trabajos , que se hallan en los tratados clásicos de medicina de las épocas griega y romana, son los problemas de la dentición (Hipócrates, 460-377 a. De J.C. Galeno, 130-200 d. De J.C.), los dientes de leche persistentes (Celso, 25 a. De J.C. 50 d. De J.C.), y la presencia de dientes erupcionados de recién nacidos (Plinio el Viejo, 23-79 d. De J.C.).

Los hallazgos arqueológicos y las inscripciones rúnicas no nos dicen mucho sobre las primeras etapas de la odontología en Escandinavia.

1.3.2. Edad Media

Durante esta etapa los conocimientos médicos y farmacológicos de la medicina clásica se transmitieron gracias a los monasterios. Las tradiciones quirúrgicas de la odontología evolucionaron entre los cirujanos barberos de los baños públicos y en el ejército.

Uno de los primeros textos conocidos sobre operatoria dental fue publicado en 1557 en España por Francisco Martínez. Este autor afirmaba que " cuando un diente de leche presentaba manchas negras era aconsejable su excavación, con un instrumento afilado, la superficie dentaria debía frotarse con una pequeña torunda húmeda en una mezcla de vino hervido, alumbre y sal común".



1.3.3. Edad Moderna

Por su trabajo " Le chirurgien dentiste ou traité des denst ", publicado en 1728 Pierre Fauchard, ha sido considerado el Padre de la Odontología Moderna. Aunque Fauchard supo darse cuenta que la nutrición defectuosa y la mala higiene oral eran las principales causas de las enfermedades dentales, en su trabajo no hacía mucha referencia a la estomatología pediátrica. Los problemas dentarios niño se tratan en profundidad en la obra de Robert Bunon: " Essay Sur Les Maladies Des Dents ", publicada en 1743. Este autor insistió especialmente en la relación existente entre la dieta y el estado de salud de la embarazada y con la mineralización de los dientes del niño. Estudió también la influencia de las enfermedades infecciosas en el desarrollo de los dientes describiendo los principios de la extracción seriada. Bunon subrayó repetidamente la importancia de unos hábitos dietéticos adecuados para la prevención de las enfermedades dentarias y merece con todo derecho el título del Padre de la Estomatología Pediátrica.⁹

Otros autores que intervinieron también en el nacimiento de esta especialidad fueron L.T. Duchemin (1759) y N.D. Dechément (1804) en Francia y Z. Fraenkel (1817) en Dinamarca. En 1768 Thomas Berdmore atribuyó la etiología de la caries al consumo de azúcar refinada y en 1830 William Robertson postuló que la caries era debida a los ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos de los alimentos, hipótesis que posteriormente demostraría de forma concluyente W.D. Miller en 1902.

⁹ Finn S.B. Odontología Pediátrica. Ed Interamericana, Mc Graw Hill. México 1976 9a ed.



1.3.4. Concepto de una Odontología Pediátrica Periódica

Uno de los primeros dentistas que se dedicó a la estomatología pediátrica exclusivamente fue John Greenwood, trabajó en Nueva York; hacia 1780, cobraba una tarifa reducida a los niños que eran citados para seguir un tratamiento periódico. A comienzos del siglo XIX C.F. Diabarre prestó asistencia dental a los niños de los superpoblados orfanatos parisienses, durante una época en la que Francia se hallaba en guerra.

El proyecto de una asistencia dental pediátrica periódica fue propuesto en 1851 por A.F. Talma, cirujano dental del Rey Leopoldo I de Bélgica. Proyecto un ambicioso programa que nunca se hizo realidad, aconsejaba que todo niño de 5 a 12 años de edad fuera examinado por un dentista, una vez al mes. Hacia 1880, 9 dentistas y 80 asistentes dentales se prestaron como voluntarios para tratar gratuitamente niños pobres en París, parece que este movimiento influyó en el debate sobre la medicina escolar, que se desarrollaba en toda Europa en aquella época.

Cabe comentar que en 1888, Th. Evans, un dentista norteamericano que trabajaba en París, defendió que la caries infantil se debía a los duros trabajos escolares impuestos a los niños, para este autor el sistema nervioso sobrecargado extraía calcio y fósforo de los dientes. A partir de esa época, la urbanización e industrialización, hubo un mayor consumo de sacarosa y la creación de nuevas escuelas elementales aceleraron el progreso en este campo.

En 1885, la British Dental Association trató sobre la odontología escolar obligatoria y, tres años después, un grupo privado de dentistas, con Sydney Spokes a la cabeza, fundó una sociedad de dentistas escolares. El primer servicio



de asistencia dental escolar regular, mantenido por grupos privados de profesionales parece que es el trabajo en las escuelas prusianas de cadetes a comienzos de la década de 1880. En esa época, los cadetes militares eran jóvenes.

Una serie de estudios epidemiológicos publicados en Alemania entre 1893 y 1895 demostraron que más del 90% de los niños tenía caries y sólo una mínima porción de ellos recibía tratamiento, estos resultados se trataron ampliamente en los congresos internacionales e hicieron que los dentistas de muchos países, fueran a sus países a organizar servicios públicos de salud dental para los niños.

En 1902 se abrió en Estrasburgo la primera clínica municipal para niños, bajo la dirección del Danés Ernst Jessen, siguiendo el esquema de investigaciones realizadas en Alemania. En 1905 y 1906 se crearon en Suecia los primeros servicios municipales de asistencia dental escolar.

En 1907 se inauguraron clínicas municipales en Dinamarca y Finlandia, también en Noruega se colocaron este tipo de clínicas por 1910 y fue es este país en donde los servicios dentales escolares recibieron apoyo oficial, en virtud de una ley aprobada en el Parlamento de 1917. En las décadas siguientes las comunidades importantes de los países nórdicos, comenzaron a realizar programas de asistencia de salud dental para la población escolar. En los primeros años la mayoría de las clínicas se encontraban ubicadas en los propios edificios de las escuelas elementales o secundarias. Se pusieron en marcha las clínicas móviles para acercar la asistencial dental del niño.

El pionero de este campo fue G. Scherer y en 1920 se empezaron a utilizar autobuses especialmente adaptados para transportar a regiones distantes. En Estocolmo funcionan clínicas y transportadas por vía marítima desde los años 40.



1.4. ANTECEDENTES DE LA RELACIÓN PEDIATRÍA-ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA EN MÉXICO

El Dr. José Antonio Fragozo Ramírez, estudió en la Escuela Nacional de Odontología en el año de 1934 a 1938, en donde la materia de clínica de niños (odontopediatría) era impartida en ese tiempo en el cuarto año de la carrera. El doctor Fragozo cuando terminó la carrera de odontología, fue invitado a impartir clases de biología e higiene de la adolescencia en el Colegio Franco Español, esto fue pauta para que el doctor comenzara tener cierta afinidad por la atención dental de adolescentes. El doctor Fragozo consiguió que se instalara el primer consultorio dental en México en una Escuela, esto ayudó más para que siguiera atendiendo niños, esto fue en una escuela particular. Tomó innumerables cursos en diferentes entidades de la República, lo que hizo que se interesara más sobre la atención dental en niños, pero no estaba dedicado al 100% sino que también atendía adultos. Trabajó con un pediatra, el Dr. Rodríguez Macedo, el cual invitó al Dr. Fragozo a integrarse en ese tiempo al Hospital Inglés ahora ABC.

Aproximadamente por los años 60s ya había aproximadamente unos 25 miembros que se dedicaban a la atención dental infantil, en ese tiempo ingresó como profesor en la Facultad de Odontología en el área de Odontopediatría, entró por examen de oposición. En el año de 1967 a 1969 fue jefe de Departamento de Graduados.

En 1970 fundó el primer curso de estomatología pediátrica hospitalaria en el IMAN ahora llamado Instituto Nacional de Pediatría. Trabajaba fundamentalmente con médicos y odontólogos. Trabaja en el Hospital De Perinatología, en el campo de la neonatología. Él piensa que la estomatología del recién nacido debe incorporarse a la odontopediatría, así como en medicina general se integra la pediatría a la neonatología.



Aproximadamente por los años cincuentas fue Presidente de la Asociación Dental en Odontología Infantil del Distrito Federal.¹⁰

Es miembro de la Asociación de Pediatría y es autor del libro: "Estomatología del Recién Nacido" el cual ganó un premio. En este libro menciona aspectos como: crecimiento y desarrollo maxilo-facial, examen clínico estomatológico del neonato, técnicas de alimentación, lesiones orales del recién nacido, etc.

Con esa influencia y la de muchos odontólogos que trabajan en hospitales pediátricos, se ha tratado de integrar más a estas dos áreas, desde que la mujer está embarazada.

¹⁰ Ortega, Héctor. Entrevista al Dr. Juan Antonio Fragozo Ramírez, Instituto Nacional de Perinatología, México D.F., 24 de Octubre del año 2000.



2. CUIDADOS PEDIÁTRICOS

Cómo ya se había mencionado desde tiempos anteriores la pediatría sólo era considerada o se concebía exclusivamente como el arte, y la ciencia de curar al niño enfermo, pero a través del tiempo este concepto ha sido modificado constantemente y ahora no sólo le compete el curar, sino también asume la responsabilidad de la evolución física, mental y emocional de los niños desde la concepción hasta la madurez, además debe de brindar los cuidados necesarios para que este infante tenga un crecimiento y desarrollo óptimo. Estos cuidados deben de empezar desde recién nacido, el lactante, el preescolar y el escolar ya que en cada una de estas etapas se presentan numerosos cambios, que pueden ser detectados y resueltos de manera oportuna para brindarle una salud integral.

Los pediatras deben preocuparse también por los factores sociales o ambientales que influyen en el bienestar de los niños, pero para alcanzar estos puntos es necesaria la interrelación con otras disciplinas y sólo así podremos proporcionarle la atención médica adecuada y necesaria que necesita para poderse desarrollar plenamente.

2.1. Entrevista Pediátrica

Muchos médicos están convencidos de que la historia de una enfermedad brinda claves para el diagnóstico y tratamiento con éxito hasta en 90%. Pero en una práctica pediátrica general hay diferencias sustanciales en la entrevista que merecen su examen y análisis. Los rasgos en común con la toma de historia clínica en adultos es que el proceso es esencialmente para reunir evidencia; el proceso precede al examen físico y se registran los datos de acuerdo con un formulario establecido.



Si bien el objetivo explícito de la entrevista es obtener información, hay funciones secundarias importantes que pueden tener implicaciones de largo alcance.¹¹

Barbería Leache nos dice: " Al proponernos ofrecer un servicio de salud odontológica integral al niño, debemos realizar una historia clínica que nos permita conocer al paciente en todos sus aspectos: social, médico y dental. De esta manera, una historia clínica completa, una exploración minuciosa, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado serán la base común previa a cualquier actuación en el área bucal ".

La realización de una correcta historia clínica general del paciente constituye, así , un momento idóneo para establecer un primer contacto con el niño y debe considerarse como una sesión de valoración mutua donde el médico y el odontólogo evalúan al niño y éste a aquél y su medio. Es el primer momento de promover la futura salud del niño, generando actitudes positivas sobre el tratamiento que en caso es dental.¹²

El encuentro inicial con el niño y su familia crea el tono para la relación siguiente entre el profesional y el paciente. La toma de la historia ha de ser contemplada como el comienzo del proceso del tratamiento. Si bien el foco de la atención debe de recaer en el niño paciente, la entrevista debe de estar centrada en la familia. Las relaciones con los padres son esenciales. Nos dicen los pediatras que depende de los padres para que se lleven a cabo las instrucciones elementales.

¹¹ Braham Raymond L. et al. Odontología Pediátrica. Ed. Médica Panamericana. 1984. pág 165

¹² Barbería Leache E. et al. Odontopediatría. Ed. Masson, S.A. 1995. pág 1



Para ambas disciplinas debe de existir una adecuada comunicación con los padres. Ya que las barreras en la comunicación traban el cumplimiento del consejo profesional, se requieren de habilidades y se deben de usar palabras y conceptos que sean oídos y claramente comprendidos por el otro, se deben de tomar en cuenta los mensajes no verbales, obsérvese fig 1:



Fig 1. Cuándo, cómo y por qué ir al dentista,

Korsc, en los estudios que realizó del proceso de comunicación entre médicos y padres, sentó el punto crucial de que tiene la primera prioridad del establecer el alcance y la calidad de la relación prevista entre el paciente y la familia. El ambiente y la organización del tiempo acordado para la visita están regidos por el problema anticipado. El encuentro con una familia intacta que trae a un niño sano de tres meses exige un tiempo menor y un ambiente psicológico diferente que una reunión por un adolescente simulador y una familia de reciente divorcio. Aparte del ambiente de la visita, se ha de cumplir con ciertas formalidades.

Con frecuencia, la observación inicial del médico ponía a la familia a la defensiva y obstaculizaba la comunicación sincera. La mayoría de las familias responde positivamente a un medio cálido, amistoso y preocupado por su hijo y por sus temores y ansiedades.



Para una buena comunicación es esencial dar a las familias una oportunidad para la exploración de todas sus preocupaciones. A menudo ya se puede lograr esto en los comienzos de la entrevista pero con ciertas circunstancias.¹³

Tanto en la pediatría y la estomatología pediátrica es importante realizar una entrevista previa, una buena historia clínica general y establecer una correcta comunicación entre médicos y padres. Ya que el manejo correcto de estos puntos, van a facilitar al promotor de la salud el realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados de las enfermedades que puede presentar el niño, además de la intervención de otras disciplinas si lo requiriese y por tanto se estará tratando la salud del pequeño integralmente.

