

Univ. Ticona Valeriano Abigail Zenaida<sup>1</sup>  
 Univ. Valverde Tejada Tatiana<sup>2</sup>

**INTRODUCCION.**

La lactancia materna es la mejor de las formas de alimentación para el recién nacido durante los primeros seis meses, ya que la leche materna es un alimento natural que contiene todos los nutrientes necesarios que ayudarán al desarrollo del niño.

En los seis primeros meses del recién nacido comienzan a erupcionar los primeros dientes, produciendo un aumento de salivación alza térmica, enrojecimiento y posible inflamación de las encías, por lo que el bebé se mostrará inquieto y molesto.

Entre las alteraciones dentarias durante la lactancia hablaremos de (dientes connatales) que son dientes que ya están en boca del niño justamente en el momento que este nace, otra alteración que se produce son los (dientes neonatales) estos son los que hacen su erupción entre los primeros 30 días de nacido y por ultimo hablaremos de la caries del lactante que es un trastorno de la salud oral que más afecta a los niños.

**LACTANCIA MATERNA**



Fuente: <http://fotosdibujosimagenes.blogspot.com/2010/09/lactancia-materna.html>

**DIE**

**ETIOPATOGENIA.**

Se define como diente natal o connatal a aquel que ya ha erupcionado al momento del nacimiento del niño y como diente neonatal es el que hace erupción en las primeras semanas de vida, alrededor de los primero 30 días de vida.

**DIENTES NATALES Y NEONATALES**



Fuente: <http://pequelia.es/51847/dientes-natales/>

Los dientes natales y neonatales mayormente son atribuidos a la posición superficial del germen dental en desarrollo, la cual induce al diente a erupcionar tempranamente los cuales podrían llegar a ser elementos supernumerarios. En algunos casos puede ser una manifestación localizada de un síndrome como ser: síndrome adrenogenital, la ciclopía, el síndrome de Pfeiffer tipo 3, el síndrome de Pierre Robin y la progeria neonatal de WiedemannRautenstrauch. Orelacionado con factores ambientales, aunque la explicación para esta condición es incierta, puede estar relacionada a factores hereditarios es por eso muy importante el estudio meticoloso de los niños con dientes natales y neonatales.

Los dientes natales son encontrados con más frecuencia que los neonatales, estas alteraciones son más habituales en el sexo femenino que en el masculino, siendo los incisivos centrales inferiores los que se encuentran más a menudo.

<sup>1</sup> Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA  
<sup>2</sup> Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

## CUADRO CLÍNICO.

Los dientes comúnmente afectados son los incisivos centrales inferiores (85%), seguido de los incisivos superiores (11%), los caninos y molares inferiores (3%), y los caninos y molares maxilares, (1%) (Zhu & King). Estos dientes se muestran displásicos o hipo mineralizados ya que se interrumpe su proceso de mineralización son propensos a sufrir desgastes y decoloración.

Podemos indicar también que los dientes natales o neonatales erupcionados se mueven en todas direcciones. Esto es porque el diente solo está unido al margen de la encía, ya que su formación radicular es incompleta, son dientes con escaso tejido dentario calcificado y sin cemento. La pulpa es de gran tamaño y tiene mucha vascularización, son dientes con esmalte irregular y pequeños. Están fijados al los alvéolos por un tejido conectivo fibroso. La corona dentaria puede ser menor de lo habitual y mostrar rugosidades en la superficie del esmalte o manchas amarillentas, grisáceas o parduzcas.

La apariencia de cada diente natal puede ser clasificada en una de las siguientes cuatro categorías, las cuales están basadas en las observaciones de autores previos. (To, E.W.H., 1991).

1. Estructura de la corona perdida unida al alvéolo por un anillo de mucosa oral; sin raíz.
2. Corona sólida pérdida unida al alvéolo por la mucosa oral; pequeña o ninguna raíz.
3. El borde incisal de la corona erupcionó justo a través de la mucosa oral.
4. Mucosa oral inflamada con el diente sin erupcionar pero palpable.

Los dientes natales de la categoría 1 y 2, cuando el grado de movilidad es de más de 2mm, son candidatos para la extracción.

Los síntomas pueden ser dolor, por el cual el bebé rechaza el biberón o la leche materna, otros síntomas tales como diarrea infantil, babeo y malestar general han sido asociados en algunos casos con la erupción de los dientes neonatales.

