



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUD DEL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE
LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA
ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LUIGI ELIOT GÓMEZ AGUILAR

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

MÉXICO, D.F.

2014



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.



AGRADECIMIENTOS

A mis queridos padres por darme todo su amor y cariño durante toda mi vida, porque gracias a su confianza, aliento y apoyo incondicional, he llegado a realizar una de mis grandes metas por lo cual estaré eternamente agradecido.

A la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a la Facultad de Odontología por todo el conocimiento que me ha otorgado a lo largo de mi formación profesional.

A la Mtra. María Cristina Sifuentes por su dedicación, apoyo, paciencia y sabiduría invaluable que me ayudó a realizar uno de los anhelos más importante de mi vida.

A mi familia por todo su afecto y comprensión que me animo a esforzarme todos los días.

A mis profesores de la carrera por todas sus enseñanzas transmitidas a través de los años, ya que sin ellos no podría tener el conocimiento para lograr mis objetivos como profesionista.

A una de mis mejores amigas Daniela y su maravillosa madre Marcela por el apoyo y cariño que me brindaron a través de estos años.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	6
1. ANTECEDENTES.....	7
1.1. Alteraciones atribuidas a la erupción de la dentición primaria.....	7
1.2. Principales signos y síntomas asociados con la erupción de la dentición primaria.....	17
1.2.1. Diarrea.....	17
1.2.2. Fiebre.....	20
1.2.3. Sialorrea.....	20
1.2.4. Inflamación local.....	21
1.3. Prácticas y tratamientos en el proceso de la erupción de la dentición primaria.....	23
1.3.1. Alternativas apropiadas.....	27
2. ACTITUD DEL EDUCADOR PARA LA SALUD BUCAL EN LAS ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN EN LA DENTICION PRIMARIA.....	30
2.1. Beneficios en el acercamiento temprano de la población infantil con el cirujano dentista.....	34
2.2. Exploración bucal.....	37
2.2.1. Medidas de intervención.....	38
CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44



INTRODUCCIÓN.

Desde el año 450 a. C. hasta nuestra era, la erupción dentaria en los niños se ha asociado a múltiples signos y síntomas que afectan su estado de salud e incluso a la muerte en algunos casos. Asimismo, en la revisión de la literatura, se ha identificado que existe una controversia en las alteraciones que se reportan vinculadas con este proceso, situación que también se presenta en los diversos tratamientos que se han llevado a cabo, en respuesta a los avances de la ciencia en su momento, así como a los que tradicionalmente se fueron adoptando por los padres.

Por lo anterior, como educador para la salud resulta conveniente hacer una revisión sobre las diferentes alteraciones que ocasiona la erupción dentaria en los niños, con el propósito de conocer cuáles son los cambios que conlleva este proceso en el desarrollo humano y de esta manera poder orientar a los responsables del cuidado de los niños. Los padres del niño deben comprender la relación que existe entre los problemas del bebé y la erupción de los dientes primarios, así como el tratamiento más adecuado que se le podría administrar al pequeño, por lo cual se debe contar con información confiable y científica para que el cirujano dentista pueda informarlos e instruirlos respecto a las medidas que debe aplicar para minimizar las alteraciones y evitar riesgos que este proceso ocasiona.

En el primer capítulo de este trabajo se describen las alteraciones atribuidas al proceso de la erupción dentaria, así como los tratamientos y estudios que se han realizado en busca de evidencia para corroborar la relación entre los diversos problemas que se presentan en esta etapa de desarrollo. De la misma manera en este capítulo se menciona de acuerdo con los hallazgos,



los principales signos y síntomas que se presentan en este proceso, así como las alternativas de intervención más adecuadas.

En el segundo capítulo, se destaca el comportamiento que debe asumir el cirujano dentista como educador para la salud, dada la importancia que tiene asignar el tiempo suficiente para la capacitación de los padres en atención a las necesidades educativas en salud identificadas para el cuidado del bebé, que le permitan comprender su estado de salud–enfermedad para la toma de decisiones pertinentes de protección. Educar en salud significa participar en un plan que vaya más allá de la ausencia de enfermedades, por lo que implica desarrollar un programa educativo que incluya reflexiones en los individuos acerca del qué, por qué y para qué de las acciones que se promueven.

En este mismo capítulo se describen las evidencias que respaldan la conveniencia de efectuar la primera visita al consultorio dental antes de los seis meses de edad esto es cuando inicia la erupción dental, así como los beneficios de instruir a la mujer, por ser quien tiene mayor contacto con el niño, respecto a los cambios naturales que produce la erupción de la primera dentición, así como las características del rodete gingival en estado de salud.

Por último se describen las diferentes medidas apropiadas que se pueden implementar en la etapa de erupción de la primera dentición.



OBJETIVOS

Objetivo general:

1.-Revisar la literatura para conocer las alteraciones vinculadas con la erupción de la primera dentición para determinar la conducta del cirujano dentista como educador para la salud ante este proceso.

Objetivos Específicos:

1.-Identificar los signos y síntomas asociados con la erupción de la primera dentición.

2.-Determinar la conducta del cirujano dentista como educador para la salud durante el proceso de la erupción de la primera dentición.



1. ANTECEDENTES

La erupción dental es el desplazamiento de los dientes desde su lugar de desarrollo (la mandíbula o maxilar) a través del hueso y la mucosa que los cubre, hasta emerger y funcionar en la cavidad bucal. En promedio, el primer diente en erupcionar es el central inferior temporal a los seis meses de edad. El proceso que da inicio entre los seis y ocho meses de edad concluye con la erupción del segundo molar superior entre los 25 y 33 meses aproximadamente.^{1 2}

A través de la historia se han atribuido a la erupción de la primera dentición una serie de signos y síntomas como diarrea, irritabilidad, aumento de salivación, fiebre, inflamación del rodete gingival, disminución del apetito, erupción cutánea, tos y vómito, entre otros.

Asimismo, en la revisión bibliográfica se identificó el uso de diferentes términos empleados para referirse a estos signos y síntomas, tan es así que algunos autores los definen como *dentición difícil* (del latín “Dentio difficilis”) y otros como *síndrome de la erupción dentaria*.

1.1. Alteraciones atribuidas a la erupción de la dentición primaria.

De acuerdo con la literatura revisada, los primeros registros respecto a los problemas que causa la erupción de los dientes primarios, se remonta a los Sumerios, quienes asociaban estas alteraciones con parásitos intestinales, mismos agentes a quienes atribuían la caries dental. Este pensamiento prevaleció durante siglos, transmitiéndose de la Mesopotamia al antiguo Egipto y a la India.³



Por su parte en la época de Hipócrates, ya se hablaba de los signos y síntomas que se presentaban en la erupción dentaria. En el Aforismo 25 se explicaba que el bebé podía presentar comezón en el rodete gingival, fiebre, convulsiones y diarrea. En el siglo II d. C. en Roma, Sorano de Éfeso escribió que en el séptimo mes debido a la erupción dental, aparece inflamación del rodete gingival, mandíbula y tendones. ⁴



Imagen 1 “Problemas de la dentición difícil en la medicina clásica” ⁵

En 1662, en Londres se reportaron 470 muertes causadas por la erupción dentaria. Asimismo en 1732, William Buchan en su libro “Medicina doméstica” citado por Fogel, refería que más de una décima parte de todos los niños mueren durante la erupción dentaria y cuarenta años más tarde William Smellie, en su tratado de la “Teoría y Práctica de las Parteras”, citado también por este mismo autor comentaba que cuando los dientes se desplazan desde sus cuencas, y sus puntas comenzaban a trabajar su camino a través del periostio y el rodete gingival, frecuentemente producen gran dolor e



inflamación, que si continúa, trae consigo síntomas febriles y convulsiones, que comúnmente resultan fatales.⁴

En este sentido, también en el siglo XVIII se reportó que casi la mitad de las muertes de los lactantes en Francia se atribuían a problemas de la erupción dental.⁶