2.2. EL RECIÉN NACIDO

El período del recién nacido, comprende los primeros treinta días de vida extrauterina.¹⁴

Muchos pediatras hallan que el examen inicial del recién nacido puede ser realizado con provecho en presencia de la madre y del padre. La piel es el área examinada por la madre e invariablemente le preocupa la coloración rojo mate observada con frecuencia sobre los párpados, el puente de la nariz, el cuello por atrás y justo por debajo de la nariz.¹⁵ Estos signos suelen desaparecer en cuestión de meses, pero los padres demuestran una inquietud y por lo tanto el nuevo miembro de la familia es llevado con el pediatra.

¹³ Braham. Op cit. pág. 166

¹⁴ Valenzuela. Op cit. pág. 13

¹⁵ Braham. Op cit. pág. 179

Fig 1. Figueiredo. Op cit. pág. 210



Aunque la pauta alimentaria del recién nacido puede ser errática, la tendencia es dirigirse a establecer una guía. Algunos bebés consumen grandes volúmenes con poca frecuencia , otros pueden alimentarse muy a menudo y consumir volúmenes menores. En la situación ideal, la madre que alimenta a pecho tiene un sentido fino de cuándo su bebé necesita leche y cuándo está contento succionando. La actividad manual y bucal de la criatura confunde a las madres jóvenes e interpreta esta actividad como hambre. Por ello los primeros seis meses de vida después del nacimiento representa el período en que la criatura y la madre tienen la experiencia más concentrada en el pediatra. En el examen físico en los primeros seis meses es un desafío y una iluminación. Como siempre es cierto en el examen pediátrico, la observación atenta es un requisito absoluto. Durante los primeros tres meses, la criatura tolera razonablemente bien la separación de la madre y se le puede examinar sobre la mesa con la madre al alcance de su vista, tacto y sonido. Durante los primeros pocos meses de edad, el clínico experimentado puede determinar con rapidez si el niño puede ver (al enfocar la cara y oírla) y oír. ¹⁶

Se ha de realizar el examen rutinario de la cavidad bucal y de la vías nasales. El neonato normal es un respirador nasal obligado y cualquier criatura que respire crónicamente por la boca debe considerarse sospechoso de atresia coanal. La cavidad bucal suele ser edéntula en los primeros meses de vida, algunas raras veces, las criaturas nacen con dientes, con mayor frecuencia con uno o ambos incisivos centrales inferiores, podrían ser supernumerarios o estar flojos, por lo cuál deberían ser extraídos. Si parecen normales, se hará una consulta con el odontopediatra quien ayudará a tomar la decisión acerca si se deberán de ser conservados o no. Son comunes ciertos quistes de color amarillo

¹⁶ Braham. Op cit. pág. 181 - 183



pálido o blancuzcos de 1-2 mm localizados a lo largo del rafé medio del paladar duro (perlas de Epstein), suelen desaparecer en los primeros meses. Son menos comunes otros quistes mayores que aparecen sobre los rebordes alveolares. Pueden ser vigilados con tranquilidad. Es importante distinguirlos de un molar en erupción con material necrótico asomado por sus bordes, puede ser una lesión inicial de histiocitosis X y una radiografía dental revelará la lesión típica de un diente flotante.

La cavidad oral, por formar parte integrante en el recién nacido, es vital, principalmente en este período de su vida por las funciones iniciales de la nutrición, las cuales se ven interrumpidas por condiciones generales y / o locales que se encuentran disminuidas, alteradas o ausentes.

La incoordinación que pudiera presentarse en los reflejos de succión y deglución, nos llevará a desarrollar diversas formas de alimentación según el caso, para lograr el desarrollo y crecimiento adecuado del neonato.

La importancia de observar el desarrollo del neonato, requiere de manejo interdisciplinario; donde la intervención de diversas especialidades ampliará el conocimiento sobre los recién nacidos, de ahí que la Odontología debe empezar a preocuparse de sus pacientes desde el inicio de su vida, ya sea como Cirujano Dentista general o como especialista en Pediatría; logrando así un diagnóstico clínico del recién nacido adecuado.¹⁷

Un recién nacido normal es todo aquel que proviene de los padres sanos, que al nacer respiró y lloró inmediatamente y sin presentar patología alguna.¹⁸

¹⁷ Fragozo Ramírez, J. Antonio. Estomatología del Recién Nacido. Ed. INPER, 1992 México D.F. pág 1

¹⁸ Díaz Romero, Rosa María. et al. " Estudio comparativo de la erupción dental en lactantes nacidos a término y pretermino: informe preliminar." Práctica Odontológica, 16:1986, 8, pág 33.



El período neonatal arbitrariamente comprende el primer mes de vida.

Al explorar a un recién nacido en los primeros minutos de vida extrauterina, se deben seguir algunos parámetros como los son: actitud del neonato, coloración y textura de la piel, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, forma de abdomen, viceromegalias, características del cordón umbilical y genitales.

Así mismo debe llamar la atención la forma del cráneo y las estructuras faciales; a la evaluación de la cara, el clínico deberá de detectar y reportar cualquier alteración y descubrir su etiología; clasificándola como: congénita, genética o si es la consecuencia de un trauma obstétrico.

Para un examen completo de simetría facial, es preferible colocar al neonato recargado sobre almohadones y observarlo en posición normal de su cara y cabeza.

El examen debe comprender :

I. Proporciones faciales

II: Examen clínico estomatológico; el cual deberá llevar un orden secuencial de las estructuras anatómicas:

- a) labios;
- b) mucosa yugal;
- c) arco maxilar, paladar duro y blando;
- d) frenillos;
- e) lengua y piso de boca;
- f) mandíbula, y
- g) glándulas salivales.



III. Forma de las arcadas (maxilar y mandibular)¹⁹

La boca del recién nacido presenta alteraciones estructurales propias de la edad como:

- * el labio superior presenta en la porción media el llamado " Sucking pad " o " apoyo para la succión " con múltiples proyecciones vellosas, que aumentan de volumen cuando se encuentran en contacto con el pecho de la madre al ser estimuladas;
- * en la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial; que, en la mayoría de los casos es la unión del labio superior a la papila palatina, formando así el frenillo labial , auxiliar en el amamantamiento logrando afirmar aún más el labio superior ; a los lados de este encontramos las bridas o frenillos laterales que intervienen en la fijación del labio en el maxilar;
- * en la línea media se encuentra en el labio inferior, el frenillo labial inferior que une la porción interna del labio al tercio gingival, y lateralmente las bridas, que son menos desarrolladas que las superiores;
- los rodetes gingivales se encuentran internamente separando el vestíbulo de la cavidad bucal, que en el recién nacido están recubiertos en toda su extensión por el tejido gingival;

Los maxilares del recién nacido anatómicamente presentan:

En el arco superior: un rodete gingival adherido al frenillo labial y por vestibular las bridas laterales. Por palatino, el paladar con la bóveda, las rugosidades y papila palatinas en la porción anterior, y de la parte media a la posterior, el

¹⁹ Fragoso. Op cit. pág. 43-50.



rafé palatino medio. En la posterior, la transición del paladar blando con el duro;²⁰

En el arco inferior: después del frenillo labial y las bridas, también por lingual se encuentra el piso y el frenillo lingual, siendo el surco alveolar interno su transición oblicua;

* en ambos rodetes, en la región de los incisivos y caninos existe el cordón fibroso de Robin Magitot (auxiliar de la succión, por su colaboración como sellado de los maxilares), bien desarrollado en el recién nacido, eliminándose con el paso del tiempo e indicando, a su desaparición parcial o total; que el momento de la erupción ha llegado,

* en la región anterior y vestibular de los rodetes, se presentan lobulaciones, éstas nos indican la presencia de los gérmenes dentales.²¹

Por mucho, la lesión bucal más común en bebés es la candidiasis (muguet), que se caracteriza por las lesiones submembranas adherentes, blancas, ubicadas en la mucosa vestibular y en la lengua. El muguet suele ser asintomático.

Las amígdalas son pequeñas durante los primeros meses. La respuesta usual a una infección respiratoria superior se manifiesta por un enrojecimiento intenso, exantema ocasional y, rara vez, exudado.²²

Por estas pequeñas entidades patológicas que se presentan en la infancia y en las cuales muchas de las veces el médico pediatra no sabe lo que tiene que hacer , o no tiene las ideas muy claras, entonces es recomendable que exista una

²⁰ Figueredo Walter, Luiz Reynaldo. Et al. Odontología para el Bebé. Ed. Amolca. Año 2000 pág. 47

²¹ Ib. pág. 48.

²² Braham. Op cit. pág. 185.



relación de la pediatría y la estomatología pediátrica. En conjunto se valorará de manera adecuada al recién nacido y se le dará el tratamiento que se requiera. Por ello en Brasil, en 1929, Pereira, en el libro "Educación Dental del Niño" ya enfatizaba que " es necesario una divulgación sin límites en el seno de la familia, pues la prevención debe de comenzar desde que el niño está en el vientre materno con la formación de los órganos dentarios sanos y bien calcificados". Afirmaba que una profilaxia de caries dental debe caminar junto con una higiene post-natal, hecho evidencia la necesidad de la colaboración entre pediatras y odontopediatras. Resaltaba que los dientes merecen los mayores cuidados higiénicos desde que los primeros aparecen en la cavidad bucal.²³

El programa de Odontología para Bebés recomienda alrededor de los seis meses de edad visitar al dentista ya que el pediatra desconoce el esquema de higiene y lo debe de remitir antes de la erupción con el especialista dental.

El programa incluye:

Iniciar los procedimientos de limpieza de los dientes y el uso de flúor;

Controlar la alimentación tipo biberón y pecho durante la noche, después de la erupción de los dientes;

El azúcar en exceso es dañino para los dientes.

Después de esos tópicos, los padres deben recibir información sobre: caries, traumatismos y enfermedades de la boca, erupción y desarrollo de la oclusión de los dientes deciduos.

De esta manera, educar para la salud antes de la aparición de los dientes y consecuentemente de la enfermedad, se convierte en el objetivo mayor de la Odontología para Bebés y, como objetivo menor, el establecimiento de factores de riesgo, revirtiendo y / o controlando.

²³ Figueiredo. Op cit. pág. 3.



2.2.1. Inmunizaciones

Cuando se aspira a procrear hijos sanos y fuertes en las mejores condiciones , es indispensable , además de quererlos y desearlos , proporcionar los cuidados y atenciones que requiera el nuevo ser, el cual a diferencia del adulto, está en continuo y permanente cambio , multiplicando células y tejidos , así como desarrollando y diversificando funciones. Este nuevo ser incesantemente crece y se desarrolla, evoluciona y se transforma, por lo que requiere de los cuidados del pediatra, quienes apoyarán a la familia en la prevención de múltiples problemas que amenazan al niño y que suelen interferir en su crecimiento y desarrollo normales.

Los satisfactores básicos indispensables para la supervivencia del niño incluyen alimentación, vivienda y vestido, independientemente de los satisfactores y cuidados que el niño requiere para su saludable crecimiento y desarrollo. Estos últimos comprenden en lo biológico, medidas preventivas de salud, aseo, higiene, inmunizaciones, salubridad general en su ecosistema, etc. ²⁴

Las inmunizaciones constituyen una parte importante de la atención de salud preventiva para los niños. Son productos biológicos elaborados a partir de microorganismos debilitados o partes de ellos o productos elaborados por ellos, al ser administradas al niño imitarán la infección natural, induciendo la producción de anticuerpos, sin hacerles daño, de manera tal de ayudar a que los niños desarrollen inmunidad contra enfermedades potencialmente letales o invalidantes y también ayudan a reducir el riesgo de la propagación de la enfermedad a otras personas. La idea en general es prevenir la enfermedad en el niño inmunizado y a la larga erradicar la enfermedad de las comunidades.

²⁴ Valenzuela. Op cit. pág. 1-2



Algunas vacunas producirán protección completa de por vida, otras sólo inducirán protección parcial y algunas necesitarán refuerzos, es decir, con algunas vacunas se obtiene respuesta después de una dosis y con otras se obtiene después de varias dosis. Algunos de los riesgos que se pueden presentar de las inmunizaciones, son reacciones a las vacunas, pero generalmente son de poca importancia. Las reacciones leves consisten en hinchazón y dolor leve en el sitio dónde se aplicó la vacuna y fiebre de baja intensidad. Estos síntomas se pueden aliviar con medicamentos, antipiréticos que el médico recomendará. Las reacciones severas por las vacunas son muy infrecuentes. El riesgo de contraer una enfermedad grave durante la niñez es mucho mayor, que el riesgo de sufrir una reacción grave ante una vacuna.²⁵

²⁵ Feldman Sonia. Prevención Bucal para el Bebé. <http://www.tu.pediatra.com//htm.pág> 1-3.

2.2.2. Esquema Básico de Vacunas

ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN			
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD
BCG	TUBERCULOSIS	Única	Al nacer
SABIN	POLIOMELITIS	Preliminar	Al nacer
		Primera	2 meses
		Segunda	4 meses
		Tercera	6 meses
		Adicionales	
Pentavalente DPT+ HB+ Hib	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS HEPATITIS B INFECCIONES GRAVES Por H. influenzae b.	Primera	2 meses
		Segunda	4 meses
		Tercera	6 meses
DPT	DIFTERIA TOS FERINA TÉTANOS	Refuerzo 1	2 años
		Refuerzo 2	4 años
TRIPLE VIRAL SRP	RUBÉOLA PAROTIDITIS SARAMPIÓN	Primera	1 año
		Segunda	6 años
ANTISARAMPIÓN	SARAMPIÓN	Adicionales	
Td	TÉTANOS DIFTERIA	Refuerzo	12 años
OTRAS VACUNAS			

Fig. 2 Cartilla Nacional de Vacunación Expedida por el Sistema Nacional Salud.



2.3. EL LACTANTE

Como ya se ha mencionado con anterioridad para que el diagnóstico y el tratamiento sean correctos es necesaria una estrecha colaboración entre médicos y dentistas. Muchos niños mayores van al dentista con regularidad, pero en los lactantes, el diagnóstico de los problemas dentarios y de la boca que obligan enviarlos al dentista lo efectúan principalmente los médicos en sus visitas ordinarias.