Otro síntoma relacionado con los dientes natales y neonatales consiste en gingivitis.

## PREVENCIÓN.

La etiología de esta patología como ya se indico es incierta, entonces no podemos dar un método preventivo acerca de esta, solo podemos indicar el cuidado que debe existir en estos dientes en el caso de que no sean extraídos para así no sufrir próximas enfermedades como la caries.

## TRATAMIENTO.

EL tratamiento depende de las características del diente. Si está firme, se lo deja en la cavidad oral, se pule el borde del diente filoso, para que no produzca lesiones o sea ulceración de la lengua (enfermedad de Riga-Fede) o lesiones en el seno materno.

La higiene bucal es algo imprescindible incluso desde la lactancia, y más aun si se encuentran piezas dentarias, durante la cual, se puede limpiar la boca del niño con el uso de una gasa envuelta en el dedo de la madre para limpiar la lengua y los maxilares, y el uso de un cepillo para los dientes.

Si el diente presenta movilidad con riesgo de desprendimiento, se realiza la exodoncia en el consultorio con anestesia local, En caso de que el diagnóstico sea de un diente supernumerario también se realiza la

exodoncia , para este procedimiento se debe esperar a que el lactante tenga por lo menos 10 a 14 días de nacido, esto permitirá que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K la cual es esencial para los niveles adecuados de protrombina que interviene en los procesos de coagulación.

Si se decide realizar la extracción de estos dientes, debe hacerse bajo anestesia local (1: 100.000 xilocaina), usar una jeringa de autoaspiración con aguja de calibre numero treinta extra corta. Inyectar suave y lentamente solo un octavo del contenido del carpule. "La extracción de los dientes natales y neonatales deben estar seguida de un curetaje del bolsillo para prevenir el continuo desarrollo de las células de la papila dental." (Zhu y King, 1995).

**ENFERMEDAD DE RIGA- FEDE**



Fuente: [www.blogadda.com](http://www.blogadda.com)

**COMPLICACIONES DE LOS DIENTES NATALES Y NEONATALES**

Una de las complicaciones de los dientes natales y neonatales es la Enfermedad de Riga – Fede, conocido también como crecimiento sublingual infantil, ulceración traumática lingual, glositis atrófica traumática, granuloma traumático de la lengua, granuloma ulcerativo traumático con estroma eosinofílico y fibrogranuloma sublingual.

Es una lesión ulcerosa traumática ocasionada por el roce del borde filoso de los dientes natales, neonatales con la lengua, esta ulcera se encuentra en la cara ventral de la lengua a ambos lados del frenillo mide 1 a 2 cm. aproximadamente.

Puede haber disminución de succión y alimentación debido al efecto de masa de esta lesión por ende malnutrición, por lo tanto es necesario reconocer esta entidad y tratarla a tiempo.

**CARIES DE BIBERON.**

Para que podamos abarcar el tema de caries del lactante inicialmente hablaremos de lo que es caries.

La caries es la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos.

**ETIOPATOGENIA.**

La caries del biberón es un tipo de caries que afecta a los dientes primarios (también llamados dientes de leche) de los lactantes y los niños y se caracteriza por ser rápidamente progresiva y muy destructiva. Afecta principalmente a niños desde el inicio de la erupción dentaria (sobre los 6 meses) hasta los 4 o 5 años.

Los alimentos y los microorganismos atrapados en zonas retentivas forman placa. Esta placa madura y comienza a producir ácidos. Cuando esta capa sufre cambios en su acidez por la fermentación de los hidratos de carbono, el pH baja produciéndose la desmineralización, descalcificación o desestructuración de las moléculas

cristalinas que hay en la superficie del esmalte. Cuando el ácido que hay en esta capa se neutraliza por los sistemas tampón, es posible la remineralización, formándose de nuevo las moléculas desestructuradas en la fase anterior. Los ácidos atacan el esmalte produciéndose primero la mancha blanca y posteriormente la cavitación. Se produce la invasión microbiana masiva con ácidos y enzimas para destruir todo el diente.

