



AFECCIONES BUCODENTALES

Gladys Rodríguez Méndez

La mucosa masticatoria y los tejidos blandos bucales son susceptibles de presentar alteraciones y enfermedades de diversos orígenes. Pueden aparecer afecciones por la invasión de microorganismos, por alteraciones inmunológicas, por alteraciones inflamatorias, proliferativas, distróficas e incluso por traumatismos, con características clínicas diferentes.

La función que juega la herencia y las tendencias familiares aparece documentado en la bibliografía en relación con algunas de las mismas.

Por tal razón, resulta de extraordinaria importancia para el médico, ampliar sus conocimientos sobre las afecciones bucodentales, con la finalidad de poder orientar de la forma más adecuada, la conducta que debe seguir la población que el atiende, como controlar los principales factores de riesgo de las enfermedades que pueden manifestarse en la cavidad bucal, o detectarlas precozmente, y poder realizar las remisiones al estomatólogo en los casos que así lo requieran para lo cual es de suma importancia la realización de un buen interrogatorio que informe sobre las características iniciales de la lesión, su progresión y tiempo de evolución

Entre estas afecciones están:

- Urgencias de la cavidad bucal o de sus estructuras adyacentes.
- Caries dental.
- Enfermedades gingivales y periodontales.
- Anomalías de la oclusión.
- Cáncer bucal.
- Xerostomía (sequedad bucal).

Urgencias de la cavidad bucal o de sus estructuras adyacentes

Con frecuencia las urgencias de la cavidad bucal o las estructuras adyacentes son atendidas inicialmente por el médico de familia, por ser el médico de confianza de la familia antes que por el estomatólogo. Estas ocurren principalmente en la escuela, en la calle o en la casa.

Las urgencias como dolor dental, sangrado gingival, aumento de volumen posterior a un traumatismo, incluso fiebre o ataque al estado general por causas bucodentales, requieren diagnóstico y tratamiento adecuados e intervención oportuna del estomatólogo. Lo ideal es que el diagnóstico y tratamiento de las urgencias se realicen por el especialista a la mayor brevedad posible, ya que el tratamiento del médico generalista casi siempre es paliativo.

En estos casos el tratamiento de urgencias estomatológicas depende de sus conocimientos básicos, de su experiencia y del equipo, instrumental y material con el cual cuente, debiendo todo consultorio estar preparado para estas eventualidades, basándose la evaluación de una urgencia en las manifestaciones clínicas obvias, y en la observación de los detalles finos que rodean las estructuras involucradas y sus funciones.

En las urgencias de la cavidad bucal o de sus estructuras adyacentes, el médico general integral debe indicar a los familiares la necesidad de consultar al estomatólogo para un tratamiento definitivo, a fin de controlar la causa del dolor, los procesos infecciosos

y las hemorragias. La referencia al estomatólogo debe proporcionar indicaciones importantes, como la necesidad de usar profilaxis con el antibiótico de elección de acuerdo con las características sistémicas; indicar si se ha exacerbado o agudizado una enfermedad crónica y si se encuentra en tratamiento, para que se acelere el tratamiento estomatológico. Sin embargo, es ilógico por ejemplo, enviar a un niño que requiere un tratamiento hospitalario como terapia de reemplazo a un consultorio estomatológico.

La actuación del médico de familia debe proporcionar correcta y oportunamente estos primeros auxilios sin prescripción de fármacos que “alivian” temporalmente, pero que ocultan signos y síntomas importantes y que aumentan la posibilidad de recidiva de la eventualidad patológica, por lo que debe analizar la importancia de la integridad del aparato estomatognático y su relación con la salud integral.

La mayoría de las urgencias cuyo síntoma es el dolor pueden tratarse con analgésicos o anestésicos locales; sin embargo, estos fármacos aplicados tópicamente pueden ser desde el punto de vista estomatológico inadecuados, ya que dificultan detectar las causas que lo produjeron.

La limpieza de la cara y de las zonas afectadas, tranquilizar al enfermo y familiares, reducen el estrés y la angustia que causan estas urgencias, pudiendo la misma, reflejarse en su conducta.

El control de esta es crucial para realizar posteriormente un tratamiento estomatológico eficaz, justificándose el uso de sedantes cuando se trate de un niño para tranquilizarlo.

En ocasiones es necesario emplear “restricción física terapéutica” con ayuda del personal médico y los familiares para disminuir los movimientos voluntarios o involuntarios, cuando el procedimiento necesario es corto o sencillo; también cuando el paciente no coopera.

Se debe tener una comunicación franca a fin de controlar y obtener al máximo la cooperación del paciente.

El tratamiento estomatológico puede incluir desde la orientación de un cepillado dental adecuado y enjuagatorios específicos, hasta una acción directa en la cavidad bucal para aliviar o aminorar el dolor.

Traumatismos

Son urgencias comunes en la cara, que involucran la cavidad bucal y las estructuras adyacentes, y son causados por caídas, accidentes automovilísticos, juegos, violencia o deportes de contacto.

Por lo general, los golpes en los dientes se acompañan de traumatismo en los tejidos blandos. Para tratar el diente, primero debe cohibirse la hemorragia. Un diente fracturado requiere de la evaluación, el diagnóstico, y tratamiento oportuno, así como de su control y evolución, ya que pueden ocurrir diferentes complicaciones que ponen en riesgo el pronóstico del diente y de las estructuras adyacentes. Los dientes traumatizados y desplazados pueden dañar tanto los dientes temporales como los permanentes adyacentes o sucedáneos.

Es frecuente encontrar en la dentición temporal posterior a un traumatismo dentario un cambio de coloración gris-parduzco en el o los dientes traumatizados, debido a la absorción insuficiente de hemoglobina diseminada por la dentina.

Para el reimplante de un diente desprendido, debe indicarse a los padres que traten de colocarlo preferiblemente en el alvéolo en su posición original; si no es posible, debe colocarse el diente en un medio húmedo como la leche, suero salino, o en la saliva, bien en el vestíbulo o debajo de la lengua. Si la raíz del diente está sucia debe lavarse con solución salina. No debe lavarse con agua pues esta ejerce efecto destructivo en la reparación periodontal.

El paciente debe ser llevado al estomatólogo, quien recoloca e inmoviliza el diente con una férula para permitir que recupere sus funciones. En estos casos, el diente ya no tiene vascularidad intrapulpar y requiere, por tanto, de un tratamiento de endodoncia. Mientras más tiempo pase a partir del traumatismo o avulsión, el pronóstico es más reservado. Ahora bien, los dientes temporales o permanentes se reimplantan siempre y cuando tanto el diente como el paciente cumplan con los criterios para realizar tal procedimiento tales como edad, si padece de alguna enfermedad sistémica que lo contraindique, cronología y secuencia de la erupción dentaria, longitud de la raíz etcétera.

Si el paciente ha recibido un golpe en el mentón, debe valorarse la integridad de los maxilares en especial del cóndilo de la mandíbula, las cuales pueden pasar inadvertidas cuando solamente se atiende la abrasión, laceración o el golpe en el mismo. El médico de familia puede detectar una probable fractura del o los cóndilos, observando la oclusión dentaria, y preguntando al paciente o familiar si esa es la mordida habitual del mismo, o si durante los movimientos de apertura y cierre, se aprecia dolor a la palpación del área periauricular, cerca del *tragus* por delante del lóbulo de la oreja, o asimetría facial. Este tipo de fractura requiere de la actuación de un cirujano maxilofacial.

Ahora bien el mejor tratamiento de urgencia que puede proporcionar un médico de familia es la prevención de las enfermedades bucodentales, controlar sus factores de riesgo y recomendar a sus pacientes la importancia de las visitas periódicas al estomatólogo, contribuyendo de esta forma a evitar la posible pérdida tanto la dentadura temporal como de la permanente.

Resulta necesario recordar que cualquier procedimiento de urgencia debe realizarse con el consentimiento informado del paciente o familiares.

Erupción y exfoliación dentaria

Cuando se inicia la erupción dentaria temporal, aproximadamente a los seis meses de edad, los síntomas más frecuentes son malestar general, incomodidad, llanto, fiebre y en ocasiones diarrea.

Se emplean analgésicos, antipiréticos, antihistámicos, etc. para reducir la fiebre y el malestar general; las “mordederas” y anestésicos tópicos para calmar el prurito. En la erupción de los dientes permanentes, los síntomas mejoran con medidas de higiene bucal.

En los niños es frecuente encontrar un abultamiento preeruptivo, antes de que la corona del diente aparezca en la cavidad bucal, la encía presenta un abultamiento que es firme, puede ser ligeramente blanquecino y conforma el contorno de la corona subyacente, pero en oportunidades se asocia un proceso inflamatorio gingival.

La erupción de los dientes primarios y permanentes puede estar asociada con una forma de quiste denominada quiste de erupción, el cual generalmente se presenta como una zona translúcida, fluctuante, con una inflamación circunscrita sobre el diente en erupción. Cuando la cavidad del quiste contiene sangre, la inflamación aparece con un color púrpura o azul intenso fluctuante y circunscrito.

Los dientes natales y neonatales deben valorarse con mucho cuidado; su movilidad, integridad y la presencia de una úlcera (úlceras de Rigafede) en la superficie ventral de la lengua causada por su frotamiento con el diente. No se requieren extracciones en todos los casos. Es posible que la úlcera desaparezca y mejore la alimentación del niño con un tratamiento dental.

La *pericoronaritis* es la inflamación con dolor del opérculo que rodea a la corona del molar que está en erupción. Se requiere de la actuación del estomatólogo para imponer el tratamiento más adecuado.

Caries dental

La caries dental se considera un proceso de origen infeccioso, transmisible, y de evolución crónica,

condicionado por diversos factores biosocioambientales, que se caracteriza por un desequilibrio bioquímico, que afecta los tejidos duros dentarios y que de no ser revertido a favor de los factores de resistencia, conduce a desmineralizaciones sucesivas, con la posterior cavitación, alteraciones del complejo dentinopulpar, pérdida dentaria, repercusión en la salud general y en la calidad de vida de las personas.

La etiología de la caries dental es multifactorial; no obstante los factores principales son: el nivel de susceptibilidad del hospedero (*nivel de resistencia de los tejidos dentales, características cuantitativas y cualitativas de la saliva*), el grado de infección por microorganismos cariogénicos, el tipo de patrón dietario y el tiempo de exposición al desequilibrios entre los mismos.

La acción del biofilm bacteriano cariogénico, es capaz de disminuir el pH y producir la desmineralización del esmalte favorecido entre otras cosas por una incorrecta higiene bucal y malas prácticas de alimentación. El consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables tales como líquidos azucarados, alimentos lácteos, y alimentos adhesivos, proveen el sustrato necesario para el metabolismo bacteriano.

El principal microorganismo involucrado en el inicio de las lesiones de caries es el *Streptococcus mutans*. Esta bacteria es un habitante normal de la cavidad bucal, en muy bajas proporciones. El mismo es capaz de colonizar las superficies lisas de los dientes, y producir polisacáridos extracelulares de adhesión (dextranos) que le permiten adherirse al diente y elaborar más ácido por unidad de peso que cualquier otra bacteria del organismo humano, siendo la acidez del medio bucal la responsable de la descalcificación inicial del esmalte. En presencia de los hidratos de carbono (sacarosa) se favorece su multiplicación y adherencia, a su vez establece condiciones medioambientales favorables para que proliferen otros microorganismos productores de caries. Este efecto se favorece en presencia de las denominadas “dietas cariogénicas”, es decir, dietas ricas en carbohidratos.

La caries temprana de la infancia (CTI) o caries de biberón (síndrome del biberón) o caries rampante representa un problema de salud pública en el mundo. En su etiología los factores involucrados son similares a la caries que aparece en otros grupos de edades.

Por supuesto, la superficie de esmalte inmadura o menos mineralizada como la de los dientes recién erupcionados son más susceptibles. Los dientes más afectados son los incisivos superiores, lo primeros molares y finalmente los segundos molares, dado que

la manifestación de la enfermedad guarda relación con la secuencia de la erupción de los dientes.

La incorporación del *S. mutans* es favorecida con la erupción dentaria, lo que determina una “ventana de infectividad” la cual *se extiende* entre los 19-31 meses de edad. Esta bacteria se transmite verticalmente de madre a hijo en la mayoría de los casos.

Entre los factores de riesgo se encuentran mala higiene bucal, inicio tardío del cepillado de dientes, placa bacteriana acumulada y abundante, morfología dentaria desfavorable y malformaciones del esmalte tales, como las hipoplasias

Se presenta como lesiones blancas o de color café cavitadas, o no cavitadas en niños desde los 11 meses en adelante disminuyendo su capacidad para crecer y desarrollarse en forma adecuada. Estas lesiones se detectan al examinar visualmente toda la cavidad bucal, y en forma particular, observar las piezas dentarias con cambios de color y/o con destrucción de su estructura.

Para su prevención y control se debe fomentar en la futura madre el cuidado de su salud bucal durante el embarazo y los primeros meses de la vida del niño, y que la misma reciba información sobre la transmisión de infecciones bucales y las medidas de autocuidado, orientándola para que inicie tempranamente el cepillado de los dientes del niño y controle la ingesta de carbohidratos, así como de la necesidad de acudir a los controles programados para su hijo.

Resulta necesario añadir que los dientes *duelen* cuando la caries llega a la dentina, ya existe cierto grado de profundidad y es necesario “tratarla”. Las caries pueden tener complicaciones y afectar el estado general. En tales casos el paciente se debe derivar al estomatólogo lo más pronto posible, ya que medidas educativas oportunas y una buena higiene bucal desde etapas tempranas pueden evitar este tipo de dolencias.

Enfermedades gingivales y periodontales

Durante mucho tiempo se creyó que las enfermedades gingivales en el niño eran extremadamente raras, al extremo que muchas alteraciones que se observaban en las encías, no se les prestaba atención alguna o pasaban inadvertidas. Estos criterios se han ido modificando ante la presencia cada vez mayor de alteraciones gingivales en los niños que se corresponden con procesos patológicos reconocidos y se ha aceptado que la gingivitis no es una simple enfermedad, sino un conjunto de enfermedades como resultado final de varios procesos.

La inflamación de la encía producto de una higiene bucal deficiente, es lo más común pero los cambios patológicos en la misma pueden también resultar de condiciones sistémicas, tales como uso de medicamentos, de inmunosupresores, enfermedades endocrinas como la diabetes mellitus, enfermedades como la epilepsia que requieren el uso sistemático de un compuesto denominado difenilhidantoína o dilantina sódica la cual tiene la propiedad de generar una *hiperplasia gingival progresiva* que aunque indolora llega a cubrir la corona del diente, e interferir en la masticación, si no es intervenida a tiempo.

La *leucemia linfoblástica aguda* es la forma más común durante la infancia; a menudo se acompaña de síntomas bucales severos durante el tratamiento citotóxico.

Los *cambios hormonales en la pubertad, y en el embarazo* provocan una respuesta exagerada de la encía a la irritación; también durante los periodos menstruales aumentando la frecuencia de la gingivitis y por ende incremento en el número de bacterias.

Hay síndromes que tienen una alta prevalencia de *enfermedad periodontal* como el síndrome de Down, la hipofosfatasa (síndrome metálico hereditario), la acatalasemia (deficiencia de la enzima catalasa), el síndrome de Chediak Higashi (defectos en los leucocitos), la histiocitosis X (enfermedad de Hand-Schuller-Cristian) y el síndrome de Papillon-Lefèvre (enfermedad genética) que llevan a tipos muy agresivos de periodontitis. Los síntomas bucales comienzan después de la erupción de los dientes temporales y cesan después de la pérdida prematura de la primera dentición, para comenzar de nuevo después de la erupción de los dientes permanentes.

En la *agranulocitosis*, tipo de neutropenia maligna se ve rara en los niños, pero al igual que en casos de neutropenia cíclica y crónica, son comunes las ulceraciones bucales y las manifestaciones periodontales.

Gingivoestomatitis herpética aguda

La gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA) es una enfermedad viral contagiosa causada por el virus del herpes simple tipo I. Suele aparecer en niños fundamentalmente entre los 5-6 meses y los 4-6 años, sin existir preferencia por ningún sexo, los que no han tenido contacto con el virus y por lo tanto no tienen anticuerpos neutralizantes. El pico de la incidencia ocurre a los 14 meses. Generalmente se presenta asociada a infecciones bacterianas tales como neumonía, meningitis, gripe, en enfermedades debilitantes y febriles.

El tiempo de incubación es de 3 a 5 días. La enfermedad comienza con síntomas prodrómicos, que se desarrollan súbitamente como malestar general, fiebre (a menudo hasta de 40 °C) que puede presentarse 1 o 2 días antes de las manifestaciones bucales, irritabilidad, babeo, cefalea, disfagia, dolor asociado a la toma de alimentos o líquidos ácidos y adenopatías. Esta afección es probablemente la primera exposición de un niño al virus del herpes.

Los tejidos gingivales se vuelven rojos y edematosos, a los 2 o 3 días aparecen vesículas que contienen un líquido de color amarillo o blanco que rápidamente se rompen y forman unas úlceras dolorosas de 1 a 3 mm de diámetro, cubiertos por una membrana grisácea y con una zona inflamatoria muy bien delimitada.

Las vesículas pueden ser observadas en lengua, labios, carrillos, encía, paladar duro, paladar blando y amígdalas, extendiéndose como si se salieran de la boca a región peri bucal con úlceras solitarias que incluyen la piel alrededor de los labios. La enfermedad está bien delimitada y tiene una evolución de 10 a 14 días.

Gingivoestomatitis aftosa

Es una ulceración dolorosa de la mucosa tanto en los niños de edad escolar como en adultos. Las aftas menores son más frecuentes en niños. Estas lesiones consisten en ulceraciones recidivantes dolorosas que se desarrollan con rapidez en ciertas zonas de la mucosa de la boca, pueden ser únicas o múltiples y asociarse o no con lesiones ulcerosas en otras localizaciones. Persisten durante 4-12 días y cicatrizan sin complicaciones.

Se manifiestan con síntomas prodrómicos de hiperalgia y sensación de quemazón en la mucosa unas 24 h antes de la aparición de la úlcera dolorosa. Son lesiones de forma ovalada generalmente con menos de 1cm de diámetro bien demarcados. Aparecen en zonas no queratinizadas de la mucosa bucal, fondo del vestíbulo, punta y bordes laterales de la lengua, mucosa labial y suelo de la boca.

Gingivitis ulceronecrótica aguda

La gingivitis ulceronecrótica aguda (GUNA) es una enfermedad infecciosa inflamatoria aguda conocida como infección de Vincent, "boca de trinchera", fusospiroquetosis. Es rara en los niños en edad preescolar, ocasional en los de 6 a 12 años y con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes.

El dolor continuo y persistente, el sabor metálico, la halitosis característica, el edema gingival y la pre-

sencia de un material necrótico pseudomembranoso que recubre el tejido marginal y las papilas interdentes, las que aparecen de forma truncada, son las principales manifestaciones clínicas de la GUNA, las que pueden acompañarse de pérdida del apetito, fiebre, malestar general y linfadenopatías, siendo causada esta enfermedad por microorganismos anaerobios tales como el bacilo fusiforme y las espiroquetas. Con la aparición del VIH esta enfermedad ha incrementado su presencia.

Candidiasis aguda pseudomembranosa, moniliasis aguda o Muguet

De las infecciones fúngicas que afectan la boca es la más común y la que con más frecuencia se observa en la infancia, aparece precozmente, en la lactancia y primeros 2 años de vida. También se observa en niños enfermos o inmunodeprimidos. No existe predominio por ninguno de ambos sexos y aparece cuando disminuye la resistencia de los tejidos, por una posible afectación sistémica o por una manifestación de un estado carencial, en cuyo caso un huésped habitual de la cavidad bucal como es la *Candida albicans*, se multiplica con rapidez y se convierte en patógena.

También es frecuente la Candidiasis neonatal, en el recién nacido la cual adquiere al atravesar la vagina y que se manifiesta clínicamente antes de las dos semanas. La fuente de infección parece estar en el canal vaginal o a través de chupetes o biberones.

En ocasiones los niños pequeños presentan una candidiasis después de una antibioterapia local que permite la proliferación del hongo. El cuadro clínico de esta infección oportunista comienza con un estado irritable del lactante y dificultades para la alimentación. A nivel bucal comienza con un eritema difuso e indoloro que pasa inadvertido durante unas 24 h. Posteriormente se manifiesta como manchas blancas en la lengua, en las encías y paladar, pudiendo extenderse hasta la faringe y esófago, de forma difusa o agrupada semejando restos de leche coagulada.

Estas placas son poco adherentes y fácilmente removidas durante la masticación o al pasar una gasa dejando una superficie sangrante y dolorosa. El cuadro desaparece en 6 a 8 días.

Estomatitis estreptocócica

El estreptococo *viridans* 1 (alfahemolítico) y el betahemolítico del grupo A son habitantes normal de la cavidad oral y usualmente el primero es el que está

presente en las bacteriemias de origen dental. En pacientes en los que hay una inmunosupresión se puede aumentar su virulencia y puede ocasionar lesiones en la mucosa bucal. Usualmente estos pacientes presentan un antecedente reciente de infección en las vías aéreas superiores.

Las características clínicas de esta enfermedad incluyen una inflamación generalizada de las encías y la presencia de lesiones puntiformes, y blanquecinas en el carrillo y en la mucosa de revestimiento que se han descrito como “regado de sal”. Puede presentar además malestar general y fiebre.

El absceso gingival es de aparición repentina, se presenta con un aumento de volumen en la papila o el margen gingival, de forma redondeada u ovoide de superficie lisa y color rojo brillante, muy dolorosa, pudiendo extenderse esta sensación a los dientes adyacentes, de no recibir tratamiento entre las 24 o 48 h, se hace fluctuante y puntiaguda, pudiendo aparecer un orificio por donde drena un exudado purulento generalmente no produce manifestaciones sistémicas

Se debe a la acción de microorganismos piógenos que han penetrado y se han establecido en el seno de los tejidos, a continuación de una lesión traumática, sea por el cepillado, alimentos duros u otras causas, la falta de continuidad del tejido, junto a la susceptibilidad del individuo y la acción de los microorganismos, son los que desarrollan la afección.

Absceso periodontal

Es una inflamación purulenta, que en esta oportunidad se localiza en los tejidos profundos del periodonto y se debe al establecimiento de microorganismos piógenos en esta zona. Clínicamente se presenta como una elevación redondeada u ovoide de aspecto edematoso en la encía vecina a la superficie lateral de la raíz. Su consistencia es variable, con frecuencia, y es un signo importante, una suave presión digital sobre el absceso, provoca la salida de pus por el margen gingival. Es la complicación más frecuente de la enfermedad periodontal. Este absceso suele ir acompañado de un dolor a la palpación, y la percusión, pulsátil e irradiado, y movilidad dentaria. En ocasiones el paciente presenta fiebre, malestar general, leucocitosis, y adenomegalias.

Anomalías de la oclusión

Los factores de riesgo ya fueron analizados en el capítulo 22 relacionado con la salud bucal (hábitos bucales deformantes tales como la succión digital, la

respiración bucal cuando no existe obstrucción de las vías aéreas superiores, la onicofagia, la interposición lingual en el reposo, los hábitos posturales, la succión del labio, la mordedura de objetos entre otros, la hipotonía muscular (fundamentalmente del orbicular de los labios), la lengua grande o pequeña, la pérdida prematura de los dientes por caries o traumatismos, el consumo de alimentos cada vez más blandos que no estimulan el desarrollo de los maxilares y de la musculatura masticatoria, la desnutrición en edades tempranas, la herencia (anomalías congénitas y/o esqueléticas), los problemas endocrinos (metabólicos y hormonales), los de orden psicológico (sobre protección-desajustes emocionales-complejos), y la supresión de la lactancia materna antes de los 6 meses.

En este caso, por su importancia, se hace referencia a la lactancia materna, ya que la boca se convierte en el órgano a través del cual el lactante obtiene el aire y el alimento, a la vez es el órgano mediante el que se establece el contacto con el ambiente. Se recomienda la lactancia materna hasta los 6 años de vida siempre que sea posible por razones nutricionales y psicológicas, ya que la leche materna contiene una amplia gama de anticuerpos que protege al niño contra las infecciones, cambiándose gradualmente la dieta en los niños menores de 1 año a fórmulas lácteas y alimentos sólidos.

Resulta vital en este momento orientar de forma adecuada a la madre sobre el hábito incorrecto de darle chupetes endulzados y esto puede dar lugar a la aparición de las caries tempranas de la infancia o caries de biberón. El asesoramiento dietético es de suma importancia en la prevención de las caries en primer término porque el alto consumo de azúcares, constituye un factor de riesgo de la caries dental, y en segundo porque estos hábitos alimentarios cariogénicos, también pueden dar lugar a la obesidad, situación precursora de afecciones más graves como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Los hábitos alimentarios formados en la niñez, son difíciles de modificar más tarde, por lo cual es muy importante modificar hábitos alimentarios incorrectos, y fomentar actitudes positivas para la salud en niños y adolescentes, siendo en este aspecto fundamental, la educación para la salud dirigida a niños, padres, educadoras de círculos infantiles, no tan solo en lo referente a la alimentación del recién nacido, y en los niños de edades preescolar y escolar, sino también en la importancia de la corrección de hábitos bucales deformantes.

El médico puede detectar cualquier enfermedad nasofaríngea o de otro tipo que pueda dar lugar a un trastorno de la oclusión dentaria en el niño, remitiéndolo al especialista requerido, y de esta forma está contribuyendo a la prevención de las maloclusiones.

Cáncer bucal

Teniendo en cuenta el incremento en la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal, no resulta ocioso recordar que los principales factores de riesgo del mismo son el tabaquismo, la Ingestión de bebidas alcohólicas, los alimentos muy calientes y picantes, la queilofagia moderada del carrillo, dientes fracturados con bordes cortantes, obturaciones filosas, así como prótesis mal ajustadas, la herencia, o cualquier otro factor que ocasione traumatismo a los tejidos bucales; por ello resulta imprescindible la labor preventiva tanto del médico como del estomatólogo, alertando a los pacientes sobre la necesidad de eliminar los factores de riesgo ya mencionados.

Los conocimientos actuales y las disponibilidades terapéuticas para curar el cáncer bucal, nos permite afirmar que la única forma de aumentar los índices de curabilidad es el diagnóstico y tratamiento en etapas iniciales de cualquiera de los tipos que se desarrollan en esta importante área, donde la técnica seleccionada tenga la posibilidad de triunfar en la lucha contra esta cruel enfermedad, ya que mientras más pequeña se detecta la lesión cancerosa más simple y seguro es el tratamiento.

El interrogatorio es muy importante y debe estar dirigido a buscar los datos relacionados con los factores de riesgo que predisponen al cáncer, además de valorar la edad del paciente, ya que por ejemplo el cáncer de bucofaringe es más frecuente después de los 45 años; determinar la ocupación, si manipula sustancias tóxicas o equipos productores de radiaciones ionizantes, si en la historia clínica hay antecedentes de familiares que padecen de cáncer o fallecieron por esto, o de enfermedades crónicas que predisponen al cáncer.

El examen cuidadoso de todas las estructuras del complejo bucomaxilofacial debe ser un procedimiento

habitual en el contexto del examen físico de cualquier especialidad médica. Cualquier dureza, ulceración o cambio de color en la cavidad bucal, inmovilidad del paladar blando o de la lengua, así como cualquier alteración de las papilas gustativas deben tenerse en cuenta, al igual que cuando al inspeccionar el cuello se observe cambio de color, asimetría, o agrandamiento de los ganglios del cuello o cuando al palpar, se detecte aumento de volumen, induración o presencia de nódulos al realizar un examen físico minucioso.

En la figura 101.1 aparece el algoritmo establecido en el Programa Integral para el control del cáncer en Cuba.

Xerostomía o sequedad bucal

La misma ocurre cuando las glándulas salivales no funcionan bien, por lo cual, puede que no haya suficiente saliva para mantener la boca húmeda, aunque hay personas que sienten que tienen la boca seca aun cuando sus glándulas salivales están trabajando correctamente, como algunas personas con la enfermedad de Alzheimer, o aquellas que han sufrido un derrame o ataque cerebral. las cuales no perciben a veces que tienen la boca húmeda.

Puede presentarse la sequedad bucal, cuando se afectan las glándulas salivares con el uso de medicamentos para la hipertensión o para la depresión; algunas enfermedades que afectan las glándulas salivales como el síndrome de Sjögren, el VIH/sida; la diabetes; cuando durante el tratamiento para el cáncer son expuestas las glándulas salivales. También por heridas en la cabeza o el cuello que dañan los nervios que envían las señales a dichas glándulas.

El tratamiento para la boca seca depende de lo que esté causando el problema, por lo que corresponde al médico o al estomatólogo determinar su origen, y tratar la enfermedad de base. En estos casos como medida general debe orientarse intensificar los procedimientos para lograr una buena higiene bucal, ya que sin suficiente saliva, se puede desarrollar caries dental u otras infecciones en la boca.