Todos los padres que tienen niños deben de recibir asesoramiento sobre la salud e higiene de la boca, especialmente sobre las prácticas de la alimentación, desde el nacimiento, pero con toda seguridad antes de cumplir un año de edad.²⁶

2.3.1. Nutrición y Amamantamiento

La historia de la nutrición infantil comprende desde la aparición del Homo sapiens hasta la actualidad, en épocas primitivas casi todos los lactantes eran amantados por nodrizas, se practicó con toda probabilidad en Babilonia hacia el año 1700 AC. Los documentos griegos, romanos, bizantinos y árabes relativos al período comprendido entre los siglos II y XV DC hace pensar que el calostro raramente se utilizó para alimentar a los lactantes (Fildes, 1986b). El primer alimento más generalmente empleado fue la miel.

Los documentos escritos de los últimos siglos antes de la era cristiana y de los primeros siglos de ésta están relacionados con la mitología, aunque la frecuente alusión a lactantes alimentados por animales (probablemente bajo la supervisión del hombre) puede haber tenido una base real. Los recipientes para la alimentación del lactante, diseñados presumiblemente para proporcionar leche de

²⁶ Nelson. Op cit. pág. 1125

Fig 2. Tomada de la Cartilla de vacunación, expedida por la Secretaria de Salud en México.



animales, ya fueron utilizados en el año 100 DC (Still, 1931) y al menos durante el siglo IX se emplearon cuernos vacunos vaciados y perforados en la punta para suministrar alimentos líquidos a lactantes (Still, 1932; Fildes, 1986). Era costumbre sujetar en al punta del cuerno una pieza de cuero o tela cosida y generalmente rellena con un trozo de esponja para que el lactante succionase. Dichos cuerno continuaron siendo utilizados durante el siglo XVIII (Still,1931). Con peltre (aleación de cinc, plomo y estaño) o estaño se hicieron otros recipientes, que disponían de una tetina de metal perforada y cubierta con algún material blando y poroso para que el lactante pudiese succionar. A principios de 1800 se introdujo el biberón de cristal.

Edad del destete.

En el antiguo Egipto y en Babilonia la edad habitual del destete estaba aproximadamente en los tres años de edad (Fildes,1986). Entre los siglos IV y VII DC la edad recomendada para el destete se hallaba generalmente entre los 20 y 24 meses de edad (Fildes, 1986).

Para la duración de la lactancia materna durante los siglos XV y XVI, se recomendaba el destete a los 2 ó 3 años de edad (Forsythe, 1910-1911; Still, 1913; Fildes, 1896). Durante el siglo XVII y la primera mitad del XVIII, algunos autores recomendaban proceder al destete entre los 18 y los 24 meses, mientras que otros lo hacían a los 12 meses. A partir de mediados del siglo XVIII, la mayor parte de los autores recomendaba el destete entre los 8 y los 12 meses de edad (Fildes, 1986).²⁷

²⁷ Fomon M,D, Samuel J. Nutrición del lactante. Ed. Mosby / Doyma libros. pág. 6-7.



Anteriormente como ya se mencionó la miel era el primer alimento más generalmente empleado, parece ser que en la nutrición infantil no se ha avanzado mucho ya que muchos pediatras siguen mandando a los niños alimentos con una elevada cantidad de carbohidratos, sin considerar que le pueden ocasionar un problema grave a nivel dental. Sin embargo, no existe ninguna restricción sobre la alimentación materna y lo mismo el amamantamiento nocturno cuando el bebé es menor de seis meses (desdentado), pues el amamantamiento materno es importante tanto para el desarrollo físico como para el emocional, del niño, en esta edad. El amamantamiento debe ser sin restricción y usado en libre demanda. Un niño que mama pecho hasta los seis meses de edad tiene una posibilidad menor de adquirir hábitos de succión nutritivos, como la succión de dedo y de chupón, que aquellos que son amamantados con biberón.

Los médicos pediatras deben de instruir a los padres o mandarlos con el odontopediatra, para tomar medidas preventivas en los niños para que no presenten un cuadro severo de caries en los dientes temporales. Ya que después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación con seno materno, el amamantamiento nocturno y el uso de biberón deben comenzar a ser controlados para que el final de la alimentación con biberón ocurra alrededor de los 12 meses de edad.

Las medidas educativas más eficaces para la prevención de caries dental en la primera infancia son aquellas destinadas al control del amamantamiento, especialmente al amamantamiento nocturno y la eliminación del biberón después de la erupción de los dientes.²⁸

²⁸ Figueiredo. Op cit pág. 76-77



2.4. EL PREESCOLAR

Es importante aclarar que al nombrar al menor como preescolar, nos estamos refiriendo a todos aquellos niños que cuentan con la edad de 3 a 6 años de edad.

Dentro de la historia médica y odontológica del paciente, la información acerca del desarrollo social y psicológico del niño es importante. Bajo esta óptica y partiendo de los comportamientos y los cambios sociales existen hechos que van influyendo en el desarrollo psicosocial del niño.

Posteriormente, el desarrollo de las funciones de lenguaje permite al niño aumentar su desarrollo social. Van adquiriendo mayores capacidades de observación y tienden a imitar el medio en que se desenvuelven. Es importante que el niño obtenga una disciplina educacional del medio familiar y / o escolar en que se desarrolle. Hay estudios que demuestran que las consecuencias sociales de los niños que reciben cuidados en guarderías especializadas no difieren de aquellos que han sido criados exclusivamente por sus madres en los primeros años de su vida.²⁹

En los primeros meses de este período, buena parte de la conducta del niño es interpretada como negativa por la madre, el niño percibe la posibilidad de elección a muchos proyectos iniciados por la madre, y responde firmemente con un "no". Las madres hábiles reconocen esto como una señal del sentidos en desarrollo de autonomía e identidad y no pierden el tiempo con confrontaciones. Esto crea conflictos también para el niño. Desea una independencia creciente y puede tolerar la mayor separación de la madre en situaciones estructuradas. La

²⁹ Braham. Op cit pág. 190



fragilidad de esta autonomía queda mejor ilustrada por la reacción del pequeño perdido en una tienda: la reacción inmediata es un dolor inconsolable por la pérdida y separación.

Hay una sociabilización creciente con los demás chicos, que se desplazan del juego paralelo al participante. El nivel de supervisión paterna directa disminuye y aumenta la oportunidad para la producción de accidente reales. Son peligros típicos en los preescolares las caídas, las quemaduras y ahogos, las cuales requerirán atención y supervisión de expertos en la salud.

Actualmente la etapa más temprana del comienzo de la escolarización del niño es de tres a cuatro años y nos induce a pensar que la edad preescolar se acorta y presenta los problemas tradicionales del niño con el comienzo de sus estudios en edades más precoces. Durante estos años, se impone la autodisciplina en el niño y se pone de manifiesto su conciencia de culpabilidad. Esta etapa, al igual que en la preadolescencia, se encuentra sometida a varios cambios en todos los aspectos de la vida física y psíquica del niño. El medio social y familiar ejercen una gran influencia en su autoestima, los éxitos o fracasos en el medio escolar van a quedar reflejados con cambios en su carácter. El maestro se convierte de esta forma en el primer adulto significativo como figura de autoridad fuera del entorno familiar.³⁰

La comunicación y cooperación del niño, ambas van a estar relacionadas con la edad y el grado de desarrollo alcanzado por éste. De ello depende la conducta que vaya a presentar o a desarrollar tanto con el pediatra como con el odontopediatra, pero también influirán las experiencias previas, propias y de su entorno familiar y social. Estas variables actuarán y favorecerán la relación directa

³⁰ Barbería. Op cit. pág. 14



con el pediatra y el odontopediatra y determinarán la iniciativa propia del niño en la consulta tanto médica como dental.

Durante este período es vital la atención en los niños preescolares principalmente a nivel dental, ya que puede adquirir el adiestramiento para una buena higiene dental, a no utilizar alimentos con altos contenidos de azúcares y el establecimiento de una atención odontológica regular, contribuirán a una buena salud dental. La enfermedad bucal que se presenta con mayor frecuencia en esta etapa es aquella que conocemos como caries por alimentación infantil la cual es causada por el biberón, no se detecta a tiempo en virtud de que no son planificadas las visitas por el pediatra al dentista.

Cabe señalar que en esta etapa los niños necesitan una alimentación adecuada y balanceada en la cual se incluyan carnes, frutas, verduras y legumbres, evitando los alimentos ricos en grasas y exceso de dulces, lo cual favorecerá a que el niño aprenda a masticar correctamente y evitara déficit de alimentación o excesos, es importante el cuidado en su alimentación ya que en este período el niño está en pleno crecimiento y creciente actividad, lo que puede llevar a fluctuaciones en el apetito y cambios en las preferencias alimenticias. Durante esta edad es común el rechazo a ingerir las comidas normales, aquí es importante para el pediatra como para el odontopediatra decir a los padres que no estén demasiado preocupados por el rechazo a algunos alimentos.

2.5. EL ESCOLAR

Al referirnos al escolar nos referimos a los niños de 6 a 12 años de edad, durante este período del desarrollo, el niño sigue esforzándose para lograr una independencia mayor de la familia. Cada vez es más significativo su grupo de amigos y establece más relaciones fuera del hogar. El lugar en el que cumple



algunas de las tareas más importantes de su vida es la escuela y adquiere conciencia cada vez mayor de un mundo más grande fuera de sí y de su familia.

Trabaja activamente para su propia identidad y sigue trabajando en su propio papel sexual, si bien algunas tentativas manifiestas de exploración con el sexo opuesto, ese estereotipo que el grupo social y los pares del mismo sexo sigan siendo lo más importante. La vitalidad física y la buena salud general observadas en las etapas anteriores se mantienen. Los niños excluidos de la escuela parecen tener una reacción universal afín con una reacción química de primer orden, son característicos de esta edad la actividad, el ruido y un entusiasmo apenas controlado. Esta energía apenas reprimida es la que con frecuencia los pone en conflicto con la autoridad: en el hogar, con la familia, en la escuela, con los maestros; algunas madres y sus hijos tienen extremadas dificultades para lograr una separación madura y esto puede manifestarse como fobia a la escuela o rechazo a ella.

Se manifiesta por la gran ansiedad del niño ante la perspectiva de separarse, por lo general, de la madre. Cuando este problema asoma a la superficie, casi invariablemente es acompañado por conflictos no resueltos dentro de la familia; los intentos de manejar estos conflictos superficialmente están condenados al fracaso. La relación del niño y el pediatra cambia radicalmente en este período. En un pasado, la madre había sido la única narradora; el médico era omnipotente. Ahora debe pasar el niño más a fondo a la tarea de recolección de información, comienza a cambiar su actitud con el médico, se lo reconoce como parte del mundo adulto, al que mira con desconfianza creciente.³¹

³¹ Braham. Op cit. pág. 194



Cabe señalar que el niño escolar debe continuar con una alimentación variada y equilibrada, que permita desarrollar su actividad y aprendizaje. En cuanto a la higiene bucal no debe olvidar el cepillado dental después de cada comida, limitar la ingesta de golosinas ya que es importante controlar la presencia de caries, además de que deberá visitar regularmente al odontopediatra.



3. ENFERMEDADES COMUNES DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Como se ha venido mencionando la pediatría y la estomatología pediátrica son disciplinas que se encargan de la salud del niño. Estas disciplinas cada vez necesitan más inter-relación, ya que los problemas tanto médicos como dentales son más comunes en la actualidad, por el estilo de vida, la alimentación, las radiaciones, etc. Esto hace más frecuente que existan más enfermedades tanto virales, como bacterianas, síndromes y malformaciones congénitas. Por ello tanto el médico pediatra como el odontopediatra deben que tener la capacidad de saber diagnosticar cada una de estas patologías, pero para que se trabaje en conjunto el odontopediatra debe saber remitir a muchos de los paciente comprometidos sistémicamente, porque muchas de estas enfermedades y sus manifestaciones se presentan en la cavidad bucal, o en su defecto si el médico no tiene la capacidad de dar el tratamiento adecuado de alguna enfermedad que se manifieste en boca, (por ejemplo, un diente natal o neonatal) podrá remitirlo con el odontopediatra, para que éste recomiende y realice el tratamiento adecuado.

3.1. Papel del Médico

Como no existe mortalidad o morbilidad grave obvia relacionadas, los médicos pueden pasar por alto la importancia de los problemas dentales en los niños, está claro que estos problemas puedan originar morbilidad física y psicosocial. Sin embargo, en relación con la morbilidad, debe tenerse en cuenta el dolor, molestias, angustia, restricción de la actividad y pérdidas económicas por enfermedades dentales. El papel del médico es mantener una salud dental óptima para prevenir la morbilidad. Las principales actividades del médico en relación con la prevención de la salud dental en los niños son valoración y educación relacionadas con la caries, y remitirlo tempranamente con el odontólogo para



vigilar también la presencia de enfermedad periodontal, maloclusión y traumatismos.

La valoración consiste en una buena historia dental y exploración física. Se debe de obtener la información relacionada con la frecuencia y el tipo de azúcares ingeridos, tipo y cantidad de consumo de flúor, tipo y frecuencia de prácticas de higiene bucal, el médico debe de investigar la frecuencia de visitas al odontólogo, se recomienda que la mujer embarazada visite regularmente a partir del segundo trimestre de embarazo, con la finalidad de prevenir alguna enfermedad de tipo venérea que pueda tener repercusión en la salud bucal del niño por nacer, y para que esté lista desde antes del nacimiento de su hijo, para proporcionarle las medidas de higiene bucal pertinentes.