Fogel menciona que el Dr. William Cadogan (1711-1797) médico del Hospital de Niños Expósitos de Londres, manifestaba que la erupción dentaria no era totalmente fatal, aseverando que era una respuesta natural del organismo ante este proceso, de otra forma no podríamos estar sanos hasta los veintiún años o más. En este sentido explicaba que todas las alteraciones se presentaban como una respuesta del organismo, a consecuencia del efecto de una gran plétora, o los humores corruptos del cuerpo por la estimulación del dolor que el diente causa al hacer su camino al exterior. Asimismo, en 1878, A. I. Coffin aseguraba que la erupción dentaria es un proceso natural; por lo tanto, no podía tratarse de una enfermedad. En 1827, John Roberton escribió sobre 181 muertes que se habían atribuido a la erupción en la dentición primaria, mencionando como problemas asociados la presencia de una diarrea profusa, grandes ronchas en diferentes partes del cuerpo acompañadas de flacidez en los músculos y fiebre alta que afectaba la cabeza y podía presentar convulsiones.⁴

En México se reportaron seis casos de muertes relacionadas con la erupción dental en niños y niñas de un año de edad en los años 1858 (dos), 1863, 1866, 1866 y 1882, respectivamente.⁶

Por su parte Thomas Kelly (1881) en su libro "House-hold Cyclopedia", "citado" por Fogel, explicaba que cuando los niños están en etapa de erupción



dental babean, tienen fiebre, están molestos, su rodete gingival se inflama y es muy doloroso; así como que algunas veces pueden presentar diarrea, constipación o convulsiones. ⁴ En contraposición a algunos de los signos y síntomas Ronald S. Illingworth, en el libro *“El niño sano”*, mencionó no haber encontrado en la literatura médica mundial alguna evidencia que demostrara la presencia de bronquitis, diarrea, exantemas, convulsiones y fiebre a causa de la erupción dentaria. ⁴

En la segunda parte del artículo “Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria”, Gabriel Fogel menciona que Garrahan, en su libro *“Medicina Infantil”* (1930) afirmaba que la erupción dentaria no provoca ningún trastorno en la mayoría de los niños aunque en otros puede presentarse nerviosismo, insomnio y algunos casos de infección de la cavidad pericoronaria con fiebre e inflamación. Asimismo, rechazaba cualquier asociación con procesos febriles y convulsiones. De la misma manera en 1935 Buzzo y colaboradores, afirmaban que el proceso de erupción de los dientes primarios puede ir acompañado de manifestaciones locales o generales clasificándolos en:

1) Accidentes locales: son lesiones de naturaleza inflamatoria que se producen en ciertas erupciones. Su punto de partida se origina en la cavidad pericoronaria, en el saco folicular o en la mucosa gingival. Comprenden a las siguientes manifestaciones (de menor a mayor gravedad): prurito gingival y dentición difícil, pericoronitis exudativa o supurada, foliculitis expulsiva, gingivitis eritematopultácea, y estomatitis ulceromembranosa.

2) Accidentes generales: son trastornos naturales que se producen en determinados niños, cuando un proceso fisiológico como es el trabajo eruptivo da lugar a reacciones anormales en respuesta del organismo a ciertas condiciones especiales del medio; esto es, que los trastornos provocados por



la erupción dentaria se presentan como reflejos de origen neurovegetativo supeditados en sus caracteres a la constitución biotipológica del individuo.⁶

En este aspecto, un estudio realizado con 750 niños en etapa de erupción de la dentición temporal publicado por Roshan Noor Mohamed y Sakeenabi Basha, identificaron que los problemas generales, producidos por reflejos neurovegetativos exagerados son: a) detención del crecimiento ponderal y estatural (60%); b) fiebre (50%); c) trastornos digestivos: anorexia (50%), vómitos (5%), y diarrea (60%); d) convulsiones (0,5%); e) accidentes respiratorios: coriza, bronquitis, asma y rinofaringitis (40%); y f) accidentes cutáneos: eritema unilateral en la cara y eczema (5%).⁷

Años más tarde (1971) Escardó, “citado” por Fogel, con una óptica más cercana a la actual, explicaba que en el cuarto o quinto mes muchos bebés comienzan a babear muy abundantemente, refiriendo culturalmente este signo como el anuncio de la erupción dentaria, sin embargo, de acuerdo al autor esta respuesta corresponde a determinada etapa de la maduración neurovegetativa, y no tiene nada que ver con la erupción dental. En 1975 en la revista *Journal of Pediatrics*, se publicó un estudio en el que se le preguntó a 70 pediatras en el área de Filadelfia, qué síntomas podían asociarse con la erupción en la primera dentición. De los 64 especialistas que respondieron el cuestionario, sólo cinco pensaban que la dentición no causaba ningún síntoma. Los restantes indicaron que se podía relacionar con diarrea, dermatitis del pañal, exantemas, cólicos, otitis media, bronquitis y fiebre.^{6 4}

Por su parte en 1978, Carpenter “citado” por Richard J. Mathewson, en un estudio realizado identificó que el 40% de los niños en la etapa de erupción dental no presenta síntomas. En este sentido, Honing afirma que es más fácil atribuir los problemas a la erupción dental y evitar el reconocimiento de los



malos hábitos y falta de atención de los padres. Por ello concluye que estos factores aunados a la disminución de las defensas a los seis meses de edad, explicaría la mayoría de los signos y síntomas.⁸

En 1985 en el libro “Odontopediatría, el enfoque sistémico” de Magnusson, explica las causas y efecto de la erupción dentaria del niño como la inflamación perirradicular en un diente de leche que puede diseminarse al folículo del germen permanente. Los síntomas de la foliculitis aguda son similares a los de una osteítis. En los estadios iniciales, existen pocos signos radiográficos, pero posteriormente puede observarse un aumento de tamaño considerable en la cripta ósea. El autor acepta que la acumulación de leucocitos en la mucosa al comienzo de la erupción clínica, puede causar síntomas locales. Asimismo, menciona que se sigue dudando respecto a la influencia de la erupción dentaria en el estado de salud general del niño, y que más bien esta circunstancia se debe a la incapacidad de los médicos en el correcto diagnóstico.

De acuerdo con Magnusson la irritabilidad general puede producir agitación, inquietud e insomnio y la presencia de una inflamación local aguda en el rodete gingival explicaría suficientemente estos síntomas. Asimismo señala que contrario de lo que se creía antiguamente, no existe dato alguna que demuestre que la erupción dentaria provoque en algunos casos convulsiones o ataques y las pocas historias clínicas que se conservan, demuestran con toda claridad que la causa fundamental de muerte en casos asociados a la erupción dental fueron crisis hipocalcémicas debidas a raquitismo grave.⁵

Por su parte, Foster (1992) describe el temor que tienen los padres sobre la llamada “dentición difícil”. Asimismo afirma que los únicos signos y síntomas asociados son la inquietud, incremento en la salivación, chuparse el dedo, rechazo a la alimentación, problemas para dormir, aumento menor de la



temperatura e irritabilidad. De la misma manera llega a la conclusión de que la mayoría de los padres manifiestan que todos los síntomas desaparecen cuando el diente atraviesa completamente el rodete gingival y finaliza su erupción. Con relación a la infección que puede presentarse, explica que cuando el diente está en proceso de erupción se encuentra envuelto en un pequeño saco, que si éste se rompe puede provocarla, y que también puede propiciarse por la falta de higiene de los objetos y la mano que se lleva a la boca (imagen 2).⁹

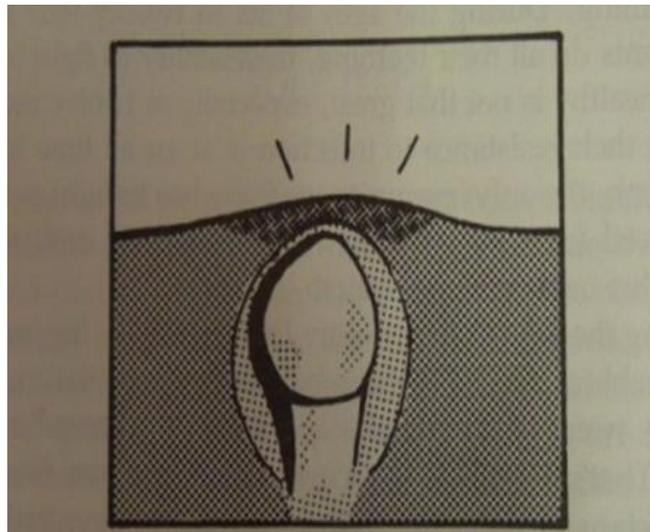


Imagen 2. Diente atravesando el rodete gingival en el proceso de erupción. ⁹

Para Cristina Ramos, algunos padres creen que está empezando la erupción dental cuando a los cuatro meses observan que los niños se llevan constantemente la mano o algún objeto la boca (imagen 3), aún cuando se mantengan alegres y saludables. Lo que ocurre de acuerdo con la autora, es que el "descubrimiento de la mano" por parte del niño a los tres o cuatro meses hace que se lleve la mano a la boca como parte de su proceso de maduración, que a su vez le produce satisfacción por la succión y el nuevo



descubrimiento.¹⁰ Por consiguiente esta respuesta natural del niño y el alivio que le propicia demanda un mayor cuidado higiénico por parte de los padres para evitar que las bacterias se introduzcan a la boca.