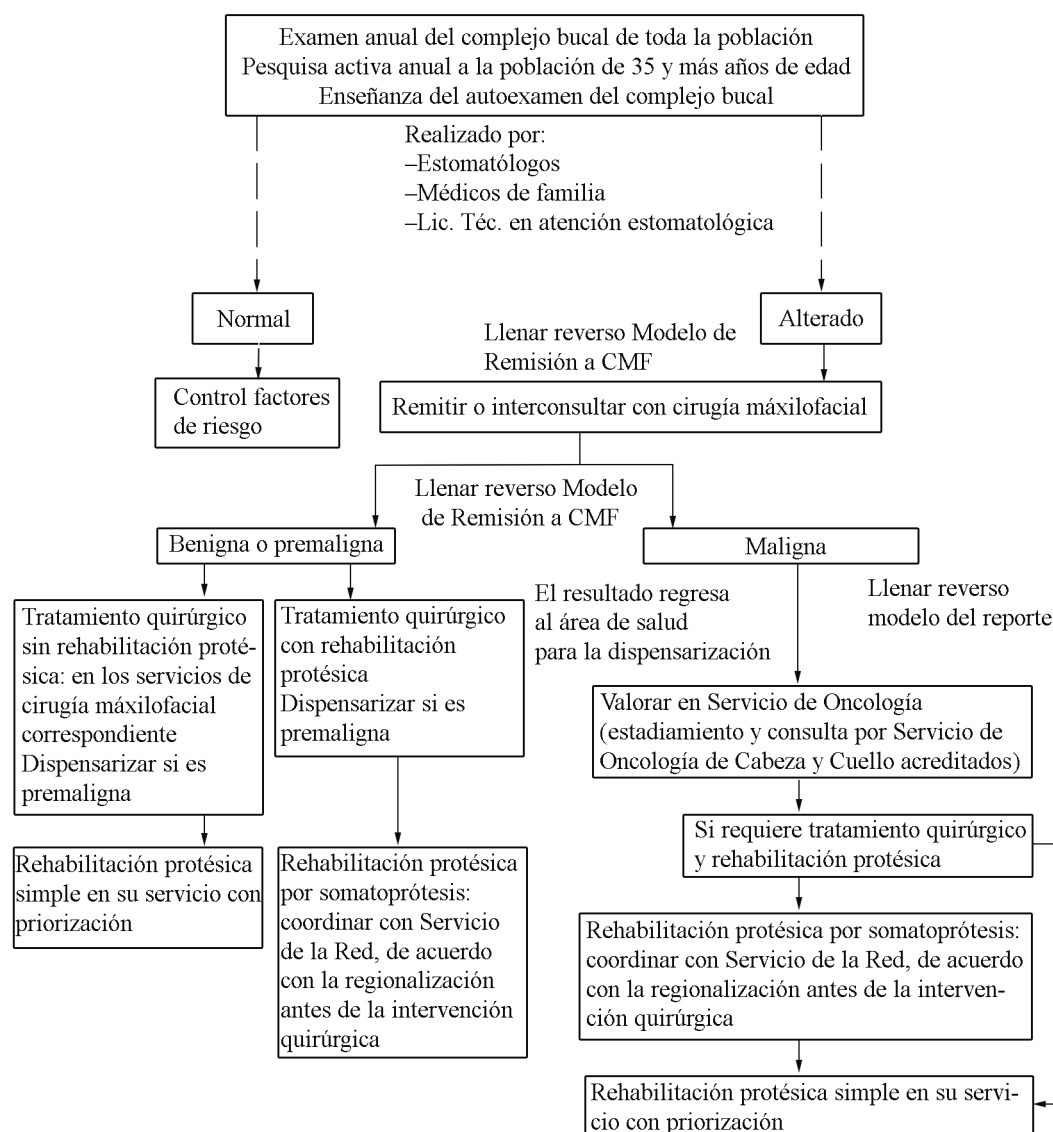


Fig. 101.1. Algoritmo para las acciones del Control de Cáncer bucal.
Tomado de Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba, Ecimed, 2010.

Bibliografía

- Alemán Sánchez, P. C., González Valdés, D., Díaz Ortega, L., Delgado Díaz, Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años., La Habana: *Rev. Cubana Estomatol*, abr.-jun.; 44(2):
- Blanco-Cedres L., Guerra María E., Rodríguez S. (2007), Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2).
- Benítez Canina M. *et al.* (2004) Articulación temporomaxilar. Facultad de Ciencias Médicas Holguín. Recuperado de <http://www.odontologia>
- Bordley, W.C., Travers, D., Scanlon, P., Frush, K., Hohenhaus, S. (2003). Office preparedness for pediatric emergencies: A randomised, controlled trial of an office-based training program. *Pediatrics* 112: 291-5.

- Cartaya Padrón, L., Valdivié Provanca, J. R., Gispert Abreu, E., Bastanzuri Rivas, M. A. (2003). Efectos de hábitos dietéticos en la salud bucal. *Avances Médicos de Cuba* 10(34):34-7
- De la Cruz, G. G., Rozier, R. G., Slade, G. (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*, 114:642-52.
- De la Teja, Á. E., Cadena-Galdós, A., Téllez-Rodríguez, J., Durán-Gutiérrez, L. A. (2007). El Pediatra ante las urgencias estomatológicas. *Acta Pediatr Mex* 28(1):21-7.
- De la Teja, A. E., Escudero, C. A., Monter, G. M. A., Loredó, A.A. (2004). *El Estomatólogo y el pediatra en la atención integral del niño maltratado: una nueva política de intervención*. En: Loredó A. A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Ed. de Textos Mexicanos, pp.248-61.
- De la Teja, A. E., Cadena G. A., Escudero C. A., Sánchez, M. R. M. (2003). Patología bucal En: Rodríguez W. M. A., Udaeta, M. E. *Neonatología Clínica*, McGraw-Hill, pp.191-205.

- Donta-Bakoyianni, K., *et al.* (2002). Stevens-Johnson syndrome: case presentation. *J Clin Pediatric Dent*, 27(1):71-76.
- Featherstone, J.D. (2004). The caries balance: the basis for caries management by risk assessment. *Oral Health Prev Dent*, 2 (Suppl 1): 259-64.
- _____. (2004). The continuum of dental caries-evidence for a dynamic disease process. *J Dent Res*, 83(Spec Iss C):C39-C42.
- Florestti, H. (2005). Traumatología Dental en Niños. Enfoque Sistemático Acta Odontológica Revista de la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Uruguay Vol II(2):44-57.
- García Ballesta, C., Pérez Lajarín, L.; Castejón Navas, I. (2003). Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión RCOE. *Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos*, Mar; 8(2):131-141.
- Gorgy, F. M. (2004). Oral trauma in an urban emergency department. *J Dent Child*, 71:14-6.
- Programa integral para el control del cáncer en Cuba (2012). Control del cáncer en la atención primaria de salud. Experiencias cubanas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Programa integral para el control del cáncer en Cuba (2012). Componente estratégico para el programa del médico y enfermera de la familia. Cuidados del paciente al final de la vida. La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- _____. (2012). Estrategia nacional para el control del cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- _____. (2010). Pautas para la gestión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Malamed, S. F. (2003). Emergency medicine in pediatric dentistry: preparation and management. *J Calif Dent Assoc*, 31:749-55.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2009). Programa nacional de atención integral a la población cubana. La Habana, MINSAP.
- Montero M. J. (2005) La visión de la atención primaria. *Rev. Adm Sanitaria* 3(1):143. Recuperado de www.doyma
- Olympia. R.P., Wan, E., Anver, J.R. (2005). The preparedness of schools to respond to emergencies in children: a national survey of school nurses. *Pediatrics* 116:738-45.
- Quinby, D.J., Sheller, B., Willians, B.J. (2004). Parent satisfaction with emergency dental treatment at a children's hospital. *J Dent Child*, 71:17-23.