La caries de biberón se llega a producir principalmente por las siguientes causas:

- Dar el biberón al bebé y dejar que se duerma con él en la boca (La leche contiene glucosa al quedar en la boca, las bacterias lo transforman en ácido y actúa sobre los dientes, produciendo caries).
- Dar al bebé bebidas azucaradas (refrescos, zumos u otros líquidos que contengan azúcar).
- Introducir el chupón en azúcar, miel, dulces, almíbar, etc.

### CUADRO CLÍNICO.

Comienza destruyendo el esmalte y avanza rápidamente destruyendo la dentina y provocando la pérdida del diente que se rompe por el cuello dentario.

Las caries en un principio se aprecian como manchas de color blanco que van haciéndose amarillentas y se van extendiendo y haciendo cada vez más oscuras.

Estas manchas aparecen generalmente en la cara lingual o interna de los incisivos centrales superiores, cerca de la encía y van avanzando rodeando el diente como un anillo hasta acabar destruyendo a la pieza dental, que pierde la corona o parte superior, quedando solo la raíz dentaria. Las demás piezas temporales, caninos, primeros y

segundos molares pueden o no estar presentar la caries de biberón, dependiendo del tiempo que perdure el hábito del biberón.

Si no se descubre y trata a tiempo las caries de biberón, las caries continuarán destruyendo la raíz del diente y producirán un dolor continuo.

### CARIES DE BIBERON



Fuente:

[http://www.paginasprodigy.com.mx/dientitos/la\\_caries.htm](http://www.paginasprodigy.com.mx/dientitos/la_caries.htm)

### PREVENCIÓN.

Para prevenir que los bebés presenten caries de biberón se debe tener en cuenta lo siguiente:

- No se debe llenar el biberón con líquidos que contengan principalmente azúcar como ponches, gelatina y gaseosas.
- No dejar que el bebé duerma con el biberón en la boca, lleno de líquidos como leche, zumos, manzanilla, jugos, etc.
- Después de las comidas limpiar con cuidado las encías y dientes del bebé con una gasita, telita o paño húmedo, para remover la placa.
- Empezar a fomentar la alimentación en vasos o algún recipiente que no

sea el biberón a partir de los 6 meses de edad.

- Si el bebé tiene el hábito del biberón, es mejor llenarlo con agua en vez de líquidos que contengan azúcar.
- Se debe evitar el uso prolongado de chupones (biberones) y evitar igualmente agregar miel, azúcar, zumos al mismo.
- Se debe comenzar con el cepillado de los dientes a los 2 años, al menos a la hora de ir a dormir.
- Se debe comenzar a usar seda dental con los niños cuando todos los dientes primarios (de leche) hayan hecho erupción (alrededor de los 2 1/2 años).
- Se deben controlar regularmente los dientes del niño y comenzar las visitas al odontólogo cuando todas las piezas dentarias hayan erupcionado.
- Uno de los mejores métodos para prevenir las caries en los niños es dar suplementos diarios de flúor.

De acuerdo a los nuevos lineamientos de la Academia Americana de Pediatría y de la Asociación Dental Americana, se deben de dar suplementos de flúor a los bebés en las ciudades en las que el agua contiene menos de 0.3 partes por millón. A partir de los 6 meses de edad, hasta los 3 años se dan 0.25 mg. al día; de los 3 a los 6 años, 0.5 mg. por día y de los 6 a los 16, 1 MG diariamente.

### COMPLICACIONES.

Como ya mencionamos anteriormente puede llegar a producirse la fractura de la corona de la pieza dental, involucrándose la raíz, pudiendo dar lugar a lesiones inflamatorias. Si la caries no se trata a tiempo puede

producir gangrena pulpar y hacer aparecer flemones en los niños.

La caries de biberón llegará a ocasionar una serie de problemas entre estas tenemos:

- Problemas estéticos.
- Dificultad para la masticación.
- Dificultad para la fonación.
- Malposiciones dentarias por alteración de la erupción de los dientes permanentes que les suceden.
- Interposición lingual o labial.
- Aparición de infecciones y abscesos dentarios.

### TRATAMIENTO.

La primera acción de un tratamiento debe ser una acción preventiva, empezando por educar a los padres en los aspectos necesarios para participar en la obtención y mantenimiento de la salud bucal de sus hijos.

Las posibilidades de tratar a niños en muchos casos se encuentran limitadas, Debido a la corta edad de los niños su cooperación se hace difícil.

La caries de biberón debe tratarse lo antes posible para evitar una infección o dolor.

Para llevar a cabo un tratamiento si es necesario se debe realizarse una radiografía, ya que las radiografías pueden mostrar la caries y muchas condiciones no comunes como dientes faltantes o restantes, ya sean de leche o permanentes, abscesos o crecimiento anormal.

Para el tratamiento odontológico se puede llevar a cabo técnicas no farmacológicas y técnicas farmacológicas.

Las técnicas no farmacológicas son:

- el control de voz, el decir-mostrar-hacer,

- comunicación no verbal
- distracción, que son empleadas en todos

Las técnicas farmacológicas son:

- sedación consciente
- anestesia general (se debe considerar como alternativas al tratamiento).

La anestesia dental electrónica, (también es una alternativa efectiva que debe tenerse en cuenta en pacientes infantiles que, llegando a la consulta con ansiedades, temores o fobias, propias o adquiridas, que la anestesia inyectable parece causar, rechazan de una forma casi absoluta los tratamientos dentales).

Si las caries no son amplias, se realiza remoción cariosa de los mismos y reconstrucción anatómica mediante grabado ácido y compósito para piezas anteriores, o la restauración con nuevos materiales, como los ionómeros de vidrio fotopolimerizables y las resinas compuestas. Pero lo normal es que haya que recurrir a métodos restauradores más complejos por la afectación de varias o todas las paredes de la pieza dental de forma extensa.

Entonces se debería emplear coronas para dientes anteriores:

- Coronas de acero fenestrada.
- Coronas de policarbonato.
- Coronas de acetato.

En los dientes posteriores, en caso de que la pulpa no se presente afectada no, reciben el tratamiento habitual que se emplea en los tratamientos de caries en molares temporales, mediante remoción de la lesión cariosa y reconstrucción con amalgama de plata, compósito para posteriores, vidrios ionómeros o resinas.

Si la pulpa se encuentra afectada, tanto para dientes anteriores como para posteriores, el

tratamiento debe contemplar la protección pulpar, pulpotomía o pulpectomía y posteriormente siempre la adaptación de una corona.

Cuando existe contraindicación clínica o radiológica del tratamiento, se debe realizar la exodoncia correspondiente. Es necesario colocar un mantenedor de espacio, ya sea fijo o removible, o de una prótesis infantil luego de la exodoncia.

## HIGIENE.

### HIGIENE BUCAL EN LOS BEBES



Fuente: <http://www.entrepadres.com/2011-03-07/13616/higiene-bucal-en-los-bebes/>

El comienzo de la higiene bucal del niño debe iniciarse con la erupción de los primeros dientes, esta misma se la puede realizar con una gasa humedecida en agua o suero masajeando las encías con el fin de eliminar restos bacterianos.

Hay hábitos sociales que pudieran afectar el desarrollo de las piezas dentarias e incluso el de la anatomía facial, razón por la cual la alimentación materna del niño no debe prolongarse por mucho tiempo lo ideal es hasta que el tenga un año y medio a dos después de esta edad el niño debe empezar a alimentarse con una deglución adulta, otro hábito que podemos nombrar es el caso del uso del chupete que también no se lo debe mantener más allá de los dos años por que supone la aparición de mal posiciones en los

dientes, es por eso que el control de hábitos es fundamental para que se consiga un correcto desarrollo de los maxilares.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Baldani Lopes C.M.D.I; Scheidt,W. A.. Prevalencia de alteraciones bucales en niños atendidos en las clínicas de bebés públicas de Ponta Grossa-PR Brasil. *PesquiOdontol. Bras*, oct-dic 2001.v.15, n.4, p.302-307,
2. Bonecker Ferreira B. Prevalencia de anomalías dentarias en niños de 0-36 meses de edad. *brasodontopediatrodontol bebé*, Curitiba, set.2002.v.5,n.27.p.425-431,
3. Correa M.S.N.P. *Odontopediatría en la primera infancia*. Sao Paulo: santos, 1999.
4. Southam,J.C. La estructura de los dientes natales y neonatales. *Dent Pract Dent*,p.423-7,aug.1968,
5. Varela M. *Problemas bucodentales en pediatría*. Madrid: Ergon, 1999. p.29-31.
6. Ferelle W, *Odontología para o bebé*. Sao Paulo.