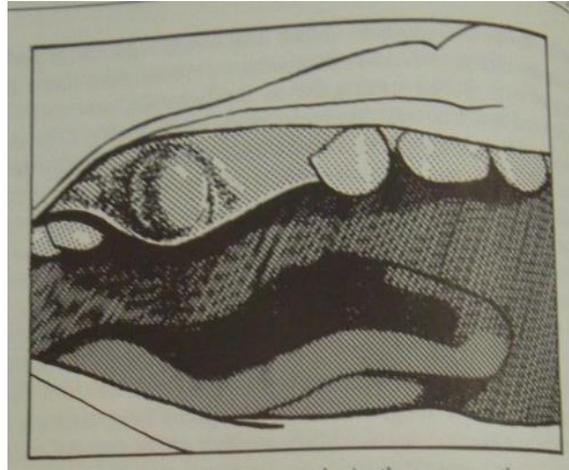
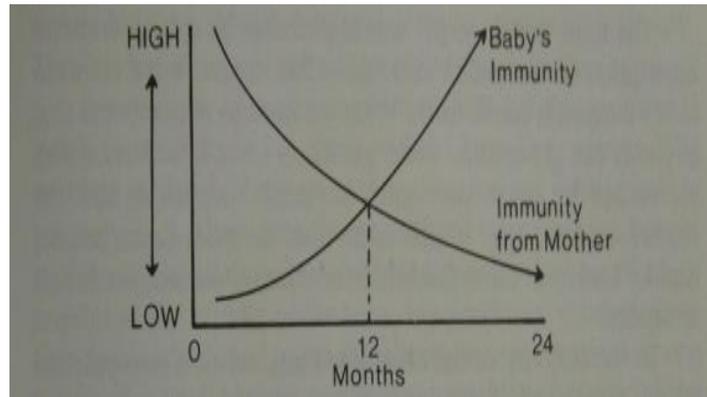


Imagen 3. Objeto llevado a la boca en etapa de erupción dentaria.⁹

Durante la edad de seis a veinticuatro meses (periodo en el cual se da el proceso de erupción dentaria), la capacidad del bebé para combatir la infección y mantenerse saludable no es tan grande, especialmente a los doce meses de edad, cuando su resistencia a la infección está en su punto más bajo, dado que al nacer la única inmunidad del bebé para luchar contra la enfermedad es la que recibió de la madre, que sólo dura hasta que el bebé desarrolla su propio sistema inmunológico como se muestra en la grafica 1.⁹

Durante los primero veinticuatro meses de vida, el bebé está expuesto a muchas enfermedades, es por eso que hay una tendencia natural de las madres y los médicos de culpar a los dientes de todos los problemas del bebé.⁹



Gráfica 1. La habilidad del niño para combatir las infecciones es más baja a los 12 meses de edad. ⁹

Por su parte, Anthony S. Blinkhornb en su libro “Planificación del tratamiento práctico del paciente pediátrico” (1992), menciona que la “dentición difícil” es la causa más común de molestia en niños pequeños, lo cual puede ocasionar que el niño y sus padres no puedan dormir algunas noches, además, una de las principales características es el aumento de la salivación, así como que el niño se vuelva inquieto y no pueda dormir por el malestar, aunado a la necesidad de llevarse algún objeto duro a la boca o restregarse en el relieve de la cuna en busca de confort.¹¹

En este sentido, también Joel Berg en 2009, afirmó que no existe evidencia de que la erupción dental cause fiebre o diarrea y señala que los síntomas asociados a la erupción dental son: irritabilidad, pérdida de sueño, rodete gingival sensible, aumento de babeo y necesidad de masticar algún objeto. ¹² Es importante señalar que en el artículo “Trastornos en la dentición difícil, prevalencia objetiva y manifestaciones entre los cuatro y 36 meses” publicado en 2012, Noor Mohamed recomienda que antes de que los signos o síntomas de una enfermedad sean atribuidos a la erupción dental de los bebés, debe



ser descartado otro padecimiento, no obstante el autor llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.- Se ha demostrado asociación entre los signos generales (babeo, fiebre y diarrea) y la erupción de los dientes primarios, siendo la fiebre el síntoma más frecuente seguido por el babeo y la combinación de fiebre-babeo.
- 2.- La mayoría de los signos aparecieron durante la erupción de los incisivos primarios.
- 3.- Cuando un niño está en la etapa de erupción de la dentición infantil puede presentar algunos síntomas atribuidos a este proceso, sin embargo otras posibles causas se deben descartar en primer lugar. ⁷

Existen informes en 2004, de muertes de bebés en Brasil relacionados con el proceso de erupción dental tras el empeoramiento de los signos y síntomas en conjunto con la mala nutrición que no fueron tomados en serio. Por ello se aconseja a los proveedores de atención médica, considerar la erupción dentaria como un diagnóstico de exclusión para hacerse con cautela, así como que si un niño está enfermo para ser admitido en el hospital, primero deben ser excluidas otras causas para el adecuado manejo. ^{7 13 14}

En un estudio realizado en Nigeria (2013), se identificó que algunos de los síntomas que las madres atribuyen al proceso de la dentición en los niños incluyen fiebre, diarrea, tos y vómitos. El estudio demostró que las madres nigerianas todavía asocian varios síntomas a la erupción dentaria, lo que podría ser perjudicial para sus hijos. ^{13 15}



Por lo anterior, es necesario crear conciencia y tomar medidas de precaución sobre el posible efecto en la atribución de las enfermedades infantiles debido al proceso de la erupción dentaria, no solo en los padres sino también en el personal de salud, especialmente aquellos síntomas que pueden ser causados por enfermedades graves de la niñez.^{13 15}

De acuerdo con la revisión realizada por M. Tighe, es poco probable que la erupción dentaria sea causa de alguna enfermedad importante. En todo caso, una enfermedad por coincidencia puede hacer que el proceso de la erupción dentaria sea más difícil, lo que obliga a los especialistas a estar atentos a otras causas de la enfermedad. En este sentido, Swann IL. revisó 50 niños ingresados al hospital con un problema de erupción dental, y confirmó que 48 de ellos, presentaban otro problema de salud, incluyendo un caso de meningitis bacteriana.¹⁷ Ante tal circunstancia, se reconoce al dentista general como el profesional capacitado para determinar si existe un problema grave en la erupción dentaria.¹⁶

1.2. Principales signos y síntomas asociados con la erupción de la dentición primaria.

1.2.1 Diarrea.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es considerada diarrea cuando se presentan “tres o más evacuaciones de deposiciones líquidas o acuosas en 24 horas. Esto habitualmente significa un volumen de deposiciones de más de 10 g/k/día en lactantes y niños menores, o más de 200 g/ día en niños mayores y adultos.” Asimismo, las enfermedades diarréicas destacan como la segunda causa de muerte en menores de 5 años, cobrando la vida de 1,5 millones de niños cada año.¹⁷



La diarrea es el síntoma más reportado de acuerdo a la literatura como problema que se presenta durante la erupción de dientes primarios.^{15 4 7 10 14} Algunos autores indican que esto se debe el uso de técnicas no estériles que pueden causar aumento de la morbilidad e incluso mortalidad. Esto es importante tomarlo en consideración ya que podría estar relacionado con la contaminación de los dedos u objetos que el bebé pone en su boca, lo que podría causar la diarrea.^{19 8} Por coincidencia, la erupción dentaria primaria comienza cuando los niños pierden la protección de los anticuerpos maternos o inmunidad pasiva contra las bacterias y virus; haciendo al bebé más vulnerable a las condiciones amenazantes como la encía recién traspasado por un diente en erupción que ofrece un cómodo sitio para la infección.^{7 15}

