

**CAPÍTULO I**  
**INTRODUCCIÓN**

## CAPÍTULO I

# INTRODUCCIÓN

El fenómeno de erupción dentaria que tiene inicio en la primera fase de la odontogénesis y que acompaña al órgano dentario por toda la vida se define como: el movimiento fisiológico del diente, desde su fase eruptiva intra alveolar hasta su posición funcional en el plano oclusal.

El surgimiento del primer diente deciduo al rededor del sexto mes de vida, constituye un marco importante en la vida del niño y la del padre.

La relación entre la erupción del diente deciduo con el apareamiento de manifestaciones locales y sintéticas constituyen un asunto de gran controversia entre médicos, odontólogos y padres.

Con la erupción dentaria, desde el punto de vista psicológico, el individuo adquiere características de actividad dejando la pasividad.

La erupción unida al cambio de comportamiento, hace que el niño adquiera responsabilidad sobre aquello que lleva a la boca lo cual

puede darle placer o no tornándose activa.

En el periodo de aparecimiento de los dientes deciduos, se relatan una gran variedad de síntomas generales, que tanto padres o responsables del cuidado del niño, relatan episodios relacionados con: fiebre, diarrea, irritabilidad, falta de apetito, vómito, salivación intensa.

La parte teórica de esta tesis está basada en una extensa bibliografía que nos ayuda a comprender las manifestaciones locales e sistémicas producidas durante la erupción dentaria desidua, en la cual hicimos una amplia revisión de la literatura sobre el tema de la dentición.

También demostramos las características de la encía sana para así comprender el lado patológico causado por las enfermedades periodontales.

Luego describiremos la erupción, su etiología, fenómeno y mecanismo, para tener conocimiento de las distintas teorías mencionadas y los diferentes periodos que la erupción presenta. Además relatamos algunos medicamentos naturalista utilizado en el pasado y los no naturalista empleado en el consultorio para contrarrestar las molestias de la erupción.

Después describimos los factores locales y sistémicos que producen manifestaciones en la cavidad bucal y a menudo guarda relación con el retraso de la erupción.

Por último a través de los cuestionarios llenados por los odontopediatras, médicopediatra y padres o tutores fue posible correlacionar las alteraciones encontradas con las descritas en la literatura, y a través de los resultados expresos en forma gráfica de las encuestas fue posible llegar a nuestras propias recomendaciones y conclusiones.

**CAPÍTULO II**

**REVISION DE LA LITERATURA**

## CAPÍTULO II

### REVISION DE LA LITERATURA

Haciendo retrospectiva histórica sobre el tema de la erupción dentaria tenemos que:

RADBILL (1965) revela que los informes que datan del año 3.000 a.C. cuando los sumerios introducían la teoría de un "gusano comedor" de diente como el causante del dolor dentario durante el proceso de erupción. Según este autor el tratado de dentitione, escrito por Hipócrates (460-377 a.C.) se tornó en la base de toda literatura con respecto al tema de "Dentición". En este tratado el autor relató síntomas de "dentición difícil" como por ejemplo: secreción gingival, fiebre, convulsiones y diarreas.

KRUSKA (1946) observó: que las sensaciones desagradables ocurridas durante la erupción, puede ser el resultado directo de irritación nerviosa local y refleja, debido a la presión del diente que está en erupción.

La causa fundamental de la "dentición patológica" se debe a una desproporción entre la absorción gingival y el avance de la corona

del diente.

Después de realizar un estudio comparativo de la temperatura corporal señales de infección general, conteo diferencial de la serie blanca, tazas de sedimentación y patrones de comportamiento en: 126 niños con 192 erupciones de dientes deciduos, en un grupo de control que comprendía 107 niños.

SANEM (1968) concluye que los datos no proporcionaron evidencias de posible aumento de probabilidades de infección corporea de los niños; la erupción dentaria no actuó en el patrón de sueño de los niños, como también no hubo evidencias de aumento de salivación antes de que el niño alcance el primer año de vida, sin embargo, el fraccionamiento gingival aumentó tornándose evidente la pérdida del apetito. En 17 especies de mucosas supregingivales se observó histológicamente de que en 1/3 de los casos no hubo cambio de coloración. La mayoría de las madres que fueron consultadas con respecto a las alteraciones durante la fase de la erupción dentaria éstas se referían a: fiebre, sueño agitado, inflamación del oído medio y como síntoma principal la diarrea.

SEWARD (1971) Al analizar las distribuciones locales en 224 niños, este observó: inflamación gingival y enrojecimiento de la mejilla,

éstas fueron señales clínicas más significativas que se encontraron durante la erupción de los dientes deciduos.

CARPENTER (1978) analizó en 528 niños considerados saludables, la relación que existía entre la erupción de los dientes deciduos centrales inferiores y los disturbios sistémicos ocurridos en el mismo periodo. Concluyó de que sin un estudio virológico no se puede probar que la erupción dentaria es la responsable de los disturbios verificados; que son la fiebre, vómito, diarrea, salivación excesiva, irritabilidad.

Aunque evidencias muestran una correlación entre el proceso de erupción y los disturbios sistémicos.

GARCIA-GODOY (1981) condujo un estudio de 1816 niños con el objetivo de correlacionar estadísticamente la erupción dentaria decidua y la concurrencia de trastornos generales.

Las alteraciones observadas con mayor frecuencia fueron la: sialorrea (10,12%), seguida por la tendencia de llevar el dedo a la boca (6,67%), tumefacción gingival leve (3,91%) y tumefacción gingival avanzada (1,66%).

BENNETT y BRUDMO (1986) relataron que un 84% de los pacientes examinados presentaron aumento de temperatura corporal durante el proceso de erupción. Los autores aislaron el HT virus en 99% de estos pacientes, sin embargo no se detectaron en pacientes que no presentan fiebre.

Según estos autores, con respecto a los movimientos bruscos durante el proceso de la erupción, el virus es removido del estado de latencia en la cresta alveolar, pasando a producir efectos sistémicos y locales.

BENGTSON y colaboradores (1988) Realizaron una encuesta basada en anotaciones diarias, de las condiciones generales y bucales de 36 niños. Observaron que la erupción de los dientes deciduos en un 88,88% de estos presentaron sintomatología general, siendo las más comunes: sialorrea, diarrea, sueño agitado e irritación nasal.

ABUJAMRA (1993) Concluyó a partir de cuestionarios enviados a 50 pediatras y 50 madres o responsables del cuidado de niños de 6 meses a 3 años de edad en la ciudad de San Pablo, que la mayoría de estos concuerdan en que existe relación entre erupción dentaria y manifestaciones sistémicas y locales.

Las manifestaciones más comunes citadas por los pediatras son:

irritación, sialorrea y fiebre; y por las madres son: irritación, falta de apetito y sueño agitado.

Al realizar un estudio literario relacionado con la erupción dentaria decidua con las alteraciones sistémicas, SAMTANA (1993) analizó a niños en un sentido global concluyendo que las alteraciones sistémicas más observadas fueron: irritación, alteración del patrón del sueño, sialorrea, falta de apetito, desordenes infecciosos gastrointestinales y del aparato respiratorio, erupciones cutáneas y fiebre; las alteraciones locales con mayor prevalencia fueron: inflamación gingival con alteración de la coloración del tejido y edema.

**CAPÍTULO III**

**ENCÍA**

## CAPÍTULO III

### ENCÍA

#### 3.1.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NORMALES DE LA ENCÍA.

La encía es la porción rojiza, engrosada y modificada de la mucosa bucal que cubre los arcos dentarios y se adhiere al cuello de los dientes.

Dentro de las características normales de la encía tenemos de que ésta se divide en área marginal, insertada e interdientaria.

#### 3.2.- ENCÍA MARGINAL O ENCÍA LIBRE.

Es aquella que rodea los dientes a modo de collar, siguiendo una línea ondulada en las caras vestibulares y lingual. Es movable hallándose demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión poco profunda llamada surco marginal.

Generalmente el ancho de la encía libre es algo mayor de 1mm o 1,5mm que varía de un individuo a otro y forma la pared blanda o externa el surco gingival.

Puede ser separada de la superficie dentaria por medio de una sonda periodontal, roma con fines de diagnóstico.

### 3.3.- ENCÍA INCERTADA.

Llamada también adherida o fija. Es adyacente a la encía marginal y se continúa, siendo a su vez firme, resiliente, encontrándose estrechamente unida al cemento y periostio del hueso alveolar subyacente. Por su parte vestibular vemos que se extiende hasta la mucosa alveolar la cual es relativamente laxa, de la que la separa la línea mucogingival, no tiene movimiento y se diferencia de la encía marginal porque su epitelio externo es grueso, áspero y queratinizado. Presentando un punteado suave que se ha descrito en forma de cáscara de naranja.

Su ancho es variable de acuerdo a los sectores de la boca y se ha comprobado que aumenta con la edad y con la extrusión de los dientes. El ancho está dado por la distancia que existe

entre la unión mucogingival y la proyección hacia la superficie externa del fondo del surco gingival o de la bolsa periodontal. Así que la encía insertada en la zona incisiva y por vestibular alcanza su mayor anchura siendo de 3.5 a 4.5mm en el maxilar superior y de 3.3 a 3.9mm en la mandíbula. En la zona posterior también por vestibular su ancho se reduce a 2 o 3mm, reduciéndose aún más en la zona de los premolares (1.5 a 1.8mm) debido a la presencia de la zona de inserciones musculares y frenillos.

La encía insertada por palatino en el maxilar superior se continúa sin límite divisorio con la mucosa palatina, en tanto que el maxilar inferior por lingual suele tener características más delicadas por continuarse con la mucosa del piso de la boca.

### 3.4.- ENCÍA INTERDENTARIA.

Llamada también "interproximal o papilar"; es la parte de la encía que ocupa el nicho gingival o espacio interproximal situado debajo o encima del área de contacto dentario según se trate de la mandíbula o el maxilar. Esta encía, a nivel de los premolares y molares consta de dos papilas: una vestibular y

una palatina o lingual y entre ambas el "col" que es una depresión en forma de silla de montar que conecta ambas papilas y se adapta a la forma del área de contacto proximal.

Cada papila tiene forma piramidal de base cuadrangular, presentando cuatro caras que son vestibular, palatina y/o lingual, mesial y distal, una base unida a la encía insertada adyacente y un vértice situado en el área de contacto interproximal dirigido hacia arriba o hacia abajo según se trate del maxilar superior o inferior.

La forma de la encía papilar en los espacios interdentarios, depende del punto de contacto entre los dos dientes adyacentes y la presencia o ausencia del grado de recesión. Las superficies mesial y distal son levemente cóncavas los bordes laterales y el vértice de la papila interdientaria están formadas por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos y la parte media se compone de encía insertada. Las papilas vestibular, palatino y/o lingual unidas por el col solo se encuentran en la zona interproximal de premolares y molares.

En las piezas anteriores superior e inferior hay la ausencia de

col presentando una sola papila.

Cuando existe apiñamiento dentario, el área de contacto es más extensa y por lo tanto la papila interdientaria es más pequeña encontrándose integrada solo por encía marginal.

En caso de diastemas la papila gingival desaparece como tal y existe una zona de encía marginal rodeando a modo de collar el cuello de cada diente separados por un sector de encía insertada unida firmemente al hueso alveolar interdentario.

### 3.5.- SURCO GINGIVAL.

Denominado también gingivo dentario o crévice. Es una hendidura virtual somera, poco profunda que existe alrededor del diente cuyos límites son: por un lado con la superficie dentaria y por otro el epitelio interno de la encía marginal. Tiene la forma de "V" que apenas permite la entrada de una sonda roma delgada, cuya profundidad oscila entre 0 o casi 0 pero en condiciones de absoluta normalidad, tales condiciones pueden producirse experimentalmente solo en animales libres de gérmenes o después de un control de placa intenso y prolongado.

El método utilizado para determinar la profundidad del surco es la introducción de un instrumento metálico y el cálculo de la distancia que penetra. La profundidad en una encía clínicamente normal en el hombre es de 1 a 3mm, pasado los cuales ya sería patológico considerándose una bolsa periodontal.

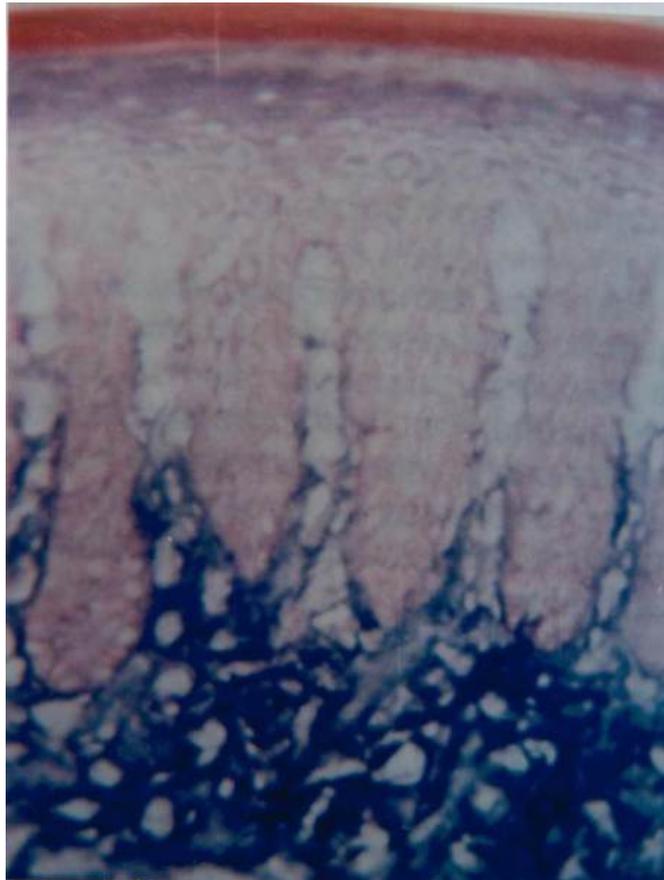


#### Determinación de la profundidad del surco gingival

También se caracteriza por ser menos profunda en las caras libres (1-2mm) y más profundo en las caras de contacto (2 a 3mm). El surco gingival contiene un líquido que filtra dentro

de él, desde el tejido conectivo gingival a través de la delgada pared del surco denominado fluido gingival que cumple importantes funciones defensivas.

### 3.6.- HISTOLOGÍA GINGIVAL.



La mucosa bucal está constituida por: tejido epitelial pavimentoso estratificado y tejido conjuntivo (lámina propia).

Hay una variación en diferentes localizaciones en una aparente adaptación fisiológica.

Las áreas que están en relación con el proceso de masticación (Encía y paladar duro) son clasificadas como mucosa masticatoria, que se asemeja en sus capas epitelial y conjuntiva. Así, ambos epitelios se presentan queratinizados y la lámina propia constituida de tejido conjuntivo denso. El epitelio de la mucosa masticatoria está constituido por cuatro capas celulares distintas.

- 1.- Estrato basal.
- 2.- Estrato espinoso.
- 3.- Estrato granuloso.
- 4.- Estrato corneo.

### 3.6.1.- ESTRATO BASAL.

El estrato basal donde ocurre más divisiones celular, son células relativamente pequeñas y están en contacto con la membrana basal subyacente, cuya importancia biológica reside en el hecho de mantener la unión del epitelio al tejido conjuntivo, además de servir de barrera de posibles movimientos libres de células o como filtro para las sustancias que pasan del conjuntivo al epitelio o vice-versa.

### 3.6.2.- ESTRATO ESPINOSO.

Consta de células poliédricas relativamente grandes, unidas unas a las otras por numerosas uniones celulares, dando a la célula una apariencia espinosa, en los preparados histológicos. Ocupan la mayor parte del espesor epitelial.

### 3.6.3.- ESTRATO GRANULOSO.

El estrato granuloso está constituido por las células espinosas más superficiales cuando adquieren densas inclusiones citoplasmáticas (granulos de queratohialina) aunque esta capa sea bien desarrollada en la epidermis, su presencia en el epitelio de la mucosa masticatoria puede ser alguna vez de difícil reconocimiento.

### 3.6.4.- ESTRATO CÓRNEO.

El estrato córneo está constituido por células achatadas con desaparecimiento del núcleo, gránulos de queratohialina, mitocondrias, retículo endoplástico, y complejo

de Golgi; en algunos casos la capa córnea puede no ser formada, y los núcleos son retenidos, habiendo diferentes grados de desintegración de organelas y otras estructuras citoplasmicas en las células de las capas superficiales.

En el tejido conjuntivo, fibroblastos y fibrositos forman la principal población celular, relacionada con la manutención de las fibras y sustancia fundamental amorfa. Están también presentes macrófagos, plasmocitos, mastocitos y linfocitos en números variables. El sistema vascular es bien desarrollado y la inervación esta en cantidades variables.

Hay una gran variación del tejido conjuntivo y epitelial cuando se compara las mucosas masticatorias y de revestimiento. Esta variación no es revelante en la mucosa de la encía y del paladar, en vista que están constituídas por un estrato córneo desarrollado y una lámina propia densa con fibras colágenas que sirven para unir el epitelio a las estructuras subyacentes.

### 3.7.- ESTRUCTURA ANATÓMICA.

#### 3.7.1.- CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS NORMALES.

Para comprender las características clínicas normales de la encía es necesario saber interpretar las estructuras microscópicas que presenta.

#### 3.7.2.- COLOR.

Generalmente, el color de la encía insertada y marginal es rosa coral y es producido por el aporte sanguíneo, el espesor, grado de queratinización del epitelio y presencia de células con pigmento.

La intensidad o el tono rosado coral varía en las diferentes personas y parece estar en relación directa con la pigmentación cutánea, siendo más clara en individuo de tez blanca que en persona de tez morena.

Es fácil diferenciar clínicamente la mucosa alveolar de la encía insertada por el color, la mucosa alveolar es roja, lisa y brillante, mientras que la encía insertada es más

rosada y granulada. La comparación de las estructuras microscópicas de ambas, nos explica la diferencia en el aspecto. EL epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no queratizado y no contiene prolongaciones epiteliales y su tejido conectivo es laxo y los vasos sanguíneos abundantes.

### 3.7.3.- PIGMENTACIÓN FISIOLÓGICA.

La melanina es un pigmento oscuro que produce la pigmentación normal de la piel, encía y el resto de la mucosa bucal. Está presente en todos los individuos, con frecuencia en cantidades insuficientes para ser detectada clínicamente; está ausente o muy disminuida en individuos albinos. La pigmentación melánica en la cavidad bucal está acentuada en personas de tez negra.

La pigmentación gingival se presenta difusa, púrpura oscura o como manchas de forma irregular, parda más o menos clara. Pueden aparecer en la encía tres horas después del nacimiento y frecuentemente, es la manifestación de la pigmentación.

**TAMAÑO:** El tamaño de la encía es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común en la enfermedad gingival.

#### 3.7.4.- CONTORNO-FORMA.

Varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en la arcada, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual. La encía marginal rodea los dientes en forma de collar y sigue las ondulaciones de la superficie vestibular y lingual. Forman una línea recta en dientes con superficie relativamente plana. En dientes con convexidad mesiodistal acentuada (por ejemplo caninos superiores) o en vestibulo versión, el contorno arqueado normal se acentua y la encía se localiza más apicalmente.

Sobre diente en linguoversión, la encía es horizontal y más gruesa. La forma de la encía interdientaria está gobernada por el contorno de la superficie dentaria

proximal, la localización y la forma de las áreas de contacto y las dimensiones de los nichos gingivales.

Cuando las caras proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulo lingual, las raíces están muy cerca una de la otra, el tabique interalveolar es delgado en sentido mesio distal, los espacios interdentarios y la encía interdentaria son estrechos en la misma dirección. Por el contrario cuando la superficies proximales divergen a partir del área de contacto, el diámetro mesiodistal es grande y la altura de la encía interdental varia según el lugar del contacto proximal.

### 3.7.5.- CONSISTENCIA.-

La encía es firme resiliente y a excepción del margen gingival movable, está fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad al mucoperiosteo del hueso alveolar, determina la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza de este margen gingival.

### 3.7.6.- TEXTURA DE LA SUPERFICIE.

Clínicamente la encía presenta una superficie punteada, por un aspecto que varía desde el terciopelo suave hasta una piel de naranja, con grano fino o grueso.

Este punteado se observa mejor al secar la encía.

La encía inserta es punteada; la encía marginal, no lo es; pero si la profundidad de la hendidura gingival es escasa, el punteado puede extenderse hasta el margen gingival. La parte central de las papilas interdentales es, por lo común, punteada, pero los bordes marginales son lisos.

El patrón y extensión del punteado varían de una persona a otra, así como en diferentes regiones de una misma boca.

Es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y puede faltar en algunos pacientes.

El punteado varía con la edad, no existe en la infancia,

aparece en algunos niños a los cinco años de edad aproximadamente, aumenta hasta la edad adulta y con frecuencia comienza a desaparecer en la vejez.

El punteado de la encía es una forma de especialización adaptativa o refuerzo para la función.

Es una característica de la encía sana y la pérdida por reducción del punteado es un signo común de enfermedad gingival.

### 3.7.7.- POSICIÓN.-

Su posición normal es a nivel del límite amelocementario. Hay dos tipos de posiciones la real y la aparente. La posición real se encuentra a nivel de la adherencia epitelial y la posición aparente en el nivel donde se encuentra el margen gingival.

Cuando el diente erupciona en la cavidad bucal la adherencia epitelial se encuentra en la punta de la corona, a medida que la erupción avanza, la adherencia se desplaza en dirección apical, y su porción apical

prolifera a lo largo del esmalte, la porción coronaria se separa del diente.

En coordinación con esta migración, el margen gingival se atrofia y sigue la adherencia epitelial, conservado de este modo la profundidad fisiológica del surco gingival.

Sin la atrofia concomitante del margen gingival, la consecuencia de la proliferación y despegamento de la adherencia epitelial hubiera sido un surco gingival demasiado profundo o una bolsa periodontal profunda.

**CAPÍTULO IV**  
**ENFERMEDAD PERIODONTAL**

## CAPÍTULO IV

# ENFERMEDAD PERIODONTAL

### 4.1.- SITUACIÓN NORMAL.

Dentición temporaria: la encía empieza a queratinizarse después de la erupción de los dientes, pero la capa queratinizada permanece delgada durante todo el periodo de la dentición temporaria. Por consiguiente, los vasos situados en el tejido conectivo son visibles a través de capa epilial, con el cual la encía y el resto de la mucosa oral tienen color más rojizo y carácter más flácido que en los adultos. El punteado gingival en la encía sana se desarrolla con lentitud desde los dos o tres años de edad.

El reborde marginal de la encía tiene aspecto más voluminoso y redondeado. Esto se relaciona con la pronunciada línea cervical de la corona de los temporarios, en áreas con diastemas entre dientes temporarios los tejidos interdentarios son comparables a asientos deprimidos. Cuando los molares han establecido contacto proximales, el área interproximal es llenada por completo por la papila interdentaria, con una

concauidad marginal correspondiente al área de contacto. el tejido conectivo tiene una red de fibras colágenas comparativamente menos desarrollada que la del adulto. Más tarde, cuando ya han hecho erupción los dientes temporarios, también las fibras son menos y aparecen menos densas.

Dentición permanente: La longitud del epitelio de unión es considerable en los niños durante el periodo de erupción pasiva lenta, es decir, cuando se retrae lentamente el tejido blando marginal. A edad temprana se presume que el epitelio de unión se origina en el epitelio reducido del órgano del esmalte. Como consecuencia del carácter de su antiguo estrato intermedio-disposición a hendirse-es fácil introducir una sonda en la profundidad del área del surco marginal para penetrar en el tejido mismo y simular una bolsa de erupción.

En condiciones normales el surco gingival es poco profundo, con su fondo cerca del margen gingival. Aunque es fácil insertar con más profundidad instrumento si se sigue la superficie dental, no hay justificación para exploraciones innecesaria que interfieren con el epitelio de unión. El surco gingival que rodea a los dientes permanentes es más profundo que en torno de los temporarios.

## 4.2.- PATOGENIA.

Existe dificultad para distinguir con claridad entre condiciones normales y patológicas. Aun cuando el tejido gingival se encuentre libre de placa, también se pueden hallar leucocitos migrando a través del epitelio de unión hacia el surco gingival. En el tejido conectivo también se pueden encontrar algunos linfocitos.

El equilibrio entre magnitud de la irritación, capacidad fagocítica y competencia inmunitaria individual es decisivo para la severidad de la enfermedad. Si la acumulación de la placa es mínima y si los mecanismos de defensa operan en forma normal, no habrá síntomas clínicos.

Acumulaciones de placa más pronunciada o defectos en las reacciones de defensa dan por resultado síntomas clínicos y el progreso de la enfermedad periodontal.

Clínicamente podemos observar de que el "surco gingival" aloja células inflamatorias y produce exudado, pero no se verán signos de inflamación distinguibles hasta que las reacciones vasculares hayan alcanzado cierto nivel. La encía

marginal libre enrojece, toma aspecto tumefacto y las papilas sobresalen de los espacios interproximales. La superficie presenta un aspecto distendido y brillante. Clínicamente el exudado del surco gingival se observa efectuando una ligera presión sobre la encía libre, existiendo una mayor tendencia al sangrado gingival al sondeo. Las reacciones vasculares y celulares en la encía deben considerarse como principales mecanismos de defensa natural contra los microorganismos.

#### 4.3.- RETRACCIÓN GINGIVAL.

En niños pequeños la lesión ocurre con más frecuencia sobre la superficie vestibular de los incisivos inferiores, mientras que en los adolescentes de más edad la superficies más afectadas son las vestibulares de molares y premolares superiores. Esta retracción se ve a veces en asociación con la posición vestibulizada de los dientes, trauma por cepillado, historia de tratamiento ortodóntico o bajo nivel de control de placa. Otro factor importante que interviene en la retracción de la encía es la inserción alta del frenillo.

Periodontitis de progreso lento: Esta enfermedad periodontal tiene prevalencia en la adolescencia y se caracteriza por la

pérdida mínima de fijación de tejido conectivo y de hueso alveolar en las áreas interdenciales de dientes posteriores; estos son los sitios donde con más frecuencia hay placa y gingivitis. El epitelio de unión empieza a proliferar hacia apical y se forma una bolsa periodontal patológica.

#### 4.4.- PERIODONTITIS JUVENIL LOCALIZADA.

Es una forma de periodontitis rápidamente progresiva generalmente comienza en la pubertad; la enfermedad se asocia con falta de evidencia clínica notable de inflamación. Radiográficamente la destrucción ósea se observa en forma vertical y preferentemente en torno de molares y de incisivos. La microflora subgingival se caracteriza por la presencia de anaeróbicos.

#### 4.5.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

La gingivitis marginal crónica en niños se caracteriza habitualmente por reacciones vasculares marcada y edema tisular. En la gingivitis marginal no complicada el edema se limita a la encía marginal libre. El agrandamiento gingival dominado por el edema se observa durante la pubertad y en

niños con cianosis periférica.

También se observa hipertrófia del margen gingival causada por respiración Bucal.

#### 4.6.- GINGIVITIS ÚLCERO NECRÓTICA AGUDA (GUNA).

Esta enfermedad es de comienzo rápido y se caracteriza por lesiones ulceronecróticas dolorosa en la encía y por la afección de las papilas interdientarias. A veces estas lesiones pueden extenderse hasta la encía adherente y la mucosa oral y se cubren con pseudo-membrana blanco-grisáceas.

La GUNA se ve sobre todo en poblaciones infantiles que padecen de mala nutrición y es rara en países desarrollados. La principal bacteria asociada con GUNA es el Bacteroides intermedios.

#### 4.7.- LESIÓN GINGIVAL TRAUMÁTICA ULCEROSA.

Estas lesiones se inician en la encía marginal y son causadas por una sobre-infección bacteriana en tejidos gingivales

traumatizados. Este trauma és el resultado del uso exagerado del cepillo dental o de una mala técnica de cepillado. La infección bacteriana es causada por una flora mixta normal de cavidad oral. Las úlceras se ven cubiertas por un fino exudado grisáceo o amarillento y el paciente se queja a menudo de dolor en e área afectada. Las lesiones se localizan en la encía vestibular y no hay necrose de la papila interdientaria, ni vesículas.

## CAPÍTULO V

# ERUPCIÓN: ETIOLOGÍA, FENÓMENOS Y MECANISMOS DE LA ERUPCIÓN

### 5.1.- ERUPCIÓN.

Con el nombre de erupción se designa el movimiento del diente en desarrollo en dirección axial, desde su ubicación original en el hueso maxilar hasta su posición funcional en la cavidad oral, ocupando su lugar en el arco dentario.

Antes de que el diente irrumpa en la boca, a través de la mucosa oral, debe escapar de su cripta ósea por resorción del hueso situado por oclusal de la corona y por depósito de hueso en apical de las raíces en desarrollo.

Después se pierde el tejido conectivo situado entre el epitelio reducido del órgano del esmalte que recubre la corona y el epitelio oral suprayacente, los cuales se unen.

**CAPÍTULO V**

**ERUPCIÓN: ETIOLOGÍA, FENÓMENOS Y**

**MECANISMOS DE LA ERUPCIÓN**

El diente emerge sin hemorragia a través del canal epitelial ya formado. La unión dentogingival se forma por fusión de los epitelios dentarios y oral. La erupción de un diente continúa hasta que ocluye con un diente del maxilar antagónico. Hay que hacer notar de que el crecimiento del hueso alveolar en el maxilar superior y en la mandíbula involucra la migración vertical y mesial de los dientes, incluso después de que hayan llegado a su posición funcional en los maxilares.

La erupción no es un momento aislado en la vida del diente dado que cuando comienza no se ha concluido aún la calcificación ella se confunde prácticamente con los pasos finales de la misma. Más aún, cuando la pieza dentaria ya ha establecido relación de antagonismo, no se hacen mayores en los primeros momentos de la erupción y las neoformaciones en los últimos. En realidad se trata de procesos simultáneos, por que mientras en un sitio se observa resorción ósea, en otros ocurre una neoformación. Completado totalmente la formación de su ápice.

## 5.2.- ETIOLOGÍA.

Son varias las teorías que tratan de explicar la erupción

dentaria, y todas estas pueden ser parcialmente objetadas.

La erupción es la resultante de un complejo de factores del que pueden participar todos y cada uno de los elementos que los distintos autores señalan.

Algunos, como Magitot y Kolliker aseguran que el diente erupciona impulsado por la raíz en crecimiento tomando apoyo en un punto fijo en el hueso.

La existencia de diente con escasa porción radicular, o sin ella que igualmente erupciona, o la de diente con raíz completamente formada que no lo hacen, resta validez a esta teoría.

Zucherkandl, Walkhoff y otros creen que la pulpa dentaria, reducida en su continente y muy vascularizada, es la que impulsa al diente centrífugamente. Pero se ha comprobado que la erupción puede continuar en dientes desvitalizados.

En apoyo a esta teoría, se explica la erupción como consecuencia de la vascularización de los tejidos periapicales. Massler y Sdur argumentan de que los dientes retenidos erupcionan debido al estímulo provocado por la presión de

una protesis a placa, que produce una hiperemia y que en la periodontitis donde tambien hay hiperemia se observa un elongación del diente; además que en todos los procesos de índole general donde la irrigación de los tejidos está reducida, se perciben retardo en la erupción.

Otros, como Barben atribuye a la presión que los labios, lengua y carrilos ejercen sobre los procesos alveolares.

### 5.3.-FENÓMENOS.

El proceso que lleva a los dientes a un plano de oclusión aparece diferenciado según se trate de la zona anterior o posterior del maxilar, donde existe mono y bifiodoncia respectivamente.

En la zona de los molares permanentes se verifica un solo proceso el de la erupción; en la de los uniradiculares permanentes la presencia de dos denticiones determina fenómenos más complejos: erupción de los temporarios, caída de los mismos y erupción de los permanentes.

Siendo similar la erupción de los temporarios como la de los

permanentes y esta parte de los procesos se considera en común.

NOYES y SCHOOOR, determinarán los siguientes tiempos en el proceso eruptivo:

Apertura de la canastilla ósea.

Movimientos de los dientes hacia el epitelio.

Ruptura del epitelio y apareamiento de los dientes en la cavidad bucal.

Relación de los dientes con su antagonista.

Ubicación de los dientes en el arco.

Erupción continua.

En resumen se puede decir que existe dos procesos; los destructivos y los de neoformación.

Los destructivos que corresponden a la apertura de la canastilla ósea y de la encía, con ellos alternan los de neoformación que corresponden a la formación del periodonto y de la encía. No existe delimitación entre estos dos procesos, ocurre que las destrucciones son mayores en los primeros momentos de la erupción, mientras que las neoformaciones

son mayores en los últimos, en realidad se trata de procesos simultáneos ya que mientras en un sitio se observa una resorción, en otro ocurre una neoformación.

#### 5.4.- MECANISMOS.

El mecanismo exacto de la erupción dentaria todavía no está del todo aclarado. El proceso se acompaña con múltiples cambios tisulares como desarrollo de la raíz y del periodonto, resorción y aposición de hueso alveolar.

Las cuatro causas siguientes son las mencionadas con mayor frecuencia para explicar la erupción dentaria:

- Crecimiento de la raíz
- Presión vascular o tisular
- Remodelación del hueso
- Tracción del ligamento periodontal

De éstas, la remodelación del hueso y la tracción del ligamento periodontal son las que mayor atención han recibido en los últimos tiempos. A pesar de que el alargamiento de las raíces acompaña a la erupción, el crecimiento radicular no parece ser

su causa principal, pues también puede hacer erupción dientes sin raíz o con raíz completamente formada. La presión sanguínea y del líquido intersticial de los tejidos pueden contribuir al movimiento eruptivo pero su importancia para la erupción es cuestionada.

La remodelación del hueso alveolar desempeña un papel importante al menos durante los estadios iniciales de la erupción.

Esta remodelación coordinada del hueso y que está regulada por el folículo dentario parece impulsar al diente en dirección axial.

De acuerdo a ésta teoría, no es necesaria ninguna fuerza eruptiva real ya que la erupción dentaria se daría como resultado del crecimiento del hueso, y esto se ejemplifica cómo la remodelación ósea dirige el crecimiento craneofacial.

Sin embargo, existen evidencias de que las células y las fibras del ligamento periodontal ejercen fuerza de tracción sobre el diente en erupción. Los fibroblastos y las fibras del ligamento son capaces de contraerse y la orientación en que se disponen

durante el desarrollo dentario sustenta que tenga función durante la erupción.

En conclusión, vemos de que probablemente durante la erupción dentaria intervengan ambos factores.

En el mecanismo de erupción pueden considerarse los siguientes períodos.

#### 5.4.1.- PERIODO PREERUPTIVO.

Se forma la canastilla ósea, abierta hacia insial en los dientes anteriores y cerrada en la región de los molares temporarios. Comienzan los movimientos del diente por traslación y por crecimientos combinados, en la porción del hueso que esta hacia incisal ocurre el fenómeno de resorción osteoclásica.

El diente erupciona siguiendo una trayectoria vertical, con ligera oblicuidad hacia vestibular y choca en la porción vestibuloincisal del nicho óseo. Esta parte es la primera en resorberse.

#### 5.4.2.- PERIODO ERUPTIVO.

En éste periodo se diferencia el paradiencia de protección, el conjunto de la mucosa bucal es fácilmente atravesado, la mayor dificultad reside en la perforación de la mucosa, puesto que su estructura fibrosa la hace extraordinariamente resistente a las presiones.

El borde incisal o cúspide comprime la mucosa y oblitera los vasos del corion, lo cual determina la anemia del tejido blando, que se manifiesta con la aparición de una zona de isquemia que al prolongarse causa la muerte de las células, fibras y la desaparición de la resistencia del tejido a ser atravesado. Como la formación del esmalte ha finalizado, los ameloblastos desaparecen y dejan sobre el tejido adamantino la cutícula primaria. Los restantes elementos del órgano del esmalte se confunden para formar la cutícula secundaria que es la que va efectuar la fusión con el epitelio gingival. En ese momento comienza la diferenciación de la encía.

La mucosa bucal se abre formando un rodete que

envuelve a la corona del diente. La diferenciación gingival termina cuando la corona ha erupcionado totalmente.

En general los dientes superiores erupcionan hacia vestibular, y los inferiores hacia lingual.

Pero puede existir también giroversiones, que obedecen a una momentánea falta de espacio, esto puede corregirse por si mismo, en virtud al aumento progresivo del tamaño de los maxilares, por la acción mecánica de los labios, carrillos y lengua al principio y posteriormente, cuando establecen contacto con los antagonistas.

#### 5.4.3.- PERIODO POSTERUPTIVO.

Ya con el diente surgiendo en la cavidad bucal, comienza la diferenciación de la membrana de Nasmyth.

Los epitelios paulatinamente se separan, produciendo la adherencia epitelial y la hendidura gingival.

Paralelamente se registran modificaciones en lo que

posteriormente reconoceremos como el periodonto de inserción.

En el transcurso de este periodo se produce la diferenciación definitiva de los elementos que la integran, como así también del periodonto de inserción en el cual se distinguen dos momentos: antes y después de que el diente entra en contacto con su antagonista.

Cuando intervienen las fuerzas masticatorias, ocurre un cambio progresivo en la orientación de las fibras periodontales.

Las fibras periodónticas y colágenas no pueden seguir al movimiento eruptivo de los dientes sin romperse, ocasionalmente la migración dentaria se ve facilitada por resorciones en el hueso alveolar que facilitan la desinserción de esas fibras y éstas vuelven a quedar retenidas en virtud de una neoformación alveolar que las aprisiona.

Si no fuera así, la traslación del diente determinaría el reemplazo de las fibras fracturadas por otra de nueva

formación, lo cual implica un intenso trabajo de resorción y neoformación en las paredes ósea y dentaria.

En dimensión vertical cuando erupciona los temporarios; según Schwarz no ocurre ninguna modificación ya que una vez que los dientes llegan al borde alveolar, lo que se produce es una retracción de la mucosa (erupción pasiva) y no un avance del diente (erupción activa).

Gottlieb y Orban consideran que en el maxilar existe dos tipos de erupción: activa, hacia oclusal y pasiva, hacia apical. Se denomina erupción activa la que se produce con el diente ya en cavidad bucal, por migración oclusal de las piezas y erupción pasiva el mecanismo por el cual la corona del diente va quedando al descubierto en virtud de una migración cervical de la encía, ésta erupción es un mecanismo continuado ya que puede registrarse variaciones en las distintas caras del diente.

**CAPÍTULO VI**  
**MEDICAMENTOS NATURALISTAS.**  
**UTILIZADOS EN EL PASADO PARA**  
**CONTRARESTAR LAS MOLESTIAS DE LA**  
**ERUPCIÓN DENTARIA**

## CAPÍTULO VI

MEDICAMENTOS NATURALISTAS  
UTILIZADOS EN EL PASADO PARA  
CONTRARRESTAR LAS MOLESTIAS DE  
LA ERUPCIÓN DENTARIA

Dentro de los medicamentos naturalistas utilizados para contrarrestar las molestias de la erupción dental tenemos:



## 6.1.- LLANTÉN.

Es una planta silvestre conocida también como llanten áspero, llantén suave, crece en casi todos los climas y lugares. Su hoja es empleada para disminuir la hinchazón de las amígdalas, así como también para combatir las inflamaciones de boca, encía y garganta.

Para su uso se dejaba en infusión dos hojas grandes de llantén en un litro de agua caliente, durante diez minutos, luego de enfriar, con el auxilio de un algodón o un trapito limpio se efectuaba el masaje de la encía afectada, por varias veces al día.

## 6.2.- AJENJO.

Conocido también como "ajinco", "hierba de los gusanos". Es una planta que crece en diferentes lugares tanto en clima cálido como templado. Sus hojas y flores son empleadas para el tratamiento de la gripe, mal aliento, y afecciones del hígado.

Se dejaba en infusión dos hojas de ajeno en una taza de agua caliente por cinco minutos y una vez enfriado se procedía al

masaje de la zona afectada con la ayuda de un trapitolimpio varias veces al día.

### 6.3.- MANZANILLA O CAMOMILA.

Es una planta muy olorosa que crece en todos los lugares, climas y terrenos.

Se utilizaba su flor con eficacia para el tratamiento de las heridas difíciles de curar y en las inflamaciones del ojo y de la boca, etc.

Se dejaba en infusión en una taza de agua caliente un puñado de la flor de manzanilla durante diez minutos, que luego de enfriada y colada se aplicaba sobre la zona efectada, masajeando con un trapito antes de cada comida o toda vez que el niño se presentaba molesto.

### 6.4.- ROMERO O ROSA MARINA.

Es una planta cultivada en huertas y en casi todos los climas. Se empleaba todas las partes de esta planta para el tratamiento del reumatismo articular, inapetencia e

inflamaciones bucales.

Se dejaba en infusión un pequeño puñado de hojas de romero en una taza de agua caliente durante cinco minutos, luego de enfriada y colada se aplicaba sobre la superficie inflamada con un algodón, realizando ligeros masajes todas las veces que el niño se presente molesto.

#### 6.5.- ALLUCEMA O LAVANDULA.

Es una planta aromática que se aclimata fácilmente en cualquier lugar, se aprovecha todas las partes de la planta.

Su uso en forma tópica era recomendado para calmar las neurálgias, dolores reumáticos y afecciones de la boca.

Se dejaba en infusión en una taza de agua caliente un pequeño puñado de allucena por diez minutos y luego de enfriada con algodón se procedía a masajear la zona presionada por la erupción, en las noches antes de acostarse y por la mañana al despertar.

## 6.6.- HIERBA BUENA O MENTA.

Es una planta conocida y usada como condimento crece en jardines huertas y en forma espontánea en lugares húmedos.

Sus hojas y flores son utilizadas con eficacia en el tratamiento de los cálculos biliares, ictericia, vómitos, etc.

Para su uso se dejaba en infusión diez hojas de hierba buena en una taza de agua caliente y luego de enfriada se masajeaba con un trapo limpio la zona afectada varias veces al día.

## 6.7.- MALVA O MALVA GRANDE O MALVA VERDE.

Es una planta conocida en todo el mundo, se puede aprovechar todas sus partes. Sus hojas tienen propiedades calmantes y emolientes. En infusión es utilizada para el tratamiento de las inflamaciones, absesos y forúnculos.

Se dejaba en infusión unas 10 hojas de malva por 5 minutos y una vez enfriada, con un trapo limpio se masajeaba la zona afectada por la erupción varias veces al día.

## 6.8.- TUSCA.

Es una planta de clima templado, se emplea tanto su hoja como su corteza, siendo muy utilizada en el tratamiento de diversas afecciones como ser de riñones, vesícula, reumatismo e inflamaciones de la mucosa.

Se agregaba cuatro hojas de tusca en una taza de agua caliente por diez minutos y luego de enfriada se procedía al masaje de la zona presionada por la erupción todas las veces que el niño se presente irritado.

## 6.9.- ESPINILLO O AMOR DE TIEMPO SECO.

Es una planta de todos los climas y terrenos. Se aprovecha tanto su hoja como su raíz. El agua del espinillo puede ser tomada o aplicada en forma local, para el tratamiento de diversas afecciones como ser inflamaciones de la encía amigdalas y riñones, etc.

Se dejaba en infusión por diez minutos un puñado de hojas en una taza de agua caliente que luego de enfriada con un trapo limpio se masajeaba la zona afectada antes de las comidas o

cuando se creía necesario.

**CAPÍTULO VII**

**MEDICAMENTO UTILIZADO POR LOS**

**MÉDICOS PEDIATRAS Y**

**ODONTOPEDIATRAS PARA**

**CONTRARESTAR LOS SÍNTOMAS LOCALES**

**DE LA ERUPCIÓN**

## CAPÍTULO VII

# MEDICAMENTO UTILIZADO POR LOS MÉDICOS PEDIATRAS Y ODONTO PEDIATRAS PARA CONTRARESTAR LOS SÍNTOMAS LOCALES DE LA ERUPCIÓN

Con el afán de aliviar los síntomas locales relacionados con la erupción dentaria se utilizaron diversos tipos de medicamentos entre los cuales tenemos: El iodo aconitado, flogoral, malvaticin, cepacol, manzanilla concentrada etc... aplicado en forma tópica.

Actualmente ya existen otros tipos de medicamentos empleados con el fin de aliviar las molestias locales. Como ejemplo tenemos el NENE-DENT, DENTINOX, GELN, ENCILDEN-L.

### 7.1.- "NENE-DENT"

Cuando a partir del quinto mes, a veces aun antes, empiezan a aparecer los primeros dientecitos, comienza para la madre y el niño época crítica, ya que el diente al presionar la encía y los sensibles filetes nerviosos causan malestar e incomodidad al

niño, ocasionando por lo general ciertos trastornos tales como: Salivación abundante; intranquilidad, insomnio, lloros, fastidio a inapetencia. Estos trastornos de la dentición y especialmente otros muchos apenas perceptibles, como irritaciones dolorosas de las encías, con cultivos bacterianos perjudiciales, puede ser evitado eficazmente cuando se aplica NENE-DENT, desde los primeros síntomas de aparición del primer diente, hasta que ha completado la salida de todos los dientes de leche así mismo, NENE-DENT puede aplicarse posteriormente también durante la salida de los molares. NENE-DENT es eficaz en la primera dentición como también puede ser aplicado posteriormente.

Para su aplicación se humedece la yema de los dedos con NENE-DENT luego se pasa sobre la encía del niño, en el lugar donde el diente primario está por salir. Se recomienda su aplicación tras las comidas y antes de dormir y si fuera necesaria, puede aplicarse varias veces al día ya que es un medicamento inofensivo y es aceptado por todos los bebés por su agradable sabor.



### 7.1.2.- COMPOSICIÓN .

Tintura de manzanilla	15.00g
Lidocaina clohidrato	340.00mg
Polidocanol (600)	320.00mg
Xilita	14.20g
Vehículo c.s.p.	100.00g

### 7.2.- "DENTINOX-GEL N".

DENTINOX-GEL N está indicado para las molestias dolorosas, posible infección e irritabilidad en la erupción de

los dientes de leche, siendo una combinación de sustancias analgésica, anestésica, antiinflamatorio y descongestionante. Tiene un sabor agradable, dulzón, aceptada con agrado por los niños, gracias a su composición en base de xilita y sorbita, que tiene la gran propiedad de no producir caries.

Se aplica sobre la zona afectada con el diente limpio o con un palito de algodón realizando un suave masaje, este tratamiento deberá repetirse de dos a tres veces al día, especialmente después de las comidas y antes de acostarse.



### 7.2.1.- COMPOSICIÓN.

1g. Contiene:

Tintura de manzanilla	150,0mg
Lidocaina clorhidrato	3,4mg
Polidocanol (600)	3,2mg
Vehículo c.s.	

### 7.3.- "ENCILDEN-L."

Está indicado para el alivio del dolor y molestia causadas en la etapa de dentición. Previene posibles infecciones en el borde de los primeros dientes. Actúa como descongestionante y antiinflamatorio de las encías.

Se aplica realizando un suave masaje con un dedo limpio sobre el área afectada dos a tres veces al día especialmente después de las comidas y en las noches antes de dormir.

### 7.3.1.- COMPOSICIÓN.

Cada 100 gramos contiene:

Tintura de manzanilla	15.g
-----------------------	------

Lidocaina HCL	340mg
Polidodecanol	320mg



**CAPÍTULO VIII**  
**FACTORES LOCALES Y SISTÉMICOS**

## CAPÍTULO VIII

# FACTORES LOCALES Y SISTÉMICOS

### 8.1.- HEMATOMA ERUPTIVO (QUISTE ERUPTIVO).

El hematoma eruptivo se observa algunas veces como una zona del tejido que sobresale de coloración azulada púrpura, unas pocas semanas antes de la erupción de un diente temporario o permanente. este quiste se encuantra lleno de sangre y se localiza con mayor frecuencia en la zona del 2º molar temporario y del 1º molar permanente, pero luego de pocos días el diente erupciona a trvésando el tejido y el hematoma remite.

No es necesario tratarlo ya que su evolución es casi siempre autolimitada, pero en algunas ocasiones podemos realizar la intervención quirúrgica para poner al descubierto la corona del diente.

### 8.2.- SECUESTRO ERUPTIVO.

El secuestro se nota en algunos niños cuando erupciona el 1º

molar permanente.

Investigadores como Storkei y Shaffer lo describieron como una diminuta espícula de hueso enviable sobre la corona de un molar permanente en erupción, justo antes o después de la salida de las puntas de las cúspides que perforan la mucosa.

Friddy y Price afirman que el secuestro está formado por un material parecido al cemento, que se origina en el interior del folículo y estas comunicaciones diversas sugieren que el secuestro tenga un origen tanto osteogénico como odontogénico.

El secuestro es un fragmento de tejido duro que se situa encima de la fosa central del diente afectado o incluida en ella, y a medida que el diente va erupcionando y salen sus cúspides se forma el secuestro.

Se realiza fácilmente la extirpación quirúrgica del secuestro cuando existe una irritación local, luego que este atraviese la mucosa.

Siendo necesario la aplicación de un anestésico en forma

tópica o bien la infiltración de unas cuantas gotas de anestésico para evitar las molestias durante la extracción ya que en la mayoría de las veces la base del secuestro se encuentra aún en tejido gingival.

### 8.3.- DIENTES ANQUISOLADOS.

Siempre observamos que el diente anquilosado se encuentra en un estado de retención estática, mientras que las zonas adyacentes el crecimiento del hueso alveolar y la erupción de los dientes prosiguen en forma normal.

Handerson considera la anquilosis como una interrupción del ritmo de la erupción y que si es observado uno o dos dientes con anquilosis en un paciente; es probable que exista más dientes anquilosados.

Tambien observamos que la mayor frecuencia de anquilosis se verifica en la zona de los molares temporarios inferiores y en casos muy raros podemos observar todos los molares temporarios unidos con firmeza al hueso alveolar antes de su fecha normal de caída.

En los dientes anteriores no se observa anquilosis a no ser que exista un traumatismo previo.

También se ha visto que existe una mayor prevalencia de ausencia de desarrollo de premolares en pacientes con anquilosis.

La anquilosis en la mayoría de las veces sigue un patrón familiar ya que se observa en varios miembros de la misma familia y con mayor frecuencia en los hermanos del niño afectado.

La resorción normal del molar temporario comienza en la superficie interna o media de la raíz, siendo interrumpido en los periodos de descanso, tras los cuales aparecen procesos reparativos, y en el transcurso de esta fase reparativa aparece una unión sólida entre el hueso y el diente temporario.

Generalmente el diagnóstico de la anquilosis no es difícil, debido a que el diente no presenta movilidad aún en los casos de acusada reabsorción de sus raíces.

Para confirmar la anquilosis, percutimos con un instrumento

romo sobre el diente sospechoso y luego hacemos lo mismo con el vecino, el diente anquilosado presentará un ruido sólido mientras que el diente normal presentará un ruido amortiguado.

En el tratamiento de la anquilosis es importante la identificación y el diagnóstico precoz del trastorno. El tratamiento puede incluir la extirpación quirúrgica en los casos en que exista una caries inhabitual o una pérdida evidente en la longitud de la arcada, pero en caso de que esto ocurra, es mejor que el odontólogo espere un tiempo prudencial y mantenga una actitud de observación.

#### 8.4.- DIENTES NATALES O NEONATALES.

Los dientes natales son los que erupcionan al nacer y los neonatales son los que erupcionan durante los primeros 30 días de vida.

Cerca del 85% de los dientes natales y neonatales son frecuentemente los incisivos temporarios inferiores.

En cambio observaron 16 casos de molares natales.

Tay informa la aparición de un canino natal temporario inferior y de un 2º molar temporario superior de un niño malayo con 34 días de vida. Se dice que Julio Cesar, Anibal, el Rey Luis XIV, Mazarino, Napoleon, Richelieu nacieron con dientes. Shakespear dijo que el Rey Ricardo III nació con dientes y que a las dos horas de nacido ya estaba mordiendo un pedazo de pan.

En Polonia, India y China se veia con temor supersticioso a los niños que nacían con dientes y en algunas partes de Africa lo matavan. Aproximadamente uno de cada 2000 niños nace con un diente.

La erupción precoz de los dientes temporarios sigue un patrón familiar, ya que la mayoría de los padres afirman que sus dientes también erupcionaran antes de tiempo. Estos dientes en su mayoría presentan una hipermovilidad debido al escaso desarrollo de sus raíces y por lo general se pierden a los pocos días o al mes o dos, pero en algunos casos se mantiene hasta la fecha habitual de caída.

No es necesario extraer uno o varios dientes en el periodo neonatal, a no ser que se encuentren muy flojo y exista el

peligro de ser aspirado.

El diente del recién nacido se dobla sobre la encía cuando el lactante succiona y es muy difícil que lastime el pesón de la madre, pero en caso de que lastime el pesón, se puede redondear el borde incisal o bien utilizar un aparato saca leche y guardarlo para su uso inmediato.

Los dientes natales son en su mayoría los incisivos centrales inferiores y como tienen poco esmalte se presentan casi siempre de color amarillento y se desgastan con más facilidad que los demás.

#### 8.5.- PERLAS DE EPSTEIN, NODULO DE BOHN Y QUISTE DE LA LÁMINA DENTAL.

Son unas lesiones de color blanco grisáceo que pueden ser observadas en la mucosa del recién nacido y apesar de que no aumentan de tamaño no es recomendable tratarlas y estas desaparecen en pocas semanas.

- 1) Las perlas de EPSTEIN.- Localizados a lo largo del rafe palatino medio y es considerado como resto de tejido

epitelial que queda atrapado en esta zona a medida que el feto se desarrolla.

- 2) Los nódulos de BOHN.- Estos nódulos se forman a lo largo de las caras bucal y lingual de las crestas dentales y en el paladar, lejos del rafe. Estos nódulos parecen ser restos de tejido glandular mucoso y desde el punto de vista histológico, son distintos de las perlas de EPSTEIN.
- 3) los quistes de la lámina dental. Estos quistes tienen su localización en las crestas dentales del maxilar superior o de la mandíbula. Al parecer, tienen su origen en restos de la lámina dental.

## 8.6.- ERUPCIÓN DIFÍCIL.

En la mayoría de los niños se produce un incremento de la salivación durante la erupción de los dientes temporarios, por lo que el niño tiende a meter la mano y el dedo en la boca.

Ya algunos niños pequeños se sienten intraquilos, irritados en este periodo; La erupción siempre fue atribuida a numerosos procesos, como crup, diarrea, fiebre e incluso convulsiones y no está justificada su asociación a estos procesos relacionados, ya que la erupción de los dientes es un proceso fisiológico

normal.

No se indica la extirpación quirúrgica de tejido que recubre el diente para facilitar la erupción, en caso de que el niño presente muchas dificultades, se aplica un anestésico tópico no irritante para aliviarle las molestias por un tiempo.

El padre del niño puede encargarse de aplicar 3 ó 4 días el anestésico sobre el tejido afectado del diente en erupción. TANNER y KITCHEN han comprobado la eficacia de un unguento de lidocaina y orobase a partes iguales.

Al prescribir anestésico tópico se debe tener cuidado, principalmente en lactantes debido que su absorción sistemática es rápida siendo fácil administrar dosis tóxicas si no se utiliza el unguento de forma adecuada y en cantidades pequeñas.

## 8.7.- SÍNDROME DE DOWN (TRISOMIA DEL 21)

El síndrome de Down es una de las anomalías congénitas en las que se observa a menudo un retraso de la erupción de los dientes. En ocasiones, los primeros dientes temporales no

erupcionan hasta los 2 años de edad y la dentadura no se completa hasta los 4 ó 5 años. Además la erupción sigue a menudo una secuencia anormal y algunos dientes pueden llegar a retenerse incluso hasta los 14 ó 15 años.

El síndrome de Down aparece en un estado embrionario muy precoz, posiblemente ya durante las primeras divisiones celulares. Cursa con anomalías oculares y del oído externo, así como con frecuentes trastornos auditivos congestivos, y guarda a menudo relación con la edad de la madre.

La causa del síndrome de Down es la llamada trisomía del 21, es decir, la presencia de 3 cromosomas número 21 en lugar de los dos normales (diploidia).

No es difícil realizar un diagnóstico en un niño con síndrome de Down. Las cavidades orbitarias son pequeñas, los ojos se desvían hacia arriba y el puente nasal es más profundo de lo normal.

En un estudio de 194 niños con síndrome de Dawn, Cohen informó de anomalías en la formación del oído externo consistentes en una especie de orejas gachas y prominentes con

hélices aplanada o ausente en el 54%. Otro hallazgo característico es el retraso mental; la mayor parte de estos niños presentan una incapacidad entre leve y moderada, y son pocos los niños con síndrome de Down que tienen un Coeficiente Intelectual superior a 60.

Landau hizo una comparación cefalométrica de niños con síndrome de Down y sus hermanos normales; constató un evidente retraso en el crecimiento de los maxilares y mandíbula. Además todos ellos estaban adelantados respecto a la base del cráneo. También se observó que la altura de la parte superior de la cara era significativamente más pequeña en los niños con el síndrome y que la parte media era así mismo pequeña tanto en la horizontal como en la vertical. La pequeñez de las mandíbulas de estos niños contribuye a la tendencia que muestran a la protusión de la lengua y al apiñamiento de los dientes, rasgos ambos que dificultan el desarrollo de un patrón de oclusión normal. También sus lenguas tienden a ser mayores de lo normal.

En estos niños la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal son mucho más alta que la habitual, en cambio son pocos susceptibles a la caries dental, con incidencia mucho

más baja de lo habitual tanto en los dientes temporarios como en los permanentes.

Aunque no es posible tratar con intervenciones odontológicas a algunos niños con escasa capacidad cognocitiva, la mayoría de las veces son personas agradables, cariñosas, afectuosas, portandose muy bien, pudiendo tratarlas con frecuencia del mismo modo que al resto de los niños.

En el tratamiento de niños con síndrome de Down, se debe tener en cuenta la posibilidad de una disminución de la resistencia a la infección.

## 8.8.- HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO (CRETINISMO).

Se presenta al nacer y durante el periodo que comprende la mayor parte del crecimiento produce un trastorno denominado cretinismo, y resulta de la ausencia o del escaso desarrollo del tiroides, así como de la secreción de una cantidad insuficiente de hormona tiroidea.

El diagnóstico del niño, se realiza al nacer ya que los análisis necesarios son hechos en forma obligada en todos los recién

nacidos.

El niño con hipotiroidismo congénito presenta un hábito corporal pequeño con unos brazos y piernas más cortos de los normal, la cabeza es desproporcionadamente grande y el tronco es menos anómalo.

El crecimiento se asocia siempre con cierto grado de incapacidad cognocitiva y la dentición se retrasa en todos los estadios incluyendo la erupción de los temporarios, caída del mismo y erupción de los permanentes.

Apesar de que los dientes tienen un tamaño normal se apiñan en la mandíbula que es más pequeña de lo habitual, la lengua es grande y aveces se protruye por la boca, y debido a la posición y tamaño anormal de la lengua, se produce con frecuencia una mordida abierta anterior con abombamiento de los dientes en la zona.

En consecuencia del apiñamiento de los dientes, la maloclusión y la respiración bucal, se produce una gingivitis hiperplásica crónica.

## 8.9.- HIPOTIROIDISMO JUVENIL (HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO).

El hipotiroidismo juvenil tiene su origen en una mal función tiroidea y no se aprecia el característico aspecto corporal y facial propio del hipotiroidismo congénito debido a que la deficiencia se produce después del periodo de crecimiento rápido, en cambio estos pacientes presentan cierto grado de obesidad.

En los pacientes con hipotiroidismo juvenil no tratado es común el retraso, tanto en la caída del diente temporario como en la erupción del permanente. hay veces en que un paciente con una edad cronológica de 14 años presenta una dentición en un estadio comparable al de un niño de 9 o 10 años.

**CAPÍTULO IX**  
**MATERIALES Y MÉTODOS**

## CAPÍTULO IX

# MATERIALES Y MÉTODOS

Con el objeto de investigar la frecuencia de las manifestaciones locales y sistémicas en la época de la erupción dentaria decidua, fueron elaborados dos cuestionarios.

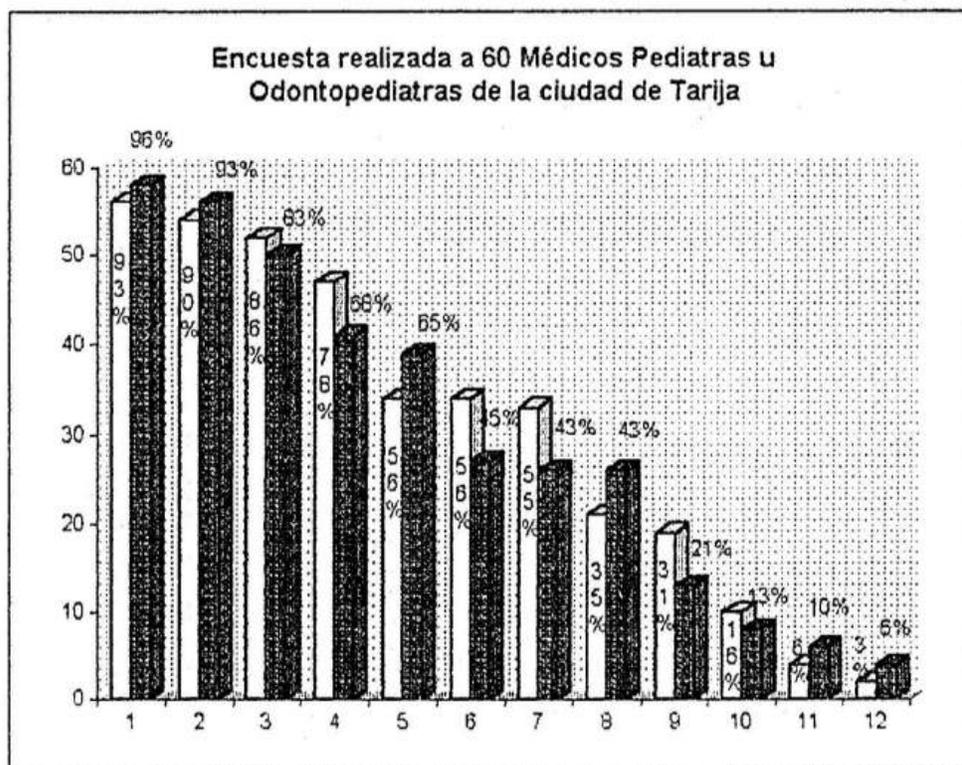
Los cuestionarios fueron llenados sin orientación previa por:

- a) 60 médicos pediatras y odonto pediatras.
- b) 60 padres o responsables del cuidado del niño con edad comprendida entre cuatro meses a tres años de ambos sexos de la ciudad de Tarija.

### 9.1.- RESULTADOS.

En los gráficos I y II están representadas las alteraciones de comportamientos y las manifestaciones locales y sistémicas asociada con mayor frecuencia a la fase de aparecimiento de los dientes deciduos relatados por los médicos pediatras, odontopediatras y padres o responsables del cuidado del niño.

GRÁFICO I



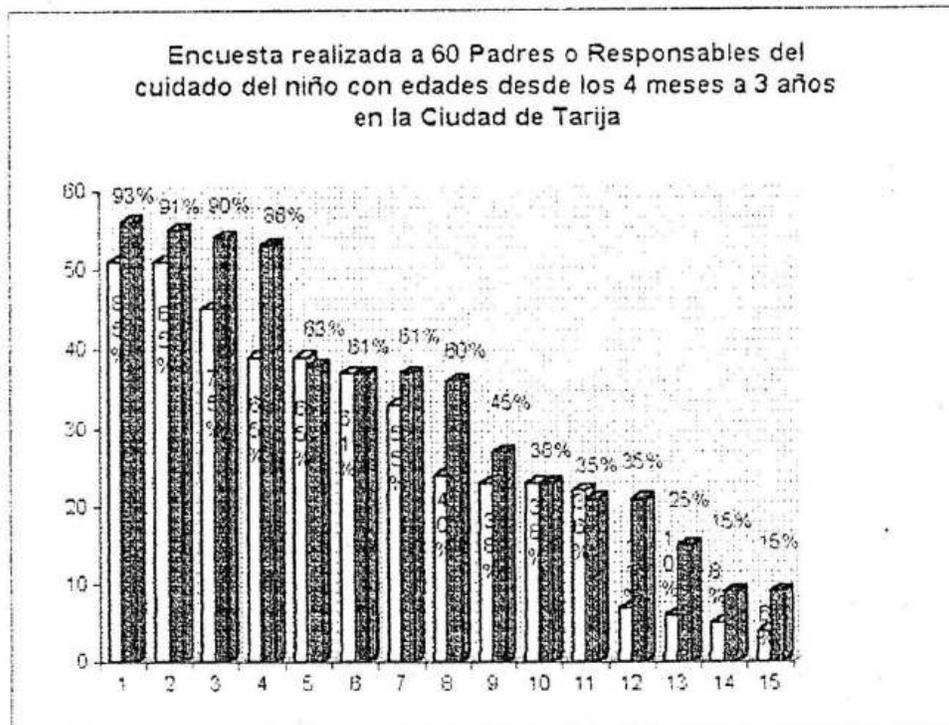
Si (serie blanca)

- 1.- Irritabilidad
- 2.- Secreción salival
- 3.- Irritación local
- 4.- Inflamación gingival
- 5.- Succión digital
- 6.- Sueño perturbado
- 7.- Fiebre
- 8.- Apetito normal
- 9.- Diarrea
- 10.- Vómito
- 11.- Erupción cutánea
- 12.- Fluido nasal

No (serie oscura)

- 1.- Fluido nasal
- 2.- Erupción cutánea
- 3.- Vómito
- 4.- Diarrea
- 5.- Apetito normal
- 6.- Fiebre
- 7.- Sueño perturbado
- 8.- Succión digital
- 9.- Inflamación gingival
- 10.- Irritación local
- 11.- Secreción salival
- 12.- Irritabilidad

## GRÁFICO II



1.- Secreción salival

13.- Convulsiones

2.- Succión digital

14.- Afecciones

3.- Encía inflamada o hinchada

15.- Erupción cutánea

4.- Irritación

Si (serie blanca)

5.- Gripe

No (serie oscura)

6.- Fiebre

7.- Diarrea

8.- Sueño perturbado

9.- Otros Objetos

10.- Vómito

11.- Dolor de oído

12.- Crup

## 9.2.- DISCUSIÓN SOBRE LAS ALTERACIONES LOCALES Y SISTÉMICAS FRECUENTEMENTE CORRELACIONADAS CON LA LITERATURA.

En los cuestionarios enviados a los 60 médicos pediátras y odontopediátras se observó que el 100% de estos creen que exista una relación entre la erupción dentaria y las alteraciones locales o sistémicas en los niños lo que concuerda con la mayoría de los autores.

Las alteraciones relatadas con mayor frecuencia por lo médicos pediatras, odontopediatras y padres o responsables del cuidado del niño preguntado fue del tipo de comportamiento donde el niño se presentaba irritado durante el período de aparecimiento de los dientes a la cavidad bucal. Esto coincide con las informaciones dadas por Tasanen, Seward, Carpenter, Garcia-Godoy, Rocha, Abujanra, BEGTSON y sus colaboradores afirman que aparecimiento de los dientes y su relación a nivel psicológico no deben ser considerada como una experiencia aislada, siendo que el principal aspecto psicológico de la dentición decidua se encuentra en el cambio de la actitud pasiva de receptor para la activa del estructor.

La sialorrea o salivación aumentada durante el apareamiento de los dientes deciduos fue otra alteración encontrada con bastante frecuencia en los cuestionarios respondidos por los médicos pediatras odontopediatras y padres o responsables del cuidado del niño.

Pesquisadores como SEWARD, CARPENTER GRACIA-GODOY, ROCHA, BENGTSON y colaboradores, MARCONDIS creen que la sialorrea en esta fase es una consecuencia de la maduración de la glándula salival unida a la dificultad de deglución del flujo salival.

TASANEN atribuye la salivación aumentada durante la erupción como consecuencia del estímulo de la succión del pulgar con fraccionamiento gingival debido a que este acto suele ser bastante intenso durante la erupción dentaria decidua.

La succión del pulgar fue verificada por los médicos pediatras odontopediatras y padres o responsables del cuidado del niño durante la erupción decidua.

Para KRUSKA la succión del pulgar durante la erupción

decidua se debe a una sensación de placer proporcionada como impulso primario debido al aspecto psicológico de moralidad e instinto de alimentación no siendo así de erupción propiamente dicha. La fiebre, síntoma de varias patologías fue, el disturbio sistémico verificado con bastante frecuencia tanto por los médicos pediatras y odontopediatras consultados como también por los padres o responsables del cuidado del niño.

SEWARDE, CARPENTER, SCHWARTZMAN y ABUJAMRA también observaron fiebre durante el período de la erupción decidua.

GALILI, ROSENZWEING, KLEN, SANTANA observaron una asociación estadística entre erupción y fiebre sin causa aparente, la posible explicación que se puede dar a ésta asociación esta basada en el proceso oral local en la cual el diente en erupción ejerce presión sobre el tejido circundante irritando así al nervio trigémino el que a su vez estimula el centro de regulación de la temperatura.

Los médicos pediatras y odontopediatras observaron una reducción del apetito durante el proceso de erupción decidua.

Estas alteraciones también son encontradas en las encuestas realizadas por ABUJAMRA, BENGTON y sus colaboradores, ROCHA Y TASANEN.

Este último atribuye la falta de apetito a una disminución fisiológica de la ingestión de alimentos en determinada fase del desarrollo infantil.

La diarrea fue la alteración sistémica verificada con frecuencia en los cuestionarios respondidos por los médicos pediatras, odontopediatras y padres o responsables del cuidado del niño durante el periodo de apareamiento de los dientes deciduos.

Para SEWARD, CARPENTER, ROCHA y ABUJAMRA la diarrea que el niño presenta durante el período de la erupción decidua es producida por infección causada por contaminación a través de objetos llevados a la boca y la succión del pulgar en escasas condiciones de higiene.

**CAPÍTULO X**  
**CASOS CLÍNICOS**

CAPÍTULO X

CASOS CLÍNICOS

FICHA CLÍNICA Nº1	
NOMBRE	G.T.M.
FECHA	12 de agosto
DIRECCIÓN	Hogar de niños Melbin Jhones
EDAD	9 meses
PROCEDENCIA	Tarija



Observación clínica: se puede observar la prominencia y la  
izquemia clásica en el lugar de la pronta erupción del incisivo  
lateral inferior temporario.

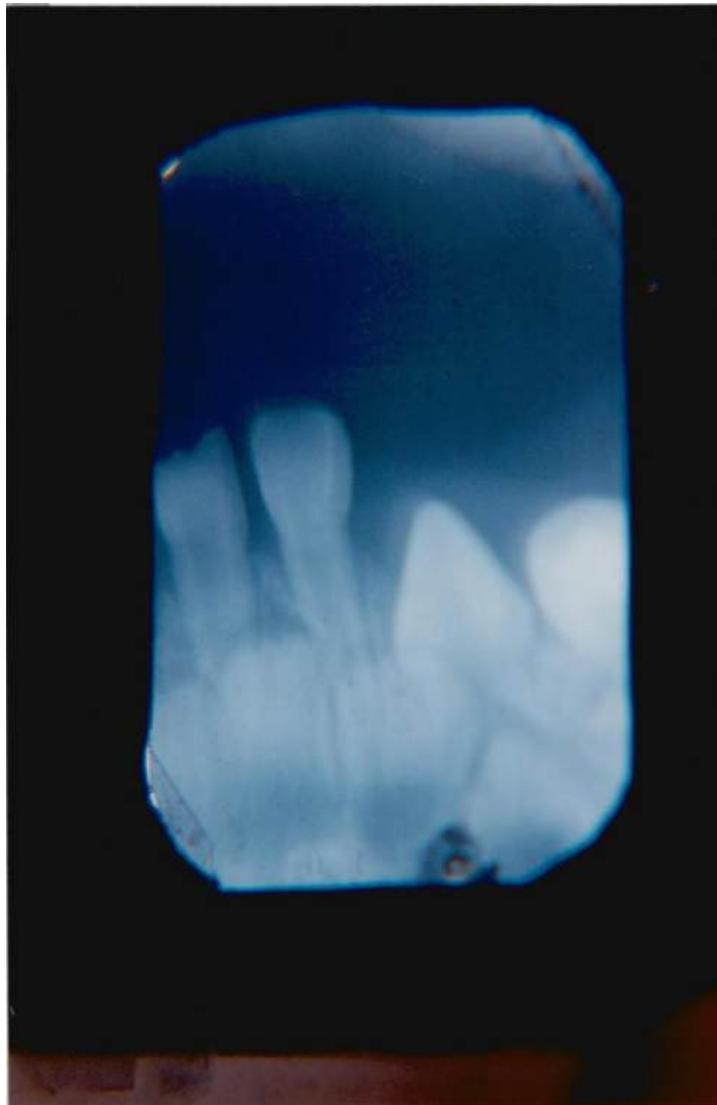


Radiografía intraoral: notamos la presencia del germen del  
Incisivo lateral inferior temporario.

<b>FICHA CLÍNICA Nº2</b>	
NOMBRE	M.M.Q.
FECHA	13 de agosto
DIRECCIÓN	Hogar de niños Melbin Jhones
EDAD	14 meses
PROCEDENCIA	Tarija



Observación clínica: se puede observar la prominencia y la izquemia clásica en el lugar de la pronta erupción del canino inferior y del primer molar inferior temporario.

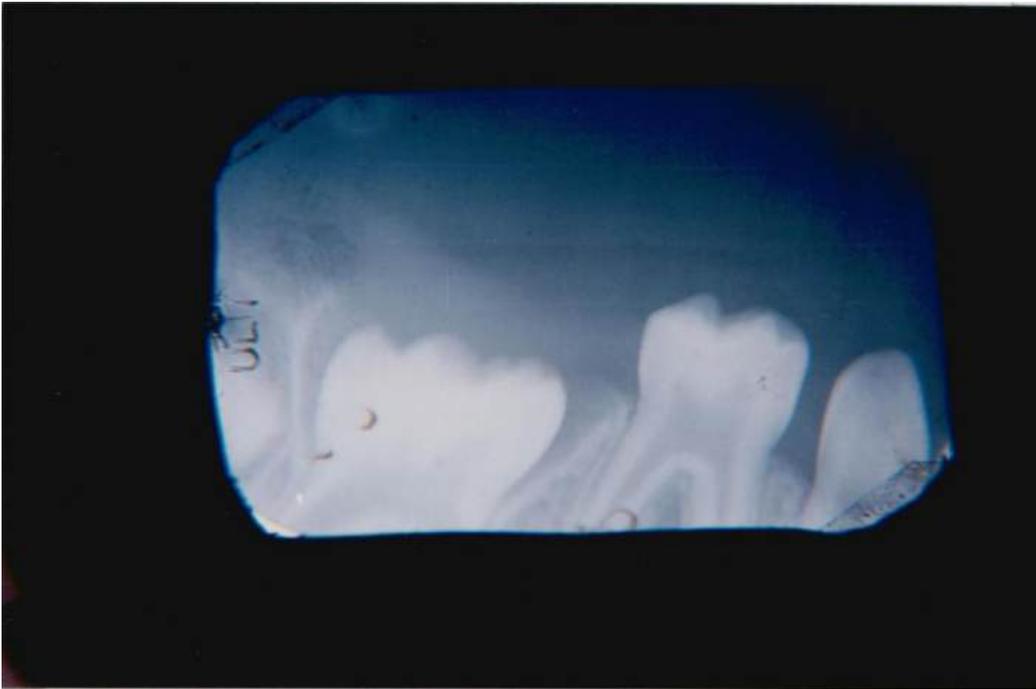


Radiografía intraoral: notamos la presencia del germen del canino inferior y del primer molar inferior temporarios.

<b>FICHA CLÍNICA N°3</b>	
NOMBRE	D.M.
FECHA	26 de agosto
DIRECCIÓN	Hogar de niños Melbin Jhones
EDAD	
PROCEDENCIA	Tarija

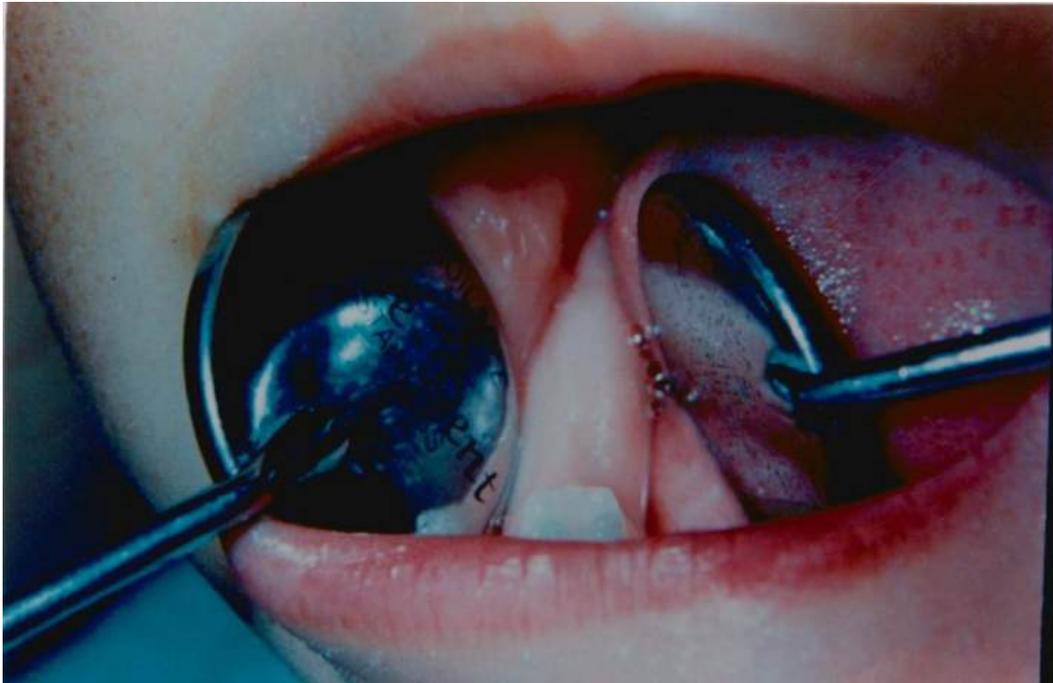


Observación clínica: se puede observar la prominencia y la  
izquemia clásica en el lugar de la pronta erupción del segundo  
molar inferior temporario.



Radiografía intraoral: notamos la presencia de los gérmenes del 2º molar temporario inferior y del primer molar permanente.

<b>FICHA CLÍNICA Nº4</b>	
NOMBRE	C.T.V.
FECHA	27 de agosto
DIRECCIÓN	Hogar de niños Melbin Jhones
EDAD	2 años y 3 meses
PROCEDENCIA	Tarija



Observación clínica: observamos la prominencia y la izquemia clásica en el lugar de la pronta erupción del segundo molar inferior temporario.



Radiografía intraoral: notamos la presencia de los gérmenes del 2º molar inferior temporario y la del primer molar permanente.

**CAPÍTULO XI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CAPÍTULO XI

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 11.1.- CONCLUSIONES.

De lo investigado realizado sobre los problemas sistémicos y locales de la erupción dentaria se ha llegado a la siguiente conclusión:

- 1.- De acuerdo al cuadro estadístico se evidencia que lo que más se presenta en el niño es la irritabilidad en una proporción de 93,33% debido a la inflamación local, fiebre y dolor en el lugar de la erupción dentaria.
- 2.- La sialorrea que se encuentra en un 90% ocasionada por una autodefensa del organismo frente al dolor, esta inflamación producida por el deseo de romper la mucosa en el momento de la erupción.
- 3.- Existe irritación en un 86,66% e inflamación gingival en 78,33% de los niños, como es de suponer se debe a la presión ejercida de la pieza sobre la mucosa al erupcionar.
- 4.- La succión digital y el sueño perturbado 56,66% producido por la molestia, escoror y dolor que ocasiona

este fenómeno.

- 5.- También he encontrado fiebre en un 55% aunque muchos de los autores niegan su existencia o aducen a una mayor velocidad en la erupción; sin embargo de acuerdo a los resultados se nota que en su mayoría los niños presentan uno o más grados de elevación de la temperatura.
- 6.- La falta de apetito 35%, en mi humilde criterio se debe a la elevación de la temperatura, inflamación y dolor local que siente el paciente.
- 7.- He podido comprobar la presencia de diarrea en un 31,66% en primer lugar por la succión del dedo o la mano del niño o algún objeto que pueden estar contaminados, en este caso produce una diarrea propia de una infección intestinal, o bien se produce por la presión que ejerce el diente al erupcionar sobre la mucosa lo que ocasiona isquemia y luego muerte de las células con su correspondiente descamación que son ingeridas por el niño ocasionando esa diarrea sin olor.
- 8.- Otras alteraciones adicionales que se presentan son vómito en un 16,66% erupción cutánea 6,66%, fluido nasal 3,33% y otras alteraciones que no registro porque son de índice muy reducido.

## 11.2.- RECOMENDACIONES.

Desde tiempos inmemoriales, yo diría desde la creación del hombre ha existido molestias locales y sistemáticas en la erupción de las piezas dentarias, esto nos demuestra porque el humano ha tratado de solucionar ya sea por medios naturales en la antigüedad y hoy la ciencia se preocupa de que tales molestias sean menos dolorosas o que se produzcan sin dolor, de ahí que se prepararon una serie de fármacos que recomendamos a los profesionales, estudiantes y sobre todo a los padres de familia utilizarlos en los momentos indicados; dentro de estos tenemos: NENE-DENT, DENTINOX-GEL N, ENCILDENT-L.