Después de la valoración del niño, se debe de proporcionar educación a él y a su familia basada en la eficacia de medidas específicas de prevención. Algunas de estas medidas podrían ser la explicación de la necesidad de usar flúor, y prescribirse éste si el contenido de flúor en el agua que ingiere la familia es deficiente. A los padre e hijos se les debe de explicar acerca de los métodos de higiene bucal, sobre todo a los pequeños. Tanto a los padres como a sus hijos se les debe de aconsejar acerca del tipo y frecuencia de ingesta de azúcar refinada que se debe tener. Una de las medidas preventivas con las que cuenta el médico pediatra es el envío del niño con el odontopediatra. Los problemas médicos y físicos específicos como serán cardiopatías congénitas, diabetes y discrasias sanguíneas, necesitan cuidados dentales especiales. Aquellos médicos de primer contacto que conocen estas necesidades pueden tener una colaboración más estrecha con el cirujano dentista para proporcionar cuidados dentales óptimos a estos chicos.³²

³² Josell Stuart D, et al, Clinicas Pediátricas de Norteamérica, Ed. Nueva Editorial Interamericana. 1982 México. pág.426-427.



3.2. DIENTES NATALES Y NEONATALES

Hay cerca de 300 enfermedades diferentes que pueden afectar la cavidad bucal, pero muchas de éstas son entidades raras con las que nos toparemos pocas veces durante la práctica.

Los dientes que están presentes en la cavidad bucal al nacimiento se les conoce como dientes natales, mientras que a aquellos que hacen erupción durante los primeros 30 días después del nacimiento se les llama diente neonatales. La frecuencia varía entre 1 en 2000 a 1 en 3500 nacidos vivos y los dientes natales se presentan con más frecuencia que los neonatales. La localización que más prevalece es el área central de la mandíbula de los incisivos, y el 85% de los diente natales o neonatales son parte del complejo normal de la dentición primaria. Las coronas de estos diente pueden estar bien formadas o ser de color amarillo con superficie irregular.

Se desconoce la causa exacta del problema, la causa más probable es la situación superficial de la yema dental primaria. Otros factores predisponentes que se han sugerido incluyen hipovitaminosis, trastornos endocrinos, enfermedades sistémicas febriles, pielitis durante el embarazo y sífilis congénita. Los síndromes relacionados con los dientes natales y neonatales incluyen displasia condroectodérmica (Síndrome de Ellis-van Creveld), paquioniquia congénita (Síndrome de Jadassohn-Lewandowski) y oculomandibulodiscefalia con hipotricosis (Síndrome de Hallermann-Streiff).

El tratamiento que se recomienda es sobre todo para la morfología de la corona, la cantidad de la formación radicular y la movilidad del diente. Debido a que la mayoría de estos dientes no son supernumerarios, es deseable que termine su crecimiento y desarrollo para retenerlos. Sin embargo, si la corona está



poco formada o si el diente se mueve en exceso, o si existe la posibilidad de aspiración, debe extraerse el diente.

Puede haber ulceración (úlcera de Riga Fede) que ocurre en la porción ventral de la punta de la lengua y del labio inferior posterior a la irritación que se produce por los bordes de los incisivos natales o neonatales; si la úlcera se agrava y hay molestias, el tratamiento consiste en limar los bordes de los incisivos para facilitar la alimentación, ya sea con seno materno o biberón,³³ la aplicación de fluoruro de sodio al 0.02% sobre los dientes y solución Vasa (violeta de Genciana 600 mg, anestésico al 2% 1.5 ml, sacarina 0.5 ml, agua químicamente pura 30 ml.) sobre la lesión. En caso de que haya desaparecido la ulceración se recomienda la extracción del diente. ³⁴Si no se solucionara, el problema bucal repercutirá en el estado de salud general: por ejemplo, pérdida de peso en el bebé, puede lastimar el pezón de la mamá, etc.

La valoración la puede hacer el pediatra e instruir a los padres y convencerlos para que lo lleven con el odontopediatra, si no está capacitado para realizarle el tratamiento correcto, ya que lo más viable es que lo haga el odontopediatra, pues tienen la capacidad y los medios necesarios para hacerle un diagnóstico más preciso y no cometer algún error, el cual se pueda manifestar en años posteriores.



Fig. 3. Úlcera traumática de la mucosa oral

³³ Ib pág. 571-572

³⁴ Figueiredo. Op cit. pág. 130.



3.3. QUISTES DE LA MUCOSA BUCAL EN LOS RECIÉN NACIDOS

La frecuencia total de los quistes o lesiones ampulosas de la mucosa alveolar o del paladar en los recién nacidos es de 80%, aproximadamente. Existen diferentes tipos de quistes, los cuales se identifican en base a su origen embriológico y localización. Pueden verse clínicamente como nódulos ampulados únicos o múltiples blancos o translúcidos, o llenos de líquido en la mucosa bucal³⁵

Se hará mención a las lesiones que con mayor frecuencia se pudieran encontrar en la región oral de los neonatos.

Quistes Gingivales (Epiteliales). Los quistes gingivales del recién nacido, también llamados por otros autores " quistes epiteliales ", se encuentran en la región bucal, son únicos o múltiples, ligeramente elevados; son lesiones nodulares circunscritas, de color blanquecino, sintomáticas normalmente no aumentan de tamaño 1 a 5 mm y se exfolian espontáneamente al cabo de cierto tiempo, (meses); no requieren tratamiento alguno De acuerdo a su ubicación, específicamente en la región oral estos quistes epiteliales reciben diferentes nombres, ya que frecuentemente son utilizados incorrectamente como sinónimos:³⁶

a) Perlas de Epstein. Llamadas así porque fueron primero descritas por el Dr. Epstein de Polonia. Son las más comúnmente reconocidas, aunque también las más erróneamente confundidas. Pueden ser únicas de 2 a 4 mm de tamaño aproximadamente, o aparecer varias alrededor de una central pero de menor tamaño.

Se localizan en el rafé palatino medio (línea media) casi en el punto de unión del paladar duro con el blando. Cuando es única se hace más ostensible su

³⁵ Ib. pág. 573.

³⁶ Frago. Op cit. pág 101



característico color blanco, dándole la apariencia de una perla; no son de origen odontogénico, posiblemente se deriven de inclusiones epiteliales las cuales posteriormente se atrofian y reabsorben.³⁷

b) Nódulos de Bohn. Son quistes epiteliales generalmente, múltiples que se encuentran agrupados en la superficie vestibular del proceso alveolar superior, en uno o ambos lados, también blanquecinos; con menor frecuencia aparecen estos mismos en el proceso mucoso alveolar vestibular del cuerpo mandibular. Los que se observan en la maxila son de mayor tamaño y confunden con cierta frecuencia a las madres de estos neonatos, al creer que se trata de la erupción conjunta de "numerosos dientes". Estos nódulos de Bohn fueron originalmente descritos como "quistes de glándulas mucosas".³⁸

c) Quistes de la Lámina Dental. Son nódulos múltiples ocasionalmente solitarios que se observan precisamente en la cresta gingivo-alveolar de ambas arcadas. El origen de estos quistes es a partir de la lámina dental, la cual tiene la capacidad durante la etapa temprana del desarrollo, de proliferar, queratinizar y formar pequeños quistes.

La frecuencia de estos quistes en el recién nacido no es alta, la mayoría de ellos evoluciona espontáneamente y desaparecen, se rompen y se exfolian como los anteriores. Generalmente son de tamaño pequeño y aunque de color menos blanco que los anteriores, también provoca confusión a las madres, creyendo que es el inicio temprano de erupción dentaria.

En ocasiones pueden presentarse quistes epiteliales a nivel de los primeros molares primarios superiores, del tamaño de un chícharo, pero que también por sí

³⁷ Ib.

³⁸ Ib pág 2.



solos desaparecen la cabo de unos meses. Algunos autores por su color blanquecino, los llaman "leucoedemas alveolares".³⁹

3.4. ENFERMEDADES VIRALES

Las lesiones de la boca son todas aquellas que se manifiestan en la mucosa y en los tejidos gingivales, pueden ser detectadas tanto por el pediatra como el odontopediatra. Ya que muchas de las enfermedades sistémicas se manifiestan en la cavidad bucal, las lesiones pueden ser consideradas y analizadas en grupos de acuerdo con su etiología, en este caso revisaremos algunas de las enfermedades virales.

A) Sarampión

El sarampión es una enfermedad viral muy contagiosa causada por un miembro de la familia de virus paramixovirus. Este virus, conocido simplemente como virus del sarampión, es un Virus DNA y se relaciona estructural y biológicamente con el virus de la familia ortomixovirus, que provoca parotitis e influenza. El virus se propaga por diminutas gotas en la atmósfera a través de secreciones respiratorias.⁴⁰

Características Clínicas: El sarampión es una enfermedad predominante en niños. Su período prodrómico se caracteriza por la aparición de manifestaciones catarrales y en la mayoría de los casos por la aparición de manchas blancas en la porción interna del carrillo (manchas de Koplik). Después de los dos primeros días aparecen manchas en el cuerpo y en la cavidad bucal un color rojizo con o sin la característica de lengua tipo fresa (Thomas 1959).

³⁹ Ib.

⁴⁰ Regezi A. Joseph, et al, Patología Bucal. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 3ª ed, 1999. pág. 12



Indirectamente, el sarampión puede lesionar los ameloblastos cuando en la fase inicial de maduración, ocasiona una hipoplasia o una hipocalcificación.

En el período exantemático no se recomienda la realización de tratamientos odontológicos, porque existe el riesgo de contaminación, ya que el contagio se hace vía saliva (gotas) o porque el sistema inmune está deprimido.⁴¹

Además de estas características clínicas también se presentan: fiebre, síntomas respiratorios y erupción y suele aparecer en las estaciones del invierno y primavera, obsérvese fig 4 :



Fig. 4 Sarampión. Úlcera redonda pequeña en frenillo labial.

Tratamiento Médico y Dental: No existe un tratamiento específico para el sarampión. La terapéutica de apoyo consiste en reposo en cama, líquidos, dieta adecuada y analgésicos.⁴² Sin descuidar la higiene dental, cepillado normal.

Hoy en día la prevalencia de sarampión es baja, debido a la presencia de la vacuna aplicada de acuerdo con el último esquema de vacunación cuando el niño llega a los 7 meses de edad.⁴³

B) Rubeóla

El sarampión alemán, o rubéola, es un padecimiento contagioso inducido por un virus no vinculado de la familia togavirus.

⁴¹ Figueiredo. Op cit. pág 125

⁴² Regezi. Op cit. pág. 13

⁴³ Figueiredo. Op cit. pág. 125

Fig 4. Laskaris. Op cit. pág. 243



Características Clínicas: Comparte algunas de estas características con el sarampión, como fiebre, síntomas respiratorios y erupción. Sin embargo, estos signos son muy leves y de corta duración en el sarampión alemán. Además, los puntos de Koplik, típicos del sarampión, no aparecen en la rubéola. La singularidad del virus de sarampión alemán estriba en su capacidad de provocar efectos congénitos en el feto en desarrollo. Las anomalías producidas son variadas y pueden ser graves, en especial si ocurre infección intrauterina durante el primer trimestre del embarazo.⁴⁴

Otra característica de esta enfermedad, son manchas rojas finas en el paladar, denominadas manchas de Forscheimer (máculas).

Pueden lesionar a los odontoblastos, generalmente hipoplasias cuando la temperatura sobrepasa los 38 grados.

Tratamiento Médico y Dental : Sintomático,⁴⁵ sin descuidar el cepillado dental.

C Varicela

Es una enfermedad muy contagiosa producida por virus. Se piensa que la varicela se transmite de manera predominante por inspiración de minúsculas gotas contaminadas. Una forma alternativa, pero mucho menos frecuente, de contraer la enfermedad es el contacto directo. Durante un período de incubación de dos semanas el virus prolifera dentro de macrófagos, con viremia y diseminación subsecuente a la piel y otros órganos. Conforme la viremia supera las defensas del cuerpo se desarrollan signos y síntomas sistémicos. Con el tiempo, es un huésped normal, la respuesta inmunológica puede limitar y detener la replicación

⁴⁴ Regezi. Op cit. pág 12

⁴⁵ Figueiredo. Op cit. pág. 125



del virus, permitiendo la recuperación en dos o tres semanas. Durante el proceso patológico el VZV (Varicela-zoster virus) puede avanzar a lo largo de los nervios sensoriales hacia los ganglios sensoriales, en donde puede residir en forma latente e indetectable.⁴⁶

Características Clínicas: La mayoría de la población sufre infección primaria durante la infancia.

La lesión más precoz es una pequeña vesícula. Puede presentarse en pequeñas cantidades, solamente en la pared faríngea posterior, o numerosas apareciendo en la mucosa bucal, encía, lengua y otras cavidades. Tiene un período de duración de cerca de 7 a 10 días (Thomas 1959), sin embargo, el organismo quedará sensible y contaminado por el virus que, en el futuro, podrá manifestarse sólo en forma de herpes zoster.⁴⁷

En un porcentaje muy pequeño de casos se presentan a veces complicaciones, entre ellas neumonitis, encefalitis e inflamación de otros órganos.

Cuando se contrae varicela durante el embarazo pueden ocurrir anomalías fetales.⁴⁸

Tratamiento Médico : En general, la terapéutica de apoyo está indicada en individuos normales con varicela. Sin embargo, con paciente inmunocomprometidos se justifican medidas más sustanciales: los fármacos específicos eficaces para el virus; esto incluye administración por vía sistémica de aciclovir, vidarabina e interferón de leucocito humano. Los corticoesteroides están contraindicados.⁴⁹

⁴⁶ Regezi. Op cit. pág. 8

⁴⁷ Figueiredo. Op cit. pág. 125

⁴⁸ Ib. pág. 8

⁴⁹ Ib. pág 10



Tratamiento Dental: Sintomático se usa la solución VASA (violeta de Genciana 600mg, anestésico al 2% 1.5 ml, sacarina 0.5 ml, agua químicamente pura 30 ml.) en las lesiones de la mucosa oral u Oncilon A con orabase o xilodase, cuando el número de lesiones es pequeño⁵⁰. Este tratamiento puede ser utilizado también por el pediatra.

