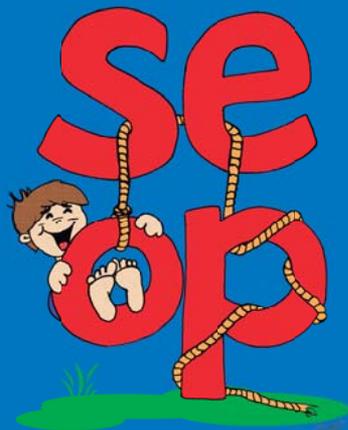


La sonrisa del niño

Preguntas, respuestas, pautas y
consejos en odontología infantil

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ODONTOPEDIATRÍA



La sonrisa del niño



Preguntas, respuestas, pautas y consejos
en **odontología infantil**

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ODONTOPEDIATRÍA

Autoras:

Eva M^a Martínez Pérez
Mónica Miegimolle Herrero

Colaboradores:

Lalo Barrachina Sans
Paola Beltri Orta
Abel Cahuana Cárdenas
Ricardo Cardona Lluria
Olga Cortés Lillo
Filo Estrela Sanchís
Miguel Hernández Juyol
José del Piñal Matorras
Paloma Planells del Pozo
Eva Santa Eulalia Troisfontaines

TEXTOS: copyright Sociedad Española de Odontopediatría

ILUSTRACIONES: Eva M^a Martínez Pérez (protegidas por derechos de autor, RTPI: nº M-003347/2011)

Madrid, 2015

Prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa de los propietarios del copyright.

Prólogo

No hay ninguna duda de que la consecución de una buena salud en la edad adulta pasa por una adecuada atención sanitaria en la infancia y la adolescencia, introduciendo los tratamientos y programas preventivos adecuados para llegar a conseguir un estado de salud óptimo el resto de la vida del individuo. Esto es cierto en todos los campos de la medicina y, por supuesto, también en la odontología.

La odontología pediátrica u odontopediatría es sin duda una de las especialidades básicas en la atención integral de nuestros niños, que serán adultos en pocos años, y es aquella rama de las ciencias de la salud que se encarga de la prevención y el tratamiento odontológico integral desde la infancia hasta después de la adolescencia, incluyendo a ese colectivo de pequeños con “necesidades especiales”.

La SEOP (Sociedad Española de Odontopediatría) es una sociedad científica, sin ánimo de lucro, con más de 30 años de existencia, que agrupa a los profesionales de la odontología que se encargan de investigar, prevenir y tratar las enfermedades bucales de los niños.

Una de las finalidades de la SEOP es la divulgación de los conocimientos adecuados para que la atención de nuestros niños y adolescentes sea la mejor posible.

Por esta razón la junta directiva de la SEOP se propuso la creación de un libro de preguntas y respuestas que recogiese las cuestiones que con más frecuencia nos plantean los padres en nuestras consultas y aquellos puntos que creemos que son más importantes que los padres y todos los profesionales de la salud relacionados con los niños conozcan.

El libro se ha estructurado con preguntas agrupadas por materias similares para una mayor comodidad, y se ha utilizado un lenguaje sencillo tanto en las preguntas como en las respuestas, para que pueda ser comprendido por todo el mundo.

A las doctoras Eva M^a Martínez Pérez y Mónica Miegimolle Herrero, miembros de la Comisión Científica de la Junta Directiva de la SEOP, se les encargó la realización de esta guía y han realizado un trabajo desinteresado que ha sobrepasado con mucho las expectativas iniciales, y que les ha supuesto sacrificar una buena parte de su tiempo libre en el último año. La Dra. Eva M^a Martínez es además autora de todas las ilustraciones que acompañan al texto.

A ambas quiero manifestarles mi admiración y mi más sincero agradecimiento y el de toda la Sociedad Española de Odontopediatría.

Dedicamos este libro a todos nuestros pacientes infantiles, que son el objeto y el motor de nuestro que hacer diario. Su sonrisa y su espíritu positivo ante la vida, nos alegra el día a día en nuestras consultas y nos hace crecer juntos.

José del Piñal Matorras

Presidente de la Sociedad Española de Odontopediatría

Agradecimientos

Creo que hablo en nombre de los autores si digo que aquella no fue una reunión más de la Junta Directiva de la SEOP: siempre salimos con “deberes” de cada reunión, pero aquel sábado se nos encomendó un proyecto muy especial. Fue el comienzo de un largo camino que ha constituido una de las experiencias más enriquecedoras e interesantes de nuestra andadura profesional dentro de la SEOP.

Y, al final de este camino, para compensar las horas que les hemos robado al descanso, a la familia y a los amigos, tenemos esta pequeña guía cargada de la experiencia de muchos, de la ilusión por pensar que estamos dando respuesta a algunas de las inquietudes que, con más frecuencia, plantean los padres y otros profesionales del entorno infantil, y cargada también con la esperanza de que algunos de estos consejos sirvan de base para construir sonrisas en nuestros pequeños pacientes.

Queremos expresar nuestro agradecimiento al actual presidente de la SEOP, José del Piñal, por impulsar esta idea. Y, por supuesto, a todos nuestros compañeros de la Junta Directiva de la SEOP, que han participado con gran entusiasmo en la elaboración de los contenidos. Nos sentimos afortunadas de poder contar siempre con vosotros.

Con especial cariño, de manera personal, quiero agradecer a mis tres “manos derechas” (papá, hermano y esposo), por sus aportaciones técnicas y por la revisión “extra-odontopediátrica” de los contenidos. Cada vez que me embarco en nuevos proyectos, saben que algo les tocará... pero están ahí siempre, incondicionalmente... Nachete y Vega, sois mi vida, mi fuerza y mi inspiración.

Por su parte, Mónica, amiga y la otra autora principal del libro, también quería plasmar su agradecimiento, de manera especial, “a mis padres su esfuerzo en toda la formación que me dieron, a ellos y a mis hermanos su apoyo, y a Juanjo, Lola y María, su cariño, ayuda y resignación por todo el tiempo robado...y siempre con una sonrisa. Sin todos ellos, este libro no hubiera sido posible”.

A muchos compañeros y amigos que comparten con nosotros el interés por la odontopediatría, por sus aportaciones y sugerencias. A muchos de ellos y a nuestras familias, por “aguantar el tirón” todo el tiempo que ha durado este proyecto.

Por supuesto, a nuestros pequeños pacientes, a veces reto, a veces inspiración, que nos arrastran a su mundo espontáneo, fascinante, impredecible... y que hacen que nuestro trabajo de hoy sea distinto del de ayer y del de mañana. Y, cómo no, a sus padres, inquietos y curiosos, interesados en hacernos formar parte importante en la salud de sus hijos.

Eva M^a Martínez Pérez y Mónica Miegimolle Herrero

Miembros de la Comisión Científica de SEOP y Autoras del libro

Indice

1. Un poquito de... Odontopediatría	9
2. Ya desde antes de nacer	10
3. El niño en la consulta odontopediátrica	12
4. Y van saliendo los dientes	15
5. Sobre los hábitos más frecuentes del niño	21
6. Sobre la caries dental	26
7. Sobre algunos tratamientos odontopediátricos	33
8. Es mejor prevenir que curar	36
9. Sobre los traumatismos	45
10. Otros problemas odontopediátricos	49
11. Sobre unos dientes bien colocados	53
12. Niños con sonrisas especiales	55
13. El paciente adolescente	57
Notas	59

1. Un poquito de... odontopediatría

1. ¿Quiénes son los Odontopediatras?

Los Odontopediatras son los profesionales de la salud que ofrecen prevención y tratamiento odontológico integral, proporcionando atención especializada, desde la infancia hasta más allá de la adolescencia, incluyendo el colectivo de niños con necesidades especiales.



Además, los odontopediatras españoles son los principales contribuyentes a los programas de educación continuada en Odontología Infantil en nuestro país.

2. ¿Dónde puedo buscar un odontopediatra?

En la página de inicio de la web de la Sociedad Española de Odontopediatría:

www.odontologiapediatrica.com

aparece un mensaje “¿busca odontopediatra? Haga click aquí”.

Al hacerlo, aparece un mapa de España y pinchando en la provincia que se desee, podrá acceder al listado de odontopediatras de esa provincia ordenado por código postal para que elija el que más le convenga.



2. Ya desde antes de nacer...

1. ¿Puedo hacerme tratamientos dentales estando embarazada?



Aunque no hay ningún problema en realizar tratamientos, si no son necesarios ni urgentes, es mejor retrasarlos.

El segundo trimestre es el más indicado para la realización de tratamientos dentales, ya que en esta fase, la embarazada se encuentra en un periodo más estable.

Especial importancia cobrarán el control de las infecciones agudas y de otras circunstancias que puedan llegar a causar problemas en una etapa más avanzada del embarazo o inmediatamente después, ya que el tratamiento dental durante esos periodos es más difícil.

En el tercer trimestre de embarazo, es complicado encontrar una posición confortable para la embarazada en el sillón dental, si tiene que someterse a tratamientos prolongados.

Háblalo con tu odontólogo y él te programará visitas cortas y adaptadas a tu situación.

Durante el embarazo se debe evitar la exposición a radiaciones ionizantes, especialmente, durante el primer trimestre.

Sin embargo, podemos realizar radiografías intraorales a una mujer embarazada cuando sean necesarias, protegiendo la zona abdominal con un delantal de plomo y utilizando radiografías digitales.

Frecuentemente, la selección y administración de medicamentos es la principal preocupación, ya que muchos fármacos pueden atravesar la barrera placentaria y ser tóxicos para el feto.

En cualquier caso, las sustancias que se emplean usualmente en la práctica odontológica pueden utilizarse con relativa seguridad: los medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos como los tipo amida (lidocaína) no tienen repercusión materna ni fetal. No se recomienda utilizar analgésicos del tipo AINES ni los de tipo narcótico así como antidepresivos ni tetraciclinas.

2. ¿Es conveniente tomar suplementos de flúor durante el embarazo?

Hoy en día, no hay evidencia de que el flúor atraviese la placenta y sea beneficioso para el feto. Por ello, no se aconseja la utilización del flúor sistémico durante el embarazo.

3. ¿Es cierto que puedo perder el calcio de mis dientes?

En contra de la creencia popular, el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar de que el requerimiento del mismo aumenta un 33% durante el embarazo.

Sin embargo, el embarazo propicia una serie de cambios en la conducta alimentaria y a nivel bucal que pueden elevar el riesgo de caries de la futura madre: suele haber un aumento de la frecuencia y la cantidad de los alimentos que se ingieren, proliferación de algunas bacterias presentes en la boca y cambios en la acidez salival, acompañados de unos hábitos higiénicos insuficientes.

Los cambios hormonales durante el embarazo también hacen que las encías sean más susceptibles a la inflamación y al sangrado.

Así pues, aunque dichos como “un embarazo, un diente” no tienen validez científica hoy en día, nos recuerdan la importancia de mantener una correcta higiene oral y una dieta equilibrada durante el embarazo.

3. El niño en la consulta del odontopediatra

1. ¿A qué edad se debe acudir por primera vez al odontopediatra?

Se recomienda hacer la primera visita al odontopediatra dentro del primer año de vida, edad a la que se considera más adecuado el establecimiento del "hogar dental" (dental home).