El hecho de que algunas mujeres creen que en sus hijos la diarrea se debe a la erupción de los dientes es motivo de atención. En estudios llevados a cabo en Florida y en África Occidental, los padres tendían a no darle importancia a la presencia de diarrea porque pensaron que era debido a la erupción de los dientes primarios. Sin embargo, los niños sin erupción dentaria con diarrea son igual de propensos a desarrollar deshidratación que los niños con diarrea y erupción dentaria.¹⁸

Al considerar las posibles asociaciones con trastornos gastrointestinales, hay que recordar que la erupción de los dientes primarios comienza en el periodo de adaptación gradual del niño a los hábitos alimentarios del adulto y por lo tanto es frecuente y normal que se produzcan pequeños cambios en la consistencia y volumen de la heces. No obstante, la mayoría de las inflamaciones locales en los primeros meses van acompañadas de trastornos gastrointestinales lo que puede atribuirse también a los procesos locales de la cavidad oral. Las manipulaciones en la boca con los dedos o cualquier objeto durante la erupción dentaria puede afectar también el peristaltismo



(contracciones musculares organizadas que ocurren en el tubo digestivo) a través de la inervación simpática.⁵

Las diarreas mortales asociadas con la erupción dentaria, que antiguamente se consideraban tan frecuentes, correspondían con toda probabilidad a enfermedades con deshidratación que el médico no conseguía tratar con éxito.⁵ Por ello los proveedores de atención primaria deben ser conscientes de las diversas creencias con respecto a la relación entre la diarrea infantil y la erupción dental, por lo que no solo se deben instruir a los padres a reconocer los primeros signos de deshidratación sino también a crear conciencia en cuanto a la limpieza de los objetos que el niño se lleva a la boca e incluso a extremar la higiene de las manos, así como desalentar la creencia de que la erupción dental causa diarrea.¹⁸

La diarrea crónica es una patología común y constituye un gran desafío para el pediatra general y el gastroenterólogo infantil. Las causas son diversas y varían según el grupo etario. El enfoque diagnóstico debe ser sistemático comenzando por una detallada historia clínica y la realización de exámenes generales, seguido de estudios más complejos sugeridos por especialistas. El tratamiento debe asegurar un adecuado aporte nutricional así como abordar el origen del problema con medidas específicas.¹⁷

Por lo tanto, es necesario asegurar una adecuada hidratación y nutrición, normalizando la dieta cuando sea posible, evitando regímenes innecesarios o prolongados. Es recomendable además, no suspender la lactancia materna, no introducir alimentos nuevos, retirar jugos de fruta, dado su alto contenido de azúcar, así como evitar empleo de antibióticos y el uso de inhibidores del peristaltismo.¹⁷



1.2.2. Fiebre.

De acuerdo con el autor Joel H. Berg, no existe evidencia de que la erupción dental cause fiebre o diarrea. Temperaturas más altas que 38.1°C deben ser evaluadas para descartar otra causa. Si la fiebre persiste por más de 24 horas, los padres deben llevar al infante a examinarse ante un médico especialista para descartar infecciones respiratorias, del oído u otra afección común en los niños. Los síntomas asociados a la erupción dental que el autor reporta son: irritabilidad, pérdida de sueño, rodete gingival sensible, aumento de babeo y deseos de masticar o morder objetos para frotar su rodete gingival.

12

Por su parte, Magnusson asegura que la relación entre la erupción dentaria y la fiebre se ha considerado en dos sentidos. En primer lugar, la fiebre producida por otra causa puede aumentar el metabolismo basal y acelerar por tanto la erupción. En segundo lugar la inflamación oral local en el punto de la erupción puede afectar la temperatura corporal, sin embargo las observaciones en este sentido han sido contradictorias y no han puesto de manifiesto una tendencia general, aunque, indudablemente, no puede excluirse que algunos niños presenten pequeños picos febriles durante la erupción de los dientes primarios por lo que es recomendable monitorear la evolución del pequeño en cuanto a la presencia de la temperatura mayor a 38°C.⁵

1.2.3-Sialorrea.

En el cuarto o quinto mes, muchos bebés comienzan a tener un aumento en la cantidad de saliva que producen, algunos en forma tal que empapan varios baberos por día; una antigua tradición sostiene que ese es el anuncio de la



dentición, sin embargo, se ha identificado que el babeo corresponde a determinada etapa de la maduración neurovegetativa, que coincide con este proceso y no tiene nada que ver con la erupción dentaria.⁶ Otros autores refieren que el babeo entre el cuarto y quinto mes podría estar asociado con la erupción dental, pero también puede ser un signo de la actividad normal de las glándulas salivales.⁷

Otra explicación sobre la hipersalivación frecuentemente referida podría ser debido a las manipulaciones del niño en su propia cavidad oral. Este babeo puede dar lugar a su vez a irritación y enrojecimiento de la piel que se atribuye a veces a una erupción cutánea.⁵ En este aspecto una recomendación conveniente sería evitar que el niño trague su saliva para no cambiar el pH gastrointestinal.

1.2.4. Inflamación local.

La inflamación local en el punto de la erupción es una respuesta desencadenada durante el proceso de erupción dentaria que puede provocar irritabilidad en el lactante, e incluso, ocasionalmente un aumento de la temperatura corporal o pequeñas alteraciones en el peristaltismo.⁵

La inflamación local puede tratarse con medidas de higiene sin que haya necesidades de administrar sedantes ni anestésicos locales, de la misma manera, dado las características de menor resistencia del surco gingival recién formado, hay que limitar la curiosidad del adulto sobre el diente en la erupción. Con excepción de los verdaderos quistes foliculares, está contraindicado incidir la encía. Este tratamiento, que antiguamente era muy popular puede incluso retrasar o complicar la erupción al favorecer la



formación de tejido cicatrizal. Si el babeo irrita la zona cutánea perioral, algunos autores recomiendan aplicar una pomada que repela la humedad.⁵

En este contexto es muy importante mencionar que pueden presentarse dos problemas que pueden dar lugar a alteraciones en el tejido durante esta etapa.

Nódulos de Böhn

Son tumores relacionados con la erupción de tejido originario de glándulas mucosas que pueden ser confundidos con dientes por su forma, localización y momento de erupción, por lo general son múltiples con un diámetro de 2 a 3 mm.^{19 20} Se pueden ubicar a lo largo de la zona vestibular y palatina o linguales de los rodetes gingivales, la observación y masaje digital suave son el tratamiento indicado ya que desaparecerán cuando erupcionen los dientes.

²¹

Quiste de la erupción.

Son quistes que se producen por la alteración del epitelio reducido del esmalte cuando el diente se acerca a la mucosa bucal, su origen está en el órgano del esmalte. Es una variante de tejido blando del quiste dentífero asociado a un diente de la primera infancia en erupción.²² Clínicamente se puede observar translúcido, con una consistencia blanda sobre el diente próximo a la erupción; presenta un color azul a rojo oscuro, dependiendo de la cantidad de sangre en el fluido del quiste. Se puede localizar en cualquier diente que se encuentre en etapa de erupción, usualmente no requiere tratamiento, los órganos dentarios pueden hacer erupción por si solos, de no lograrla a los cinco o seis meses se sugiere hacer una incisión.²¹



1.3. Prácticas y tratamientos en el proceso de la erupción de la dentición primaria

En la época de Hipócrates, la recomendación durante la erupción dentaria de la primera dentición consistía en la restricción de alimento masticable, y de manera preventiva se sugería frotar durante el quinto mes el rodete gingival con grasa de pollo, así como evitar cortar con un cuchillo, además de aplicar lanas suaves y limpias en el cuello, cabeza y mandíbula.⁴

Desde el siglo XVI, de acuerdo con la literatura, se promovió como medida de intervención para disminuir las molestias, cortar el rodete gingival. Fue así como el cirujano francés Ambroise Paré (1510-90) desarrolló la técnica para incidir con lanceta (instrumento quirúrgico que consta de un mango con hoja de acero) el rodete gingival de los niños. El procedimiento se llevaba a cabo sin anestesia, y consistía en la realización de dos incisiones que cruzaban 90° la zona próxima a la erupción del diente.^{4 23 24}

En México, en el siglo XVII, influenciado sin duda por el pensamiento medieval para aliviar el dolor producido por la erupción de los dientes, los remedios populares consistían en colocar al niño collares hechos a base de raíces de beleño, peunia, calabaza silvestre y otros vegetales. Cuando persistían las molestias, se tomaban medidas más drásticas como la Implantación de sanguijuelas o la aplicación de sesos de yegua y la colocación alrededor del cuello de un diente de perro o lobo.³

En el artículo “Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños” del autor Claudio Fogel, se menciona que en la tercera década del siglo XVII, algunas madres creían que el coral, que según las leyendas se había originado de las gotas de sangre que se habían escurrido de la cabeza de



Medusa al ser cortada, poseía poderes mágicos y que alejaba los malos espíritus por lo que era común usarla para aliviar los dolores de la erupción dentaria y evitar las infecciones. Asimismo, de acuerdo con sus creencias, el coral cambiaba de color según el estado de salud del infante, volviéndose pálido si la salud del niño se encontraba en riesgo, por esta razón para proteger al bebé colocaban este material en una cinta blanca alrededor del cuello (Imagen 4).⁴



Imagen 4. Retrato de Lady Henrietta Stanley (1630-1685) ⁴

Por su parte en el siglo XVIII una actividad muy practicada continuó siendo el empleo de la lanceta para incidir el rodete, asimismo para aliviar el dolor aplicaban sanguijuelas sobre el rodete gingival o encía inflamada como medida terapéutica.⁴

En el “*Florilegio medicinal de todas las enfermedades*” publicado por Juan de Esteyneffer, (1712), “citado” por Alfredo Espinosa, se afirmaba que para facilitar la erupción de los dientes en el quinto mes se debía untar en los rodetes gingivales grasa de gallina o mantequilla y restregarlos con un “colmillo de lobo”.³



En 1980 se hablaba del masaje en el rodete gingival como medida adecuada para disminuir las molestias, antes de esta época se administraban algunos medicamentos para frotar las mucosas, sin embargo, alguno de estos contenían mercurio y provocaban enfermedades graves, mientras que otros preparados contenían etanol que por sus efectos sedantes alcanzaron gran popularidad.^{5 25} Asimismo, se destacaban los efectos negativos en la aplicación directa de alcohol en la membrana mucosa, ya que debido al pequeño peso corporal del bebé podía conducir a una hipoglucemia, aunado a que era ineficaz como anestésico tópico.²⁶

En 1881, una práctica muy difundida para controlar los signos y síntomas consistía en administrarles preparaciones de opio o láudano.⁽¹⁾ Otros autores también refieren la administración de vino y otro tipo de bebidas alcohólicas como sedantes para provocar el sueño en los niños y evitar el llanto. Asimismo, un elemento frecuentemente utilizado para disminuir los signos y síntomas fue el anillo de goma (imagen 5), material que se desarrolló a partir del proceso de vulcanización de la goma. Cabe mencionar que la primera tetina de goma fue patentada en 1845 por Elijah Pratten en los Estados Unidos.^{4 27}



Imagen 5. Anillo de goma.²⁷



En 1997, se afirmaba que el tratamiento para la “dentición difícil” solo podía ser sintomático y paliativo, ⁸ por lo que tranquilizar a los padres resultaba de gran ayuda, así como administrar acetaminofén para controlar la fiebre. No obstante se debe tomar en consideración que el medicamento, nunca debe ser añadido en las botellas con alimentos, ya que los padres (o cuidadores) no puede controlar con precisión la dosis ingerida. Además, el ingrediente activo del medicamento puede interactuar de manera adversa con los productos alimenticios y existe la posibilidad de que otros niños tomen el medicamento potencialmente perjudicial.²⁶ Con respecto a lo anterior, si la fiebre persistía, se recomendaba referir al niño al pediatra. Igualmente el uso de un objeto masticable y anestésicos tópicos eran sugeridos para ayudar a aliviar la irritación local en el rodete gingival.⁸

Desde hace algunos años se ha utilizado como anestesia tópica en el rodete gingival benzocaína, sin embargo una reciente advertencia de la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés) refiere que puede ser una amenaza para la salud ya que podría estar asociada a la metahemoglobinemia: enfermedad que se origina cuando el grado de oxidación del hierro contenido en el grupo hemo supera los mecanismos compensadores de los hematíes, pasando al estado férrico, que es incapaz de transportar oxígeno y dióxido de carbono. Hasta el momento se han reportado 29 casos de niños con metahemoglobinemia 15 de ellos menores de dos años.²⁸

Esta enfermedad puede aparecer como consecuencia de un contacto con sustancias oxidantes o por situaciones diversas como causas alimentarias, genéticas e incluso idiopáticas, por lo que es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento correcto del cuadro. Los lactantes sanos de cuatro a seis meses tienen una mayor predisposición de padecer metahemoglobinemia debido a



varios factores como son: mayor inmadurez en el sistema metahemoglobina reductasa, mayor susceptibilidad de la hemoglobina fetal al ser oxidada y un pH gástrico elevado que promueve el sobrecrecimiento bacteriano con mayor transformación intestinal de nitratos en nitritos, que son tóxicos. Además de que el mecanismo de protección primaria contra la oxidación de la hemoglobina, la nicotinamida adenina dinucleótido NADH (enzima en la sangre responsable de convertir de nuevo la metahemoglobina a hemoglobina), madura después de que los bebés cumplan cuatro meses de edad. La susceptibilidad desaparece a partir del momento en el que los niveles enzimáticos son similares al adulto cuando prácticamente ya no hay hemoglobina fetal.²⁸

Los síntomas pueden ser cianosis, labios y piel de color azul, fatiga, dificultad para respirar, aumento en la frecuencia cardíaca y si esto no llega a controlarse pueden ocurrir convulsiones y coma. Los síntomas pueden aparecer de 20 a 60 minutos después de la exposición, aunado a que la metahemoglobinemia es impredecible, dado que puede aparecer en el primer contacto o después de un sin número de aplicaciones. Por lo tanto es importante detectar los signos y síntomas a tiempo y en su caso llamar a los servicios de emergencia para la administración de oxígeno. El antioxidante azul de metileno que convierte la metahemoglobina en hemoglobina, es recomendable administrarlo por vía intravenosa para que se puedan alcanzar los niveles normales de metahemoglobina.²⁸

1.3.1. Alternativas apropiadas.

Una forma natural para aliviar el dolor es efectuar un masaje suave en el rodete gingival con un dedo limpio en la etapa de la erupción dentaria. Alimentos fríos pero no congelados, así como los anillos de goma pueden



disminuir el malestar. Incluso un paño frío para que el bebé muerda puede traer alivio. En este sentido, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los objetos fríos son el método más seguro para tratar el dolor en la etapa de erupción dentaria. Con la aprobación de un pediatra, calmantes para el dolor puede ser utilizados, en particular antes de dormir. Otras alternativas que contienen derivados de plantas podrían ser de gran ayuda, por ejemplo el eugenol de clavo (Orajel Naturals) o bien si es necesario aplicar en los niños anestésicos con benzocaína en la cantidad más pequeña posible y no más de cuatro veces al día.²⁸

Otras opciones de tratamiento que han demostrado beneficios de acuerdo con el "Wake et al" son objetos para masticar, reconfortantes abrazos, paracetamol, geles, masaje en el rodete gingival y sedantes naturales (hierbas).¹⁵

Hoy día se recomienda el empleo de un anillo de goma para que el niño muerda ya que es fácil de limpiar, no puede ser tragado y no lesiona el rodete gingival.⁵ También existen anillos rellenos de líquido los cuales pueden ser colocados en el refrigerador para después dárselo al niño, esto puede ser un magnífico tratamiento, asimismo hay que recordar que nunca se debe endulzar o untar mermelada o miel sobre el anillo, mordedera o objeto que el niño pueda llevarse a la boca ya que se puede convertir en una costumbre poco sana para el pequeño, otra alternativa puede ser fruta congelada como una banana.²⁴