D) Parotiditis

La parotiditis es una sialodentitis infecciosa aguda viral que daña principalmente las glándulas parótidas. Se considera el trastorno más común de las glándulas salivales y posee un patrón endémico a lo largo del todo el año, aunque se identifican culminaciones estacionales a fines del invierno y en los meses de la primavera.

El agente causal de la parotiditis es un paramixovirus. A la aparición de los síntomas clínicos la precede un período de incubación de dos a tres semanas. Se transmite por contacto directo con minúsculas gotas de saliva.

Características Clínicas: Los pacientes sufren fiebre, malestar, cefalea y escalofrío, además de dolor preauricular. Las glándulas salivales, en general las parótidas, evidencian infección bilateral con una incidencia del 70%. Al principio, la inflamación parotídea tiende a ser asimétrica y alcanza su máxima amplitud en dos o tres días. Diez días después del inicio de los síntomas se advierte una disminución de la inflamación. El padecimiento afecta a hombres y a mujeres por igual, en especial adultos jóvenes y niños.

Pueden sobrevenir complicaciones potencialmente graves en adultos, que algunas veces desarrollan orquitis u ooforitis, capaces de provocar esterilidad. La parotiditis es una infección sistémica, según lo demuestra la afección ampliamente

⁵⁰ Ib. pág. 125



propagada a glándulas y otros tejidos del cuerpo: hígado, páncreas, riñón y sistema nervioso.

Con frecuencia se detecta dolor local intenso, sobre todo con el movimiento de la mandíbula al hablar y masticar. Cuando la glándula se inflama, el conducto de Stenon puede ocluirse parcialmente con dolor agudo secundario a la estimulación del mecanismo secretor por los alimentos o bebidas. Éste es un signo variable puesto que no todos los casos se relacionan con obstrucción parcial del conducto. En el orificio del conducto de Stenon o del conducto de Wharton las papilas pueden presentarse enrojecidas y alargadas, pero tampoco este dato es común o consistente.⁵¹

Es importante realizar el diagnóstico diferencial con abscesos de origen dentario, observar tumefacción y edema del orificio del canal de Stenon en la parte interna de carrillo, como señal importante para el diagnóstico diferencial, así como la presencia o no de procesos infecciosos en los molares deciduos y/o permanentes,⁵² observese figura 5:



Fig. 5 Parotiditis. Agrandamiento de la parótida.

Tratamiento Médico y Dental : El control de la afección consiste en terapéutica sintomática y reposo en cama. Los analgésicos constituyen la principal tendencia actual del tratamiento. En casos graves se han prescrito corticoesteroides con éxito variable.

⁵¹ Regezi. Op cit. pág 234-235

⁵² Figueiredo. Op cit. pág 126

Fig 5. Ib. pág. 249



En la actualidad es posible prevenir la enfermedad utilizando una vacuna de virus atenuados que induce una infección subclínica no transmisible. En casi el 90% de los individuos susceptibles ocurre conversión de anticuerpos y la inmunidad es para toda la vida.⁵³

E) Herpes Simple

Infección primaria la cual ocurre generalmente en niños con menos de cuatro años que nunca tuvieron contacto con el virus H.V.H. (Herpes Virus Homonis), siendo el pico alrededor a los dos años de edad (Brook 1973). Ocurre, igual, en niños con bocas sanas y con buena higiene.

Características Clínicas: La infección presenta un período de incubación de 1 a 2 días (Mathewson; Primosch 1995) y se inicia con un cuadro general de malestar, fiebre baja y pérdida del apetito, presentando a continuación la erupción de las úlceras en la cavidad bucal, afectando encía y mucosa. La fiebre está por arriba de los 38° existirá un infarto ganglionar submandibular importante y un olor fétido.

La presencia de ulceraciones impide o dificultan la alimentación y la higiene, por tanto, la terapia deberá estar enfocada a los principales síntomas, disminuyendo la posibilidad de infección secundarias oportunistas, aumentando la resistencia del niño y acelerando el proceso de cicatrización.⁵⁴

El virus se transmite por contacto personal estrecho. Los profesionales de la salud pueden contagiarse los dedos (felón herpético) durante el tratamiento de los pacientes infectados. Los dentistas suelen tener estas lesiones primarias por contacto con afecciones de la boca o la saliva de portadores asintomáticos de HSV aunque la frecuencia de este trastorno debe ser mínima si se usan guantes.

⁵³ Ib. pág. 234

⁵⁴ Ib. pág. 126



Se pensaba que la infección primaria neonatal por HSV se contraía por el contacto con lesiones vaginales durante el parto, pero datos recientes indican que la mayoría de madres cuyos hijos nacen con HSV primario son portadoras asintomáticas sin lesiones. Estas infecciones neonatales producen viremia e infección diseminada de cerebro, hígado, suprarrenales y pulmones.⁵⁵

Tratamiento Médico: Un adelanto importante en la terapéutica de infecciones por herpes simple fue el descubrimiento del aciclovir, que no tiene efecto en células normales pero inhibe la replicación del DNA en las infectadas por HSV. Las medidas de apoyo usuales incluyen analgésicos, antipiréticos y líquidos a fin de conservar la hidratación y el equilibrio electrolítico apropiados.⁵⁶

Tratamiento Dental: Terapéutica sintomática. Anestésicos antes de las comidas (solución VASA + TETRACICLINA-500Mg).

Para el uso de en Herpes, agregar una cápsula de Tetrex 500mg para evitar infecciones oportunistas.

Limpieza bucal (agua oxigenada 10 volúmenes diluida en ¼ de cepacol.

Líquidos helados: leche, té negro, para facilitar la cicatrización.

Uso de Complejo B, 10 a 20 gotas al día, más la asociación vitamínica C, A y E 20 gotas / día. Con la finalidad de mejorar el metabolismo, Complejo B y para aumentar la defensa, vitamina C.⁵⁷

F) Estomatitis Herpética

Según Shafer y col. (1987) la forma recidivante está asociada a traumatismo, fatiga, menstruación, gravidez, perturbación emocional, alergia, exposición a la luz solar, infección al tracto respiratorio y disturbios

⁵⁵ Lynch, Malcolm A. et al. Medicina Bucal de Burket. Ed. Mc Graw Hill, México 2000 3a ed pág. 13

⁵⁶ Ib. pág. 16

⁵⁷ Ib. pág. 126-127



gastrointestinales. Son considerados como factores predisponentes a la fiebre artificial o natural, gripe, resfriado común ansiedad, sin embargo, siempre en pacientes ya contaminados por el Virus Herpes Simple.

Manifestaciones Bucales: Es más común en pacientes infantiles y pre-escolares y no frecuente en los lactantes.

El Herpes Simple Recidivante puede ocurrir a intervalos extremadamente variables. Las lesiones pueden desarrollarse en los labios o en el interior de la boca. Éstas son precedidas frecuentemente por sensaciones de ardor u hormigueo, tensión, tumefacción, ligera sensibilidad en el lugar donde aparecen después, las vesículas. Son generalmente pequeñas, tienden a ocurrir en grupos y pueden coalescer para formar lesiones un tanto mayores.

Estas vesículas grises o blancas se rompen dejando ulceraciones rojizas pequeñas, a veces, con un ligero halo eritematoso. En los labios, las vesículas rotas quedan cubiertas por una costra. La intensidad del dolor es variable. Las lesiones cicatrizan dentro de 5 a 7 días, sin dejar marcas (Mathewson; Primosch 1995).

Los lugares más comunes de las lesiones herpéticas bucales recidivantes son el paladar duro y la encía adherida, como también en la parte externa de los labios, principalmente en la zona de transición muco-cutánea, obsérvese fig 6:



Fig 6. Infección herpética recurrente. Lesiones severas y persistentes en el labio inferior en un niño inmunocomprometido.



Tratamiento Médico y Dental: Actualmente varios agentes quimioterápicos antivirales específicos son usados, tales como: aciclovir. El uso de Tetraciclina está indicado por Mathewson; Primosch (1995), o el VASA con Tetraciclina. El uso de antivirus específico, como el Zovirax, también es recomendado.⁵⁸

G) Herpes Zoster

La reactivación del VZV latente es poco común, pero suele seguir a episodios como estados de inmunosupresión causados por procesos malignos (en especial hematopoyético y linfoide) o administración de fármacos, irradiación u operación de médula espinal o traumatismo local.

Un estado inmunológico celular deprimido, sobre todo acompañado de infección, por HIV, parece ser un factor principal en el desarrollo de herpes zoster.

Características Clínicas: Aparecen síntomas prodrómicos de dolor o parestesia que persisten durante varios días conforme el virus infecta los nervios sensoriales de un dermatoma (casi siempre del tronco o de cabeza y de cuello). En seguida se presenta erupción cutánea vesicular que después se convierte en pustular y por último en úlcera.

La enfermedad persiste varias semanas y a veces deja como secuela una neuralgia posherpética problemática. (en un 10% de los pacientes) que toma varias semanas para resolverse. Algunas veces también se nota hiperpigmentación cutánea local.⁵⁹

⁵⁸ Ib. pág. 128

Fig 6. Ib pág. 121

⁵⁹ Regezi. Op cit. pág. 8



Tratamiento Médico y Dental: Su tratamiento deberá ser más de orden médico que odontológico, igual que si las manifestaciones sean intrabucales.⁶⁰

Los fármacos específicos eficaces para el virus en el tratamiento de infecciones HSV también han demostrado eficacia en el tratamiento de VZV. Esto incluye administración por vía sistémica de aciclovir, viadarabina e interferón de leucocito humano. Los corticoesteroides están contraindicados. Además de la administración de analgésicos sólo proporcionan alivio limitado del dolor.⁶¹

H) Herpangina o Faringitis Aftosa

Infección viral específica, causada por el virus del grupo Cox-sackie A y B que penetra en el organismo por una infección bucal y es eliminado por el intestino. La transmisión se manifiesta de una persona a otra por el contacto directo, principalmente por la saliva.

El período de incubación es de 2 a 10 días.

Características Clínicas: Se manifiesta como pequeñas lesiones en los pilares amigdalinos, paladar blando y lengua.

Es una enfermedad que se manifiesta frecuentemente en verano y principalmente en niños de poca edad. También se ha incrementado la ocurrencia en lactantes después del primer año de vida.

Dolencia de corta duración de 3 a 5 días. Comienza por dolor de garganta, fiebre baja, presentando, a veces; vómitos, postración y dolor abdominal. Presenta, enseguida pequeñas úlceras de base grisácea y periferia inflamada, que son procedidas de vesículas no muy dolorosas. Ocurre infarto ganglionar regional submandibular, y aparecen cerca de 3 a 10 ampollas rojizas (lesiones) en los arcos palatinos o en la región de transición entre el paladar duro con el blando

⁶⁰ Figueiredo. Op cit. pág. 54.

⁶¹ Ib. pág. 10



así como la presencia de estado febril, fiebre remitente de 39 a 40 grados, obsérvese en la fig 7:



Fig 7. Herpangina. Numerosas úlceras de poca profundidad en el paladar blando.

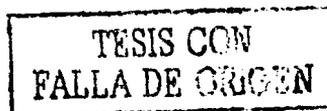
Tratamiento Médico y Dental: No es necesario, en caso de que no tenga sintomatología Cicatriza entre algunos días hasta 1 semana. Se recomienda el uso del medicamento VASA (Violeta de genciana 60mg, anestésico al 2% 1.5 ml, sacarina 0.5 ml, agua 3° ml), en caso de sintomatología dolorosa o Zovirax tópicamente. El VASA en un medicamento que maneja el odontopediatra, pero si lo conoce el pediatra lo puede tener como auxiliar en el tratamiento de Herpes.⁶²

I) Estomatitis Aftosa (Aftosa de Neuman)

Ésta se da por contacto directo con animales contaminados, pero raramente con la leche o con el suero. El periodo de incubación es de 2 a 3 días y su duración es de 2 semanas.

Características Clínicas: Fiebre, somnolencia, signos prodrómicos, ampollas en las manos y boca.

⁶² Figueiredo. Op cit pág 129-130
Fig 7. Op cit. pág. 122





Vamos a encontrar aftas en la mucosa bucal, vagina, exantema máculo-papuloso de la piel, conjuntivitis, obsérvese fig 8:



Fig. 8 Gingivoestomatitis herpética primaria. Agrandamiento gingival eritematoso. Además erosión de los labios.

Tratamiento Médico y Dental: Sintomático. Semejante al del Herpes Simple. (Primo Infección).⁶³

J) Estomatitis Aftosa Recidivante

El origen o etiología de esta enfermedad pueden ser factores traumáticos y factores psíquicos.

Dentro de los factores traumáticos: mordidas, actos quirúrgicos en la boca, cepillado de dientes, inyecciones y traumatismo dental.

Factores psíquicos: problemas psicológicos agudos parecen precipitar muchas veces el ataque de la enfermedad, aunque este factor sea difícil de identificar.

La podemos clasificar en :

-Aftosa recidivante menor; forma más común de la enfermedad y designada por el lego como afta.

-Aftosa recidivante mayor; forma más seria de la aftosa recidivante, mayor tanto en número de lesiones como en la gravedad de la sintomatología.

⁶³ Ib.

Fig 8. Op cit. pág. 118



Características Clínicas: Aftosa recidivante menor; comúnmente asociada a la presencia de un trauma ocasionada por una punción de aguja en la anestesia, o también, por manifestación aislada. La podemos localizar en la mucosa yugal y labial, en los surcos vestibular y lingual, en la lengua, paladar blando, faringe, encía y mucosa móvil no ligada al periostio.

