



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

IMPACTO DE LA ATENCIÓN EN LA DENTICIÓN  
TEMPORAL EN EL DESARROLLO DEL INFANTE.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

KENYA DIANEY BOUCHAIN BARAJAS

TUTORA: C.D. MARTHA LAURA SORIANO PÉREZ



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 mis padres Lourdes y Gustavo:***

*Gracias por todo el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de toda mi vida, por ser mi modelo a seguir, soportar todo mi estrés, confiar plenamente en mí; no saben lo afortunada que soy de tenerlos como padres, por ayudarme a crecer como persona, les agradezco demasiado, gracias a ustedes soy quien soy el día de hoy.*

***A mi hermana Naomi:***

*Gracias por estar siempre a mi lado, apoyarme en cualquier situación, de hacer locuras juntas; sin ti mi vida no sería igual, aunque no lo parezca te quiero mucho pequeña, eres mi todo.*

***A mi familia:***

*A mi familia que ha estado apoyándome en todo este trayecto, a mis primos que me ayudaron en mis clínicas a pesar del miedo que tenían, los quiero mucho a todos.*

***A mis amigos:***

*Gracias Yadira, Paco, Sam, Karen, Luisa, Isaac, Quique, Anita, Víctor, Paola por compartir momentos inolvidables, de tener la gran oportunidad de conocerlos y volverse una parte muy importante en el curso de toda la carrera y en mi vida, son la familia que puede escoger.*

*A Raquel y Brigit que en tan poco tiempo tuve la oportunidad de conocerlas y volverse personas muy importantes en mi vida, por apoyarme en todo momento y estar ahí, las quiero.*

***A mis profesores:***

*Gracias a todos por ser una gran parte de mi formación académica, de ayudarme a superarme a mí misma y de enseñarme que no existe un límite, todo es posible si uno lo desea.*

***Al servicio social:***

*Gracias a mis compañeros Luz, Lili, Raquel, Analety, Kevin, Dacia, Andrea, por todos los momentos que vivimos, las convivencias largas y las experiencias que tuvimos, son la familia que jamás esperamos ser.*

*A mis doctores: Charly Rodríguez, Carlos Padilla, Daniela Rosas, gracias por el apoyo incondicional, las enseñanzas, la confianza que me brindaron para mi desarrollo profesional.*

***A mi tutora Dra. Laura Soriano:***

*Gracias por apoyarme en este proceso, y de estar ahí incondicionalmente.*

***A la Facultad de Odontología y a la UNAM:***

*Por dejarme ser parte de esta gran casa de estudios y convertirse en mi segundo hogar, me vio crecer hasta convertirme en lo que soy el día de hoy.*

***“POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU”***

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>OBJETIVO</b> .....	8
<b>CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES</b> .....	9
1.1 Dentición .....	9
1.2 Erupción dental .....	9
1.3 Cronología dental .....	10
1.4 Secuencia dental.....	11
1.5 Dentición temporal .....	11
1.5.1 Cronología de erupción de la dentición temporal .....	13
1.5.2 Secuencia de erupción de la dentición temporal .....	14
1.5.3 Funciones de la dentición temporal .....	14
1.5.3.1 Conservación del espacio .....	15
1.5.3.2 Masticación y digestión .....	15
1.5.3.3 Soporte muscular .....	16
1.5.3.4 Fonación.....	16
1.5.3.5 Crecimiento craneofacial .....	16
1.5.3.6 Estética.....	17
1.6 Dentición permanente .....	17
1.6.1 Dentición mixta .....	18
<b>CAPÍTULO 2 AFECCIONES ORALES MÁS COMUNES EN EL INFANTE</b> .....	19
2.1 Caries.....	19
2.1.1 Caries de la infancia temprana .....	22
2.1.2 Caries rampante .....	23
2.2 Enfermedad gingival.....	24
2.2.1 Gingivitis asociada a placa .....	25
2.3 Traumatismos.....	26
2.4 Hábitos perniciosos .....	28
2.4.1 Hábitos benéficos o funcionales .....	29

2.4.2 Hábitos complejos o perniciosos .....	29
2.4.2.1 Succión digital .....	30
2.4.2.2 Onicofagia .....	31
2.4.2.3 Bruxismo .....	31
2.5 Maloclusión .....	32
<b>CAPÍTULO 3 AFECCIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN EL INFANTE.....</b>	<b>34</b>
3.1 Edad Preescolar.....	34
3.2 Autoconcepto .....	36
3.3 Desarrollo en el entorno .....	37
3.4 Bullying.....	38
3.5 Afecciones orales que están relacionadas en las afecciones psicológicas .....	40
3.5.1 Caries .....	41
3.5.2 Síndrome del niño maltratado.....	41
3.5.3 Traumatismos.....	42
3.5.4 Hábitos perniciosos .....	43
3.5.5 Maloclusión.....	44
3.5.6 Manifestaciones durante la erupción dental .....	45
3.6 Atención psicológica.....	45
3.7 Importancia de la salud e higiene oral en el infante .....	46
3.7.1 Salud oral .....	47
3.7.2 Higiene oral .....	47
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>



## INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo se pretende informar sobre los principales padecimientos orales que afectan a la niñez temprana en su desarrollo causando una afección psicológica, a su vez dar a conocer la importancia de la intervención oportuna del odontólogo en cualquiera de estas afecciones previniéndolas mejorando la calidad de vida del infante.

La promoción de la salud, con el paso de los años, ha tenido un impacto a nivel mundial, por lo que se pretende educar a los individuos a tener una mejor calidad de vida y nivel de salud. La prevención es el principal objetivo de la promoción de la salud, con el cual se busca evitar la aparición de enfermedades.

Los programas de prevención deben impartirse de una manera oportuna en cada individuo, ya que la salud está ligada a diversas determinantes como condiciones sociales, económicos, nivel educativo, psicológico y biológico.

El odontólogo tiene un papel muy importante, siendo promotor de la misma, brindando estrategias para el cuidado del infante con el objetivo de enseñar, educar y guiar a los padres de familia sobre la importancia de afecciones, hábitos e higiene oral, para prevenir o evitar la aparición de diversas afecciones orales en su desarrollo.

El desarrollo del infante es una etapa de suma importancia ya que se dan cambios importantes que ayudan a adaptarse físicamente, tener



competencias cognoscitivas y una relación social más compleja.

Al presentarse algún desorden oral durante la infancia puede tener un efecto negativo en la calidad de vida del infante, causando alteraciones en las funciones de la dentición temporal, la cual es antecesora de la dentición permanente, a su vez estos afectan el desarrollo óptimo del niño, como disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad en dormir, alteraciones del comportamiento como irritabilidad, baja autoestima, disminución del rendimiento escolar y en algunas ocasiones exponerlo a bullying en cualquier entorno.

La calidad de vida está estrechamente relacionada a la salud oral, el impacto que puede tener en el infante, en las actividades cotidianas y el bienestar general es muy trascendente.



## OBJETIVO

Describir los principales padecimientos orales que impactan en el desarrollo de la niñez temprana, creando una afección psicológica que puede afectar su calidad de vida y entorno.

Basándonos en el SIVEPAB nos damos cuenta que en la población de México existe una gran deficiencia en la higiene oral, en el caso de la prevalencia de caries es demasiado alta alcanzando valores del 80% y en enfermedad periodontal se observó que el 25% de la población estudiada la presentaba.

Estos datos nos muestran que se deben implementar programas de promoción y prevención en la población de edad preescolar.

Por lo que es importante mencionar la intervención oportuna del odontólogo para prevenir estos padecimientos.



## CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES

La palabra diente proviene del latín “*dens, dentis*”. Se define como órgano de consistencia dura, de color blanco marfil, de especial constitución tisular, implantados en alveolos dentales del maxilar y la mandíbula, colocados en orden constante en unidades pares, derechas e izquierdas, de igual forma y tamaño formando el aparato dentario.<sup>2</sup>

### 1.1 Dentición

La dentición es el cumulo de circunstancias que ocurren para la formación, crecimiento y desarrollo de los dientes, en sus distintas etapas hasta su erupción, a fin de formar la dentadura.<sup>2</sup>

Existen dos tipos de dentición en el hombre, la primera es conformada por la dentición temporal en el infante y la segunda dentición que es la permanente que forma los dientes en el adulto.

### 1.2 Erupción dental

Según Kronfeld, la erupción es un proceso donde el diente migra de su posición intragingival, involucrando en el proceso otros tejidos y otros mecanismos fisiológicos y no simplemente la aparición del diente en la cavidad oral.<sup>3</sup>

El proceso de erupción intervienen procesos celulares y moleculares que se medían por un equilibrio entre la formación ósea y el proceso



de reabsorción ósea, regulado por hormonas, factores de crecimiento, entre otros.<sup>4</sup>

Para la erupción de los dientes se debe tomar en cuenta también la formación de ellos, esto es la calcificación y formación de sus diversas estructuras.

Cada diente temporal o permanente comienza su calcificación en un momento determinado.<sup>5, 6</sup>

Para poder emerger el diente en la cavidad oral, debe romper el tejido mucoso que lo cubre. Esto provocara inflamación y dolor en él bebe, que desaparecerá en unos días.

### **1.3 Cronología dental**

La cronología dental hace referencia al tiempo aproximado en años o meses en el cual los dientes comienzan a aparecer, en sentido clínico esta no debe ser estricta.<sup>4, 7</sup>

Este proceso se encuentra bajo la influencia de la predisposición genética, factores ambientales y la propia función bucomaxilofacial, pues la ruptura de esta es la que produce generalmente algunas disgnacias.

Si encontramos que la cronología de erupción dentaria no es exactamente como indica, no es de preocupación inmediata; Massler, considera normal una variación de tiempo de erupción con desviación



± 6 meses. Retrasos de más de 8 meses deben ser considerados riesgosos y motivo de una evolución complementaria.<sup>2, 8</sup>

## 1.4 Secuencia dental

La secuencia de erupción es el orden en que deben erupcionar los dientes en cada maxilar, esta debe ser estricta pues es un mecanismo coordinado, de tal manera que permita un desarrollo normal de la oclusión.

Se ha observado, si bien existe un patrón general, no todos los individuos obedecen a la misma secuencia. Las variaciones más representativas se observan en relación con el sexo del individuo.<sup>4</sup>

## 1.5 Dentición temporal

Los dientes temporales, también denominados deciduos, primarios, de leche o caduca, proceden de la palabra latina *decidere*, que significa caer.<sup>5</sup>

Estos dientes temporales se exfolian o mudan para ser remplazados por los dientes permanentes. Fig. 1

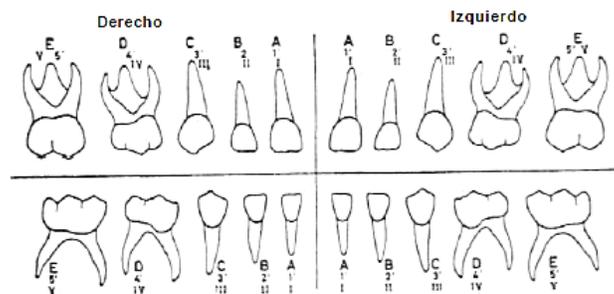


Fig. 1 Dentición temporal.<sup>2</sup>



En condiciones normales, esta dentición presenta 20 dientes, diez en la arcada superior o maxilar y diez en la arcada inferior o mandibular.

Cada arcada se divide en cuadrantes, los cuales tienen cinco dientes y a su vez se divide en tres clases: incisivos, caninos y molares.

Cada mitad de la boca se representa con la siguiente formula: <sup>5</sup>

$$\text{Incisivos } \frac{2}{2} \quad \text{caninos } \frac{1}{1} \quad \text{molares } \frac{2}{2} = \frac{5 \text{ dientes maxilares por cuadrante}}{5 \text{ dientes mandibulares por cuadrante}}$$

Las coronas de los 20 dientes temporales comienzan a calcificarse entre los cuatro y seis meses dentro del útero.

La terminación de la corona de los dientes temporales tiene lugar dentro del primer año después del nacimiento y toma promedio de 10 meses desde el comienzo de la calcificación del diente.

La formación de la raíz de los dientes temporales comienza una vez que se forma el esmalte de la corona; en ese momento el diente inicia su movimiento en sentido oclusal a través del hueso.

Las raíces de los dientes temporales terminan su formación entre las edades de 18 meses y tres años. Es decir aproximadamente un año después de su aparición en boca.

La dentición temporal completa ocurre en la boca desde los dos años hasta alrededor de los seis años de edad, tiempo durante el cual ningún diente permanente es visible en boca, pero los dientes permanentes se encuentran en formación dentro de los maxilares.<sup>5</sup>



### 1.5.1 Cronología de erupción de la dentición temporal

En la dentición temporal la aparición del primer diente es alrededor de los 5-6 meses de edad hasta los 24-36 meses de edad que han hecho ya su aparición los 20 dientes de esta dentición, encontrándose ya a los 3 años totalmente formados y en oclusión.<sup>5, 8</sup> Tabla 1

CRONOLOGÍA DE LA DENTICION TEMPORAL				
	DIENTE	ERUPCIÓN	CORONA FORMADA	RAÍZ FORMADA
<b>DIENTES SUPERIORES</b>	Incisivo central	7 ½ meses	4 meses	1 ½ años
	Incisivo lateral	9 meses	5 meses	2 años
	Canino	18 meses	9 meses	3 ¼ años
	Primer molar	14 meses	6 meses	2 ½ años
	Segundo molar	24 meses	11 meses	3 años
	<b>DIENTES INFERIORES</b>	Incisivo central	6 meses	3 ½ meses
Incisivo lateral		7 meses	4 meses	1 ½ años
Canino		16 meses	9 meses	3 años
Primer molar		12 meses	5 ½ meses	2 ¼ años
Segundo molar		20 meses	10 meses	3 años

Tabla 1 Basado en Logan WH, Kronfield R.<sup>8</sup>



### 1.5.2 Secuencia de erupción de la dentición temporal

La secuencia más didáctica es aquella preconizada por la Asociación Dental Americana (ADA): Fig. 2



Fig. 2 Secuencia más común de erupción de la dentición temporal. <sup>6</sup>

### 1.5.3 Funciones de la dentición temporal

Es importante recordar que la dentición temporal son dientes que estarán en boca de los niños aproximadamente seis años y algunos permanecen en función hasta los doce años. Esquema 1

Las funciones de estos dientes son: <sup>5</sup>



Esquema 1 Funciones de la dentición temporal. <sup>5</sup>



### **1.5.3.1 Conservación del espacio**

Esta función es muy importante ya que actúan como guía de erupción para los dientes sucesores, previenen la erupción prematura y mantienen la secuencia de erupción.

La pérdida prematura o el retardo de erupción conducen al desarrollo de maloclusiones de mayor o menor severidad.<sup>5, 8, 9</sup>

### **1.5.3.2 Masticación y digestión**

La dentición temporal interviene en la partición de los alimentos en las primeras etapas de vida, son muy importantes en la etapa de la ablactación.

La aparición de la dentición temporal modifica el comportamiento nutricional y aparece la masticación, generando nuevas praxis, como la lateralización del alimento en la boca para triturarlo.

Ellos se encargan de la preparación del bolo alimenticio para trasladarlo al esófago, su función principal es la de cortar, trozar y triturar los alimentos.<sup>9</sup>

La masticación es una función reciproca con la respiración y la deglución, con ello se logra una buena trituración e insalivación del alimento.

La pérdida prematura o el daño de ellos, altera la eficacia de la masticación, causando limitación debida al dolor, afectando el crecimiento y desarrollo físico e intelectual del infante.<sup>3, 5</sup>



### **1.5.3.3 Soporte muscular**

El equilibrio entre fuerza muscular y sistema osteodentario, asegura una oclusión correcta y un desarrollo armónico de las estructuras óseas, dentarias y del aspecto facial. Proporcionando soporte a las estructuras de la cavidad oral.<sup>5,9</sup>

### **1.5.3.4 Fonación**

Los dientes son órganos necesarios para una pronunciación correcta, ya que constituyen un punto fijo para la articulación del lenguaje. Ellos participan en los fonemas labiodentales e interdentes.

La malposición dentaria o la carencia de piezas ocasionan dificultades en la articulación del lenguaje, como la dificultad de emitir fonemas y malos hábitos fonéticos.<sup>9</sup>

### **1.5.3.5 Crecimiento craneofacial**

El crecimiento es el aumento de las dimensiones de la masa corporal de los tejidos constitutivos del organismo, y el desarrollo se refiere a los proceso de cambios cuantitativos y cualitativos, ambos son independientes, pero importantes en el desarrollo.

El primer contacto dentario que se da entre los incisivos primarios superiores e inferiores, es la primera intervención de los órganos dentarios dentro del funcionamiento muscular, articular, fonoarticular y respiratorio.<sup>3</sup>



### **1.5.3.6 Estética**

Esta función es muy importante para la autoestima del infante, el verse igual a los demás. Si este pierde dientes prematuramente en la zona anterior, se producirán trastornos de tipo psicológico, sumando a la obtención de malos hábitos relacionados con la postura lingual.<sup>9</sup>

Algunos padres no consideran el cuidado de la dentición temporal como una prioridad, puesto que son dientes que se caerán.

## **1.6 Dentición permanente**

Esta dentición está compuesta por 32 dientes, se le conoce como dentición permanente, estos dientes son los sucesores de la dentición temporal.

La aparición de la dentición permanente puede tener una variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y diferencia de sexo.

La secuencia más común para la erupción de los dientes permanentes en la mandíbula es: el primer molar, incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar, segundo premolar y segundo molar. En la maxila es: primer molar, incisivo central, incisivo lateral, primer premolar, segundo premolar, canino y segundo molar.<sup>2, 6, 8</sup> Fig. 3

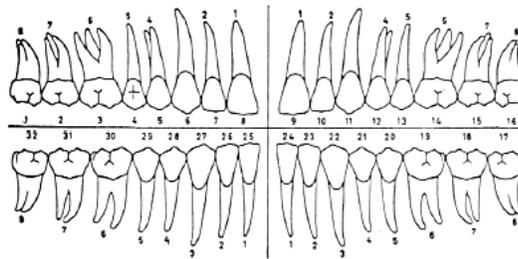


Fig. 3 Dentición permanente. <sup>2</sup>

### 1.6.1 Dentición mixta

Se le llama dentición mixta a aquella dentición en la cual se encuentra la presencia de dientes temporales y permanentes visibles en la cavidad oral.

La transición de la dentición temporal a la permanente comienza cerca de los seis años de edad, donde se observa un recambio de dentición, iniciando por la erupción de los primeros molares permanentes o la pérdida de los incisivos deciduos.

La dentición mixta termina alrededor de los 12 años al ser remplazados todos los dientes temporales por la dentición permanente.

Por lo general se observan 24 dientes en boca, de los cuales 20 son dientes de la dentición temporal más los 4 primeros molares permanentes.<sup>5</sup> Fig. 4



Fig. 4 Dentición mixta. <sup>10</sup>



## CAPÍTULO 2 AFECCIONES ORALES MÁS COMUNES EN EL INFANTE

La cavidad oral puede verse perjudicada por diversas afecciones, las cuales pueden alterar la función o el desarrollo, así como la calidad de vida del infante.

Entre ellas encontramos con mayor frecuencia: la caries, enfermedad gingival, traumatismos, hábitos perniciosos y maloclusiones.

### 2.1 Caries

La caries dental es una enfermedad crónica, multifactorial, de origen infeccioso y transmisible, no autolimitante, causada por bacterias que se adhieren a la superficie dental, cuyos ácidos producen una desmineralización progresiva de los tejidos dentales, tanto minerales como orgánicos.<sup>3, 6, 11-14</sup>

Para que la caries se presente, es necesaria la interacción de factores dependientes del huésped, dieta, microorganismos y tiempo. Fig. 5

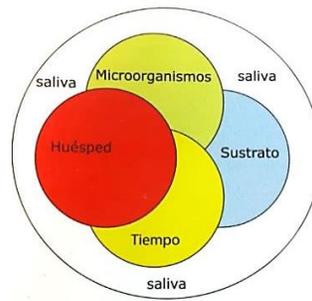


Fig. 5 Triada de Keyes, modificada por Newbrun.<sup>6</sup>



La principal bacteria responsable de la caries dental es *S. mutans*, es miembro de microbiotas bien evolucionadas, estable y nativas de los seres humanos.<sup>11, 12</sup>

Entre los principales factores etiológicos se encuentra la ingesta exagerada de carbohidratos, mala higiene, predisposición genética, reducción de flujo salival. Otros factores que pueden influir en el desarrollo de la caries de manera indirecta son la educación y nivel socioeconómico de los padres.<sup>6, 15</sup>

La consecuencia de la caries, puede afectar la calidad de vida del infante, de manera física, funcional y de comportamiento, esto se mencionara más adelante.<sup>13</sup>

Las afecciones más comunes de la caries dental que podemos encontrar son: Fig. 6

- Perdida prematura de dientes.
- Problemas de fonación.
- Dificultad para masticar.
- Riesgo a desarrollar caries en dientes permanentes.



Fig. 6 Caries de la infancia temprana.<sup>8</sup>



Los dientes temporales presentan algunas características que pueden predisponer la aparición o el avance de la caries como son: la anatomía las fosetas y fisuras, malposición y superficies proximales que pueden retener la placa bacteriana.

En la dentición temporal, el espesor de las estructuras, tanto esmalte como dentina, son menores y la calcificación es menor. El tamaño de la cámara pulpar y los conductos radiculares son proporcionalmente grandes, esto explica la evolución de la caries una vez que el diente está infectado.

La constitución del esmalte puede hacer que sea resistente al ataque ácido, en este sentido, las deficiencias congénitas o adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización, pueden favorecer la caries, en especial la hipoplasia, amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta.<sup>6, 14</sup> Fig. 7



Fig. 7 Amelogenesis imperfecta.<sup>16</sup>

La caries más frecuentes de acuerdo a su manifestación clínica son:

- Caries de la infancia temprana.
- Caries rampante.



### 2.1.1 Caries de la infancia temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAOP), define a la caries de la infancia temprana como la presencia de una o más superficies dentales deterioradas, perdidos por afección de caries u obturadas en cualquier diente deciduo en un niño de 71 meses de edad o más pequeño. También especifica que en niños menores de 3 años de edad cualquier señal de caries de superficie lisa es indicativa de la caries de la infancia temprana severa. Fig. 8



Fig. 8 Caries de la infancia temprana avanzada.<sup>6</sup>

Para su aparición es necesaria la presencia de sustrato procedente de residuos de leche materna, artificial o proveniente de algunos hábitos como son endulzar la mamila o el chupón, con miel o azúcar para que el niño se calme y adormezca, el consumo exagerado de carbohidratos, con mala higiene oral y reducción del flujo salival.

Afecta básicamente a los 4 incisivos superiores en su superficie vestibular, cuando es generalizada, tiene una distribución simétrica entre los dientes superiores e inferiores.<sup>3, 6, 11-14</sup>



### 2.1.2 Caries rampante

Massler define la caries rampante como un tipo de caries de aparición repentina, generalizada, de progresión rápida, que resulta en un involucramiento temprano de la pulpa y que afecta a aquellos dientes que por lo general son considerados como inmunes al deterioro normal, las lesiones son blandas y de color entre amarillo y amarillo oscuro. Se observa en todas las edades, incluso en adultos, es más frecuente en niños y adolescentes. Fig. 9



Fig. 9 Caries rampante.<sup>8</sup>

La aparición repentina de la enfermedad sugiere que ha ocurrido un desequilibrio del ambiente oral abrumador, y algunos factores en el proceso de caries parecen acelerarlo de modo que se vuelve incontrolable. La etiología es un consumo exagerado de carbohidratos que ocasionan lesiones múltiples, extensas y de avance rápido.

Los incisivos inferiores suelen estar afectados, permitiendo realizar el diagnóstico diferencial con la caries de la infancia temprana. Existe evidencia sobre los trastornos emocionales pueden ser un factor causante en algunos casos de caries.<sup>6, 8, 14</sup>



## 2.2 Enfermedad gingival

La enfermedad gingival constituye una de las enfermedades de mayor frecuencia en la cavidad oral, manifestándose especialmente como gingivitis en el paciente pediátrico.

Se presentan cambios significativos en el periodonto, a medida que cambia la dentición temporal a permanente. Estos cambios relacionados con la erupción son de naturaleza fisiológica.

Se han encontrado prevalencias bajas de gingivitis en niños preescolares, sin embargo existe un aumento progresivo hasta encontrar un pico en la pubertad.<sup>17, 18</sup> Fig. 10



Fig. 10 Periodonto sano.<sup>18</sup>

La enfermedad gingival considerada como la más frecuente por la Academia Americana de Periodoncia es:

- Gingivitis inducida por placa.



### 2.2.1 Gingivitis asociada a placa

La enfermedad gingival es la más común en niños, caracterizada por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o de hueso alveolar.<sup>19</sup>

En la dentición temporal comienza una inflamación del margen gingival que avanza en ocasiones hasta la encía insertada. Conforme empeora la situación; el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el sondaje o con el cepillado.<sup>19</sup>

La gingivitis asociada a placa por lo general se clasifica como temprana, moderada o avanzada, es reversible rápidamente y puede ser tratado con un buen tratamiento profiláctico oral y el entrenamiento en buenas técnicas de cepillado.<sup>8</sup>

Es frecuente que el paciente infantil no domine las técnicas de cepillado, esto hace que retengan gran cantidad de placa.

La gingivitis responde ante la eliminación de depósitos bacterianos y la mejoría en las técnicas de higiene oral diarias.<sup>20</sup> Fig. 11



Fig. 11 Gingivitis inducida por placa.<sup>18</sup>

## 2.3 Traumatismos

Los traumatismos son el estado patológico de un órgano o tejido, debido a una lesión por acciones mecánicas externas.<sup>11</sup>

Fig. 12



Fig. 12 A) Fractura esmalte-dentina pupla.<sup>11</sup> B) Luxación extrusiva.<sup>6</sup>

El mayor número de accidentes suelen ocurrir de los 6 a los 36 meses de edad, coincidiendo con el desarrollo y adquisición de las habilidades motoras del infante, que pasa de gateo a la bipedestación, lo que implica el mayor incremento de caídas.

Los traumatismos en la dentición temporal pueden repercutir sobre la anatomía de los dientes permanentes debido a la estrecha proximidad entre ambas denticiones y la relación anatómica entre los ápices de los dientes temporales y los gérmenes de los sucesores permanentes.<sup>3, 6, 8, 11</sup>

Las lesiones dependerán de la intensidad y dirección en las que se producen, muchas veces son acompañadas de heridas abiertas de los



tejidos orales, abrasión de los tejidos faciales o incluso heridas punzantes.

Según Andreasen los principales factores etiológicos que afectan a la dentición son: caídas, golpes, juegos, peleas. Fig. 13



Fig. 13 Luxación lateral.<sup>3</sup>

La clasificación actual de la OMS fue modificada por Andreasen incluyen las lesiones en los tejidos dentarios, tejidos extraorales y lesiones del hueso alveolar.<sup>3</sup> Esquema 2



Esquema 2 Clasificación de traumatismos.

Los traumatismos son los que causan mayor impacto emocional y psicológico tanto en los padres como en los niños, más adelante se hablara de ello.



## 2.4 Hábitos perniciosos

Un hábito es la costumbre o practica adquirida de un acto por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consiente que se convierte en involuntario o inconsciente.

Estos pueden tener repercusión en el desarrollo de maloclusión que provocan gran preocupación en los padres, por carga social y psicológica, así como las grandes deformaciones que provocan. Dentro de las principales causas que pueden originar problemas de maloclusión, son factores hereditarios, hábitos adquiridos durante la etapa de crecimiento, malos hábitos alimenticios, alteración en la respiración bucal.<sup>21-22</sup> Fig. 14



Fig. 14 Succión digital.<sup>11</sup>

Los hábitos pueden ser de dos grupos:

- Benéficos (funcionales, no complejos)
- Perniciosos (complejos)



### 2.4.1 Hábitos benéficos o funcionales

Estos favorecen y estimulan el desarrollo del crecimiento normal, entre ellos encontramos la masticación, la deglución y la respiración.<sup>22</sup>

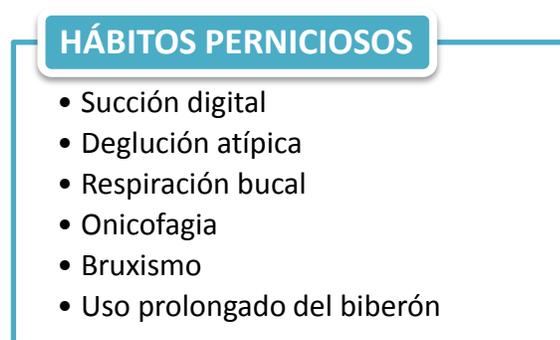
### 2.4.2 Hábitos complejos o perniciosos

Estos son el resultado de la degeneración de una función normal, ya que se adquieren por la repetición de un acto que no es funcional ni necesario.

Existen evidencias que pueden dañar las estructuras dentales y desencadenar maloclusiones. Las deformaciones dentoesqueletales que son producidos por ellos, dependerán del tiempo, intensidad y frecuencia de esta.<sup>21</sup>

Entre los más comunes encontramos:

Esquema 3



Esquema 3. Hábitos perniciosos<sup>21</sup>



### 2.4.2.1 Succión digital

Consiste en introducir uno o dos dedos (generalmente el pulgar) dentro de la boca muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar.<sup>22, 25</sup>

Este hábito desaparece alrededor de los 4 años. Aunque la causa es muy variada, se ha asociado con un desbalance psicológico.<sup>26</sup>

Sus efectos en cavidad oral dependerán de la posición en que se realice, al igual que la intensidad, frecuencia y duración del hábito.<sup>26</sup>

Fig. 15



Fig. 15 Succión del dedo pulgar.<sup>27</sup>



### 2.4.2.2 Onicofagia

Es el hábito de morderse las uñas, sin preferencia por ningún dedo en concreto se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo. Suele ser algo temporal. Se observa en edades entre los 4 y 6 años.<sup>28 - 30</sup>

Sus principales complicaciones son heridas en la cutícula, sangrado en los bordes de la uña, deformidad en los dedos, infecciones por hongos o bacterias, fracturas en los bordes de los dientes y lesiones en la encía.<sup>28-30</sup> Fig. 16



A)



B)

Fig. 16 A) Onicofagia.<sup>31</sup> B) Lesiones por onicofagia.<sup>32</sup>

### 2.4.2.3 Bruxismo

Es una actividad parafuncional donde la mandíbula realiza movimientos no funcional, la cual incluye rechinar o apretar los dientes, produciendo desgastes dentarios, dando lugar a oclusiones inestables. Se originan desviaciones funcionales en la mandíbula. Por lo general se produce durante el sueño.<sup>9, 33, 34</sup>



Puede encontrarse asociado a una alta incidencia de problemas de atención de comportamiento así como ansiedad, situaciones de estrés emocional, agresividad, tensión emocional, hábitos, recambio dental, maloclusiones, desarrollo de la ATM, inmadurez muscular e incluso presencia de parásitos.<sup>33, 34</sup>

Este también puede causar distintas alteraciones tales como dolor muscular, hipertrofia muscular, dolor de cabeza, desgaste dental, sensibilidad a los cambios térmicos, lesión en el periodonto, necrosis pulpar.<sup>33, 34</sup> Fig. 17



Fig. 17 Dientes desgastados por bruxismo.<sup>35</sup>

## 2.5 Maloclusión

Se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o mandibular y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, manifestándose desde edad temprana y progresar con el tiempo.<sup>36-38</sup>

Su etiología es diversa, siendo la herencia la más relevante, entre otros factores encontramos hábitos perniciosos, pérdida prematura dental.

La pérdida prematura dental puede llegar a comprometer el mantenimiento natural de la longitud del perímetro del arco dental



temporal, así como ocasionar dificultad en el desarrollo adecuado de la masticación, alterar la cronología y la secuencia de erupción de la dentición permanente, producir trastornos en la fonación, favoreciendo la aparición de maloclusión.<sup>38</sup>

Existen diversas razones para la pérdida prematura dental, dentro de los más frecuentes se encuentra la caries dental, traumatismos, malos hábitos orales. Se debe tener en cuenta algunas consideraciones faciales, al existir esta afección, ya que el desarrollo del infante se podrá ver afectado, siendo razón de burla llegando a perjudicar en su autoconcepto.<sup>39</sup> Fig. 18.



Fig. 18 Maloclusión<sup>40</sup>



## **CAPÍTULO 3    AFECCIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN EL INFANTE**

El infante es el individuo en proceso de formación física, mental, social, con un gran potencial de aprendizaje y asimilación de hábitos, estudiando su comportamiento de la misma manera tratándose del educando más receptivo por lo que se deben integrar distintas áreas del desarrollo humano, desde el nacimiento hasta la adolescencia.

### **3.1    Edad Preescolar**

A esta etapa se le conoce como primera infancia o niñez temprana, que comprende de los 3 a 6 años de edad, conociéndose como la edad del “yo” o como la edad de la imitación.<sup>6, 41</sup>

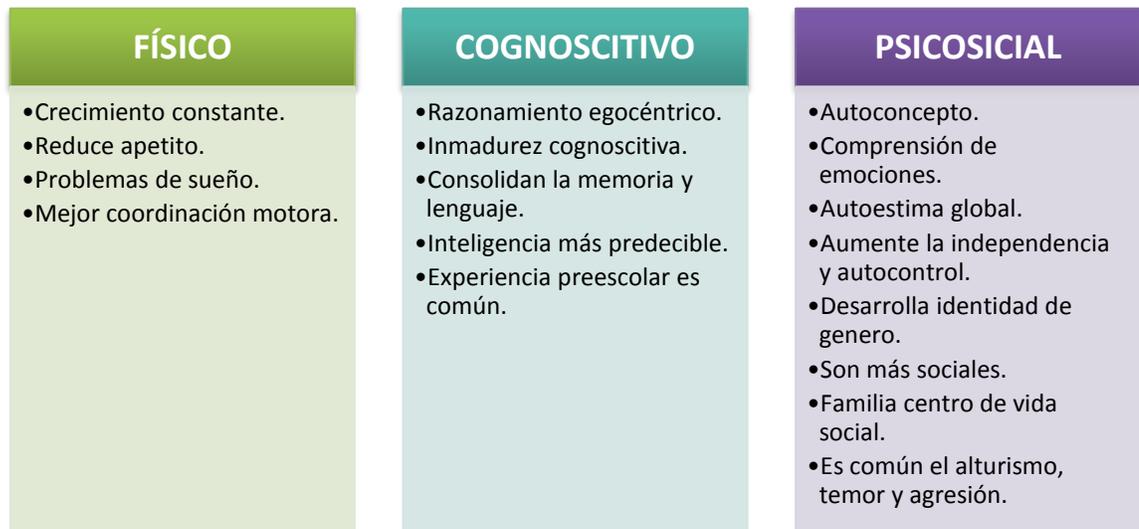
Es muy significativa en la vida del individuo, en ella se estructuran las bases fundamentales del desarrollo de la personalidad, se forman y regulan una serie de mecanismos fisiológicos que influyen en el desarrollo físico, el estado de salud y en el grado de aceptación del medio.

En esta etapa se tiene unos rasgos psicológicos uniformes, ya que trata de una época muy dilatada y extensa, donde se halla sujeto a un desarrollo psíquico sumamente intensivo, lo que implica la aparición a muchos cambios.<sup>42</sup> Fig. 19



Fig. 19 Edad preescolar.<sup>43</sup>

En esta etapa existen cambios muy significativos se estudian tres ámbitos muy importantes que son el físico, cognoscitivo y psicosocial.<sup>41</sup> Esquema 4



Esquema 4 Desarrollo del infante.<sup>42</sup>

Es importante conocer estos aspectos ya que nos dan una pauta para poder saber de qué manera existe una afección psicosocial en el infante.

Uno de los aspectos de mayor relevancia en esta etapa del desarrollo, es el autoconcepto.

### 3.2 Autoconcepto

Es un sistema de representaciones descriptivas y evolutivas acerca del yo, donde se hace construcción cognoscitiva incorporándolo también en su autoimagen a nivel social, comprendiendo cada vez mas de cómo lo ven los demás, creando conciencia de sí mismo a medida que va desarrollándose.<sup>41, 42</sup>

Por lo que en el infante se requiere analizar el proceso evolutivo del autoconcepto ya que el dominio de la personalidad está influido por aspectos del desarrollo cognitivo y social, de manera de como el infante la perciba, impactara en su conducta y desempeño escolar.

Fig. 20



Fig. 20. Autoconcepto.<sup>44</sup>

El modelo piagetiano señala que el infante transita el periodo preoperatorio, donde a partir de la construcción de la estructura del objeto permanente, ha adquirido la capacidad representativa que le permite la utilización de símbolos mentales para sustituir la realidad, así el lenguaje, la imitación diferida, el juego y los símbolos gráficos hacen posible que el infante trascienda el presente inmediato, pueda relacionarse y comunicarse mejor con otros. Este determina como el



infante va a percibir su entorno y entienda el mundo ya que es muy diferente a la de un adulto por lo tanto la forma de pensar y su comportamiento tendrá características propias.<sup>45</sup>

Lo importante en esta etapa es brindar seguridad necesaria para que pueda confiar y creer que posee la capacidad para lograr un buen desempeño y construya expectativas de autoeficacia positiva que le ayuden a tener un concepto de sí mismo.<sup>45</sup>

La autoestima es la parte evolutiva del autoconcepto, es el juicio que hace el infante acerca de su propia valía, esta se basa en la capacidad cognoscitiva del infante, cada vez mayor, para describirse y definirse a sí mismo.<sup>42</sup>

En la etapa de la niñez media se adquiere mayor realismo, es decir, la manera de asimilar ideas, emociones, sentimientos que no son adquiridos propiamente sino que provienen por los estándares sociales y de los padres, comienza a tener una autovalía.

### **3.3 Desarrollo en el entorno**

Por lo anterior mencionado, el entorno en el que se encuentra el infante es de suma importancia para su desarrollo, el cual se debe prestar atención.

Los principales responsables del cuidado del infante son los padres o tutores, que forman parte de su entorno familiar, el cual es el reflejo de su composición, disposición y hábitos influyendo en su desarrollo cognitivo, físico, emocional y social.



Uno de los factores que contribuyen a la alteración de su desarrollo en general, son niños expuestos a conflictos en sus entornos que tienden a mostrar altos niveles de conductas de internalización como ansiedad, temor, depresión y externalización que son agresividad, peleas, desobediencias, hostilidad.

Las relaciones interpersonales como son, los hermanos, amigos, compañeros, maestros, también pueden influenciar positiva o negativamente en modelar y reforzar el desarrollo del infante, en particular la conducta psicosocial.

El ejemplo más común que puede afectar el desarrollo del infante es el bullying, debido a que puede presentarse en cualquier entorno que se relacione el niño, afectando significativamente su desarrollo psicosocial.

### **3.4 Bullying**

El Bullying es un comportamiento agresivo llevado a cabo repetidamente en un tiempo, es una relación caracterizada por un desequilibrio de poder, y con el transcurrir de los años, parece ser común en niños.<sup>46</sup>

Puede causar un impacto negativo en el niño a largo plazo, manifestando: depresión, baja autoestima, problemas mentales y físicos, pobre rendimiento académico y como consecuencia más drástica una conducta delictiva.<sup>46</sup> Fig. 21



Fig. 21 Acoso escolar<sup>47</sup>

Se ha observado que los efectos en factores cognoscitivos intervienen en el, ya que presenta problemas en la codificación y decodificación de la información que se recibe, de los sentimientos, de los pensamientos e intenciones como cierta incapacidad para reflexionar sobre el comportamiento impulsivo, producido por la poca tolerancia a la frustración cuando las cosas no salen como se desea.<sup>48</sup>

El propósito del bullying se da mediante el hostigamiento, intimidación y maltrato, es arruinar la seguridad y el bienestar del afectado, integrando al deterioro de la personalidad moral, tanto en el proceso del desarrollo como psicológico, se crea un daño que podría tener repercusiones en la vida adulta.

Este puede ser consecuencia también del estado de salud oral del infante, ya que las características dentales contribuyen a la obtención de apodosos y burlas.<sup>46</sup>

Si se da por un tiempo prolongado, podría llegar a tener un daño emocional que da lugar a una permanente sensación de angustia,



ansiedad, inseguridad, su autoestima se lesiona ampliamente y tiene dificultad para relacionarse con las demás personas.<sup>48</sup>

Cuando la víctima no recibe la ayuda necesaria, en su vida adulta corre el riesgo de no poder establecer buenas relaciones sociales, y generan patrones disfuncionales e inestables en la familia y el trabajo.

Es muy importante prestar suma atención al comportamiento del infante y cualquier cambio en el desarrollo con su entorno, valorar si existe algún tipo de hostigamiento hacia él.

### **3.5 Afecciones orales que están relacionadas en las afecciones psicológicas**

Las condiciones orales son muy importantes en la salud general y esencial para la calidad de vida del ser humano. Todos los individuos deben disponer de una condición oral que les permita llevar a cabo realizar situaciones que van desde el habla, masticación, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin premura.

Las condiciones orales no solo tienen impacto directo en los niños, sino también un efecto indirecto en los padres y miembros familiares.

Actualmente la idea de la estética está asociada a la salud comenzando a ser incorporada en la mente del niño, para ser integrada a su concepto de autoestima.<sup>49-51</sup>



Las afecciones mencionadas en el capítulo anterior son las más comunes que se presentan en esta etapa por lo que producen un impacto negativo en la salud mental, social y física de los infantes, de las cuales se dará una breve información.

### **3.5.1 Caries**

El impacto negativo de la caries dental sobre la vida de los niños incluye una base amplia que representa una prevalencia elevada de trastornos relacionados con el dolor y la infección; estas incluyen las dificultades que los niños enfrentan en las funciones diarias como comer, disminuye el apetito, dificultad para dormir y disminución del rendimiento escolar.

Las emociones reprimidas y los miedos, la insatisfacción de logro, la rebelión en contra de una situación en el hogar, un sentimiento de inferioridad, una experiencia traumática escolar, la tensión general y la ansiedad continuas han sido observadas en niños que presentan caries.

49-51

### **3.5.2 Síndrome del niño maltratado**

Es una causa de lesiones traumáticas en la infancia y en edad preescolar.

Por lo general el síndrome del niño maltratado está asociada muchas veces a ambientes y modos de vida caracterizado por la violencia, la frustración, el estrés, el consumo de alcohol, drogas y falta de amor.<sup>52</sup>

Los niños que sufren abuso físico pueden presentar lesiones en la cabeza, cara, boca y cuello. El maltrato en la infancia, se ha



considerado una enfermedad social. Los padres o tutores, alegan que fueron causas accidentales, como caídas, golpes, pero existe una discrepancia marcada entre los datos referidos y los que se obtienen por la inspección y la exploración.

Dentro de las lesiones buco faciales más frecuentes, encontramos hematomas, arañazos, mordidas, laceraciones de mucosa bucal y frenillo, fracturas dentales, luxaciones dentales.<sup>52</sup>

La actitud del niño suele ser de indiferencia, a menudo con cara de tristeza y temor. Pueden esbozar gestos de defensa al intentar aproximarnos a ellos a menudo el mecanismo patogénico de la lesión consiste en golpes directos con objetos, con la mano o el puño de forma violenta.<sup>11, 14, 52</sup>

Si ocurre en parte primordial del desarrollo del infante, esto causa una afección psicológica y complicación para poder desarrollarse con otras personas e incluso hacer que sea inseguro de sí mismo.

### **3.5.3 Traumatismos**

Estos sucesos son cotidianos en los niños, especialmente dentro de los tres primeros años de vida, debido a la coordinación motora.

El mayor impacto emocional y psicológico en padres y niños son las urgencias dentales, ya que los padres se preocupan por las consecuencias del golpe, especialmente las estéticas del traumatismo, que afecta en el segmento anterosuperior. Entre las más comunes



encontramos la avulsión, fracturas del diente, necrosis pulpar como resultado de ello.

Los niños con un trauma dentario en el segmento anterior, experimentan un impacto negativo en su bienestar social, principalmente por evitar sonreír o reírse y estar preocupados por lo que otras personas puedan pensar o decir sobre su aspecto.

### **3.5.4 Hábitos perniciosos**

La afección más significativa es la psicosocial, debido a las condiciones orales tales como limitaciones funcionales. Además la dificultad de sonreír debido a la mala posición de los dientes ha sido considerada de mayor impacto en la calidad de vida del infante.<sup>53</sup>

Al manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como la falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.<sup>20-23</sup>

Se debe conocer cuál es la principal causa de este problema, determinado si es un trastorno emocional, factores psicológicos, procesos inusuales de nerviosismo, irritabilidad o por mal funcionalidad.

El tratamiento debe ser lo más oportuno, y se debe explicar al infante con un lenguaje de fácil comprensión, de acuerdo con la edad, los daños que puede provocar el hábito.<sup>33</sup>

El infante debe estar motivado para dejar el hábito, aplicando refuerzos positivos. Es muy importante guiar a los padres acerca de cómo brindar apoyo al niño a corregir el hábito.<sup>29</sup>



### 3.5.5 Maloclusión

Están relacionadas con la pérdida prematura dental, existiendo un trastorno articulatorio, donde el infante aparte de verse sin dientes, no puede pronunciar correctamente los fonemas, siendo un sujeto susceptible de bullying, afectando en su autoconcepto por no poder verse como sus semejantes.

Las consonantes más significativas que son afectadas por las condiciones dentales son:

- Consonantes labiodentales: la /f/ es producida forzando el paso de aire a través del contacto de los incisivos superiores con el labio inferior.
- Consonantes linguodentales: la /t/ y /d/ son producidas forzando el flujo de aire a través del contacto o aproximación de la punta de la lengua entre los incisivos superiores o inferiores.<sup>36</sup>

Los fonemas que presentan problemas de pronunciación como: distorsión, omisión, escape de aire en sílaba inicial, media o final son /rr/, /r/ y /s/, en posición trabante son /t/, /f/ y /b/.<sup>36</sup>

Las posiciones de los dientes y su relación con los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla, por los cambios de posición de estos tejidos duros y blandos, la corriente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales o defectuosos.



### **3.5.6 Manifestaciones durante la erupción dental**

En la erupción se presentan algunos síntomas que afectan el desarrollo del niño durante este proceso.

Algunos autores indican que la cascada de inflamación producida por la erupción es suficiente para provocar síntomas clínicos como crup, diarrea, vómitos, fiebre, gingivoestomatitis herpética, etc., además de los clásicos síntomas de salivación excesiva, sueño agudo y dolor.<sup>11</sup>

Estas manifestaciones pueden causar alteraciones en el entorno familiar y social, aunque son manifestaciones que pueden mejorarse, el tutor o padre de familia se preocupa, y debe ser guiado por el odontólogo para que tenga una actitud positiva pueda apoyando al infante como en cualquier etapa.

### **3.6 Atención psicológica**

Como ya se mencionó anteriormente, las afecciones orales tienen repercusión en la calidad de vida del infante. Los tutores o padres de familia tienen un papel muy esencial sobre el desarrollo del niño, ya que ellos pueden influir de manera positiva o negativa, por lo cual deben detectar cualquier anomalía que encuentren en ellos.

La mayoría de los programas de educación para la salud oral se enfocan en ofrecer información y aspectos normativos, siendo escasos los esfuerzos de intervención que incorporan otras variables de tipo psicológico. Es importante mencionar que para el éxito de una buena



salud oral, se requiere que el tutor o los padres de familia, inculquen y refuercen buenos hábitos en el infante.

El papel principal del odontólogo es proporcionar conocimiento y educar a los padres de familia, la importancia de la salud oral y las repercusiones que puede tener, al igual de la promoción de hábitos de higiene dental.

Es muy importante el conocer la información que manejan los padres, ya que con ello sabremos cómo se debe dirigir esta educación, al igual tomar en cuenta en la consulta odontológica cualquier alteración física o psicosocial que presente el infante, la cual debe detectarse informando al padre o tutor y poder referirlo con el especialista para darle una atención oportuna.

La comunicación diaria entre los padres y el infante, es la herramienta más importante y desempeña un papel crucial en el desarrollo mental y rendimiento personal del niño en su formación.

### **3.7 Importancia de la salud e higiene oral en el infante**

Las estrategias de prevención contemplan la intercepción de los factores implicados en las diversas afecciones dentales, su finalidad es evitar problemas futuros. Para ello es necesario seleccionar medidas adecuadas a cada caso.

Esta prevención consta de dos partes, identificar los factores de riesgo y evitar los procesos patológicos, la intención de detener o revertir el proceso y mejorar el pronóstico.



La educación para la salud es una parte muy importante para la prevención de afecciones dentales, ya que es la encargada de la educación, proporcionar un nuevo conocimiento de salud, mejoramiento del estilo de vida y el autocuidado.

### **3.7.1 Salud oral**

Está condicionada por varios factores, como mala higiene oral, presencia de una dieta cariogénica, escolaridad y ocupación de los padres, todo ello posibilita la aparición de una afección oral. Por lo cual la salud oral y la salud general no deben entenderse como ideas separadas.

La educación es la base para la salud, por lo cual la preparación psicológica de los padres puede incidir por tanto en la promoción de buenos hábitos de higiene oral en el infante, que permita mantener una buena salud oral de manera preventiva. Esta preparación se refiere a la adquisición de conocimientos, motivación y percepción de autoeficacia.<sup>36, 39</sup>

### **3.7.2 Higiene oral**

Los primeros responsables de la educación del infante, son los padres o tutores, el cual es un reflejo de su composición, su disposición y sus hábitos.<sup>15</sup>

Esta consta de un cepillado dental y de una dieta adecuada, entre otras medidas para poder tener una buena higiene.

El cepillo dental es un instrumento que sirve para la eliminación de la placa dentobacteriana y tiene como objetivo: Fig. 22

- Eliminar y evitar la formación de la placa dentobacteriana.
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal mediante dentífricos.



Fig. 22 A) Cepillos OralB.<sup>54</sup> B) Cepillos Colgate.<sup>55</sup>

Los dentífricos aportan flúor tópicos a los dientes. Su uso en niños debe ser rutinario, por lo menos en el cepillado que sigue al desayuno y la cena.

Algunas de las funciones de los dentífricos son:

- Actúan como agentes removedores de placa y manchas.
- Propiedades de control de sarro debido a la adicción de pirofosfatos.
- Propiedades anticaries.
- Desensibilización mediante la acción de fluoruro.



Los padres o tutores deben ser advertidos de retrasar el uso de un dentífrico fluorado hasta que el niño sea mayor de 36 meses y de utilizar pequeñas cantidades de pasta de dientes, del tamaño de un guisante (0,10 a 0,30).

Existen dentífricos específicos para cada etapa del infante, desde los libres de fluoruro como los de porción baja de flúor, esta debe de ser de 400 a 600 ppm. Fig. 23

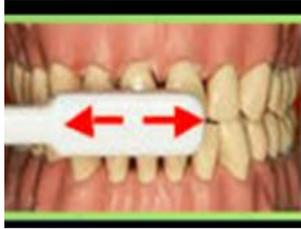


Fig. 23 A) Dentífrico OralB.<sup>56</sup> B) Dentífrico Colgate.<sup>57</sup>

Es necesario recordar que la higienización en los niños se realiza por medios mecánicos y no químicos.

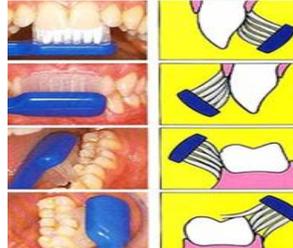
Existen diversas técnicas de cepillado para los niños. Mencionaremos las más relevantes. Esquema 5

### Técnica horizontal



- Los filamentos del cepillo dental se colocan sobre la superficie vestibular, lingual, palatina y oclusal de los dientes.
- El cepillo es colocado horizontalmente en un ángulo de 90° sobre las superficies bucales y linguales, y se realizan movimientos de frotamiento.
- Es recomendable hasta los 3 años de edad. Se debe tener precaución de no provocar abrasiones dentarias.

### Técnica Starkey



- Es una técnica que la realizan los padres colocando al infante de espaldas a ellos.
- El cepillo se coloca en una angulación 45° respecto al eje del diente y se realiza movimientos horizontales.
- Es recomendada en bebé y niños hasta 7 años.

### Técnica Fones



- Esta técnica se realiza con los dientes en oclusión en el infante.
- Se coloca el cepillo en un ángulo de 90° con respecto al diente y se realiza movimientos rotatorios en caras vestibulares y oclusales.
- Se recomienda en la edad preescolar.

Esquema 5. Técnicas de cepillado dental.

En el consultorio dental existen medios para la prevención de ciertas afecciones dentales como son la caries. Estos métodos nos ayudan a proporcionar una protección en los dientes.

Entre ellos encontramos los:

- Selladores de fosetas y fisuras

Crean una barrera física que aísla esta superficie del medio bucal previniendo el acceso a bacterias cariogénicas y restos orgánicos, bloqueando así su fuente de nutrientes a microorganismos ya existentes.<sup>6, 58</sup> Fig. 24 Esquema 6

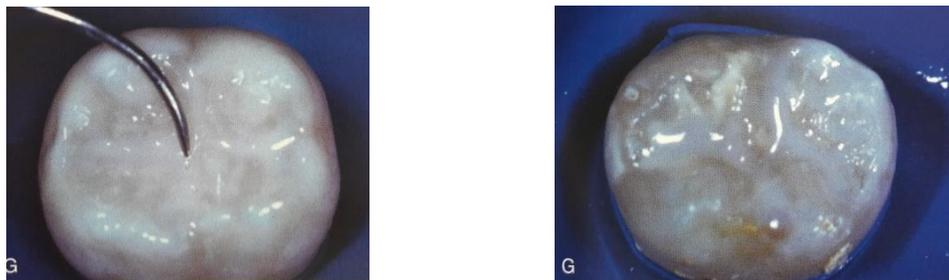


Fig. 24 Sellador de fosetas y fisuras.<sup>8</sup>

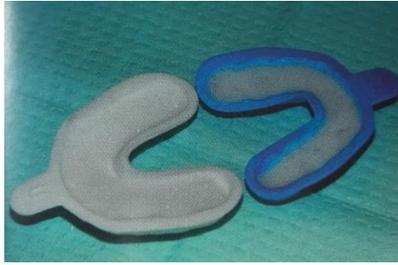


Esquema 6 Clasificación de selladores más utilizados.<sup>58</sup>



- Fluoruro

Tienen efecto catalizador alrededor de los dientes, inhiben la desmineralización y favorecen la remineralización de la superficie dental.<sup>6, 11, 12</sup> Fig. 25 Esquema 7

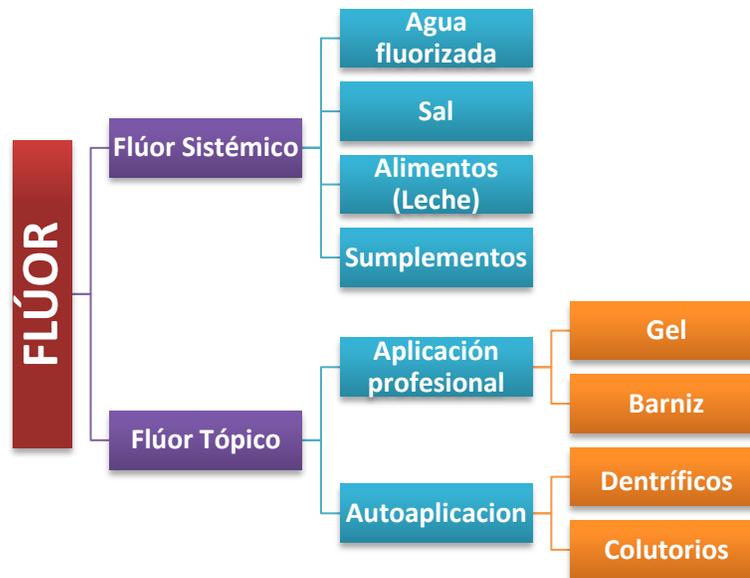


A)



B)

Fig. 25 A) Flúor tópico en gel.<sup>8</sup> B) Flúor tópico en barniz.<sup>8</sup>



Esquema 7 Clasificación del flúor.



La dieta y la nutrición son esenciales para el desarrollo de los dientes, la integridad de las encías y mucosa, la erupción dental, el mantenimiento de los dientes, la fortaleza del hueso, prevención y el tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral. Tras la erupción, la dieta y la ingesta de nutrientes siguen influyendo sobre el desarrollo y la mineralización de los dientes, la formación y dureza del esmalte.<sup>59, 60</sup>

Los hábitos alimenticios del niño se modifican durante la infancia, desde una dieta básicamente líquida, teniendo como principal fuente alimenticia la leche, hasta la inserción gradual en la rutina alimenticia familiar.

En este grupo etario el niño tiene una relación de dependencia con el adulto, insertándose en el contexto socio-cultural de la familia, el cual tiene influencia en la definición del patrón dietético y la higiene oral.

Tabla 2.

Caries	Enfermedad gingival	Hábitos perniciosos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Las variables implicadas en la relación entre caries dentaria y consumo de azúcares son la cantidad ingerida, la frecuencia de ingestión, la concentración de azúcar en el alimento y tipo de azúcar ingerido.</li><li>• Los carbohidratos fermentables, son el sustrato para el metabolismo bacteriano. Los ácidos producidos en este metabolismo provocan una caída del pH salival a menos de 5, 5 creando el ambiente adecuado para el deterioro.<sup>2, 13, 56</sup></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El estado y la ingesta nutricionales influyen sobre los mecanismos de defensa del tejido gingival, la barrera epitelial y la saliva.</li><li>• La deficiencia de vitamina C, folato y zinc aumenta la permeabilidad de la barrera en el surco gingival, incrementando la susceptibilidad a la enfermedad periodontal. Otros nutrientes, como son vitamina A, E, <math>\beta</math>-caroteno y proteínas, también intervienen en el mantenimiento de la integridad de las encías.<sup>56</sup></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La lactancia materna constituye un estímulo de crecimiento y desarrollo para la mandíbula y la musculatura.</li><li>• Esta es recomendada desde las primeras horas de vida, de forma exclusiva hasta los seis meses.<sup>10</sup></li></ul>

Tabla 2 Dieta de acuerdo a la afección.



## CONCLUSIONES

La atención oportuna juega un papel muy importante en la salud del individuo, así como en la calidad de vida. Con ella podemos prevenir cualquier tipo de afección oral, o conocer el estado patológico que pueda llegar a desarrollarse en un futuro.

La carencia de información sobre la dentición temporal, nos lleva a la falta de atención bucal en el infante, llegando a ser perjudicial no solo en la salud, si no también afectando el desarrollo del mismo, tanto en ámbito cognoscitivo como psicosocial.

La escasez de conocimiento sobre las repercusiones del impacto de las afecciones orales sobre los efectos psicológicos, no solo tiene consecuencias en el desarrollo del infante, si no que puede tener una alteración cuando este llegue a ser un adulto.

Por lo cual se debe implementar estrategias para la promoción y educación de la salud bucal, así como el odontólogo, debe enseñar o reforzar a los padres de familia sobre el cuidado de la salud e higiene oral del infante.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud S de. Informes SIVEPAB 2016 [Internet]. gob.mx. [citado el 15 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sivepab-2016>.
2. Esponda Vila R. **Anatomía dental**. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2011. Pp. 24-31.
3. Figueredo Walter LR de, Ferelle A, Issao M. **Odontología para el bebé: odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años**. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2000. Pp. 76-85, 95-111, 155-181, 209-128.
4. Alzate GF, Serrano VL, Cortes LL, Ariel TE, Rodríguez M. **Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional**. Rev. CES Odont, 2016; 29 (1): 57-69.
5. Schield RC, Weiss G, Woelfel. **Anatomía dental**. Barcelona: wolters Kluwer Health/ Lippincott William & Wilkins; 2017. Pp. 164-174.
6. Boj Quesada JR. **Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven**. Madrid: Ripano; 2011. Pp.31-44, 69-84, 97-108, 221-223, 225-241, 267-270, 315-323, 373-383, 467-477, 521-541.



7. Colome RG, Kú SY, Pérez TL, Herrera JR. ***Cronología de la erupción dental en una población del sureste de México.*** Revsta ADM. 2014; 71 (3): 130-135.
8. Dean JA, McDonald RE, Avery DR, Rodríguez J. ***Odontología para el niño y el adolescente de McDonald y Avery.*** Novena edición: Editorial AMOLCA. 2014. Pp. 150-175, 177-201, 205-221, 313-321, 366-400, 403-441, 663-671.
9. Mateu E María. ***Ortodoncia. Premisa, diagnostico, planificación y tratamiento.*** Ediciones de la U, Tomo I. 2015. Pp. 125-153.
10. Elixaw. tao: ***Proceso de sustitución de la dentición temporal*** [Internet]. tao. 2013 [citado el 23 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://elixabetp.blogspot.com/2013/12/proceso-de-sustitucion-de-la-denticion.html>
11. Elías Podestá M. ***Odontología para bebés: fundamentos teóricos y prácticos para el clínico.*** Madrid: Ripano; 2013. Pp. 105-121, 153-184, 191-223, 273-289, 293-338.
12. Cameron AC, Widmer RP. ***Manual de Odontología pediátrica.*** Amsterdam; Brcelona: Elseiver; 2011. Pp. 39-51.
13. Nuñez FL, Sanz BJ, Mejia LG. ***Caries dental y desarrollo infantil temprano.*** Estudio piloto. Rev Chile Pediatr. 2015; 86 (1): 38-42.
14. Barbería Leache E. ***Odontopediatría.*** Barcelona: Masson; 2002. Pp. 115-125, 173-192, 271-295.



15. Gaeta GM, Cavazos AJ. **Programa educativo de higiene dental en preescolares de contextos vulnerables. La preparación psicológica parental y el rol docente.** Revista Iberoamericana de Educación. 2017; 75: 165-180.
16. Science Source - Amelogenesis imperfecta [Internet]. [citado el 31 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencesource.com/archive/Amelogenesis-imperfecta-SS2866720.html>
17. Martin ME, Discacciatti MS. **Prevalencia de Enfermedad Gingival en niños con Dentición Primaria.** Revista Facultad de Odontología. 2011; 4 (1).
18. Castro YR. **Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico.** Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016; 9 (2): 208-2015.
19. Boj JR. **Odontopediatría.** Barcelona: Masson; 2005. Pp. 367-377.
20. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. Carranza: **Periodontología clínica.** México: McGraw-Hill; 2010. Pp. 404-410.
21. Leon JA, Carvajal YR, Perez NH, Rodríguez OM. **Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal.** Mediciego. 2014; 20 (2).



22. Moyers RE, Leyt S. **Manual de ortodoncia**. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1992. Pp. 86-186.
23. Ocampo PA, Johnson GN, Lema AC. **Hábitos orales comunes: Revisión de literatura. Parte I**. artículos de investigación y tecnología. 2013.
24. Ash MM, Ramfjord SP. **Oclusión**. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995. Pp. 88-107.
25. Martínez GM, Bravo SB, Fernández CM, Rodríguez SA. **Evaluación de una intervención educativa en niños de 7 años con hábito de succión digital**. 2015, 1-14.
26. Pavón CM, Puig RL, Cuan CM, Labrada SM. **Tratamiento psicológico alternativo para eliminar el hábito de succión digital complicada**. AMC. 2002; 6 (4).
27. Succión digital - Google Search [Internet]. [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=succion+digital&client=firefox-b&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjbsKCLpM3dAhVKIZAKHfjhCOIQ\\_AUICigB&biw=1958&bih=906#imgsrc=JTUHgiNYxKvERM](https://www.google.com/search?q=succion+digital&client=firefox-b&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjbsKCLpM3dAhVKIZAKHfjhCOIQ_AUICigB&biw=1958&bih=906#imgsrc=JTUHgiNYxKvERM):
28. Cano LL, Candela MM; Bazo FA. **Onicofagia**. FMC. 2018; 25 (2): 130-131.
29. Mercado GC, Calvillo MD, Mariel CJ. **Onicofagia la mala costumbre de comerse las uñas**. Medicina y Ciencias de la Salud. 2017; 50:1-3.



30. Ojeada LC, Espinoza RA, Biotti PJ. **Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa.** Rev. Clin. Periodoncia Impantol. Rehabil. Oral. 2014; 7 (1); 37-42.
31. Onicofagia en niños - Google Search [Internet]. [citado el 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=PYWIW4ruNsj5wgTNk4XQDg&q=onicofagia+en+ni%C3%B1os&oq=onicofagia+&gs\\_l=img.1.0.35i39k1j0i3j0i67k1j0i5.9976.9976.0.11326.1.1.0.0.0.32.332.3-1.1.0....0...1c.1.64.img..0.1.331....0.M9S2mLTbWp0#imgsrc=0RH E1KSxVFHkJM:](https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=PYWIW4ruNsj5wgTNk4XQDg&q=onicofagia+en+ni%C3%B1os&oq=onicofagia+&gs_l=img.1.0.35i39k1j0i3j0i67k1j0i5.9976.9976.0.11326.1.1.0.0.0.32.332.3-1.1.0....0...1c.1.64.img..0.1.331....0.M9S2mLTbWp0#imgsrc=0RH E1KSxVFHkJM:)
32. Onicofagia infantil - Google Search [Internet]. [citado el 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=SoWIIW6qpGMb4wgTt0p\\_AAw&q=onicofagia+infantil&oq=onicofagia+in&gs\\_l=img.1.0.0j0i30k1j0i24k1l2.148987.150062.0.151591.4.4.0.0.0.306.588.2=j1.2.0....0...1c..64.img..2.2.585...35i39k1j0i67k1.0.XeO\\_Z5ZrJa4#imgdii=MfgRbFCetqnHoM:&imgsrc=j0EAIJ4QI4Yz9M:](https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=SoWIIW6qpGMb4wgTt0p_AAw&q=onicofagia+infantil&oq=onicofagia+in&gs_l=img.1.0.0j0i30k1j0i24k1l2.148987.150062.0.151591.4.4.0.0.0.306.588.2=j1.2.0....0...1c..64.img..2.2.585...35i39k1j0i67k1.0.XeO_Z5ZrJa4#imgdii=MfgRbFCetqnHoM:&imgsrc=j0EAIJ4QI4Yz9M:)
33. Mota LB, Gómez GN. **Bruxismo en niños: a propósito de un caso.** Odontol. Pediatr. 2016; 24 (3): 220-227.



34. Fleta ZJ. **Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica.** *Pediatr. Integral.* 2017; 21 (7): 486.e1-486.e3.
35. Bruxismo infantil - Google Search [Internet]. [citado el 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=bruxismo+infantil&client=firefox-b&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjb0fSy-rPdAhVEzIMKHdsFCDAQ\\_AUICigB&biw=1958&bih=906#imgdii=1sAWsCL0-3UY8M:&imgsrc=gvt24hke7CcAIM](https://www.google.com/search?q=bruxismo+infantil&client=firefox-b&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjb0fSy-rPdAhVEzIMKHdsFCDAQ_AUICigB&biw=1958&bih=906#imgdii=1sAWsCL0-3UY8M:&imgsrc=gvt24hke7CcAIM):
36. Wauters VM, Vergara LD, Vergara PP, Pérez HD, Parada MJ, Aguilera AJ. **Prevalencia de anomalías dentomaxilares y articulatorias en escolares, Cochamó 2014.** *Rev. Chil. Ortod.* 2015; 32 (2): 74-81.
37. Chacón CK, Correa RJ, Navarro CD, Gordillo SV, Báez QL. **Perdida temprana de dientes temporomandibulares en niños de 0 a 8 años de edad.** *Revista Colombiana de Investigación en Odontología.* 2014; 5 (13): 41-48.
38. Mendoza OL, Meléndez OA, Ortiz SR, Fernández LA. **Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos.** *Revista Mexicana de Ortodoncia.* 2014; 2 (4): 220-227.
39. Mora PC, Mora EI, Blanco HA, Morena PA, Macías MA. **Efectividad de la intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes.** *Rev. Nac. Odontol.* 2017; 13 (25): 1-25.



40. maloclusiones infantil - Google Search [Internet]. [citado el 30 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=maloclusiones+infantil&client=firefox-b&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwio6fDV9uPdAhXk34MKHcZ1D8oQ\\_AUICigB&biw=1958&bih=906#imgrc=HadOBWciqfG0cM:](https://www.google.com/search?q=maloclusiones+infantil&client=firefox-b&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwio6fDV9uPdAhXk34MKHcZ1D8oQ_AUICigB&biw=1958&bih=906#imgrc=HadOBWciqfG0cM:)
41. Alonso-Fernández F. **Psicología médica y social**. Barcelona; Miami: Salvat; 1989. Pp. 326-369.
42. Papalia DE. **Desarrollo humano**. México: McGraw Hill; 2005. Pp. 6, 195-257.
43. Etapa preescolar - Google Search [Internet]. [citado el 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=YaIW6GKLMWWwgSxnI6ACQ&q=etapa+preescolar&oq=etapa+preescolar&gs\\_l=img.3...861596.865451.0.865555.16.12.0.0.0.0.483.1334.4-3.3.0....0...1c.1.64.img..13.3.1332...0j0i67k1.0.yUZAUSIm3h0#imgdii=TtRPzjae5oXQAM:&imgrc=8q3gycdoNmviZM:](https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=YaIW6GKLMWWwgSxnI6ACQ&q=etapa+preescolar&oq=etapa+preescolar&gs_l=img.3...861596.865451.0.865555.16.12.0.0.0.0.483.1334.4-3.3.0....0...1c.1.64.img..13.3.1332...0j0i67k1.0.yUZAUSIm3h0#imgdii=TtRPzjae5oXQAM:&imgrc=8q3gycdoNmviZM:)
44. Autoconcepto infantil - Google Search [Internet]. [citado el 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=FYyIW-CSEOmZjwS66a9A&q=autoconcepto+infantil&oq=autoconcepto+in&gs\\_l=img.3.1.0i2j0i24k1i5.17854.19603.0.20822.3.3.0.0.0.0.1](https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=FYyIW-CSEOmZjwS66a9A&q=autoconcepto+infantil&oq=autoconcepto+in&gs_l=img.3.1.0i2j0i24k1i5.17854.19603.0.20822.3.3.0.0.0.0.1)



50.417.0j3.3.0...0...1c.1.64.img..0.3.414...0i67k1j0i8i30k1.0.v43  
82xPj8c#imgrc=fJS3kdUfPTUiLM:

45. Loperana AM, ***El Autoconcepto en niños de cuatro a seis años.*** Revista Interinstitucional de Investigación Educativa. 2008; 9 (18): 307-327.
46. Gálvez CG, Céspedes MD, Gamero CF, Tomás DC, Díaz PM. ***Bullying escolar en niño como consecuencia de su estado bucal: reporte de caso.*** Rev Estomatol Herediana. 2015; 25 (2): 152-158.
47. Acoso escolar infantil - Google Search [Internet]. [citado el 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=OZeIW8ntCcrGjwSw4KaoCA&q=acoso+escolar+infantil&oq=acoso+escolar+in&gs\\_l=img.3.1.0l3j0i24k1l7.7064.7810.0.10190.3.3.0.0.0.157.403.0j3.3.0...0...1c.1.64.img..0.3.399...0i67k1.0.O9S4CbXanYM#imgrc=3Jt\\_ZxXswUh2WM:](https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1958&bih=906&tbm=isch&sa=1&ei=OZeIW8ntCcrGjwSw4KaoCA&q=acoso+escolar+infantil&oq=acoso+escolar+in&gs_l=img.3.1.0l3j0i24k1l7.7064.7810.0.10190.3.3.0.0.0.157.403.0j3.3.0...0...1c.1.64.img..0.3.399...0i67k1.0.O9S4CbXanYM#imgrc=3Jt_ZxXswUh2WM:)
48. Morales RM, Villalobos CM. ***El impacto del bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar.*** Revista Electrónica Educare. 2017; 21 (3): 1-20.
49. Abanto AJ, Bönecker M, Prócida RD. ***Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños.*** Revista Estomatologica Herediana. 2010; 20 (1): 38-43.



50. Tello G, Abanto J, Butini OL, Murakami SC, Bonini G, Bönecker. ***Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares.*** Odontología. 2016; 19 (2): 42-52.
51. Marró FM, Candiales CY, Cabello IR, Urzúa AI, Rodríguez MG. ***Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión.*** Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2013; 6 (1): 42-46.
52. Pareza GL, Gutierrez MS. ***El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico.*** Mediciego. 2016; 22 (4): 60-70.
53. Abanto J, Tello G, Cunha BG, Butini OL, Murakami C, Bönecker M. ***Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of preschool children: a population-based study.*** International Journal of Paediatric Dentistry. 2015; 25: 18-28.
54. Cepillo de dientes Infantil Stages Princess & Cars | Oral-B MX [Internet]. [citado el 31 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.oralb.com.mx/es-mx/productos/cepillo-dental-infantil-oralb-stages-princess-cars>
55. Cepillo Dental Colgate Smiles Barbie™ 2-5 Años | Colgate® [Internet]. [citado el 31 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.colgate.com/es-cl/products/toothbrush/colgate-smiles-barbie-2-5>



56. Pasta Dental Oral-B Stages | Oral B MX [Internet]. [citado el 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.oralb.com.mx/es-mx/productos/pasta-dental-oral-b-stages>
57. Crema Dental Colgate® Smiles Bob Esponja™ 2-5 Años [Internet]. [citado el 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.colgate.com/es-mx/products/toothpaste/colgate-smiles-bob-esponja-2-5>
58. Valencia R, Espinosa R, Ruiz G, Ceja I. **Metodología para la evaluación de selladores de foseetas y fisuras in vivo, y comparación con la desprotección del esmalte.** Revista de operatoria dental y biomateriales. 2014; 3 (2): 33-42.
59. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL, Krause MV. Krause **Dietoterapia.** Barcelona, España: Elsevier; 2013. Pp. 547-559.
60. Ferreira GM, Diaz RC, Perez BN, Sanabria VD, Alvarenga RM; Diosnel BD. **Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay.** Pediatr. 2016; 43 (2): 129-136.