Existen también productos a base de salicilato de colina. Los salicilatos son considerados analgésicos menores y son similares a la lidocaína por que penetran la membrana mucosa y dan alivio al dolor. Su principal ventaja sobre la lidocaína es que además de proporcionar analgesia, también es



antiinflamatorio y antipirético, reduciendo así la inflamación. “El formulario de la practica dental” (DPF por sus siglas en inglés) 2000–2002 recomienda para niños mayores de cuatro meses de edad, de 0,5 pulgadas (7,5 mm) de gel para dar masajes en el área del dolor no más de tres veces por hora, con un máximo de seis aplicaciones diarias, debido a que su colocación frecuente en la mucosa oral puede provocar una quemadura química. Ante esta circunstancia su empleo debe ser administrado con reservas, como lo precisa la DPF que sugiere que tal beneficio en la erupción dentaria puede simplemente deberse a la presión de su aplicación que podría ser semejante a un masaje.²⁴

Por su parte la aromaterapia utiliza aceites (por ejemplo, el aceite de clavo diluido, de árbol de té o de oliva), a menudo con masaje para neutralizar los mediadores inflamatorios producidos durante la erupción dentaria.²⁴



2.- ACTITUD DEL EDUCADOR PARA LA SALUD BUCAL EN LAS ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN EN LA DENTICION PRIMARIA.

El comportamiento que asume el cirujano dentista para realizar su función como educador para la salud durante su práctica profesional, resulta de suma importancia, dado que refiere la actitud que debe tomar para poder asignar tiempo suficiente en la capacitación de las personas a partir del conocimiento de su estado de salud enfermedad y de las acciones efectuadas para su conservación, sólo de esta manera estará en posibilidades de implementar un programa educativo de intervención con el propósito de empoderarlos para que puedan tomar decisiones responsables para el mantenimiento de su salud con base en la evidencia científica.

Para poder entender la actitud del educador, debemos conocer como primera instancia qué es educación. La educación es un proceso continuo que acompaña al individuo a lo largo de la vida y se da de diferentes maneras dentro de la vida en sociedad en la que la persona tiene contacto. El individuo adquiere su educación dentro del sistema formal de enseñanza pero también en una variedad de formas fuera de este sistema. Por lo cual, es importante comprender que educar en salud significa participar en un plan cuyas políticas de salud vayan más allá de la ausencia de enfermedades. Un esquema que incluya reflexiones en los individuos acerca del qué, por qué y para qué de las acciones que se promueven. ²¹

Lo más importante a partir de este planteamiento es que el personal responsable de la salud: cirujano dentista, médicos, enfermeras, todos aquellos profesionales relacionados con este ámbito, estén conscientes del mensaje y las acciones implícitas en el proceso de educar en salud, que



definitivamente tendrán que ver con la visión que se tenga de la salud, del hombre y por supuesto, de la vida.

La educación para la salud, puede crear procesos sociales permanentes, y estratégicos, capaces de influir favorablemente en los comportamientos, actitudes, valores y prácticas de las personas para lograr comportamientos sanos tendientes al autocuidado de su salud integral. Esta enseñanza conlleva, nociones médicas, higiénicas, ecológicas y sociales para beneficiar la salud y favorecer el bienestar y desarrollo personal, familiar y de la comunidad. Su principal objetivo es enseñar a las personas a proteger, promover y restaurar la salud, reconociendo que la salud depende de múltiples factores sociales, ambientales, económicos, y políticos, entre otros, en el ámbito individual, grupal y estructural.

Por lo tanto, al hablar de educación para la salud nos referimos al proceso social que implica la transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la prevención de problemas y enfermedades que dificulten el desarrollo de una vida saludable y que nos pudieran llevar a la muerte en forma prematura.

Con respecto a la actitud que tiene que asumir el cirujano dentista, como promotor de la salud durante la etapa de la erupción de dientes primarios, algunos autores recomiendan que la educación para la salud referente al cuidado del bebé sea dirigida a los padres y pediatras especialmente a la madre en gestación dado que “la mujer por ser aquella que tiene más contacto con el niño será la indicada para ser el agente vectorial en la transmisión de la educación”.²⁹



En este contexto, es importante que se emplee un lenguaje claro y preciso teniendo en cuenta el nivel educativo de los padres. El mensaje, deberá estar respaldado por el conocimiento científico, asociado a la capacidad que deberá manifestar el profesionista para transmitir el conocimiento de forma que sensibilice a los padres respecto a la responsabilidad que debe asumir en el cuidado y mantenimiento de la salud del niño, así como para crear un ambiente de confianza.²⁹

Para que la función que realiza el cirujano dentista como promotor de la salud sea eficiente, es necesario cambiar la concepción y el comportamiento de la población en relación con lo que es la odontología para el bebé. Cuando se habla de atender bebés, la población se extraña e inicialmente piensa que el niño no tiene problemas y que solo debe de ir con el cirujano dentista cuando lo necesita en términos de dolor. Según Walter es importante empezar por la orientación al profesional del área de la salud pues al estar convencidos del valor del método, su divulgación y la aceptación por el público traerán una consecuencia ideal.²⁹

En la siguiente gráfica se presentan los resultados obtenidos con respecto al cambio de perfil obtenidos 5 años después en la población que asistió a la Clínica del Bebé en 1985, en la cual se demuestra que la orientación a los padres y las medidas preventivas aplicadas tuvo un impacto favorable tomando en cuenta la disminución de los tratamientos que demandan los pacientes. Ese cambio muestra que la población aceptó la idea de atención precoz y mantenimiento de la salud (imagen 6), propiciando que los padres busquen orientación odontológica y no tratamiento dental.²⁹



Grafica 2 ²⁹



Imagen 6. Imagen padre aplicando medidas de higiene oral en el bebe ²⁹



2.1 Beneficios en el acercamiento temprano de la población infantil con el cirujano dentista.

La Academia de Pediatría de Estados Unidos, la Asociación Dental Americana (ADA), la Academia de Odontología Pediátrica y la Asociación Dental de Canadá, recomiendan la primera visita después de la primera erupción dental y no más tarde del primer cumpleaños.^{30 31}

Al respecto Walter asegura que la etapa ideal para el inicio de la atención odontológica, debe ser alrededor de los seis meses edad que coincide con la erupción de los primeros dientes. Este inicio precoz a nivel de salud pública fue introducido en Japón hacia 1976. Asimismo, Morinushi y col. en 1982, citados por Walter recomiendan la atención del profesional a los cuatro meses de edad para la enseñanza de métodos de control alimenticio y de instrucción de higiene oral, además de reforzar la atención del bebé por lo menos cuatro veces al año.²⁹

En este contexto, Goepferd, en 1989 citado por Ana Ciccalé, señaló que debido a la presencia de caries de biberón en bebés, es pertinente promover la primera visita al dentista a los seis meses de edad ya que en esta época se consigue mayor eficacia en atención primaria y control de caries dental.³²

Cuando se ha aprendido de forma consciente e intencional respecto a los problemas en salud oral que pueden presentarse y los modelos de protección que permitan tomar decisiones, se puede asegurar que se ha logrado un aprendizaje estratégico ajustado a las condiciones del contexto de uso (cuándo y porqué utilizarlo), por lo que su impulso en las primeras etapas de vida es de gran relevancia como lo es en la odontología para el bebé.²¹



Un elemento importante es la comunicación con los padres de los niños, dado que es necesario conocer cómo conciben el estado de salud oral de sus hijos, ya que aún persiste la creencia en los padres de que los dientes temporales no son importantes o que la erupción dentaria puede repercutir en su estado de salud general.^{21 29}

En este sentido, un estudio realizado en Nigeria (2001) para conocer los problemas identificados por los padres, reportó que más del 91% de los encuestados pensaba que el bebé puede sufrir problemas de salud general como resultado de la erupción dentaria.¹⁶ No obstante en la encuesta realizada en la población de Guinea-Bissau, se identificó que sólo el 33% de los padres con hijos gravemente deshidratados buscarían ayuda médica si pensaban que la deshidratación fue secundaria a la erupción dentaria. Asimismo señala que, la erupción dentaria puede ser un pretexto para las dolencias menores y una excusa para que los padres no busquen apoyo médico adecuado.¹⁶

En el artículo "*Síntomas asociados con la dentición infantil: mitos y realidades*" se realizó una investigación (2001- 2002) con el fin de determinar las medidas de intervención empleadas así como las creencias de las madres de lactantes en relación con la erupción dentaria. La población estuvo integrada por 223 madres de niños en edad comprendida entre los 6 y 12 meses, en las conductas asumidas ante la presencia de manifestaciones de la erupción dental se encontraron que, un 38% de las madres proporcionan al niño una mordedera; un 32% usaron medicamentos tópicos y un 15% utilizaron analgésicos tipo acetaminofén vía oral. Llama la atención que un 30% de las madres refirieron el uso de un amuleto para proteger al niño de las molestias de la dentición. El 19%, manifestó consultar al pediatra ante la presencia de signos y síntomas asociados con la dentición. Con base a los resultados se



concluye que las madres tienen algunas concepciones acertadas en relación con la dentición y otras resultan inadecuadas.¹⁰

El empleo de amuletos muestra la influencia de creencias ancestrales sobre el efecto de los mismos ya que científicamente no se ha demostrado que brinden protección contra enfermedades. No se descarta sin embargo que desde el punto de vista psicológico, propicie una sensación de tranquilidad en los padres, ante la creencia de que con su uso está brindando al niño la protección que requiere.¹⁰ Por lo tanto es importante orientar a los padres en esta etapa de desarrollo del niño ya que se han utilizado métodos o tratamientos sin evidencia alguna.³³

De la misma manera, debido a que los pediatras son los profesionales que tienen mayor contacto con los niños (aproximadamente ocho veces en el primer año), es importante que hagan una revisión integral del paciente, instruyendo a los responsables y en su caso refiriéndolo con el odontólogo u odontopediatra para su atención.³³

El conocimiento básico requerido por el especialista para lograr un manejo exitoso de la salud oral debe construirse y reforzarse a través del proceso educativo. Por eso es importante hacer mención que estudios recientes nos demuestran que una sola consulta con un tiempo de 15 a 30 minutos no es suficiente para cubrir las inquietudes de los padres sobre la crianza de sus hijos. Por lo tanto es conveniente programar varias citas para entender las dudas de la madre o tutor y estar en posibilidad de explicarle las modificaciones que puede presentar en esta etapa de crecimiento e instruirla para que aplique las medidas preventivas recomendadas para el mantenimiento de su salud.³³



Imagen 7 Medidas preventivas en el bebe ³³

2.2. Exploración bucal.

El pediatra, odontopediatra y el cirujano dentista deben realizar un examen intraoral y extraoral completo que permita evaluar todos los tejidos blandos y duros del paciente.²³ El examen dental debe permitir: evaluar los patrones de erupción e higiene, así como capacitar a los responsables del bebé respecto a las medidas de higiénicas que se deben efectuar como el cepillar los dientes del niño tan pronto erupcionen usando pasta dental sin flúor y agua.³³ Asimismo, durante la exploración es importante tener en consideración las características de un rodete gingival para poder obtener un diagnóstico certero.

Al nacer, los rodetes gingivales están cubiertos por las almohadillas gingivales, las que pronto son segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo, son firmes y tienen forma de herradura. Según Lieghton, su tamaño puede estar determinado por cualquiera de los siguientes factores: “el estado de madurez del niño al nacer; el tamaño al nacer, expresado por el peso de nacimiento; el tamaño de los dientes primarios en desarrollo; y factores genéticos”.³⁴



Los rodetes gingivales se hallan recubiertos de crestas y surcos, que a menudo presentan una incurvación de modo que no contactan en su posición anterior cuando se cierran. En una vista oclusal, sobre las regiones de los incisivos y caninos y en los bordes libres de los rodetes, existe un cordón fibroso de Robin y Magilot, el cual está bien desarrollado en el recién nacido y desaparece en la época de la erupción dentaria, ellos cumplen la función de facilitar la deglución durante el amamantamiento.³⁴

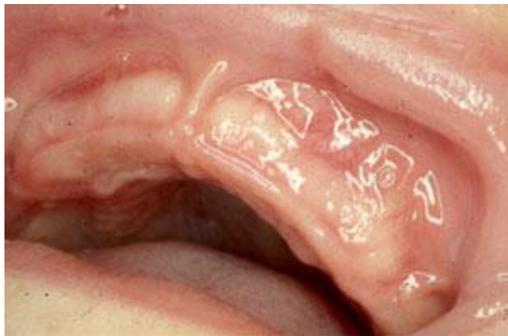


Imagen 8 Rodete gingival superior³⁴

imagen 9 rodete gingival inferior³⁴

Anatómicamente, presenta en el arco superior un rodete gingival que en su parte anterior es delgado y en la parte posterior aplanado, el cual está adherido al frenillo labial y las bridas laterales por vestibular, en la parte posterior se observa una protuberancia gingival a nivel de su región molar la cual desaparece con el crecimiento del proceso alveolar.¹⁹

2.2.1. Medidas de intervención.

Ya en 1929 Pereira “citado” por Walter recomendaba iniciar la limpieza de la boca antes de la erupción de los primeros dientes y pasar sobre el rodete gingival una gasa esterilizada, embebida de una solución de bicarbonato de



sodio. Otros autores sugieren utilizar una disolución de una cucharada de agua oxigenada por tres de agua hervida. El odontólogo debe mostrar y explicar a los padres como llevar a cabo la limpieza bucal del niño en casa.²⁹

21

De acuerdo con normas de la Asociación Dental Americana ADA (1981) la limpieza puede comenzar antes de la erupción, para hacer el campo más limpio, así como para acostumbrar al niño a la manipulación de su boca.²⁹

Al cuidar la boca del bebé, la madre estará creando un ambiente sano e ideal para la llegada de los primeros dientes además de motivar a los niños de tener hábitos de higiene dado que con este entrenamiento el bebé se acostumbra desde pequeño a la entrada de objetos a su boca, como dedales o cepillo facilitando el aprendizaje en el futuro (imagen 12).^{23 32}



Imagen 12. Padres aplicando técnicas de prevención.³³

Igualmente un masaje suave en el rodete gingival con un dedo limpio puede ayudar a aliviar dolor en la etapa de la erupción dentaria. Alimentos fríos pero no congelados, así como los anillos pueden disminuir el malestar. Incluso un paño frío para que el bebé muerda puede traer alivio en esta etapa.²⁸



De la misma manera, una acción recomendable que deberían efectuar los padres antes de que erupcione el primer diente es la estimulación de los rodetes gingivales con dedos especiales envueltos en el dedo índice del adulto, con finalidad de estimular la mucosa bucal y el rodete gingival, otros autores sugieren una gasa o paño limpio envuelta en el dedo índice humedecida con suero fisiológico, agua filtrada o agua destilada. Es importante recordar que después del amamantamiento debe realizarse la limpieza de la leche estancada en las comisuras labiales y en la cavidad bucal.

23



Imagen 11. Uso del dedal para higiene oral en el bebé ³³

La limpieza debe ser principalmente en la noche después de la última succión mamaria, misma que deberá seguir hasta los 18 meses de edad y/o cuando se complete la erupción de los primeros molares deciduos, donde se implementará el cepillado, para limpiar las superficies oclusales de esos dientes. ²⁹



Imagen 10. Padre implementando técnica de cepillado en niño ³³

En el libro “Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica” menciona la importancia que tiene que los padres valoren los dientes primarios, que se les explique la variación respecto a los patrones eruptivos y dejar claro que entre más pronto tenga la erupción dentaria el pequeño, tiene más riesgo de desarrollar caries. ²⁴

Debemos enseñar a los padres las características normales de la boca del bebé así como la posición adecuada para realizar la higiene como la posición rodilla-rodilla, técnica recomendada en la cual se requiere la cooperación de ambos padres para poder tener al niño acostado, así uno de los padres realiza el procedimientos de higiene y el otro sostiene con sumo cuidado las manos y piernas del bebé. ^{33 21}



Imagen 13. Revisión bucal en niños ³³



Imagen 14. Fomento de la técnica de cepillado ³³



CONCLUSIONES:

Esta investigación nos permitió conocer los problemas asociados con la erupción de la primera dentición, la información que tienen los padres, los mitos, realidades, métodos y tratamientos que se han implementado a través de los años para atender estas alteraciones, así como la controversia en algunos aspectos en las diferentes épocas.

Asimismo nos permite confirmar la importancia que tiene para el cirujano dentista como educador para la salud bucal, conocer el proceso inherente a la erupción dentaria, dado que es fundamental a partir de su comprensión, proporcionar la información y orientación a los responsables de la salud de los bebés en cuanto a las medidas de protección, dado que muchos de los problemas asociados con la erupción dentaria podrían ser atendidos con base a la evidencia que hoy en día se conoce como son la estimulación del rodete gingival y métodos de higiene, ya que alrededor de los seis meses de edad el sistema inmunológico del niño se encuentra en mayor riesgo lo que puede ocasionar el desarrollo de alguna enfermedad.

De la información recabada podemos destacar que hasta hoy en día persisten mitos que determinan las conductas asumidas por las personas en cuanto a la protección de su salud, constituyéndose en un gran reto para el profesionista, dado la implicación que tiene en las medidas adoptadas y en el cambio de conducta a favor de la salud. En nuestro estudio son evidentes algunas conductas asumidas a partir de las creencias en relación a los problemas asociados con la erupción dental de la primera dentición, así como los procedimientos y/o tratamientos que sin evidencia aplican y que en algunos casos puede traer complicaciones en la salud del bebé. Ante tal circunstancia, es necesario la implementación de un programa educativo específico que



atienda las necesidades identificadas en cuanto a los conocimientos, habilidades y creencias de las personas que respaldan sus conductas, solo de esta manera podemos contribuir en la aplicación de acciones que realmente contribuyan al mantenimiento y salud de la población.

Finalmente podemos concluir que la cultura entendida como el modo de vida que adoptan las personas es un elemento que influye de manera importante en su salud, por lo que el éxito en el cambio de conducta dependerá en gran medida de la consideración de las tradiciones y creencias predominantes relativas a la salud para que se pueda ofrecer una propuesta educativa eficiente.³⁵



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Barberia L. E, Bog J., Catala M. , Odontopediatria ed. Masson 2002 Segunda Edición, Barcelona España, páginas 329 ,330.
- 2.- Escobar M. F., Odontología pediátrica ed. Amolca Venezuela, página 372.
- 3.- Espinosa M, Anzures L.B., Dentición primaria infantil. Mitos y realidades Revista Médica del Hospital General de Mexico, S.S. Vol. 66, Núm. 1 Ene.- Mar. 2003 páginas 43 – 47
- 4.- Fogel C. G., Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños (primera parte), Arch. Argent Pediatr 2004; 102 (1) páginas 35-42.
- 5.- Magnusson B. O. , Koch G., Odontopediatria enfoque sistémico ,Barcelona España ,ed. Salvat 1985 , páginas 89-92 .
- 6.- Fogel C. G. , Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños. Una aproximación histórica (segunda parte), Arch. Argent Pediatr 2004; 102(2) pp. 185-189.
- 7.- Noor-Mohamed R., Sakeenabi B., Teething Disturbances; prevalence of objective manifestations in children under 4 months to 36 months, Med oral Patol Cir Bucal 2012 17(3) pp. 491-494.
- 8.- Mathewson R. J., Fundamentals of pediatric dentistry, second edition. Chicago Illinois, Quintessence publishing. 1982, pp. 37, 38.



- 9.- Foster M. S. Protecting our children´s teeth a guide to quality dental care from infancy through age twelve, New York Insight books publishing . 1992 pp.64- 66.
- 10.- Ramos I. C. , Fernández R. M. I. ,Síntomas Asociados Con La Dentición Infantil: Mitos Y Realidades. Boletín Médico de Posgrado. Venezuela , Vol. XVIII N° 3 Julio – Septiembre 2002 pp. 125- 129.
- 11.-Blinkhorn A. , Practical treatment planning for the paedodontic patient, London UK, Quintessence books publishing , 1992 p. 24.
- 12 .- Berg J. , Slayton R. ,Early Childhood Oral Health, first edition, USA , Editorial Wiley Blackwell, 2009 pp. 206 207
- 13.-Opeodu O. R. I. , Popola B. O. Teething myths among nursing mothers in a Nigerian community, Niger Med J. 2013 54(2): pp. 107-110.
- 14.- Mota C. R. , Medeiros J. A., La percepción de las madres del síndrome de la erupción dentaria y sus manifestaciones clínicas en la infancia Rev. Salud pública enero 2010 vol.12, n.1, pp.1-5 .
- 15 Adimorah G. , Cubesie A., Mothers ‘belief about teething in Enugu, South –East Nigeria: a cross sectional study, Adimorah et al BMC research notes 2011 4:228 pp.1-5 .
- 16.- Tighe M., M F E Roe, Does a teething child need serious illness excluding?, ARCHIMEDES Arch Dis Child 2007 ;92: p.266–273.



- 17.- Canales P., Allende F., Diarrea crónica en el niño, Rev Chil Pediatr 03 febrero de 2012 ; 83 (2): pp.179-184
- 18.- Den B. P. ,Commentary Is teething associated with diarrhea? Pediatric Dentistry University of California, San Francisc , *West J Med Culture and Medicine*, Volume 173 August 2000, p. 137.
- 19.-Fragoso R. A.,Estomatología del recién nacido. México 1991, capítulos 4, 5, 9.
- 20.- Shafer W. G. Tratado de patología bucal, 4ta edición ilustrada, editorial Interamericana, México D,F, 1998, pp.25 – 29, 64, 65, 273, 274.
- 21.- Díaz M. A. H. Educación Para La Salud Bucal En Lactantes (0 A 6 Meses) (Tesina) México: Universidad Nacional Autónoma De México Facultad De Odontología 2012.
- 22.- Laskaris G., Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes, editorial AMOLCA, primera edición 2001, Venezuela.
- 23.- Pires C. M., Schmitt D., Salud bucal del bebe al adolescente Ed. Santos 2009 pp. 74 -79
- 24.- McIntyre G. T. and McIntyre G. M. , Teething troubles? , British Dental Journal March 9 2002 , Volume 192 NO. 5, pp.251- 255
- 25.- Kakatkar G., Nagarajappa R., Bhat N. ,V., Parental beliefs about children's teething in Udaipur, India: a preliminary study, Journal Pediatric Dentistry Braz Oral Res. 2012 Mar-Apr;26(2): p.151-157.



26.- Ashley M. P. , It's only teething...A report of the myths and modern approaches to teething ,British Dental Journal, July 14 2001 ,volume 191, no.1, pp. 4-8

27.- Koch G. , Modeer T., Poulsen S., Pedodontics A Clinical Approach , Munksgaard publishing, fist edition , 1991 , p.270-274

28.- Sleeper R. L. J, Strubinger C. , Treat Teething Pain Safely ,Journal of professional excellence Dimentions of Dental Hygiene,2013 11(2) p.30-32.

29.- Walter, L. R. F. A., Issao, M., Odontología para el bebé. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1a edición, 2000.

30.- Berg J., Casamssimo P., como cuidar los dientes del niño (video)Maryland baby center 2010 revisado el 26 de septiembre a la 1:00 pm disponible en:
<http://espanol.babycenter.com/v14600013/video-c%C3%B3mo-cuidar-los-dientes-de-tu-ni%C3%B1o>

31.- Cuidado dental para su bebé y su niño pequeño Dental Care for Your Infant and Toddler British Columbia health link Spanish - Number 19 December 2013 p. 1-2

32.- Ciccalé de Pachano A. y Barrios G. ,Zayda C. , *Clínica del bebé y salud bucal en atención primaria. Una revisión.* Revista de Facultad de Medicina, Mérida. Venezuela, los Andes. Vol. 20. Nº 1. 2011. p. 88-95

33.-Guido P. M. de P., Castillo C. J. L., Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica, primera edición, Ed. Ripano Madril 2012 pp.109, 110, 111, 112.



34.- Torres C. M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria, revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria "ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009 p. 1.

35.-De la Fuente H. J., Sifuentes V .M. C., Nieto C. M. E., Promoción y educación para la salud en odontología, primera edición ed. Manual Moderno México 2014.