Aftosa recidivante mayor; Úlceras grandes dolorosas generalmente de 1 a 10. Estas úlceras aparecen a intervalos frecuentes, pudiendo persistir hasta 6 semanas y dejar cicatrices. Los pacientes con estas aftas mayores acentuadas también presentan lesiones semejantes en vagina, en pene, en recto y en la laringe asociadas a artritis reumatoide o conjuntivitis y las mujeres son más afectadas que los hombres. Y este tipo de aftas las podemos localizar en, labios, carrillos, lengua, paladar blando y garganta.

Tratamiento Médico y Dental: No hay tratamiento para las úlceras aftosas recidivantes, a pesar de que han sido propuestos muchos fármacos a lo largo de los años. Dependiendo del origen, como las traumáticas, se pueden utilizar una asociación de antibióticos con antiinflamatorios, o VASA aplicada 3 o 4 veces al día.⁶⁴

K) Mononucleosis Infecciosa o Virus de Epstein Barr

Este virus es un miembro de Herpesviridae linfotrópico de célula B, que con frecuencia se establece como una infección persistente de estas células.

La infección EVB (Virus de Epstein Barr) inicial suele adquirirse como una afección inespecífica leve o asintomática de la niñez. La prevalencia de

⁶⁴ Ib.



anticuerpo EBV aumenta en la adolescencia y la vida adulta temprana, tal vez como resultado de la mayor oportunidad para el intercambio de EBV en la saliva relacionado con la actividad social de la adolescencia. Si bien en este grupo de edad la infección EBV en ocasiones es asintomática, con frecuencia se caracteriza con el síndrome denominado mononucleosis infecciosa o "enfermedad del beso".

Esta afección, que cura sola, es un trastorno leve a muy debilitante caracterizado por fiebre, malestar, linfadenopatía y faringitis acompañada de linfocitosis atípica pasajera y un título elevado de anticuerpo heterófilo. Los síntomas pueden durar de dos a seis semanas; los agudos remiten en unos quince días .

Características Clínicas: La mononucleosis infecciosa suele caracterizarse por el inicio agudo de dolor de garganta acompañado de fiebre y fatiga extrema. El examen físico puede mostrar crecimiento de amígdalas palatinas, con una cantidad de abundante exudado amarillo caseoso que llena las criptas amigdalinas. En la mayoría de los pacientes están crecidos algunos ganglios cervicales anteriores y todos ellos son ligeramente sensibles a la palpación. El crecimiento de ganglios cervicales posteriores y también los anteriores en un paciente con faringoamigdalitis puede considerarse como indicio de una enfermedad sistémica que afecta el sistema linfopoyético en su totalidad.

Durante la etapa aguda de la mononucleosis es común observar ulceraciones bucales y hemorragias petequiales transitorias, además de la faringitis, amigdalitis y linfadenopatías submandibular y cervical prominentes que caracterizan a esta enfermedad.

El EBV se encuentra en las secreciones bucofaríngeas y la saliva mixta durante la fase aguda, y después de una infección primaria puede continuar la diseminación viral desde la faringe hasta los 18 meses y reaparecer más tarde de



manera intermitente. Esta diseminación asintomática es frecuente en la mayor parte de las infecciones por EBV en la comunidad. La frecuencia e intensidad de la eliminación aumenta considerablemente en huéspedes con inmunosupresión, tanto en receptores de trasplantes de órganos como en personas positivas al virus de inmunodeficiencia humana, obsérvese fig 9:



Fig. 9. Váricela. Erupción vesicular y máculo-papular de la cara

Tratamiento Médico y Dental: Casi todos los pacientes con mononucleosis infecciosa sólo requieren terapéutica de apoyo. Es posible inhibir la replicación de EBV con aciclovir, ganciclovir e interferón alfa.⁶⁵

L) Hepatitis

En la actualidad se reconocen cuando menos cinco virus de hepatitis distintos (HAV, HBV, HCV, HDV y HEV) como agentes causales de la hepatitis viral.

Esta afección, además de la etiología viral puede deberse a agentes químicos, como fósforo o tetracloruro de carbono y fármacos, por ejemplo, alcohol o clorhidrato de isoniacida; enfermedades de la colágena, como lupus eritematoso,

⁶⁵ Lynch. Op cit. pág. 673-674.

Fig 9. Op cit. pág. 244.



infección bacteriana, por ejemplo, leptospirosis o sífilis. Entre las afecciones hepáticas virales se encuentran las causadas por mononucleosis infecciosa y virus de inclusión citomegálica.

Características Clínicas: Los síntomas de hepatitis A, B, C, D y NANB son esencialmente iguales y no es posible diferenciar estas afecciones por la sintomatología.

Son comunes los síntomas prodrómicos de malestar general, artralgia, mialgia, e infección de vías respiratorias superiores y el paciente presenta aversión notable a los cigarrillos. Con frecuencia hay un exantema cutáneo morbiliforme. En la fase aguda, el paciente suele presentar anorexia, náuseas y fiebre alta con hipersensibilidad y crecimientos hepáticos. La orina se torna oscura y las heces claras. En unos cinco días se presenta ictericia, después de lo cual la fiebre remite de manera gradual. Son comunes linfadenopatía y esplenomegalia.

Dentro de las manifestaciones bucales, es la ictericia de la mucosa bucal, la que se ve con mayor facilidad en el paladar y el área sublingual.

El período de incubación varía de 15 a 50 días.⁶⁶

Tratamiento Médico y Dental: La terapéutica es sintomática. Se recomienda reposo en cama durante las semanas iniciales de la enfermedad y reanudar la actividad de manera gradual.

Se acostumbra aislar las heces, orina y objetos contaminados con sangre para evitar que se disemine a otras pacientes. También se recomienda dieta alta en proteínas y carbohidratos. La recuperación completa es gradual y se requieren de seis a ocho semanas.

⁶⁶ Ib.



3.5. ENFERMEDADES BACTERIANAS

Las infecciones son resultantes de una invasión del tejido causada por un agente microbiano patógeno.

Las infecciones pueden ser primarias, cuando los tejidos son invadidos directamente por microorganismos patógenos, por ejemplo; GUNA., y también infecciones secundarias como la manifestación (lesión) es una secuela de una dolencia no localizada, por ejemplo; sífilis (lesiones sifilíticas de la cavidad bucal).

⁶⁷

A) Escarlatina

Los efectos característicos de esta infección bacteriana sistémica se deben a una toxina eritrógena que causa daño capilar y es producida por algunas cepas del grupo de los estreptococos A. Otras cepas de estos estreptococos, incapaces de elaborar esta toxina, puede provocar faringitis y todos los signos presentes de la infección, pero sin la erupción cutánea eritematosa y las manifestaciones bucales de fiebre escarlatina. La propagación de las infecciones causadas por estreptococos del grupo A tienen lugar a través de gotas en la atmósfera y por contacto con un individuo infectado y, con menor probabilidad, con un portador. Las condiciones de vida en hacinamiento promueven la propagación de las infecciones por estreptococos.

Características Clínicas: Los niños son habitualmente los más atacados después de un período de incubación de varios días. Además de los síntomas comunes: faringitis, tonsilitis, fiebre, linfadenopatía, malestar y cefalea, el niño también presenta una erupción cutánea eritematosa que se inicia sobre el tórax y

⁶⁷ Figueiredo. Op cit. pág. 131



se propaga a otras superficies. La cara está congestionada excepto por una zona de palidez alrededor de la boca. El paladar puede evidenciar alteraciones inflamatorias y la lengua está cubierta a veces de una capa blanquecina en la cual las papilas fungiformes se encuentran aumentadas de tamaño y enrojecidas (lengua de fresa). Por último, la capa desaparece dejando una lengua roja encarnada (lengua roja de fresa o lengua de frambuesa). En casos no tratados y sin complicaciones, la afección cede en cuestión de días, obsérvese fig. 10:



Fig. 10 Escarlatina. Papilas fungiformes aumentadas de tamaño.

Tratamiento Médico y Dental : Penicilina es el fármaco preferido en el tratamiento de infecciones por estreptococos del grupo A.

En sujetos alérgicos a la penicilina se debe suministrar eritromicina. La antibioticoterapia está justificada en esta enfermedad autolimitada y breve para prevenir complicaciones, en especial fiebre reumática y glomerulonefritis.⁶⁸

B) Tos Ferina

La tos ferina está producida por un cocobacilo gramnegativo, *Bordetella pertussis*. Es una enfermedad aguda muy contagiosa, caracterizada por crisis

⁶⁸ Regezi. Op cit. pág. 144.
Fig 10. lb. pág. 235



paroxísticas y violentas de tos, seguidas de un ronco "quejido" inspiratorio. Aunque la vacuna DPT, ha reducido notablemente la prevalencia de tos ferina, en países en vías de desarrollo sigue habiendo decenas de millones de niños infectados y cientos de miles de fallecimientos al año. Debido a que la vacuna clásica contra la tos ferina produce dolor en la zona de inyección y fiebre, se está intentando conseguir una vacuna peptídica que contenga hemaglutina filamentosa y toxina inactivada.⁶⁹

C) Difteria

Afecta principalmente la faringe y es producida por el *Corinebacterium difteriae*. Generalmente se limitan a la membrana faríngea con pequeñas colecciones foliculares de exudado en las criptas amigdalinas y sobre las masas de tejido linfóide, en la pared posterior de la faringe. A medida que la infección avanza, las pequeñas colecciones de exudado se unen para formar una capa delgada que luego se extiende para cubrir un área considerable de faringe. Puede obstruir la respiración.⁷⁰

Dentro del tratamiento se recomienda mucha limpieza e higiene.

D) Impétigo

El impétigo es una infección bacteriana superficial aguda de la piel y es secundaria a un estreptococo del grupo A, *S. aureus*, o una mezcla de ambos. Las complicaciones con esta enfermedad son infrecuentes; no obstante, con algunas cepas de estreptococo se presentan a veces glomerulonefritis. Sin embargo, en

⁶⁹ Ceton, Ramzi S. et al. Patología Estructural y Funcional. Ed. Mc Graw Hill Interamericana 6 ed 1999. pág. 396.

⁷⁰ Figueiredo. Op cit. pág. 133.



casi todos los casos el impétigo desaparece con prontitud con tratamiento adecuado.

Características Clínicas: Esta infección, es común en niños y adolescentes, es sumamente contagiosa y se propaga con rapidez. La lesión inicial es una pequeña vesícula sobre la cara que se extiende alrededor de la boca y sobre la base de la nariz. Cuando la vesícula se rompe aparece pus y se forman costras. La auto inoculación propaga la infección a otros sitios. Las áreas infectadas son pruriginosas y típicamente miden de 1 a 3 cm.

Tratamiento Médico y Dental: Para el tratamiento de esta enfermedad es necesario administrar antibióticos.⁷¹

Otra alternativa para el tratamiento es la utilización de agua oxigenada o pomada a base de Neomicina. La limpieza de la piel y su oxigenación es un importante recurso terapéutico, además de la administración de antibióticos.

E) Gingivitis Estreptocócica

Es consecuencia de una complicación bucal de un impétigo y el tratamiento debe ser a través de oxigenación de la cavidad bucal y de los tejidos gingivales limpieza y profilaxia. Cuando existe sintomatología dolorosa aplicar VASA.⁷²

F) Osteomielitis Supurativa

Infección donde el origen dental es la causa local más frecuente, pudiendo tomar la forma y extensión periapical de una o por extensión directa de la encía.

⁷¹ Regezi. Op cit. pág. 511-512.

⁷² Ib. pág. 132.



En los niños, afecta la mandíbula con mayor frecuencia, aunque es menos frecuente en los lactantes e infantes, no obstante, es más grave.

Tratamiento: Es a base de antibioticoterapia y la limpieza del área con la remoción del diente y del secuestro óseo.⁷³

En estos caso el pediatra remitirá al paciente con el odontopediatra para que éste realice el tratamiento adecuado.

G) Gingivitis Ulcero Necrosante o Enfermedad de Vicent (GUNA)

Es infecciosa, pero no contagiosa. Puede ser fácilmente diagnosticada por las papilas interproximales afectadas y las pseudomembranas necrosadas, cubriendo el tercio marginal. Puede ser generalizada y localizada y los microorganismos responsables son probablemente la "*Borrelia Vincentii*" y los bacteroides intermedios (Mathewson, Primosch 1995)

Se relaciona su etiología con carencia y debilidad con la contaminación fusoespirilar de Plau-Vicent.

Tratamiento Médico y Dental: Limpieza del área, remoción de los agentes irritantes, aplicación de agua oxigenada y otros agentes oxigenantes. Eliminación de los factores locales, limpieza y cepillado dental.

Complementado con el uso de antibióticos, Vitamina C y Complejo B, alimentación rica en albúmina.⁷⁴

⁷³ Ib.

⁷⁴ Ib. pág. 133.



H) Sífilis

Es una enfermedad causada por una espiroqueta: *Treponema pallidum*. Se contrae durante el contacto sexual con una pareja que presenta lesiones activas, por transfusión de sangre infectada o por inoculación transplacentaria del feto por su madre infectada.⁷⁵

El curso clínico se hace en tres etapas: primaria, secundaria y terciaria.

-Primaria: la lesión aparece con frecuencia en la zona labial y mucosa oral. Está bien delineada, rojiza oscura, nodular y de tamaño variable (casi siempre menor que 1cm). Se torna una úlcera resistente, indolora y solitaria denominada "chancro duro" obsérvese fig 11:



Fig.11 Sífilis secundaria. Placas numerosas en amígdala.

-Secundaria: lesiones diseminadas en la piel y mucosa, traduciendo un septicemia después de 5 a 8 semanas de lesión primaria, caracterizada por roseólas sífilíticas.

-Terciaria: las lesiones son denominadas "gomas", indoloras y sin adenopatías. Surgen 10 a 20 años después de la infección inicial.