A los dos años de edad, hay muchos niños que ya han sufrido traumatismos, presentan caries o problemas de oclusión cuya prevención y detección temprana podría evitar tratamientos más complejos en un futuro.

Las recomendaciones de la mayoría de las asociaciones y sociedades científicas, nacionales e internacionales, animan a comenzar la prevención y los cuidados desde incluso antes del nacimiento del niño.

En esta etapa, el dentista puede asesorar a las madres gestantes, no sólo en relación a establecer una alimentación y hábitos más adecuados para favorecer un correcto desarrollo de los dientes de su futuro bebé (ya que los dientes de leche se forman en la etapa prenatal), sino también en lo relativo al adecuado control de la propia salud bucodental. Está demostrado que, en los primeros años de vida, el espectro oral de gérmenes maternos es co-responsable de la colonización de bacterias del niño (transmisión bacteriana) y posterior incidencia de la caries en el niño.



De manera temprana, deben comenzar a adquirirse los conocimientos adecuados en relación a los cuidados higiénico-dietéticos que deberán instaurarse desde el principio, una vez haya nacido el bebé, así como aquellos hábitos que debemos evitar, tales como el utilizar el chupete impregnado en alguna sustancia

azucarada, permitir que el bebé se quede dormido con el biberón en la boca o, simplemente, el limpiar la tetina del chupete con nuestra propia saliva.

Una vez empiecen a salir los primeros dientes, el odontopediatra te irá guiando en los hábitos que se deben ir instaurando para la prevención. Es importante saber que la caries puede aparecer desde el mismo instante en el que tenemos dientes en boca.

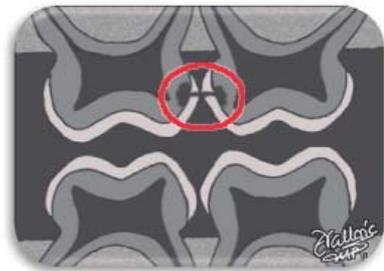
2. ¿Con qué frecuencia deben realizarse las revisiones?

De manera general, se podría establecer como adecuada la realización de revisiones cada seis meses, coincidiendo con la aplicación profesional de flúor tópico, aunque la frecuencia ideal dependerá, fundamentalmente, del “grupo de riesgo” al que pertenezca el niño. Este “grupo de riesgo” se establece en base a la predisposición a desarrollar caries y otros tipos de patología.

3. ¿Es necesario hacer radiografías?

Las radiografías son de gran ayuda en el diagnóstico a todas las edades. El Odontopediatra determinará la necesidad de realizarlas para detectar caries entre los molares que no son apreciables a simple vista. Debido a la anatomía de los dientes de leche, las caries se hacen visibles a la exploración, en muchas ocasiones, cuando ya se encuentra afectado el nervio, esto produce dolor, infecciones y hace más complejo su tratamiento; a su vez pueden implicar problemas para los dientes definitivos que están por venir.

Además, en las radiografías, podemos ver los dientes definitivos que se están terminando de formar, así como los dientes de más (supernumerarios) o la ausencia de alguno de ellos (agenesias), lo cual constituye una valiosa información de cara a realizar cualquier planificación terapéutica o preventiva.



4. ¿Qué puedo hacer si mi hijo tiene miedo al dentista?

Afortunadamente, cada vez existen más consultas adaptadas a las necesidades del niño (con juguetes, libros infantiles, premios al finalizar las visitas, etc.).



El odontopediatra sabe aplicar las técnicas adecuadas para ayudar al niño a familiarizarse con el ambiente odontológico y los tratamientos. Iniciar las visitas cuando el niño es pequeño le ayuda a tomar contacto con este ambiente, y sobre todo, teniendo en cuenta que la implantación de medidas preventivas (limpieza dentaria, aplicación tópica de flúor) no es molesta, lo cual repercute en una sensación agradable y, desde luego, de motivación positiva hacia la siguiente visita de control.

Especialmente en niños que han sufrido caries y han necesitado un tratamiento complejo, es muy importante aprovechar estas visitas de prevención y revisiones entre tratamientos, sin esperar a tener problemas para acudir a la consulta. De no ser así, el niño sólo conocería la “parte difícil” de ir al dentista, privándole de la posibilidad de detectar los problemas cuando son más leves y de asistir a citas más sencillas y cortas que son más fáciles de sobrellevar.

5. ¿Deben permanecer los padres con los niños durante el tratamiento dental?

No existe una norma en este sentido que pueda aplicarse a todos los pacientes, a todos los padres y a todos los grupos de edad. En niños muy pequeños (hasta los 3 años de edad) la presencia de los padres en el gabinete puede ser de gran ayuda durante el tratamiento. A partir de esta edad, en general, se recomienda

que el niño pase solo, excepto en la primera visita. El miedo al abandono a partir de los 3 años, ya parece estar superado, ya que la mayoría de los niños están escolarizados.

Es importante valorar en la primera consulta a los padres y al niño para conocer si su presencia o ausencia ayudarán para conseguir realizar el tratamiento en las mejores condiciones.

4. Y van saliendo los dientes...

1. ¿A qué edad salen los primeros dientes?

Los dientes de leche, deciduos o temporales, comienzan su erupción aproximadamente a los seis meses de edad, empezando por los dos dientes centrales inferiores. Hasta los 30-36 meses de edad se produce la aparición completa de los 20 dientes temporales. Tras esta etapa, los dientes se mantendrán en función, prácticamente sin cambios, hasta los seis años, momento importante en el que comienza la salida de los dientes permanentes.



8 (6-10) meses



10 (8-12) meses



11 (10-16) meses



12 (9-13) meses



16 (14-19) meses



16 (13-19) meses



17 (15-21) meses



19 (16-22) meses



27 (23-31) meses



29 (25-33) meses

2. Mi hijo tiene casi un año y aún no le ha salido ningún diente ¿puede tener problemas?

La erupción dental está influida por factores tanto genéticos como ambientales, y el margen de normalidad es amplio. Hay muchos casos en los que la erupción se produce de manera precoz o, por el contrario, muy retrasada sin que exista ningún problema local o sistémico que lo justifique. Estas diferencias, por lo general de carácter familiar, no deben preocupar a los padres.

En algunas ocasiones, el retraso en la erupción puede estar relacionado con síndromes generales o factores como prematuridad, falta de vitamina D, hipotiroidismo...

3. Le están saliendo los dientes, ¿qué debo hacer?

Tradicionalmente, se han asociado muchos síntomas negativos con la salida de los dientes, como la aparición de fiebre o problemas gastrointestinales. Sin embargo, no se encuentra totalmente demostrado que la erupción de los dientes sea su causa directa. Es frecuente que el niño babee más de lo habitual, esté irritable y se lleve las cosas a la boca, pero estas circunstancias también pueden producirse en otras ocasiones en las que no hay erupción dentaria.

En el mercado, existen multitud de soluciones o pomadas destinadas a aliviar estas molestias. Hay que advertir que algunas pueden contener gran cantidad de azúcar (en forma de sacarosa) que puede dañar a los dientes, y otras, que contienen alcohol (en forma de etanol), nada recomendable para un bebé.

Además de estas pomadas, en las farmacias y centros especializados, podemos encontrar multitud de mordedores que, además de ayudar a calmar las molestias, pueden ayudar a estimular la erupción de los primeros dientes. Algunos de estos mordedores contienen agua o gel que permiten enfriarlos y, al colocarlos el bebé en su boca, ayudan a disminuir la inflamación de la zona.



4. ¿Cuándo se cambian los dientes de leche por los permanentes?

La sustitución de los dientes temporales por los permanentes (recambio dentario) es un proceso que se produce en dos fases.

En una primera fase, que ocurre entre los seis y los ocho años, se cambian los cuatro incisivos inferiores y los cuatro incisivos superiores. Un hecho importante dentro de esta primera fase, es la aparición a los seis años de edad de los primeros molares permanentes (también conocidos como “las muelas de los seis años”), en la región posterior al último molar temporal presente en la boca del niño. Al no ir precedido por la caída de ningún diente, la erupción del primer molar definitivo puede pasar desapercibida.

En una segunda fase, entre los diez y doce años se produce el recambio del resto de los dientes (caen los caninos y los molares temporales y salen caninos definitivos y premolares). También se produce la erupción de los segundos molares definitivos (las llamadas “muelas de los doce años”) por detrás de los primeros molares permanentes. Las muelas del juicio (cuando existen) hacen su aparición en etapas posteriores.

5. Me han dicho que a mi hijo le han salido las muelas definitivas de los 6 años, pero no se le ha caído ninguna muela todavía...

Como ya se ha comentado anteriormente, la erupción del primer molar permanente (o muela de los 6 años) suele ocurrir alrededor de los 6 años de edad. Se sitúa por detrás del segundo molar temporal (último molar presente en la boca del niño hasta entonces) sin que se caiga ningún molar temporal.

Lo mismo ocurrirá alrededor de los 12 años de edad, cuando erupcione el segundo molar permanente por detrás del primer molar permanente, sin que para ello se caiga ningún molar temporal. Este molar no es la muela del juicio (con la que, en ocasiones, se confunde) que, de existir, saldría más adelante.

Primeros molares superiores e inferiores	6 años	<p>(Los números hacen referencia a la edad, en años, a la que se espera que hagan emergencia cada una de las piezas)</p>
Incisivos centrales inferiores	6 años	
Incisivos centrales superiores	7 años	
Incisivos laterales inferiores	7 años	
Incisivos laterales inferiores	8 años	
Caninos inferiores	9 años	
Primeros premolares inferiores	10 años	
Primeros premolares superiores	11 años	
Segundos premolares inferiores	11 años	
Segundos premolares superiores	12 años	
Segundos molares superiores e inferiores	12 años	
Caninos superiores	12-13 años	

6. Cuando se mueve un diente de leche, ¿es aconsejable moverlo o es mejor dejar que se caiga sólo?

Cuando el diente permanente está próximo a salir, se reabsorbe la raíz de su predecesor temporal, lo cual se traduce en un aumento de la movilidad. No hay ningún problema en que se “ayude” a agilizar la caída de estos dientes temporales ya que, cuando comienzan a moverse, prácticamente no les queda raíz. En ocasiones, incluso, puede llegar a ser favorable que el niño toque y mueva su diente ya que así ayudará a la caída del mismo.



7. No se le han caído los incisivos de leche y le han salido los definitivos justo por detrás, ¿qué debo hacer?

Con cierta frecuencia, los incisivos permanentes sufren una desviación de su trayecto de erupción, emergiendo por detrás de los temporales.

Lo primero que debe hacer es acudir al odontopediatra para que valore el caso y, si fuera necesario, realizar la extracción de los incisivos temporales para favorecer la colocación de los permanentes en su lugar, principalmente si esta situación se presentase en la arcada superior.

8. Le están saliendo los dientes definitivos y los veo muy amarillos, ¿es normal?

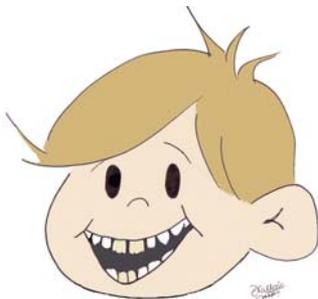
Tanto los dientes temporales como los permanentes están compuestos por 3 capas: esmalte, dentina y pulpa (o capa nerviosa). Las variaciones de composición y de grosor de las mismas son las que ofrecen el color final.

Los dientes temporales tienen una capa más fina tanto de esmalte como de dentina. Este grosor de la capa de dentina, junto con algunas diferencias en la mineralización del esmalte, es lo que les da una coloración más blanca en comparación con los permanentes.

Al comienzo de la erupción de los dientes, se sitúa un diente permanente rodeado de temporales, lo que hace más llamativa su diferente coloración por estar tan cerca.

Una vez finalizada la erupción de los dientes permanentes, esta sensación de dientes amarillos ya no es tal.

19. ¿Por qué algunos dientes salen con el borde en forma de sierra?



Los incisivos y los caninos se forman por la unión de tres partes, llamadas lóbulos de desarrollo, que confluyen en una estructura única.

La unión de estos lóbulos confiere al borde de un diente recién erupcionado el típico aspecto en borde de sierra (mamelones) que los franceses llaman "fleur de lys".

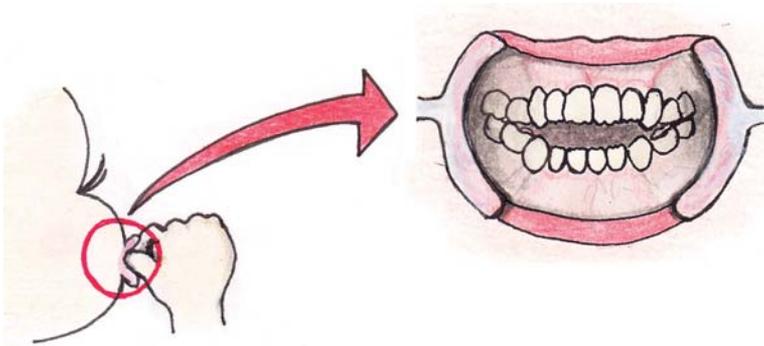
Además de la presencia de los mamelones, en el diente joven podemos observar que la superficie no es plana sino que presenta convexidades y depresiones que tienen una gran importancia estética, pues permiten los fenómenos de reflexión de la luz. Estas contribuyen, junto con la presencia de zonas de sombra y de luminosidad, a la belleza e individualidad de cada diente.

El paso del tiempo y el desgaste natural van disminuyendo los relieves de los lóbulos y pueden configurar unas superficies más planas y unos bordes más rectos y uniformes.

5. Sobre los hábitos más frecuentes del niño

1. ¿Pueden determinados hábitos como, por ejemplo, el uso de chupete o la succión del pulgar, causar alteraciones en los dientes?

Se encuentra ampliamente demostrado que hábitos como el uso prolongado del chupete (más allá del año de vida) o, lo que es peor, la succión del pulgar u otros dedos, puede producir alteraciones del crecimiento normal de los maxilares. La eliminación de estos hábitos debe hacerse lo más temprano posible, de forma que se pueda producir una normalización espontánea de su crecimiento. Si esto no es posible, sería necesario acudir a medios (normalmente aparatología) para subsanar las alteraciones causadas.



No hay que olvidar que otros hábitos como la respiración habitual por la boca en vez de por la nariz pueden producir igualmente alteraciones en el crecimiento de los huesos maxilares. Se hace necesario en estos casos, acudir al especialista en otorrinolaringología para diagnosticar y tratar de forma conveniente la causa de este tipo de respiración.

Del mismo modo, otras costumbres como morderse las uñas, morder objetos, la presencia de rechinamientos dentarios (conscientes o inconscientes), etc.,

pueden ser elementos que, potencialmente, produzcan alteraciones o patología del desarrollo de la articulación témporo-mandibular y lesiones en los propios dientes.

Es deseable que la interrupción de los hábitos se realice lo antes posible, sin olvidar el respeto por el niño y recordando siempre que no sólo estamos tratando un hábito, sino a un paciente que presenta una costumbre inadecuada.

Al enseñar hábitos correctos a nuestros hijos, estamos educándolos y evitando la instauración de otros perjudiciales.

2. ¿Cuándo se debe retirar el chupete?



Es aconsejable comenzar a retirar el chupete entre los 12 y 18 meses de edad, procurando no pasar de los dos años para evitar problemas en el desarrollo de las arcadas.

Los padres deben buscar el momento más adecuado tanto para el niño como para ellos y que no coincida con acontecimientos importantes como una enfermedad, empezar la guardería, tener un hermanito, etc.

Es importante tratar de no avergonzar ni humillar al niño y, siempre que exista capacidad de entendimiento, explicar el porqué de este esfuerzo.

Poco a poco el niño irá comprendiendo que la retirada del chupete forma parte de un grupo de cambios que forman parte del crecer y hacerse mayor (abandono del biberón, pasar de la cuna a la cama, ir retirando el pañal, etc.).

3. ¿Pueden darme algún consejo para el uso del chupete?

El uso del chupete para calmar el deseo de succión del bebé es una práctica muy habitual. No obstante, no debe recurrirse al chupete cada vez que el niño lllore. El llanto es una de las principales maneras que tiene el bebé para comunicarse,

y puede indicar diferentes tipos de necesidades. Con el tiempo, debemos tratar de identificarlas, para intentar resolver cada situación de la manera más adecuada.

A la hora de elegir el chupete, conviene buscar aquel que ofrezca la máxima seguridad y se adecue en tamaño a las necesidades de tu bebé, preferiblemente con tetinas anatómicas o fisiológicas.

No se deben usar los chupetes como sustitutos de comidas o para retrasar las comidas; se deben ofrecer únicamente entre comidas o después de ellas. No obstante, durante el paso de la alimentación líquida a la semisólida pueden resultar de gran ayuda para que entiendan lo que se espera que hagan con el alimento que se les ofrece con la cuchara y facilitar la deglución.

Nunca mojes el chupete en miel u otra sustancia dulce antes de dárselo al niño. Un chupete sucio constituye un foco de infecciones. Para eliminar los gérmenes, es imprescindible esterilizarlo y lavarlo a menudo. Nunca limpies el chupete con tu propia saliva, metiéndolo en tu boca antes de dárselo al niño. Esta acción transmite gérmenes de la boca del adulto a la del niño.

4. Mi hijo rechina mucho los dientes, ¿por qué puede ser?

El bruxismo es una disfunción de la relación de los contactos dentales que puede afectar a niños, adolescentes y adultos, siendo su presentación de manera consciente o inconsciente.

Las causas no están claras pero parecen estar relacionadas con factores psicológicos, contactos inadecuados entre los dientes y/o factores hereditarios.



El bruxismo puede ocurrir en determinadas fases de desarrollo de la dentición y, en estos casos, podría tener carácter temporal.

Es frecuente su aparición entre los dos y los cuatro años de edad, cuando el niño entra en una fase de intensas modificaciones psicosociales.

El diagnóstico precoz es fundamental para establecer un programa de revisiones adecuado, en las que valorar los signos y síntomas que pueden aparecer asociados al bruxismo e instaurar el tratamiento en el momento más adecuado del desarrollo del niño.

5. ¿Qué consecuencias puede tener este rechinar?

Si el bruxismo es muy intenso, podrían aparecer grandes desgastes en las superficies de los dientes. Los dientes, y en especial los temporales, están preparados para la masticación, no para un intenso contacto disfuncional.

Cuando existe rechinar o apretamiento, puede existir una sobrecarga tanto en los dientes como en la articulación temporomandibular.

Aunque pueden existir otros problemas articulares no relacionados con el bruxismo, no podemos olvidar que el apretamiento o rechinar es la parafunción oral más frecuente relacionada con problemas articulares.

Otro tipo de sintomatología que podría estar relacionada con este hábito es el dolor de cabeza y de la musculatura facial y/o cervical causado por la sobrecarga a la que se someten los músculos.

6. ¿Qué debo hacer si el niño rechina los dientes?

Se debe vigilar al niño para comprobar si su rechinar es diurno, nocturno o ambos. El tratamiento es variable y dependerá de los factores causantes del problema que, en la mayoría de las ocasiones, no pueden ser identificados con precisión.

El odontopediatra realizará una valoración tanto dentaria (presencia de desgastes o fracturas), como de la manera de morder del niño (oclusión), así como la presencia/ausencia de otros síntomas (dolores de cabeza, de mandíbula, de oídos, sensibilidad dentaria, etc.).

Con esta información obtenida, mediante historia clínica y exploración, y dependiendo en gran medida de la edad del niño y la gravedad del cuadro, se tomará la decisión más adecuada en cada caso.

El tratamiento comprende desde la vigilancia de la evolución del rechinamiento, pasando por la necesidad de administrar ciertos medicamentos hasta la colocación de un aparato removible fabricado a medida de la boca del niño llamado férula de relajación o desprogramador que se debe ajustar y evaluar cada cierto tiempo en la consulta a criterio del profesional. La dificultad de adaptación de estas férulas en un periodo de crecimiento y recambio dental, hacen que esta opción de tratamiento se utilice sólo en casos muy concretos.

7. Es lento masticando, ¿puede haber algún problema por mantener una alimentación blanda hasta que vaya cogiendo el hábito?

A partir de los 6 meses, se introduce una alimentación triturada que se ingiere con cuchara. Desde la erupción de las primeras muelas de leche (alrededor de 1 año de edad), se debe ir adaptando la alimentación de los niños, favoreciendo la masticación.

Entre los 2 y 3 años de edad, termina el proceso de erupción de los dientes temporales con la aparición del segundo molar, por lo que se establece una situación adecuada para la correcta masticación de los alimentos.

El retraso en adquirir el hábito de la masticación impide un adecuado desarrollo de la musculatura bucal y peribucal, así como de las arcadas dentarias, pudiendo derivar en alteraciones dentarias y de la oclusión, que requerirían tratamiento ortodóncico. Además, puede ocasionar inflamación de las encías debido a los restos de comida que no se eliminan fácilmente al no masticar una dieta más sólida.



Si, por comodidad y rapidez a la hora de las comidas, no hacemos el esfuerzo por fomentar la masticación, el niño no llegará a coger el hábito.

Asimismo, existe una fuerte asociación entre la alimentación mantenida con biberón y la presencia de caries temprana en la infancia, con la necesidad de tratamiento de las mismas y lo dificultoso del tratamiento odontológico de pacientes de tan corta edad.

6. Sobre la caries dental

1. Siempre he tenido muchas caries ¿mi hijo tendrá el mismo problema que yo?

La aparición de la caries está asociada a diferentes factores: una dieta rica en azúcares, una higiene oral deficiente, el tipo de bacterias presentes en la boca y la susceptibilidad particular de cada persona.

Son factores que, generalmente, conocemos pero no les prestamos suficiente atención. Para prevenir la aparición de caries, conviene repasar de vez en cuando los hábitos higiénico-dietéticos de tu hijo.



Además de esto, existen más medidas que nos pueden ayudar a prevenir la caries en un futuro.

Cuando salen los dientes, lo hacen libres de bacterias. Las primeras bacterias que llegan a la superficie del diente la colonizan y permanecen allí toda la vida. Si tienes tendencia a padecer caries, tendrás unas bacterias cariogénicas. Las bacterias se transmiten por la saliva, y gestos tan frecuentes como el limpiar el chupete de tu hijo chupándolo tú, probar el biberón para ver si está caliente, probar la comida con la misma cuchara de tu hijo o darle besos en los labios, favorecerán que tus bacterias productoras de caries lleguen hasta los dientes de tu hijo.

2. ¿Cómo se produce la caries?

En la primera etapa, la caries se produce por la desmineralización del esmalte de los dientes, inducida por la placa dental y mediada por la saliva.

En la placa dental encontramos los estreptococos mutans y las especies de lactobacilos que producen los ácidos que atacan al esmalte. Estos microbios son los responsables de la infección que sigue y que recibe el nombre de caries dental. Tras la desmineralización del esmalte, sigue la cavitación (presencia de agujeros o cavidades) del diente. Esta fase de la caries permite que las bacterias productoras de ácido se introduzcan en los dientes, haciendo las cavidades más y más grandes hasta que los dientes no son más que unas protuberancias negruzcas.

3. ¿Pueden tener caries los niños pequeños?

La caries dental es la enfermedad infecciosa más común de la infancia, siendo 5 veces más frecuente que la segunda, el asma infantil.

Los dientes de leche pueden sufrir caries, igual que los del adulto. Es más, por las características propias de los dientes de leche, una vez que se inicia la caries, ésta tiene un avance más rápido y afecta al tejido nervioso del diente más deprisa que en el adulto.

Los niños pequeños corren especial riesgo de tener caries ya que no tienen capacidad de realizar una correcta higiene y son los adultos quienes les tienen que proporcionar un cuidado bucal adecuado.

4. Se habla mucho de la caries del biberón o caries del lactante, ¿qué es eso?

La caries de la primera infancia, del biberón o del lactante es la que se produce en niños de hasta 3 años de edad, pudiéndose iniciar a edades tan tempranas como entre los 6 y los 12 meses de edad.



La destrucción que se produce tanto en los dientes como en las muelas, es rápida y muy agresiva.

Esta destrucción está relacionada con hábitos perjudiciales como mojar el chupete en miel o en sustancias azucaradas, añadir alimentos edulcorados al biberón (entre ellos zumos de frutas) o, incluso, la lactancia materna prolongada para inducir el sueño y/o durante la noche.

El factor más importante es el estancamiento del contenido en condiciones de fisiología bucal muy disminuida: menor ritmo de degluciones y menor cantidad de saliva (que ayuda a limpiar y a remineralizar), permitiendo que los alimentos azucarados se mantengan en contacto con los dientes en presencia de microorganismos durante un periodo de tiempo prolongado.

La corta edad del niño que lo padece y la amplia destrucción de los dientes hacen que, en muchas ocasiones, los tratamientos tengan que ser realizados con anestesia general.

5. ¿Cómo se reconoce la caries del lactante?

La apariencia de la caries dependerá de su estadio de evolución. La primera señal de desmineralización en el diente, en la que se produce una disminución de calcio en el esmalte, es de un color blanquecino, sin brillo y que se observa a la altura de la encía. Estas lesiones van oscureciéndose y se extienden lateralmente y hacia abajo en dirección al borde del diente. En estadios más avanzados llegan a confluir las lesiones provocando la fractura de la corona.

Se caracteriza por la rápida progresión de lesiones en superficies lisas poco susceptibles a la caries, afectando a las piezas dentales, en el mismo orden en que se produce la erupción.

La distribución de las caries está en relación con el trayecto del líquido desde que sale del biberón, afectando sobre todo a las superficies externas (en contacto con labios) de los incisivos superiores y las superficies masticatorias de los primeros molares.

6. ¿Es malo el uso del biberón?



En condiciones normales, la lactancia materna es la opción más sana y saludable para el desarrollo del niño.

Cuando sea necesario el uso del biberón, se deben seguir las recomendaciones del pediatra que te orientará en la mejor manera de utilizarlo.

No es conveniente que se quede dormido con el biberón con leche, zumos o líquidos azucarados en la boca pero, si esto ocurriese, se debe pasar una gasita húmeda por las encías del bebé, al finalizar la toma, antes de acostarlo.

Comienza a enseñarle a beber en taza a partir de los 6 u 8 meses de edad. Ve suprimiendo el biberón alrededor del primer año y cuando el niño tenga sed, ofrécele agua en vez de zumos de frutas o bebidas dulces.

7. ¿Es mejor prolongar la lactancia materna para evitar las caries?

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición y leche madura.

Esta última presenta elevadas concentraciones de glúcidos, entre los que predomina la lactosa (6,8/100 ml, pudiendo llegar a 7,2g/10ml), superiores incluso a las que contiene la leche de vaca (4,9g/100ml).



La lactancia materna mantenida hasta los 2-3 años de edad puede favorecer un cuadro infeccioso de caries, al igual que lo puede producir el biberón.

La cuestión no es tanto el tipo de preparado lácteo que ingiere el niño, sino las medidas higiénicas de salud bucodental que se deben instaurar tras la toma. Como ya hemos visto, es fundamental evitar que el preparado quede en contacto con los dientes del niño mientras se queda dormido, ya que es fuente de carbohidratos para los gérmenes productores de caries, y podrían producirse cuadros de caries en la infancia temprana. Al igual que con el uso del biberón, se recomienda pasar una gasita por las encías del bebé, al finalizar la toma, antes de acostarlo.

8. ¿Cómo es posible que mi hijo tenga caries si no come chucherías?

Las chucherías no son el único elemento que participa en la formación de caries. Para la aparición y desarrollo de la caries dental, es necesario que existan diversos factores: proliferación de bacterias, dientes susceptibles (por su forma, por predisposición genética...), hidratos de carbono fermentados presentes en la boca (dulces, leches, etc.) y el tiempo que los dientes están expuestos a estos azúcares.

Juntos, estos factores crean un medio ambiente para que las bacterias crezcan y se multipliquen rápidamente y produzcan ácidos que disolverán los minerales del diente, produciendo las caries.

Evidentemente, dentro de lo que se ingiere, lo más peligroso son los dulces, por este orden: sólidos pegajosos, sólidos y líquidos. Y aún más los que se toman entre las comidas. Así, por ejemplo, las chucherías siempre han sido consideradas como lo peor. Pero incluso el pan, las patatas y la pasta, con alto contenido en almidón, producen azúcares en su descomposición. Existen otros muchos alimentos con altos contenidos en azúcares, que forman parte de nuestra dieta diaria, así como la existencia de medicamentos azucarados, que utilizamos sin ser conscientes de su alto poder cariogénico. Además, tenemos que tener en cuenta otros elementos que, por su acidez, pueden favorecer la desmineralización de los dientes y la más rápida progresión de la caries dental, como los zumos, los refrescos, etc.

Por este motivo, aunque el niño coma pocas "chuches" debe cepillarse, o al menos enjuagarse, después de comer o beber cualquier cosa, sobre todo dulces y debe evitar "picar" entre horas.

9. ¿Qué influencia tiene la alimentación en la salud bucodental?

Como ya hemos visto, la dieta desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la caries dental. Al metabolizar los azúcares, se producen ácidos que atacarán la estructura mineral del esmalte. Si se dan las condiciones ideales, provocarán la caries.

Pero no sólo debemos tener en cuenta el efecto directo que los productos que ingerimos tienen sobre los dientes.



El déficit de vitaminas (A, D), calcio y fósforo puede ocasionar alteraciones en el desarrollo dentario, lo cuál puede traducirse en unos dientes más débiles. Las vitaminas C y K son importantes porque mantienen las encías saludables. La riboflavina ayuda a mantener una buena salud de la lengua y las mucosas de la cavidad oral.

Las proteínas también son importantes para la formación de los dientes. En general, la desnutrición causa un retraso importante en la erupción de los dientes temporales.

10. ¿Qué alimentos son mejores para la boca de mi hijo?

Existen una serie de alimentos que se consideran "más seguros para el diente". Entre estos alimentos, figuran el queso, los frutos secos, el pescado y algunas verduras.

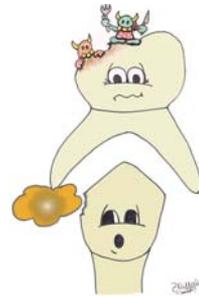
Evidentemente, estos alimentos son mejores para los dientes del niño que las patatas fritas, las galletas o los cereales.

Algunas frutas y zumos de frutas, aparte de presentar elevados contenidos de hidratos de carbono, también tienen cierto grado de acidez. Por este motivo, pese a ser altamente recomendable su consumo, deben tenerse las debidas consideraciones higiénicas después de su ingesta.

11. ¿La caries en un diente de leche puede afectar al diente definitivo?

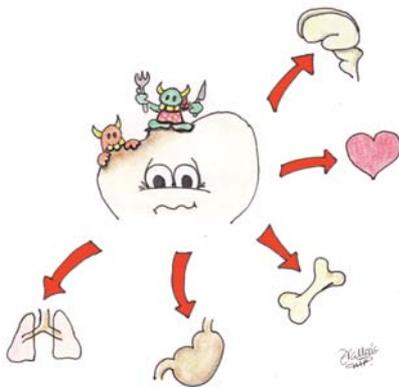
Cualquier infección del diente temporal que progrese por la raíz, llegando al final de la misma, puede formar una bolsa de pus que afectará al diente permanente.

En ocasiones, los dientes definitivos salen con malformaciones, manchas o lesiones secundarias a la infección que tuvo el diente de leche en su día y no se trató de forma adecuada. Por este motivo y todos los vistos en el punto anterior, se considera que es un gran error pensar que no hay que preocuparse demasiado por el cuidado de los dientes de leche sólo porque se van a caer más adelante.



12. Una caries, ¿puede afectar a otros órganos?

En niños sanos, no es frecuente que la existencia de una caries pueda producir afectación a distancia en otros órganos.



Sin embargo, si tenemos una caries en un diente y no se realiza el tratamiento adecuado, ésta puede progresar hasta llegar a la pulpa dental, favoreciendo que los microorganismos pasen al nervio y a los vasos sanguíneos.

Si continuara sin tratarse, la infección buscará una válvula de escape y provocará un absceso o flemón que, con frecuencia ya no se soluciona exclusivamente con el tratamiento de la pieza afectada, haciéndose necesaria la extracción.

Además, en aquellas situaciones donde el niño presente múltiples lesiones, el proceso puede ocasionar, aparte de dolor e infección, problemas en la masticación ocasionando con el tiempo una afectación general del niño con pérdida de peso y un estado de ánimo con apatía y tristeza.

Por otra parte, una infección en el organismo, sea en la boca o en cualquier otra región, puede provocar afecciones cardiacas en pacientes que han tenido problemas vasculares, cardiopatías congénitas o hayan padecido, por ejemplo, fiebres reumáticas de pequeños. Son casos extremos y que, habitualmente vienen ya controlados por el cardiólogo, pero que el odontopediatra debe conocer.

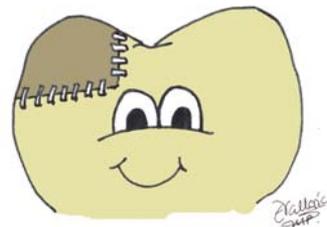
7. Sobre algunos tratamientos odontopediátricos

1. ¿Es necesario tratar los dientes de leche?

Los dientes de leche, pese a que se caerán en un futuro, se encuentran en la boca para desarrollar su función (al igual que los definitivos, participan en la masticación, estética, fonética y deglución): la pérdida prematura de estos dientes puede suponer un menoscabo de estas funciones. Si aparecen caries en los dientes de leche también se puede producir dolor e incluso infecciones y si estas caries son extensas, se pueden producir pérdidas de espacio lo que originará problemas en la configuración de la dentadura. Esto nos da idea de la importancia de su tratamiento. Por otro lado, la omisión de un tratamiento dental adecuado a un menor de edad podría considerarse como negligencia dental.

2. ¿Se puede volver a picar un diente empastado?

La realización de una obturación (empaste) no supone una protección contra la caries en otras zonas del diente. Además, en algunos casos, con el paso del tiempo, las restauraciones pueden deteriorarse y hacer necesario su reemplazo. Es por eso por lo que, especialmente en odontopediatría, se pretende fomentar la prevención y no sólo realizar los tratamientos necesarios para curar la patología que presente el niño en un momento determinado.



En algunas ocasiones, el odontólogo puede recomendar la colocación de coronas metálicas preformadas, muy utilizadas en odontopediatría, que sí son elementos que impiden la formación de caries en el diente que recubren y ayudan a preservar tanto la estructura dentaria, como las restauraciones en él realizadas, así como el espacio en la arcada dental.

3. ¿Se trata igual una caries en un diente de leche que en uno definitivo?

Aunque los tratamientos puedan ser similares, hay que distinguir si se trata de un diente temporal o de un diente permanente ya que, en función de la patología que presente, las opciones de tratamiento, así como el desarrollo del mismo, van a ser muy distintos. Si la caries no afecta al tejido nervioso del diente, se puede sanear mediante la realización de una obturación (un empaste).

Si la lesión llega al nervio, en dientes temporales, se realiza una pulpotomía o una pulpectomía, según el caso. En este sentido, es muy importante destacar que, debido a la amplitud del tejido nervioso de los dientes temporales, una caries que, a simple vista parecería pequeña, podría estar ya afectando al nervio.



Cuando la caries ha provocado una destrucción grande en el diente, se pueden colocar las coronas metálicas preformadas que antes mencionábamos. Su finalidad es devolver forma y función al diente afectado, lo que nos permite mantener el espacio a la vez que facilita que el niño pueda masticar bien.

Las coronas preformadas constituyen una opción de tratamiento muy eficaz y son de carácter temporal: llegado su momento, se caerá el diente temporal que lleva la corona y saldrá el definitivo a ocupar su lugar.

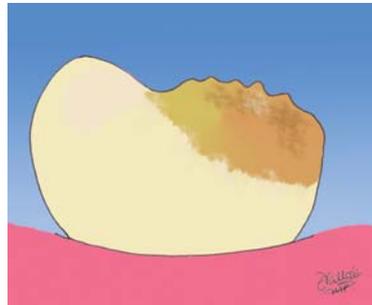
Sólo en caso de infección o destrucciones muy extensas que hacen inviable la restauración del diente, se realiza la extracción del diente temporal. En estos casos, casi siempre hay que instalar un mantenedor de espacio para evitar que se pierda el espacio necesario para la correcta ubicación del diente permanente. Una gran parte de los tratamientos de ortodoncia que se realizan en la actualidad son a consecuencia de pérdidas de espacio en la dentición temporal.

4. Mi hija tiene una muela con el nervio dañado y precisa tratamiento. Si se quita el nervio a una muela de leche, ¿significa eso que la definitiva no tendrá nervio?

Cuando la caries se encuentra afectando al nervio de un diente de leche y éste se puede conservar, existen distintas opciones de tratamiento dependiendo de la severidad de la lesión (pulpotomías o pulpectomías). En cualquiera de estas situaciones el tratamiento que se realiza tiene por finalidad mantener el diente libre de infección y funcional en la boca. El nervio del diente temporal es independiente del nervio del permanente, por lo que su tratamiento no implica este último.

5. Me han dicho que mi niño tiene una "hipoplasia" en la muela de los 6 años, que le acaba de salir, ¿qué significa? ¿tengo que llevarlo al dentista para tratar este diente?

La hipoplasia es un defecto en la calcificación del diente y supone una estructura del esmalte más débil y en ocasiones hipocalcificada. Es por este motivo que estos dientes son más sensibles y en ocasiones facilitan el desarrollo de la caries. Además al ser la estructura más débil, existe un rápido desgaste de la superficie, comprometiendo con facilidad al nervio del diente y produciendo sensibilidad.



Precisa una valoración por parte del odontopediatra, que considerará cual es la opción de tratamiento más apropiada al caso; controlar, o restaurar o en algunos casos además colocar una corona metálica.

6. ¿Es necesario poner anestesia para hacer un empaste a un niño?

Salvo tratamientos preventivos y ortodónticos, la mayor parte de los procedimientos odontológicos infantiles, al igual que en los adultos, se realizan con anestesia local con el objetivo de que el niño no sienta dolor durante la realización de los mismos y mantener así una motivación positiva.

Es importante dejar que sea el odontopediatra quien explique al niño adecuadamente el procedimiento y las sensaciones que va a tener ya que está mucho más familiarizado con el manejo del niño en este tipo de situación.

7. ¿Se pone la misma anestesia que en el adulto?



El tipo y la composición del anestésico que se utilizan son los mismos que en el adulto, pero varía la dosis en función de la edad y el peso de los niños, al igual que ocurre con otros fármacos (paracetamol, amoxicilina, ibuprofeno, etc.)

El odontopediatra conoce las técnicas adecuadas para que, en los casos en los que es necesario el tratamiento dental con anestesia local, el procedimiento resulte prácticamente indoloro y no constituya una barrera para futuras intervenciones.

8. Es mejor prevenir que curar

1. ¿Pueden evitarse las caries?

Podemos prevenir la caries ya que se trata de una infección bacteriana. Los padres y adultos a cargo de los niños podemos jugar un papel muy importante en la reducción del riesgo de desarrollo de la caries de la primera infancia y en la protección de la sonrisa y la salud oral del niño.

Nuestra actuación irá encaminada a reducir el riesgo de transmisión de bacterias, comenzar a limpiar los dientes tan pronto aparezcan en la boca y tener precaución si se usa el biberón.

Es recomendable que la dieta no sea abundante en azúcares refinados, evitando los alimentos de consistencia blanda y pegajosa. El peor momento para la ingestión de estos alimentos es por la noche, de ahí la importancia de que se realice un buen cepillado antes de ir a dormir.

Por otro lado, igual de importante es evitar comer entre horas, ya que los restos de alimentos permanecen entre los dientes hasta que se cepillan, favoreciendo así la aparición de caries.



La modificación de la frecuencia del consumo es incluso más importante que la cantidad. Se recomienda favorecer el hábito de realizar cinco comidas al día, evitando la costumbre de “picar” entre ellas.

Desde el primer momento, durante la lactancia, incluso si el bebé se nutre exclusivamente de leche materna, hay que considerar que esta contiene elementos azucarados que podrían llegar a provocar desmineralización del esmalte, pero para que esto se produzca, es necesario que se mantengan en contacto durante más de ocho horas.

2. ¿Cómo se puede prevenir la aparición del “dolor dental”?

La mejor manera de prevenir el dolor dental es mantener la dentadura y las encías sanas. Para ello conviene que lleves a tu hijo de manera regular al odontopediatra para realizar revisiones preventivas, y si fuese necesario, tratar de forma precoz cualquier problema.

3. ¿Cuándo se debe empezar a lavar los dientes al niño?

Desde el principio, aunque el niño no tenga dientes, debe realizarse una limpieza de las encías después de cada toma para eliminar los residuos que puedan quedar. Es la mejor manera de prevenir una caries temprana en los futuros dientes de leche.



Para ello, utiliza una gasa humedecida limpiando, no sólo las encías, sino también la lengua, arrastrando los restos de leche o cualquier otro alimento. Esta operación debe llevarse a cabo, idealmente, tras cada toma o, como mínimo, una vez al día, preferiblemente después de la última toma, previa a la etapa de sueño más prolongada.

Desde el mismo momento de la aparición de los primeros dientes, la limpieza puede realizarse con diversos elementos, desde los dedales de silicona o látex hasta los cepillos de pequeño tamaño fabricados con filamentos muy suaves, adecuados a las características de la boca del niño.

Debemos conocer que los gérmenes de la cavidad oral de los adultos próximos al niño pueden transmitirse a su boca a través de la saliva (besos, intercambio de cucharas, prueba de alimentos y, sobre todo, a través de un gesto muy común, la limpieza del chupete o tetina con la saliva del adulto). Las precauciones que deben tenerse con el niño, por tanto, deberían ser similares a las que se tienen cuando el adulto tiene un catarro.

Es conveniente cepillar los dientes después de cada ingesta para eliminar los restos de alimentos que pueden quedar en la cavidad oral. Además, conviene que el cepillado sea lo más seguido posible a las ingestas: cuanto antes se realice, menos tiempo tienen las bacterias para actuar.



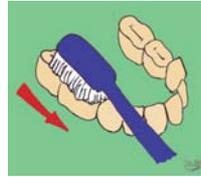
Hasta los ocho años, el niño no tiene destreza manual suficiente como para realizar un cepillado efectivo. En cualquier caso, para favorecer el proceso de aprendizaje, se recomienda que sea el niño el que cepille sus propios dientes, bajo la supervisión de un adulto y que, al final, el adulto “repare” el cepillado.

4. ¿Cómo puedo hacer para limpiar bien los dientes de mi hijo?

La manera más sencilla de realizar el cepillado a un niño, es hacerlo de la misma manera en que te cepillas tus propios dientes. Suele ayudar situarse detrás del niño e inclinar hacia atrás su cabeza ligeramente.

Al igual que debemos hacer cuando cepillamos nuestros dientes, conviene establecer un orden para no olvidar ninguna zona de la boca ni ninguna superficie dentaria. Para terminar, no olvides cepillar la lengua con cuidado para no producir arcadas.

Se puede empezar limpiando las superficies masticatorias de las muelas con un movimiento de atrás hacia delante.

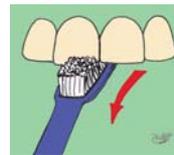


Después, coloca el cepillo en un ángulo de 45° en dirección con la línea de las encías. Haz movimientos suaves y breves, como de barrido, desde la encía hacia el resto del diente.



Este mismo movimiento se utiliza para limpiar las superficies externas de los dientes, tanto posteriores como anteriores, superiores como inferiores. También se utiliza para limpiar las caras internas de los dientes posteriores, tanto superiores como inferiores.

Para limpiar las superficies frontales interiores, el movimiento es el mismo pero puede ayudar mantener el cepillo hacia arriba, en posición vertical, y hacer movimientos suaves desde la encía hacia el resto del diente con la punta del cepillo.



5. ¿Qué pasta de dientes debo utilizar?

En niños menores de 2 años, suele aconsejarse una higiene bucal que utilice únicamente el cepillo de dientes. En caso de querer utilizar pasta dental, se recomienda una pasta de dientes con 500 ppm¹ de flúor.

La colocación de pasta en el cepillo dental siempre debe hacerla o supervisarla un adulto y es importante que, durante los primeros años, el cepillado también se realice bajo supervisión adulta, controlando que la pasta no sea ingerida.

De dos a seis años de edad se debe colocar la cantidad de tamaño de “un guisante” de pastas dentífricas con un contenido en fluor entre 1000 y 1450 ppm.

En niños mayores de seis años, la cantidad de pasta a colocar en el cepillo de dientes equivaldría a “un guisante”, y la concentración de flúor de 1450 ppm.

6. ¿Qué tipo de cepillo es más recomendable?

El cepillo dental debe estar adaptado a la edad del niño, tanto el cabezal, como las cerdas y el mango. Existen en el mercado diferentes modelos de cepillos, adecuados a cada etapa del crecimiento del niño y su fase de erupción dentaria. El cepillo dental debe ser renovado cada 3 meses, porque los filamentos pierden firmeza y además, porque tanto sobre los filamentos como sobre los mangos se multiplican muchos microorganismos capaces en algunas ocasiones de transmitir enfermedades (resfriados, gripes, herpes, enfermedades periodontales...). En el caso de niños pequeños que, en muchas ocasiones, lo mordisquean y lo deterioran mucho antes, el cambio del cepillo debe realizarse incluso en periodos de tiempo inferiores a los tres meses.



¹ppm=partes por millón

En los bebés, se debe comenzar empleando estimuladores, mordedores y dediles que poseen cerdas de goma o de pelo y preceden al empleo del cepillo.

A partir del comienzo de la erupción dentaria, los cepillos deben tener un cabezal pequeño con cerdas suaves y redondeadas y un mango adaptado para facilitar su agarre. El odontopediatra puede sugerirle algunos de los más adecuados para cada caso.

Desde que comienza la fase del recambio dentario (a partir de los 6 años de edad), se deben emplear cepillos con una cabeza de mayor tamaño, ya que el tamaño de las arcadas crece al comenzar a erupcionar los primeros molares permanentes.

Después del uso del cepillo, es importante que se lave y se seque. Se debe guardar en un lugar seco y ventilado, evitando que las cerdas contacten con las de otros cepillos. Algunos cepillos presentan una caperuza para protegerlos de la contaminación. Estas tapas sólo deben colocarse en el cepillo cuando éste seco y, entre un uso y otro, es importante mantenerlas limpias con agua y jabón.

7. ¿Son buenos los cepillos eléctricos para los niños?

Los cepillos eléctricos, siempre con cabezal infantil adaptado y regulación de revoluciones adecuada, podrían estar indicados en niños a partir de los ocho años ya que permiten agilizar y mejorar la eliminación mecánica de la placa bacteriana, llegando incluso a alcanzar parte de los espacios interproximales.

Además, la novedad, la simplicidad de su manejo y los nuevos sistemas de guía para el cepillado, pueden ayudar a motivar al niño a cepillarse con más frecuencia y durante el tiempo necesario.

Por otro lado, también constituyen una ayuda para los padres que deben realizar el cepillado de sus hijos o realizar el repaso final.

En cualquier caso, un adecuado manejo del cepillo eléctrico también requiere aprendizaje; su mala utilización puede traducirse en un cepillado ineficaz o incluso nocivo.

8. ¿Es recomendable usar gotas o pastillas de flúor?

La administración de este tipo de preparados en España está en desuso ya que el principal mecanismo de acción del flúor sobre la prevención de la caries es tópico, es decir, a través de pastas dentífricas, colutorios, geles y barnices.



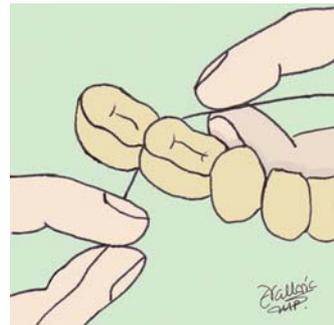
Asimismo, el flúor está presente en el agua de la mayoría de las redes de abastecimiento municipales, así como en la mayoría de las aguas embotelladas. Por ello, si administramos estos suplementos de flúor, podríamos provocar una fluorosis por sobredosificación, que se traduce en una alteración del esmalte dentario caracterizada por la presencia de manchas, desde blancas hasta color marrón, en toda la superficie dentaria.

La OMS, ya desde 1994, advierte que “la utilización de suplementos de flúor tiene una aplicación limitada como medida de salud pública”.

9. Me han recomendado la utilización de seda dental para limpiarme entre los dientes, ¿sería beneficioso que la utilice también mi hijo?

La seda y la cinta dental no deben ser utilizadas por niños menores de 8 años. En el caso que se utilicen hasta esa edad, la manipulación será efectuada por los padres o cuidadores.

Entre los 9-12 años será necesaria todavía la supervisión del adulto. Los cepillos inter-proximales tampoco están indicados durante la infancia debido a su difícil manejo.

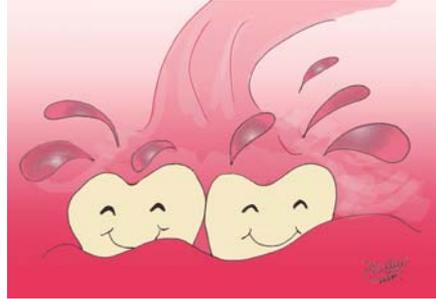


En cualquier caso, deja que sea el odontopediatra quien valore la situación particular de tu hijo y te recomiende las medidas higiénicas más adecuadas.

10. ¿Es recomendable la utilización de colutorios en niños pequeños?

En muchas ocasiones, puede ser recomendable que el niño realice enjuagues con algún colutorio que le prescriba su odontopediatra.

Los colutorios utilizados con más frecuencia en la infancia son los colutorios fluorados, formulados sin alcohol, que suelen dividirse en dos grupos: un primer grupo cuya concentración en flúor es la adecuada para su uso diario (0.05%) y otros más concentrados (0.2%) que se utilizan una vez a la semana.



La edad de inicio aconsejada para su utilización es de 5-6 años, siempre y cuándo, el niño sea capaz de controlar el enjuague sin ingerirlo.

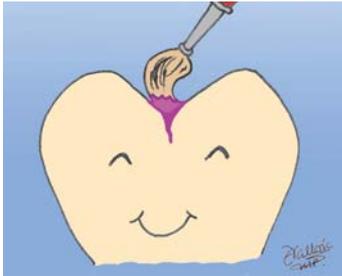
Los colutorios deben utilizarse sin diluir y tras su utilización no conviene enjuagarse la boca con agua. Asimismo, se recomienda no comer ni beber nada, por lo menos, en la media hora siguiente a su utilización.

11. ¿A qué edad y con qué frecuencia deben hacerse las limpiezas profesionales?

No es tanto la edad sino el problema el que determina el momento de comenzar a realizar un determinado tratamiento, en este caso, las limpiezas de boca. Tanto la edad de comienzo como la periodicidad con la que se realicen, se establecerá de manera individual, según el caso: la composición de la saliva, tipo de dieta, calidad de los dientes, flora bacteriana bucal y hábitos higiénicos del paciente son, entre otros, factores que pueden condicionar el acúmulo de placa o sarro en los dientes de los más pequeños.

Existen diversos tipos de limpieza bucal, en función de las necesidades de cada paciente. En la mayoría de las ocasiones, previa a la aplicación de flúor, se realiza una limpieza de los dientes del niño, cuya intensidad varía dependiendo de lo sucios que estén, de la presencia de manchitas, tinciones, placa o sarro. El odontopediatra decidirá si puede ser suficiente con la realización de una profilaxis con cepillo y pasta de pulir o si necesita eliminar el sarro con la ayuda de ultrasonidos, por ejemplo.

12. ¿Qué es “sellar los dientes” y para qué se hace?



Los surcos, fisuras y fositas del diente son las zonas más susceptibles a la aparición de caries dental. Además, cuando salen los dientes definitivos y durante los dos primeros años de su presencia en la boca, éstos aún se encuentran completando el proceso de mineralización, con lo cual, durante esta etapa son aún más vulnerables a los ataques ácidos provocados por las bacterias.

El sellado es una medida preventiva que consiste en la colocación de una fina lámina de resina que protege de manera mecánica estas zonas más susceptibles cuando el diente se encuentra sano. Evidentemente, al ser un elemento adherido sobre un diente sometido al roce de los alimentos, a la presencia de saliva, etc., pueden desprenderse total o parcialmente con el uso, lo que hace necesario las revisiones periódicas y su reposición cuando se considere oportuno.

No todos los niños (incluso, dentro de un mismo niño, no todos los molares) requieren o pueden beneficiarse de la colocación de selladores. El odontólogo evaluará la conveniencia o no de colocarlos en cada caso.

Siempre que se coloquen selladores, es fundamental un seguimiento y un mantenimiento periódico para garantizar la efectividad de los mismos.

La aplicación de los sellados debe ser considerada como una medida complementaria dentro de la estrategia de prevención que incluirá otras actuaciones como la educación dental, el control de dieta, la aplicación de fluor, higiene oral y visitas periódicas semestrales con el odontopediatra.

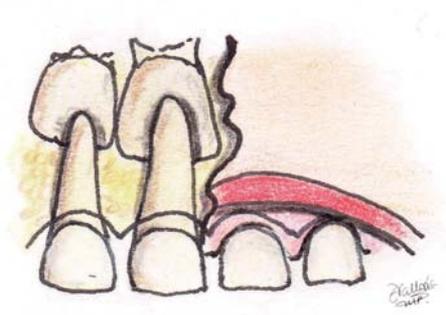
13. ¿Qué dientes se sellan y cuándo?

En general, se recomienda la colocación de los sellados en dientes permanentes, así como en molares primarios, aunque en este último caso la evidencia científica es más limitada. Para algunos autores, su aplicación resulta más efectiva justo después de la erupción del molar o no más de 2 años después de la misma aunque, para poder colocar un sellador de manera correcta, toda la superficie a sellar tiene que estar completamente visible, no cubierta por encía.

9. Sobre los traumatismos

1. ¿Qué debo hacer ante un golpe en los dientes?

La importancia de mantener la salud e integridad del diente definitivo se hace especialmente importante ante el hecho de un traumatismo en el cual pueden verse implicados, no sólo la corona dentaria (que es lo más evidente), sino también la pulpa-nervio del diente-, la raíz y el ligamento que une la raíz al hueso maxilar.



Ante un traumatismo en dientes temporales, lo primero que tenemos que tener presente es esta íntima relación que existe entre diente temporal y permanente.

El modo de actuar ante un golpe en los dientes, va a depender de muchos factores: en función de si ha ocurrido sobre un diente temporal o sobre un diente permanente, y de las condiciones en las que se haya producido el traumatismo, existen ciertas pautas de actuación que podrían mejorar el pronóstico.

En cualquier caso, es imprescindible buscar atención de urgencia con un odontopediatra, incluso acudir a un centro hospitalario en función de la gravedad del traumatismo. Un correcto diagnóstico, un adecuado manejo desde el primer momento y la posterior instauración del tratamiento indicado van a favorecer la recuperación de las estructuras afectadas.

Posteriormente, será necesario establecer un adecuado plan de control y seguimiento, con el fin de atajar de manera precoz las posibles complicaciones del traumatismo.

2. ¿Puede un golpe en un diente de leche causar daño a uno definitivo?

Es muy importante saber que los dientes definitivos se encuentran dentro del hueso, en fase de formación, íntimamente relacionados con la raíz del diente de leche. Cualquier golpe en el diente temporal, por mínimo que parezca, podría producir una alteración en la formación correcta de este diente definitivo.

Estas alteraciones pueden ser más o menos llamativas, en función de la gravedad del golpe, pudiendo producir alteraciones de forma, de color, incluso retrasar o dificultar la erupción de los dientes definitivos implicados.

Así mismo, un traumatismo puede provocar una lesión en el nervio del diente temporal, el cual podría contaminarse, produciéndose un proceso infeccioso.

Tal como se comentó en el apartado de caries, una infección prolongada en un diente temporal podría producir malformaciones, manchas o lesiones secundarias en el diente definitivo.

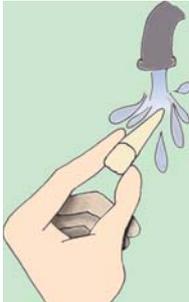
3. ¿Qué debo hacer si se sale un diente por completo?

En primer lugar, es muy importante diferenciar si se trata de un diente temporal o de un diente definitivo. En cualquiera de los casos, es conveniente localizar el diente que se ha salido para poder valorar si está completo o si ha quedado algún trozo fracturado dentro.

Si se trata de un diente definitivo, sería fundamental localizarlo para poder reimplantarlo. Si se trata de un diente temporal, puede ser útil localizarlo aunque hay que tener presente que nunca deben reimplantarse por el riesgo que esta maniobra y/o las complicaciones derivadas de la evolución pueden suponer para el diente definitivo que se encuentra en formación.

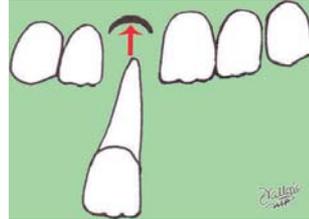
El especialista se encargará de aplicar las medidas necesarias para reducir las consecuencias de dicho golpe.

1.



La recogida y manipulación del diente nunca debe de hacerse por la zona de la raíz. Siempre que sea posible, se tomará el diente por la corona, se lavará con suero, agua o leche

2.



Se intentará recolocar en el alveolo dentario y mantenerlo en su sitio mordiéndolo con una servilleta o un pañuelo,

3.



Acudir de forma inmediata al odontopediatra

4.



Si esto no fuera posible o no nos sintiéramos capaces de hacerlo, el traslado de dicho diente debe de hacerse de forma muy urgente al odontopediatra, conservándolo en medio húmedo (suero, leche...), nunca en seco.

4. ¿Qué debo hacer si se rompe un diente?

Al igual que en el caso anterior, convendría encontrar el fragmento fracturado ya que esto puede ayudar a evaluar la situación y en algunas ocasiones, se puede volver a unir al diente, permitiendo una restauración más natural. Se debe acudir de inmediato a la consulta del odontopediatra, llevando el fragmento del diente en un vasito con agua o con suero fisiológico. El especialista descartará la existencia de otras lesiones menos evidentes, realizará el tratamiento de urgencia oportuno y establecerá las pautas adecuadas para seguir en el hogar así como la planificación de citas de control.

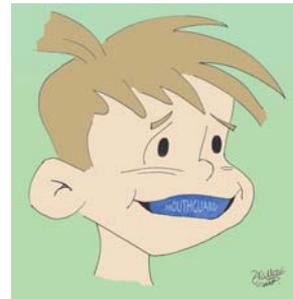
5. ¿Qué debo hacer si mi hijo se ha mordido la lengua o el labio?

Conviene aplicar presión directa en la herida para parar el sangrado. En muchas ocasiones, puede ser útil la aplicación intermitente de frío sobre la zona afectada. Si el sangrado no para en un tiempo razonable (aproximadamente 5 minutos), lleve al niño a un servicio de urgencias.

6. Mi hijo juega a hockey sobre patines y cada vez que voy a un partido sufro por sus dientes...

Los niños son más susceptibles de sufrir traumatismos relacionados con el deporte entre los 7 y los 11 años de edad. Todas las actividades deportivas conllevan un riesgo asociado como consecuencia de caídas, encontronazos y golpes contra superficies duras.

En los países en que existe una regulación al respecto, se ha demostrado que tanto las lesiones faciales como las dentales pueden reducirse de manera significativa introduciendo normativas que obliguen al uso de material protector de los dientes y la cara. Además, es conveniente recalcar que el uso de protectores debería extenderse a los jóvenes que practican algún tipo de actividad de riesgo (skating, patinaje urbano, ciclismo, etc...).



Si tu hijo practica algún deporte en el que pueda existir contacto (hockey, baloncesto, balonmano, etc...), acude a su Odontopediatra para que le confeccione un protector bucal.

10. Otros problemas odontopediátricos

1. ¿Qué debo hacer si mi hijo tiene dolor de muelas?

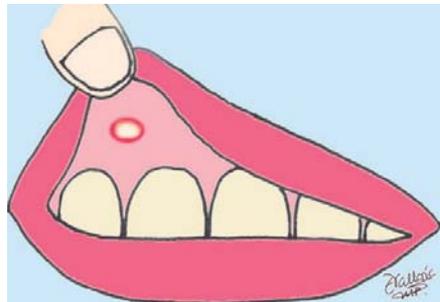
El dolor dental es, probablemente, uno de los dolores más molestos que sufre el ser humano, y el más frecuente dentro de la región facial.

La causa más frecuente es una pulpitis (inflamación aguda del nervio del diente), como consecuencia de una caries o por la exposición del nervio tras un traumatismo. Suele manifestarse como un dolor intenso y punzante, que aparece en respuesta a estímulos como los alimentos fríos, calientes, o dulces. En otras muchas ocasiones, el dolor puede estar producido por el empaquetamiento de comida entre las muelas.

En estos casos, conviene extremar la higiene y usar hilo dental para retirar cualquier alimento retenido en los dientes. También puede ser de ayuda hacer que el niño se enjuague la boca con agua tibia. En cualquier caso, conviene acudir inmediatamente a su odontopediatra para su evaluación y tratamiento.

2. ¿Qué son las aftas?

Las aftas son pequeñas heridas que aparecen en distintas localizaciones de la boca. Actualmente, se desconoce la causa común que provoca su aparición, aunque se ha relacionado con varios factores pero ninguno determinante, como son: estrés, ciertos alimentos, exposición al sol, falta de vitaminas, etc.



En el paciente infantil, cada vez se utilizan más aquellas soluciones que contienen ácido hialurónico (como, por ejemplo, Aloclair Plus®, que es apto para su uso a cualquier edad) ya que es considerado un producto inocuo que permite aplicaciones más frecuentes y numerosos estudios lo describen como altamente eficaz. Su aplicación local sobre la mucosa bucal lesionada, además de aliviar el dolor y disminuir la inflamación, favorece y acelera la regeneración, así como la cicatrización natural de las lesiones ulcerosas.

El odontopediatra valorará las lesiones y le recomendará la medicación y forma de aplicación más adecuada para ese caso.

3. ¿Qué es el herpes labial y la primoinfección herpética?

Esta lesión aparece cuando se ha producido una infección por un virus (Herpes Simple) en la primera infancia (0-2 años).

Esta primera infección se caracteriza por una gran inflamación dolorosa de las encías, acompañada de fiebre elevada y que impide ingerir alimentos. Aunque no existe tratamiento curativo eficaz, debe ser valorado por el odontopediatra, para un correcto diagnóstico y para instaurar las medidas adecuadas que ayuden al pequeño a sobrellevar los síntomas que produce.

Tras la curación de la infección, este virus inicial se queda en el interior del organismo acantonado en los ganglios.

A lo largo de la vida, puede sufrir una reactivación por varios factores que varían de un individuo u otro: estrés, exposición al sol, alteraciones hormonales, etc.

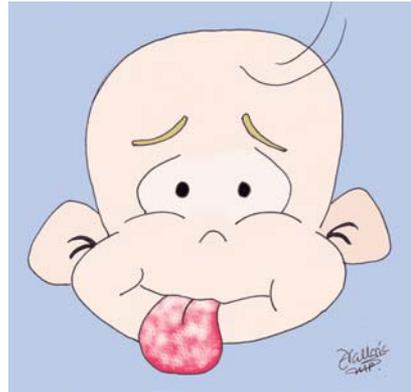
Esta reactivación se realiza en forma de herida localizada en el labio o comisura, que se precede de un cierto hormigueo o tensión en la zona.

4. ¿Qué es el “muguet”?

El muguet o candidiasis oral es una infección común provocada por un hongo llamado “candida albicans” que se manifiesta en forma de manchas blancas en el interior de las mejillas, el paladar, la lengua y los labios, provocando irritación e inflamación.

Aunque no suele revestir gravedad, debe tratarse, ya que suele ser molesta y puede afectar a la alimentación.

El hongo, habitualmente, desaparece en pocos días. Lo único que podemos hacer para eliminarlo es limpiar el interior de la boca del bebé con una gasa empapada en solución preparada con una cucharadita de bicarbonato disuelto en una taza de agua templada, previamente hervida. Hay que envolver el dedo con la gasa y dar ligeros toques en las zonas afectadas tres o cuatro veces al día hasta que las manchitas desaparezcan totalmente.



Si tu bebé tiene muguet en la boca, el especialista podría recetar un antifúngico en gel o líquido. Deberás depositar la dosis indicada del medicamento sobre las placas después de cada toma o comida. Las llaguitas deberían empezar a mejorar en 24 horas.

Si estás dándole el pecho, deberás tratarte también tú. El médico te recetará una crema antifúngica para los pezones y como medida preventiva, tendrás que lavártelos bien antes de cada toma.

Del mismo modo, la "candida albicans" puede alojarse en las tetinas del chupete o del biberón, con lo que deberían extremarse los cuidados en cuanto a higiene y desinfección.

Aunque el muguet es más común que salga en los bebés pequeños, también puede aparecer en niños más mayores, en especial, tras haber recibido un tratamiento antibiótico que haya podido alterar la flora bacteriana de la boca.

5. Siento que mi hijo tiene mal aliento, ¿por qué puede ser?

Son muchas las posibles causas del mal aliento (halitosis) en los niños y pueden tener su origen en diferentes órganos como la cavidad oral, la faringe, el estómago, las fosas nasales, etc. Asimismo, puede ser un signo transitorio en la

evolución de alguna afección infecciosa aguda como son las estomatitis, gingivitis, faringoamigdalitis, rinitis, sinusitis o bien persistir durante un largo periodo acompañando a afecciones crónicas no diagnosticadas.

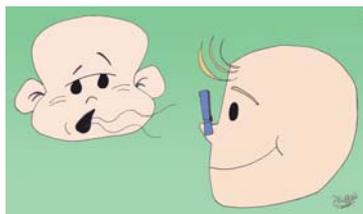
En la mayoría de las ocasiones, el olor desagradable en el aliento se debe a pequeños restos de comida que interactúan con las bacterias que se encuentran en la boca. Principalmente estas pequeñas partículas de comida se pueden encontrar en la parte posterior de la garganta, en la superficie de las amígdalas, en la lengua, en las encías y por supuesto, entre los dientes. Es por esto que la higiene bucal se hace imprescindible a la hora de evitar el mal aliento.

6. ¿Puedo hacer algo para mejorar su aliento?

En algunos casos, la solución puede pasar por visitar al odontopediatra quien descartará la posible existencia de caries, realizará los tratamientos necesarios y os ayudará a instaurar los hábitos higiénicos adecuados.

No hay que confundir la halitosis infantil con el mal aliento que puede presentar el niño al levantarse por la mañana. Como resultado de la falta de saliva durante el sueño, los microorganismos que se encuentran en la boca comienzan a desarrollar su actividad provocando la proliferación de gases de olor desagradable. En estos casos, simplemente con cepillar bien los dientes, desaparecerá el problema.

Si se trata de un caso de mal aliento provocado por un pequeño cuerpo extraño alojado en la garganta o en la nariz, lo mejor es acudir al especialista que se encargará de verificar la causa real del mal aliento y actuar en consecuencia.



Si el mal aliento persiste, es posible que exista otro tipo de problema, posiblemente un trastorno orgánico como puede ser la gastritis, un reflujo provocado por una pequeña hernia de hiato, una infección en las vías aéreas superiores, etc. En estos casos, normalmente, el mal aliento acompaña a más sintomatología.

Si el niño usa mucho el chupete, se chupa el dedo o chupetea objetos o tejidos a menudo, es más fácil que tenga mal aliento ya que el objeto puede tener olor debido a la repetida interacción con la saliva y las bacterias que tenemos en la boca, o incluso pequeños restos de comida que puedan quedar. En caso de que tu hijo tenga mal aliento una buena opción es darle agua frecuentemente, de esta manera podrás disminuirlo.

Si se chupa el dedo asegúrate de lavar sus manos con jabón frecuentemente y en cuanto al chupete, es importante lavarlo a menudo, dejarlo secar y esterilizarlo siempre que sea posible. De igual manera habría que actuar con los objetos que tiende a chupar (mantitas, peluches, etc.).

7. A mi hija se le está poniendo un diente negro, ¿por qué puede ser?

Normalmente, los cambios de coloración en un diente aislado suelen ser la manifestación de un traumatismo antiguo.

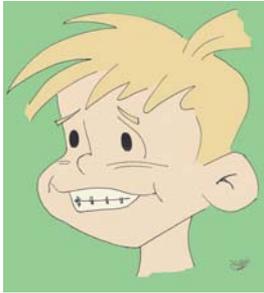
Muchos de los golpes en bebés y niños pequeños pasan desapercibidos, hasta que los padres detectan un cambio de coloración variable (gris, rosado, amarillo ó marrón) en los dientes de leche (generalmente los incisivos superiores).

Este cambio de coloración suele ocurrir como consecuencia de una inflamación y/o muerte (necrosis) del nervio dental (pulpa). La realización de una exploración clínica y radiológica completa ayudará al odontopediatra a determinar el tratamiento más adecuado.

11. Sobre unos dientes bien colocados

1. ¿A partir de qué edad se recomienda ortodoncia?

No existe una edad, sino una patología la que determina la necesidad de comenzar un tratamiento de ortodoncia. Hay problemas que requieren de la presencia de todos los dientes definitivos para comenzar un tratamiento de ortodoncia



alrededor de los doce años pero, en otras ocasiones, nos encontramos con problemas que no sólo afectan a la colocación de los dientes sino que también involucran estructuras óseas. En estos casos, los tratamientos tempranos (incluso desde los tres años de edad) aprovechando el crecimiento del paciente, o reconduciendo hábitos nocivos, podrían estar indicados.

La evaluación del problema y las consecuencias de no hacer un tratamiento precoz, las distintas opciones de tratamiento, las características del niño y otros factores serán determinantes a la hora de decidir el momento de comenzar un tratamiento de ortodoncia.

2. Si se pone un aparato de manera temprana, ¿es posible que vuelva a necesitar otro cuando cambie los dientes?

Como ya hemos visto, se podrían diferenciar dos etapas distintas dentro de un tratamiento de ortodoncia.

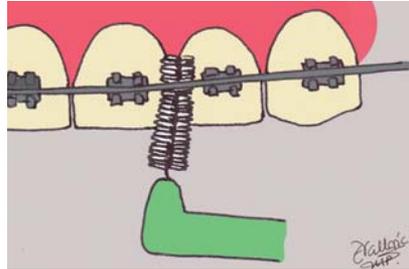
En una primera etapa, se procura tratar los problemas que requieran un niño en crecimiento para modificar, en lo posible, el maxilar o la mandíbula. También se considera mejorar determinadas posiciones dentarias que, de mantenerse durante el crecimiento, podrían desencadenar problemas mayores, muy difíciles o imposibles de corregir, en un futuro. Esta primera fase (que no siempre es necesaria o posible), nos resuelve multitud de problemas y nos permite realizar, más adelante, tratamientos mucho más sencillos y rápidos cuando así se requiere.

La segunda fase consiste básicamente en movimientos dentarios, para lo que es necesaria la presencia de todos los dientes permanentes erupcionados.

3. ¿Es normal que a mi hijo le sangren las encías desde que lleva aparato?

La higiene es una de las cuestiones más importantes durante el tiempo que se mantienen los aparatos en la boca. Es preciso que el niño lleve a cabo una limpieza oral minuciosa.

Si lleva aparatos fijos, es difícil cepillar bien las zonas de las encías pero existen cepillos específicos y cepillos interdentes que utilizados convenientemente ayudan a retirar los restos de alimentos entre los dientes. Igualmente, los aparatos que impulsan agua son beneficiosos para retirar los grandes restos de comida de entre los dientes.



Cuando las encías no se limpian bien, tienden a sangrar y aumentar de tamaño, por ello es imprescindible una correcta higiene en esta zona.

Aún así, es muy común la aparición de aftas y lesiones orales con el uso de aparatos, especialmente al comienzo del tratamiento. Se producen por el roce del aparato con los tejidos blandos de la boca (lengua, labios, parte interna de las mejillas). Hay productos como los geles y colutorios con ácido hialurónico y aloe vera (como p.ej. Aloclair Plus®) que alivian el dolor rápidamente y contribuyen a la cicatrización de las lesiones orales.

12. Niños con “sonrisas especiales”

1. ¿Qué quiere decir “niños con necesidades especiales”?



El colectivo que se ha dado en llamar “pacientes con necesidades especiales” incluye cualquier condición física, mental, sensorial, del comportamiento o emocional, que suponga algún tipo de limitación para el paciente, y que por tanto, requiera intervención médica o sanitaria y el uso de unidades especializadas que van más allá de lo considerado como habitual y rutinario.

La rama de la odontología destinada a los cuidados especiales parte de la odontopediatría. Dentro de los odontólogos dedicados al cuidado infantil, existen aquellos que dedican su labor a atender niños con necesidades especiales en odontología.

2. ¿Cómo se actúa frente a pacientes con minusvalías?

Los pacientes infantiles con minusvalías, tanto psíquicas como sensoriales, suelen presentar importantes necesidades de atención odontológica. Un alto porcentaje tienen grandes dificultades a la hora de recibir dicha atención; unas veces por falta de colaboración, y otras por la dificultad para efectuar tratamientos seguros en un medio no hospitalario como es una clínica dental. Gran parte de estos pacientes requerirán tratamiento odontológico especializado bajo anestesia general.

Se debe consultar con el odontólogo de atención primaria. Será el encargado de valorar y remitir al paciente para recibir el tratamiento adecuado en ámbito hospitalario. En algunas comunidades autónomas, el tratamiento preventivo y conservador se encuentra financiado.

Igualmente, existen unidades especializadas en el tratamiento de este tipo de pacientes en algunas universidades públicas españolas.

3. ¿Existen odontólogos especializados en este tipo de problemas?

Efectivamente los odontopediatras son los especialistas que más frecuentemente atienden a niños con necesidades especiales. De hecho, la especialidad surgió de la odontología pediátrica.

4. Un niño con Discapacidad Intelectual, ¿puede presentar problemas bucodentales específicos asociados a su problema?

Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo (rechinar de los dientes) y babeo. Es muy frecuente encontrar maloclusiones como consecuencia de las disfunciones orales y de la alteración del tono muscular.

Cuanto mayor es el grado de discapacidad intelectual, mayores dificultades experimenta el paciente al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, mayores dificultades para tragar, mayor dificultad para mantener una higiene oral aceptable y como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis (inflamación de las encías) y enfermedad periodontal (pérdida del hueso que sujeta los dientes).

5. ¿Cómo debe cuidarse la boca de estos pacientes?

Las estrategias de odontología preventiva deben instaurarse precozmente para reducir al mínimo las intervenciones terapéuticas.

Los tratamientos necesarios de operatoria dental se llevarán a cabo tan pronto como sea posible pues, de este modo, ayudaremos a reducir las extracciones en un futuro. Así, es muy recomendable referir estos niños, aunque sea a edades tempranas, para tratamientos dentales bajo anestesia general y poder complementar estos tratamientos con programas de prevención y seguimiento para tratar de evitar que estos tratamientos deban repetirse en el futuro.

Es muy importante, también, la motivación de padres y cuidadores para que se involucren en el cuidado de estos pacientes y así, poder llevar un mejor control de la dieta y la higiene de estos pacientes.

En pacientes institucionalizados, a los que se aplican pautas preventivas y control de dieta, se pueden observar bajos índices de caries.

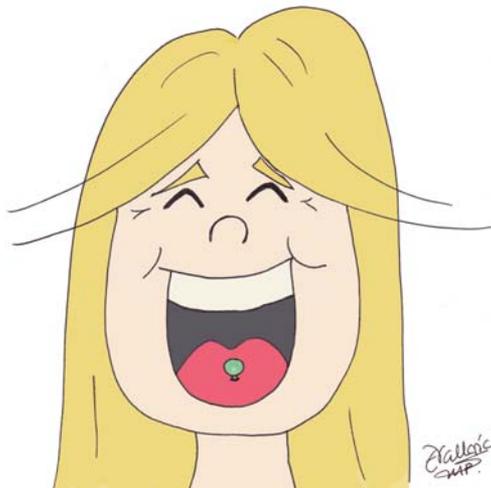
13. El paciente adolescente

Aunque la moda de ponerse “piercings” ha ido ganando popularidad entre los adolescentes y los adultos jóvenes, existe una clara asociación entre la existencia de “piercings” orales en la lengua, labios, mejillas y paladar blando con

situaciones patológicas que incluyen dolor, infección, formación de úlceras, fracturas dentarias, reacciones de hipersensibilidad a los metales, enfermedad periodontal localizada, dificultad para pronunciar bien y lesiones nerviosas.

Existen casos documentados de complicaciones asociadas con los “piercings” orales que han puesto en peligro la vida de las personas, tales como hemorragias, edema o hinchazón de los tejidos y obstrucción de las vías aéreas.

Además, se considera que las técnicas para la colocación de los “piercings” podrían actuar como posibles vectores en la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, tétanos y tuberculosis, por ejemplo) y como causa de endocarditis bacteriana (infección del corazón) en pacientes de riesgo.



Aloclair PLUS®

Rápido alivio del dolor y cicatrización
de las aftas y lesiones orales

Para niños y
adultos de
cualquier
edad



Sin alcohol
No escuece

Aloclair PLUS®, gracias a sus componentes, **alivia el dolor y promueve la curación** de las aftas y lesiones orales.

- Ácido hialurónico: **Hidrata**
- Ácido glicirretínico: **Antiinflamatorio**
- Aloe vera: **Cicatriza**
- Polivinilpirrolidona: **Protege la mucosa oral**



Sin azúcares

 **ITALFARMACO**

www.alocclair.es

Advertencia: El uso de Aloclair Plus® está contraindicado en pacientes con antecedentes conocidos de hipersensibilidad a algunos de sus ingredientes. El producto cumple con la legislación vigente en productos sanitarios