En los niños, la forma más comúnmente encontrada es la congénita, transmitida por los padres, pudiendo determinar algunas alteraciones como:

- Dientes de Moom
- Dientes de Hutchinson

⁷⁵ Regezi. Op cit. pág. 36.
Fig 11. Op cit. pág. 240



- Nariz en silla.

El tratamiento es Penicilina (Benzatínica),⁷⁶ obsérvese fig 12:



Fig. 12. Sífilis congénita. Típicos dientes de Hutchinson.

3.6. FIEBRE REUMÁTICA Y ENDOCARDITIS BACTERIANA: CARACTERÍSTICAS Y MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA.

A) Fiebre Reumática

Se piensa que la fiebre reumática es una enfermedad que resulta de una reacción inmunitaria alterada a una infección por un estreptococo hemolítico beta del grupo A, por lo general faringitis. Esta reacción anormal a la infección estreptocócica causa lesiones en sistema nervioso, tejido subcutáneo, articulaciones y, con mayor frecuencia, corazón. La fiebre reumática suele presentarse de una a tres semanas después de la infección estreptocócica, pero no es posible predecir a los pacientes que la desarrollarán.

La fiebre reumática aguda es una enfermedad de la niñez principalmente y ocurre con mayor frecuencia entre los 6 y 16 años, con máximo a los 8 (los "dolores de crecimiento" de la niñez pueden ser síntomas de fiebre reumática). Los

⁷⁶ Figueiredo. Op cit. pág. 133.
Fig. 12. Ib. pág. 241.



climas húmedos, fríos, cambios rápidos de temperatura y ataques de amigdalitis predisponen a la enfermedad. Al parecer hay una predisposición familiar.

Características Clínicas: Los síntomas iniciales de fiebre reumática pueden ser corea (movimientos involuntarios), carditis aguda, artritis reumática o nódulos subcutáneos típicos. Con frecuencia, el niño se queja de faringitis, está indiferente y tiene alta la temperatura. A veces, durante el ataque agudo se presenta una erupción cutánea eritematosa, el eritema marginado. La artritis reumática se caracteriza por la afección de articulaciones sucesivas, que están rojas, sensibles y dolorosas. Se afectan más comúnmente muñecas, tobillos, codos y rodillas. Incluso el peso de las ropas de cama causa dolor intenso. Los nódulos reumáticos, pequeñas masas subcutáneas ovales, son frecuentes en las superficies extensoras de las muñecas y en los tobillos y por lo general no causan dolor .

En casi todos los casos de fiebre reumática ocurren grados variables de carditis aguda, con lesiones cardíacas permanentes.

Tratamiento Médico: La terapéutica de la fiebre reumática consiste en reposo en cama y sedación durante el episodio agudo. Los salicilatos son casi específicos para el dolor de la artritis reumática. Está indicada la profilaxis continua, por posibilidad de recurrencia una inyección de antibiótico mensual, junto con otros antibióticos por vía oral. Con frecuencia esta terapéutica se suspende cuando el paciente tiene 20 a 30 años de edad.⁷⁷

En el tratamiento dental de pacientes con este tipo de enfermedad siempre, hay que administrar antibioticoterapia profiláctica antes del tratamiento dental. Si se obtiene un antecedente dudoso, hay que consultar al médico del enfermo.

⁷⁷ Lynch. Op cit. pág 463-464



b) Endocarditis Bacteriana:

La endocarditis infecciosa es una enfermedad importante, con mayor frecuencia con origen bacteriano, pero en ocasiones puede ser micótica. En estos pacientes puede afectarse un endocardio intacto no dañado por una enfermedad previa. Los caso de endocarditis de origen dental casi siempre se deben a bacterias de virulencia baja que atacan con lentitud (de manera subaguda) un endocardio con daño previo y originan endocarditis bacteriana aguda.

La endocarditis bacteriana subaguda puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en la madurez. Tiene una predisposición notable por personas con defectos cardíacos o vasculares reumáticos o congénitos.

Características Clínicas: El paciente presenta debilidad, pérdida de peso, disnea, anorexia y dolores y molestias musculares y articulares progresivos. Una vez que se desarrollan los trombos, en las válvulas cardíacas, sirven como foco de diseminación intermitente de microorganismos en todo el cuerpo. Aparecen hemorragias petequiales en las conjuntivas y la mucosa bucal. Los émbolos más grandes se alojan en ocasiones en bazo, riñones, pulmones y cerebro, en donde causan síntomas referibles a las estructuras y órganos afectados.

Tratamiento Médico: Antibioticoterapia intensiva durante cuatro semanas, intramuscular.

Cuando existe una endocarditis de tipo micótica está indicado el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento Dental: Cuando se sabe que existe una cardiopatía que predispone a endocarditis, se administra antibioticoterapia profiláctica antes del tratamiento dental. Si se obtiene de una antecedente positivo dudoso de



cardiopatía, hay que consultar al médico del enfermo. Por lo general no se requiere premedicación en el ajuste sencillo de dispositivos de ortodoncia y eliminación de dientes deciduos.

Pedir al paciente que se asee con un enjuague bucal antibacteriano, antes del tratamiento dental para ayudar a reducir el número de microorganismos en la boca.

Llevar a cabo procedimientos dentales tan atraumáticos como sea posible.⁷⁸

CONSIDERACIONES DENTALES ESPECIALES TANTO PARA LA FIEBRE REUMÁTICA ,COMO LA ENDOCARDITIS BACTERIANA.

Como ya se mencionó anteriormente, la endocarditis bacteriana es una enfermedad gravísima y sin embargo, en ocasiones no es tenida en cuenta en la medida en que sería necesario. Con frecuencia , muchos padres no aceptan la necesidad de profilaxis antibiótica y consideran excesiva la cantidad de antibiótico que se prescribe y finalmente optan por no utilizarlo o reducir las dosis necesarias a lo que ellos creen oportuno.

Los odontopediatras tienen la obligación ética de una actuación estricta en la aplicación de las medidas preventivas necesarias ante la gravedad de la patología que se puede desencadenar. Además, habrá que considerar implicaciones de orden legal. En caso de duda habrá que consultar con el pediatra del paciente.

La profilaxis antibiótica es deseable para ciertos pacientes médicamente comprometidos para prevenir diseminaciones bacterianas originadas por procedimientos orales invasivos. Sin embargo, no se ha demostrado ni médica ni científicamente mediante estudios clínicos controlados que estas actuaciones

⁷⁸ Ib. pág. 465-466



profilácticas sean efectivas y evidentemente, la relación riesgo-beneficio no se ha determinado.⁷⁹

Con el propósito de facilitar la selección de la profilaxis más apropiada, los pacientes han sido divididos en cuatro categorías: muy alto riesgo, alto riesgo, riesgo moderado bajo riesgo.

Antes de realizar cualquier tratamiento es preferible consultar con el pediatra de los niños,⁸⁰ obsérvese fig 13:

Pautas	Fármacos	Dosis adulto (> 28 kg)	Dosis niño (< 28 kg)
<i>Pauta estándar</i>	Amoxicilina ^a	3 g por vía oral 1 h antes del procedimiento y 1,5 g 6 h tras la dosis inicial	50 mg/kg 1 h antes del procedimiento y 25 mg/kg 6 h después de la dosis inicial
	Penicilina V ^b	2 g vía oral 1 h antes del procedimiento y 1 g 6 h después de la dosis inicial	1 g vía oral 1 h antes del procedimiento y 500 mg 6 h después de la dosis inicial
<i>Pacientes alérgicos a amoxicilina/penicilina^a</i>	Eritromicina	800 mg de estearato de eritromicina o 1 g de estearato de eritromicina por vía oral 2 h antes del procedimiento y 1/2 dosis 6 h después de la dosis inicial	20 mg/kg vía oral 1 h antes del procedimiento y 10 mg/kg 6 h después de la dosis inicial
	Clindamicina	300 mg vía oral 1 h antes del procedimiento y 150 mg 6 h tras la dosis inicial	10 mg/kg vía oral 1 h antes del procedimiento y 5 mg/kg 6 h tras la dosis inicial
<i>Pacientes con prótesis ortopédica^a</i>	Cefalexina (Keflex [®])	2 g vía oral 1 h antes del procedimiento y 1 g 6 h después de la dosis inicial	1 g vía oral 1 h antes del procedimiento y 500 mg 6 h después de la dosis inicial
<i>Pacientes incapaces de tolerar la vía oral</i>	Ampicilina	2 g (IV o IM) 30 min antes del procedimiento y 1 g de ampicilina (IV o IM) o 1,5 g de amoxicilina (VO) 6 h después de la dosis inicial	50 mg/kg (IV o IM) 30 min antes del procedimiento y 25 mg/kg (IM o IV) de ampicilina o 3 mg/kg de amoxicilina (VO) 6 h después de la dosis inicial
<i>Pacientes alérgicos a ampicilina/amoxicilina/penicilina e incapaces de tolerar o aceptar la vía oral</i>	Clindamicina	300 mg (IV o IM) 30 min antes del procedimiento y 150 mg (IV o VO) 6 h después de la dosis inicial	10 mg/kg (IV) 30 min antes del procedimiento y 10 mg/kg (IV o VO) 6 h después de la dosis inicial
<i>Pacientes de alto riesgo y no candidatos a la pauta estándar</i>	Ampicilina, gentamicina y amoxicilina	Administración IV o IM de 2 g de ampicilina y 1,5 mg/kg (máximo = 80 mg) de gentamicina 30 min antes del procedimiento y 1,5 g de amoxicilina (VO) 6 h después de la dosis inicial. Otra alternativa es repetir el régimen parenteral 8 h después de la dosis inicial	50 mg/kg de ampicilina (IM o IV) y 2 mg/kg (máximo = 80 mg) de gentamicina (IM o IV) 30 min antes del procedimiento y 25 mg/kg de amoxicilina (VO) 6 h después de la dosis inicial. Otra alternativa es repetir el régimen 8 h después de la dosis inicial
<i>Pacientes de alto riesgo y alérgicos a ampicilina/amoxicilina/penicilina</i>	Vancomicina	1 g de infusión IV durante 1 h, empezando 1 h antes del procedimiento. No son necesarias más dosis	20 mg/kg de infusión IV durante 1 h, empezando 1 h antes del procedimiento. No son necesarias más dosis

Fig. 13 Pautas antibióticas recomendadas para procedimientos odontopediátricos.

⁷⁹ Barbería. Op cit. pág. 410-411.

⁸⁰ Ib. pág. 412-413.

Fig. 13. Barbería. Op cit. pág. 413.



3.7. SÍNDROME DE DOWN (TRISOMÍA 21)

El síndrome de Down es una aberración cromosómica común y fácil de identificar. La mayoría de los casos de trisomía 21 (94%) se atribuye a la falta de disyunción que genera un cromosoma adicional.

Las posibles causas para el síndrome de Down incluyen un mosaicismo no detectado en un padre, exposición repetida al mismo agresor ambiental, predisposición genética a la no disyunción, un óvulo con cromosoma 21 adicional o supervivencia preferencial en útero de embriones y fetos con trisomía 21 en madres de edad cada vez mayor.

Características Clínicas: Los individuos con síndrome de Down evidencian un gran número de datos clínicos característicos y varias manifestaciones sistémicas comunes. Se han identificado algunas características fenotípicas comunes en niños con dicho síndrome; éstas pueden ayudar a establecer el diagnóstico.

En todos los pacientes con síndrome de Down existe un grado variable de retardo mental. Después de los 35 años de edad todos los individuos desarrollan cambios neuropatológicos análogos a los reconocidos a la enfermedad de Alzheimer.

En este síndrome el cráneo es braquicéfalo, con occipucio aplanado y frente prominente. Existe una tercera o cuarta fontanela y todas las fontanelas son amplias y evidentes durante tiempo prolongado. Los defectos esqueléticos en la porción media de la cara son muy notables, con hipotelorismo ocular, puente nasal aplanado y prognatismo mandibular relativo.

En 30 a 45% de todos los paciente con este síndrome hay cardiopatía congénita. Las anomalías incluyen comunicación auriculoventricular, defectos por acojinamiento endocárdico parcial y anomalías ventriculares septales. Menos



frecuentes son la tetralogía de Fallot, persistencia del conducto arterioso y defectos por tabique auricular secundum.

La función de las células T y probablemente B es al parecer anormal y algunos niños afectados son más susceptibles a contraer enfermedades infecciosas. Las infecciones de vías respiratorias son muy comunes. Más del 50% de todos los individuos sufre disfunción tiroidea. Se identifica con mayor incidencia de leucemia linfocítica aguda y de estado de portador de antígeno de hepatitis B.

Las manifestaciones bucales de este síndrome son habituales. La lengua suele estar fisurada y se detecta macroglosia relativa por la cavidad bucal de tamaño reducido, aunque también es posible la verdadera macroglosia. La boca abierta es una postura común por estrechez de la nasofaringe e hipertrofia de tonsilias y adenoides que causan compromiso de vías respiratorias altas. La protrusión de la lengua y respiración por la boca provocan con frecuencia resequedad y agrietamiento de los labios. La anchura y longitud del paladar disminuyen de manera significativa y en ocasiones se observa úvula bifida y labio y paladar hendidos. En la saliva de la parótida se han demostrado concentraciones elevadas de sodio, calcio y ion bicarbonato.

La dentición muestra algunas lesiones características y prevalencia de enfermedad periodontal, la incidencia de caries parece no ser mayor que en individuos normales. La erupción de las denticiones primaria y permanente se retrasa en un 75% de los casos.⁸¹

Son comunes las disarmonías oclusivas que existen en el cierre mesial debido al prognatismo relativo, mordida cruzada posterior, apertognatia y apiñamiento grave de los dientes anteriores.

Tratamiento Médico : Los lactantes con síndrome de Down y cardiopatía congénita significativa tienen mal pronóstico. Las causas de la muerte incluyen a

⁸¹ Regezi. Op cit pág. 444-445.



menudo complicaciones cardiopulmonares, malformaciones digestivas y leucemia linfoblástica aguda. Los recién nacidos requieren radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma y consulta pediátrica cardíaca subsecuente si se detectan anormalidades cardiovasculares.

El tratamiento dental se centra en prevenir las caries y la enfermedad periodontal. Los niños con alto nivel de desempeño pueden ser candidatos a intervención ortodóncica y cirugía maxilofacial si se requiere. En individuos con cardiopatía congénita se debe de realizar profilaxis antimicrobiana.⁸²

3.8. LABIO Y PALADAR HENDIDO.

Labio y paladar hendido es una anomalía congénita común que ocasiona a menudo deficiencia funcional grave de lenguaje, masticación y deglución. Suele ser mayor la prevalencia de malformaciones congénitas concurrentes y discapacidad para el aprendizaje secundaria a deficiencia auditiva.

Por lo general, labio y paladares hendidos se clasifican en cuatro tipos principales:

- a) labio hendido,
- b) paladar hendido,
- c) labio y paladar hendidos unilaterales,
- d) labio y paladar hendido bilaterales.

Otras hendiduras en paladar y boca incluyen hoyuelos en los labios, indentaciones lineales en los labios, hendiduras submucosas del paladar, úvula y lengua bífidas y una gran número de hendiduras faciales que se extienden a través de la nariz, labios y cavidad bucal. Las deformidades por hendiduras son de carácter muy variable, desde surcos en la piel y mucosa hasta hendiduras extensas que lesionan músculo y hueso.

⁸² Ib. pág. 446



La deformidad observada con mayor frecuencia es una combinación de labio y paladar hendido.

Características Clínicas: Los clínicos utilizan ampliamente el sistema Veau de clasificación para labio y paladar hendidos, que ayuda a describir la variedad observada de estas lesiones. El sistema clasifica dichas anomalías en cuatro categorías principales separadas y enfatiza el grado de hendidura presente.

Utilizando la clasificación Veau, un labio hendido clase I es una escotadura unilateral del borde rojo labial que no se extiende al labio. Si la escotadura unilateral del borde rojo se extiende hasta el labio pero no afecta el piso de la nariz, se designa como labio hendido clase II.

El labio hendido clase III representa hendiduras unilaterales del borde rojo labial extendidas a través del labio hacia el interior del piso de la nariz. Cualquier hendidura bilateral del labio que muestra escotadura incompleta o hendidura completa se clasifica como labio hendido clase IV.

Las deformidades por paladar hendido también se pueden dividir en 4 tipos clínicos utilizando el sistema de Veau. Una hendidura limitada al paladar blando es un defecto clase I, el clase II es una lesión del paladar blando y duro que no se extiende más allá del agujero incisivo y, por lo tanto, se limita sólo al paladar secundario. Las hendiduras del paladar secundario pueden ser completas o incompletas. Una hendidura completa incluye paladar blando y duro en el agujero incisivo. Una hendidura incompleta afecta el velo del paladar y una porción del paladar duro sin extenderse del agujero incisivo. La hendidura completa unilateral que se extiende desde la úvula hasta el agujero incisivo en la línea media y la apófisis alveolar se designan como paladar blando clase III. Las hendiduras clase IV son bilaterales completas y dañan el paladar duro y blando y los procesos alveolares en ambos lados de la premaxila, dejándola libre y con frecuencia móvil.

La prevalencia de anomalías dentales relacionadas con labio y paladar hendido es notable. También se han descrito anomalías de número, tamaño,



morfología, calcificación y erupción de los dientes. Tanto la dentición permanente como la decidua pueden estar afectadas. El incisivo lateral en la proximidad de la hendidura casi siempre lo está, pero los dientes fuera del área de la hendidura muestran defectos del desarrollo con mayor grado del que se observa en pacientes no afectados,⁸³ obsérvese fig 14:



Fig. 14 Labio leporino en el recién nacido.

Tratamiento Médico y Dental: El pronóstico depende de la gravedad de la enfermedad causada por la hendidura. Consideraciones estéticas y deficiencias auditivas y de lenguaje suelen producir problemas significativos del desarrollo.

El tratamiento sigue una secuencia cronológica y muchas de las veces requiere de los conocimientos de un equipo multidisciplinario debido a la amplitud del problema y su impacto sobre el niño y sus familiares inmediatos. Este equipo está integrado por odontólogos, médicos y cirujanos especialistas, ayudados por personal de profesiones auxiliares de la salud como servicio social, desarrollo del niño y terapéutica de la audición y el lenguaje.

La reparación del labio hendido se realiza por lo regular durante la primera infancia.

⁸³ Regezi. Op cit. pág. 448-450
Fig. 14. Barbería Op cit. pág. 4



Los servicios dentales preventivos son de suma importancia, puesto que una dentición intacta es la base de la terapéutica ortodóncica futura. Se requiere tratamiento para corregir defectos del desarrollo dental. Algunas veces el tratamiento ortodóncico se inicia durante la dentición primaria para corregir cruzamiento unilateral y bilateral maxilar posterior de la mordida y para retraer un segmento premaxilar anterior desplazado.⁸⁴

3.9. DEFICIENCIA VITAMÍNICAS

Mencionaremos el cuadro clínico de cada una de las deficiencias, ya que muchas de las manifestaciones son orales. Tanto el pediatra como el odontopediatra deben de conocer los síntomas característicos, de cada una de estas deficiencias.

a) DEFICIENCIA DE COMPLEJO B (lengua Pelada) : la lengua se presenta lisa y brillante, prácticamente sin papilas filiformes. A veces la piel queda seca y en el dobléz de la oreja aparecen costras. Una manifestación de la hipovitaminosis B es la aparición de queilitis angular (boquera).

Tratamiento: De la boquera es sintomático. Complejo B, 2 veces al día.

b) DEFICIENCIA DE VITAMINA C: La afección se limita a los tejidos marginales y papilas, presentando color y sangramiento espontáneo. Además de irritabilidad, anorexia y déficit de peso, sensación de debilidad, dolor al movimiento de los miembros, petequias, equimosis, epistaxis, tumefacción de extremidades, osteoporosis, etc.

Tratamiento: Se puede administrar ácido ascórbico.

⁸⁴ Ib pág. 450.



c) DEFICIENCIA DE VITAMINA B12: Queilosis angular, estomatitis angular o perleche, conjuntivitis, fotofobia, ardor, visión turbia.

Tratamiento: Riboflavina, ya sea por vía Oral o vía Intra muscular.

d) DEFICIENCIA DE VITAMINA B6: Irritabilidad, anemia hipocrónica, convulsiones, neuritis periférica, glositis y estomatitis.

Tratamiento: Piridoxina. Usada en dosis de 5 a 10 mg/día.

e) DEFICIENCIA DE VITAMINA K: En los neonatos, melena neonataurum, en el adulto, enfermedad hemorrágica, baja de protrombina.⁸⁵

Tratamiento: Administrar vitamina K .

3.10. HEMOFILIA

En las hemofilias A, B, C, existe la posibilidad de intervención quirúrgica cuando los pacientes estén compensados, no obstante, se recomienda la protección del área operada.

La hemofilia más prevalente es la de tipo A, donde la falta del factor VIII, globulina anti-hemofílica es la principal característica. El tiempo de coagulación y de sangría de estos pacientes son normales.

La hemofilia B, más rara que la primera, se caracteriza por la falta del factor IX o Christmas y la transmisión semejante a la hemofilia A. Ocurre de forma recesiva, cuando está ligada al sexo de tal forma que la mujer la transmite al hombre que es el portador.

La hemofilia C es la más rara de todas, se caracteriza por la falta del factor XI, es menos severa que las otras y la transmisión se hace genéticamente de forma autosómica dominante, pudiendo afectar a ambos sexos.

⁸⁵ Figueiredo. Op cit. pág. 135-136.



Otra enfermedad hemorrágica grave es la enfermedad de Von Willebrand, que ataca con más frecuencia a las niñas. Se manifiesta en los primeros años de vida a través de la epistaxis y gingivorragias. Las intervenciones son de alto riesgo. Las características más comunes de esta enfermedad son:

- deficiencia del factor VIII:
- tiempo de sangramiento prolongado
- fragilidad capilar.⁸⁶

El odontopediatra si quiere realizar algún tratamiento, que sea muy invasivo para el niño y éste presenta un tipo de hemofilia, debe de solicitar pruebas de laboratorio como se mencionan a continuación:

Tiempo de coagulación: (Lee White) 4 a 9 minutos.

Tiempo de sangría: (Duke) 1 a 3 minutos; (Ivy) 1 a 6 minutos.

Retracción del coágulo: Se inicia dentro de 30 minutos a 12 hrs y termina en 24 hrs.

Fragilidad capilar: (Prueba de Torniquete de Rumpel Leede) individuos normales no presentan petequias, después de presión de 100 mm de mercurio, durante 10 minutos. El máximo admisible como "normal" será la presencia de 10 petequias en un círculo de 5 cm de diámetro en el antebrazo.

Tiempo de Protrombina: (Quick) 14 a 18 segundos.⁸⁷

El tratamiento dental de estos pacientes debe realizarse a nivel hospitalario.

⁸⁶ Ib. pág. 145

⁸⁷ Ib.



CONCLUSIONES.

Hasta la fecha no existe una relación completa entre pediatra y odontólogo, toda vez que no hay una concientización de enfoque interdisciplinario, tanto en los padres como en los pediatras ya que estos últimos no educan ni recomiendan a las madres, medidas preventivas para evitar enfermedades odontológicas tales como: caries causadas por el amamantamiento excesivo o el uso prolongado del biberón, además que los alimentos que el pediatra recomienda para la alimentación del menor, tienen una gran cantidad de azúcar y no instruye a las madres para que tenga una higiene bucal adecuada. Tampoco explican a los padres que los menores deben ser llevados a revisiones dentales desde los primeros meses de vida, esto aunado a la falta de concientización de los padres provoca que algunas enfermedades buco-dentales no sean detectadas ni atendidas adecuadamente.

Si existiera una relación mas estrecha entre el pediatra y odontopediatra, se disminuiría el índice cariogénico en nuestra población, ya que actualmente es muy alto principalmente en la población infantil.

La intervención oportuna del odontopediatra prevendrá y diagnosticará enfermedades que tienen sus manifestaciones en la cavidad bucal, tales como: sarampión, rubéola, escarlatina, candidiasis, etc.

En un futuro, deberían proponerse cursos frecuentes de actualización, con temas afines entre ambas disciplinas, para cambiar el esquema de valoración de los niños, con el fin de proporcionarles un tratamiento mucho más integral.



BIBLIOGRAFÍA

Academia Mexicana de Pediatría A.C. Conceptos Actuales sobre Nutrición del Lactante. México, Ed. Sociedad Mexicana de Pediatría A.C. 1984.

Barbería Leache E. et al. Odontopediatría. Ed. Masson, S.A. 1995.

Braham, Raymond L. et al. Odontología Pediátrica. México. Ed. Panamericana 1984.

Cotran, Ramzi S. Patología Estructural y Funcional. 6ª ed. México. Ed. Mosby/Doyma Libros. 1995.

De Figueiredo Walter, Luiz Reynaldo et al. Odontología para el Bebé. Traduc. Elaine C. Afanador M. Venezuela. Ed. Amolca. 2000.

Elias Madrigal, Gerardo. et al. "Alteraciones dentales en la porfiria eritropoyética congénita". Acta Pediátrica de México. Anual. V 19/numero 3. 1998. pág. 121- 124

Estefen, Richard. et al. "Elective mutism". Journal of Dentistry for Children. Bimestral. January-February. 1999. pág. 66-69.

Farrington, Frank H. "Looking a gift horse in the mouth". Pediatric Dentistry. anual. V. 17, 1995. pág. 311-314.

Feldman Sonia. Prevención Bucal para el Bebé. <http://www.tu.pediatra.com//htm>. pág 1-3.



Fomon, Samuel J. Nutrición del Lactante. México. Ed. Mosby/Doyma Libros. 1995.

Fragoso Ramírez, J. Antonio. Estomatología del Recién Nacido. México. Ed. Instituto Nacional de Perinatología. 1992.

García Arana, José Alberto. "Papel de los cereales en la alimentación de ablactación , nutrición del lactante y preescolar". Acta Pediátrica de México. Anual. V. 19. 1998. pág 17-21.

Goepferd, Stephen J. "Infant oral health". Journal of Dentistry for Children. Bimestral. July-August. 1986. pág. 257-260.

Josell, Stuart D. et al. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. V.3. México. Ed. Interamericana. 1982.

Koch, Goran. et al. Odontopediatría. México. Ed. Panamericana. 1985.

Laskaris, George. Patología de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Traduc. José E. Troconis Ganimez. Caracas. Amolca. 2001.

Lynch, Malcolm A. et al. Medicinal Bucal de Burket. Traduc. Jorge Orizaga S, 9ª ed. México. Ed. Mc Graw Hill –Interamericana. 2000.

Nelson, Waldo E. et al. Pediatría. V. II, 14ª ed. México. Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill. 1996.

Regezi, Joseph A. et al. Patología Bucal. Traduc. José Pérez Gómez, 3ª ed. México. Ed. Mc Graw- Hill Interamericana. 2000.



Valenzuela, Rogelio H. et al. Manual de Pediatría. 11ª ed. México. Ed. Interamericana Mc Graw- Hill. 1993.

Tsamtsouris Anthi. et al. "Survey of pediatrician's attitudes towards pediatric dental health". The Journal of Pedodontics. Anual. V. 14, number 3/1990. pág. 152-157.

Tsubouchi, Jiro. et al. "Baby bottle tooth decay". Journal of Dentistry for Children. Bimestral. July-August. 1994. pág. 293-297.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN