

# CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÓNICO

---

**Autores: Iván Varela Aneiros, Eliane García Mato, Jacobo Limeres Posse, Jose Ramón García Iglesias, Marcio Diniz Freitas**

## RESUMEN

Las afecciones bucodentales siguen siendo frecuentes en la infancia. Engloban un amplio espectro de procesos infecciosos, inflamatorios o tumorales de variada manifestación clínica. En el caso de pacientes con enfermedades crónicas, además de los factores de riesgo propios de estas patologías, se añaden numerosas circunstancias que pueden promover su aparición o aumentar su gravedad: inmunosupresión, alteraciones neuromusculares, necesidades dietéticas específicas, efectos secundarios de la medicación, etc. En este protocolo se resumen los principales cuadros orales que puede presentar el paciente pediátrico con patología crónica durante su ingreso y las medidas de actuación que deben implementarse en cada caso. La información se estructura en tres grandes bloques, medidas de preventivas de carácter general, lesiones mucosas y patología dental.

## CUIDADOS BÁSICOS DE HIGIENE ORAL

### GENERALIDADES

El mantenimiento de la salud oral es fundamental para prevenir la aparición de infecciones sistémicas (neumonía, endocarditis, etc.), locales (gingivitis, candidiasis, etc.) y evitar cuadros de sobreinfección de úlceras y/o heridas orales. Por ello, la primera consideración sobre los cuidados odontológicos de los pacientes con patología crónica y compleja pasa por la aplicación de una serie de medidas de higiene oral básicas que se sintetizan en la tabla 1.

La clorhexidina es el agente antiplaca y antigingivitis más efectivo por su actividad antibacteriana y sustantividad. La sustantividad hace que su efecto persista durante más tiempo que otros antisépticos. Su uso prolongado puede originar tinciones dentales extrínsecas, que pueden ser eliminadas con una limpieza dental, alterar el sentido del gusto, y descamar la mucosa oral. También se han descrito algunos casos de reacciones alérgicas.

## LESIONES DE LA MUCOSA

La persistencia de placa bacteriana y de secreciones secas puede originar dolor, erosiones, ulceraciones, sangrado y predisponer a infecciones. Es importante inspeccionar diariamente la cavidad oral para detectar de forma precoz lesiones elementales.

## LESIÓN TRAUMÁTICA

### GENERALIDADES

Es la lesión más frecuente de la mucosa oral en niños, con una prevalencia estimada del 12%. Se presenta como una pérdida de integridad de la mucosa, producida por contacto continuado con una cúspide o una arista dental cortante. El traumatismo de repetición

origina la aparición de una úlcera aislada, normalmente en el dorso o bordes laterales de la lengua, labios o mucosa yugal.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

La lesión típica es decoloración blanquecina o rosada, (Figura 1) puede ser dolorosa y habitualmente es incruenta. Si el estímulo es de baja intensidad pero persistente, la expresión clínica va a ser una hiperqueratosis que se presenta como una lesión blanca.(Figura 2)

Un ejemplo de úlcera traumática que puede aparecer en lactantes es la denominada úlcera de Riga Fede, (Figura 3) que se origina como consecuencia del roce de la lengua o el frenillo lingual con los bordes de los incisivos inferiores y es más frecuente en presencia de dientes natales y neonatales.

Las lesiones más graves (Figura 4) son autoinducidas y aparecen en niños con desórdenes neurológicos severos, como las encefalopatías postraumáticas o el síndrome de LeschNyhan.



Figura 1. Úlcera traumática



Figura 2. Lesión hiperqueratósica (traumatismo de repetición)



Figura 3. Úlcera de Riga Fede



Figura 4. Lesión autoinducida por mordedura

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la úlcera traumática consiste en la eliminación del factor desencadenante, habitualmente remodelando de forma roma la cúspide o el borde del diente causante, desapareciendo las lesiones de forma espontánea en 7-15 días. En casos graves puede ser precisa la realización de una exodoncia o incluso la elaboración de protectores bucales específicos por parte del odontólogo.

Mientras persista la lesión se recomienda su desinfección con antisépticos y en ocasiones la prescripción de antiinflamatorios sistémicos. El pronóstico es excelente una vez eliminado el agente causal, a excepción de las autolesiones que pueden ser multifocales y recurrentes.

## CANDIDIASIS

### GENERALIDADES

Es la infección micótica más frecuente en el ser humano y la segunda patología mucosa más prevalente en niños. El agente etiológico más común es *Candida albicans*. Las formas de presentación más habituales en la infancia son la pseudomembranosa, (Figura 5) la eritematosa (Figura 6) y la queilitis angular. (Figura 7) En ocasiones, la candidiasis representa una expresión de inmunosupresión subyacente.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

La candidiasis aguda pseudomembranosa (muguet) se manifiesta en forma de membranas blanquecinas, algodonosas, discretamente adheridas a la mucosa oral, que se desprenden con facilidad si se frota con una gasa húmeda dejando al descubierto un área inflamada. Las localizaciones más frecuentes son el dorso lingual, la mucosa yugal, el paladar duro y la región orofaríngea. Es frecuente en recién nacidos y niños inmunodeprimidos.



Figura 5. Candidiasis pseudomembranosa



Figura 6. Candidiasis eritematosa



Figura 7. Queilitis angular

En la candidiasis eritematosa no se aprecian esas acumulaciones blanquecinas, sino áreas enrojecidas y erosivas, normalmente localizadas en el dorso lingual (depapilación) y el paladar. Son frecuentes tras la administración de antibióticos de amplio espectro o corticoides sistémicos, y en niños con higiene oral deficiente.

La queilitis angular es la menos frecuente de las tres presentaciones y está muy asociada con estados de inmunosupresión. Se caracteriza por la aparición de fisuras profundas en las comisuras labiales, que no sobrepasan el límite mucocutáneo, a veces recubiertas de una costra exudativa con sensación de ardor y sequedad, y generalmente incruentas.

### DIAGNÓSTICO

Generalmente se establece en base a los hallazgos clínicos. La toma de una muestra mediante frotis está justificada si las lesiones son atípicas o ante una respuesta pobre a los antimicóticos.

## TRATAMIENTO

- Medidas no farmacológicas

Comprobar y asegurar la correcta hidratación de la cavidad oral.

Instaurar medidas generales de higiene oral.

Limpia las lesiones con una gasa mojada en una solución saturada de bicarbonato o agua oxigenada diluida (3/1).

- Medidas farmacológicas

Administración de antifúngicos tópicos (nistatina o miconazol, 4-5 veces al día hasta pasadas 48 horas del fin de los síntomas).

**Nistatina:** (suspensión oral 100.000 UI/ml)

Neonatos 200.000 UI cada 6 horas, vía oral.

Menores de 1 año: 250.000-300.000 UI cada 6 horas, vía oral.

Mayores de 1 año: 400.000-600.000 UI cada 6 horas, vía oral.

La suspensión puede administrarse sola, con ayuda de agua o mezclándola con un líquido o alimento blando, que no sea ácido. Mantener en la boca el mayor tiempo posible (varios minutos) antes de ingerirla. En el caso de lactantes o niños pequeños, aplicar la mitad de la dosis sobre cada lado de la boca.

**Miconazol:** (gel orall)

Administrar en ayunas.

Lactantes 25 mg (1 cucharadita dosificadora) cada 6 horas.

Niños 50 mg (1 cucharada dosificadora) cada 6 horas, manteniendo el contacto con las lesiones al menos 15 minutos.

Si los signos y/o síntomas empeoran o persisten después de 14 días de tratamiento, deberá reevaluarse al paciente y considerar la instauración de un tratamiento alternativo con fluconazol o itraconazol.

**Fluconazol:**

Lactantes y niños hasta 11 años, 6 mg/kg el primer día seguido de 3 mg/kg/día cada 24-72 horas durante 14 días. (no se recomienda superar los 400-600 mg/día)

Niños ≥12 años, pautar dosis de 3, 6 o 12 mg/kg según el desarrollo puberal.

## LENGUA GEOGRÁFICA

### GENERALIDADES

Se trata de una lesión benigna de tipo migratorio, que suele aparecer en la punta, laterales y dorso de la lengua. (Figura 8) Comienza a observarse a partir de los 4 años. Su prevalencia en niños de 6 años de edad se estima en un 5%, siendo la tercera lesión mucosa más frecuente en la cavidad oral. Su etiología es desconocida, aunque se han propuesto diferentes factores etiológicos entre las que cobran fuerza la enfermedad celíaca, la atopia, la psoriasis y el estrés.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

Inicialmente se presenta en forma de una placa lisa, brillante y bien definida, que suele ser asintomática y tiende a hacerse más grande al confluir con otras lesiones adyacentes. Se caracteriza por presentar períodos de remisión y exacerbación de duración variable.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece en base a las características clínicas, su patrón migratorio, la ausencia de síntomas y la cronicidad de las lesiones. Excepcionalmente se requiere una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

## TRATAMIENTO

Generalmente no requiere tratamiento específico por la naturaleza autolimitada y asintomática de la lesión.



Figura 8. Lengua geográfica

- Medidas no farmacológicas

Eliminar de la dieta los posibles irritantes (ej. cítricos) y recurrir a la consistencia blanda. Uso de colutorios comerciales cuando la lesión se hace dolorosa.

- Medidas farmacológicas

En lesiones sintomáticas, es posible recurrir a colutorios que incluyan en su composición antisépticos, anestésicos tópicos y excepcionalmente corticoides.

En pacientes con una gran sensibilidad se ha propuesto el empleo de una solución tópica que contenga tretinoína.

## AFTAS (estomatitis aftosa recurrente, úlcera oral recidivante)

### GENERALIDADES

Constituyen el cuarto tipo de lesiones más frecuentes en la mucosa oral de los niños. Dentro de este grupo, se establecen cuatro grandes categorías en función de sus características clínicas: aftas menores, aftas mayores, úlceras herpetiformes y ulceraciones aftoides (estas últimas no reconocidas por algunos autores). Aunque su etiología se desconoce, cada vez cobra mayor fuerza la hipótesis autoinmune. Entre los factores asociados a las recidivas se encuentran los períodos menstruales, la exposición a determinados alérgenos y el estrés. Su diagnóstico se establece por exclusión, por lo que es importante plantear el diagnóstico diferencial con otras úlceras orales de diferente etiología (Tabla 2).

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

La presencia de dolor “quemante” es el síntoma característico y suele generar interferencia con múltiples actividades de la vida diaria como hablar, comer, beber o cepillarse los dientes. Suele haber una fase prodrómica que precede a la aparición de las lesiones caracterizada por una sensación de escozor, picor y/o hormigueo en la zona afectada que

evoluciona en pocas horas (12 - 36) a una mancha o protuberancia indurada y de color rojizo.

Las aftas menores constituyen la forma de presentación más frecuente. (Figura 9) Se caracterizan por la aparición de pequeñas úlceras bucales, redondeadas y dolorosas, de color blanquecino y bordes eritematosos. Se localizan preferentemente en la mucosa labial, fondo del vestíbulo, bordes laterales linguales y, con menor frecuencia, paladar duro y encías. Suelen cicatrizar en 5 o 6 días, y cursan con rebrotes cada 3 o 4 meses.

Las aftas mayores (aftas de Sutton) constituyen una forma más severa que la anterior en todos los aspectos y frecuentemente dejan cicatriz. (Figura 10) Se presentan como lesiones únicas o en pequeño número, de tamaño superior a 2 cm de diámetro. Tienen forma redondeada, son muy dolorosas e interesan a tejidos profundos, con un fondo blanco-amarillento debido a la presencia de exudados de fibrina. Pueden acompañarse de fiebre, linfadenopatías y malestar general.

Las úlceras herpetiformes son aftas menores que se caracterizan por presentarse en racimos, que recuerdan a las úlceras herpéticas pero sin evidencia de virus.

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, se establece mediante la identificación en la exploración intraoral de las manifestaciones descritas y por su carácter recidivante.

### TRATAMIENTO

Identificar los posibles desencadenantes y tratarlos si es posible.

- Medidas farmacológicas

El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y la inflamación, acelerar la cicatrización y prevenir sobreinfecciones.

Los corticoides constituyen la primera línea de tratamiento. Existen preparados comerciales que contienen hidrocortisona para uso tópico oral (Aftasone Infantil®), pero resultan insuficientes para brotes extensos. En casos más graves se recurre a formulaciones que contienen acetónido de triamcinolona al 0,1% o dexametasona al 0,2%, en las que también se suele incorporar lidocaína, ácido hialurónico y/o clorhexidina.

Las aftas de Sutton son excepcionales en los niños; su manejo implica generalmente la administración de corticoides y de inmunomoduladores como la talidomida o infliximab.



Figura 9. Afta menor  
(herpetiforme)



Figura 10. Afta mayor

## INFECCIÓN HERPÉTICA

### GENERALIDADES

Las infecciones herpéticas orales están ocasionadas fundamentalmente por Virus Herpes Simplex (VHS) 1 y 2. En los niños la vía de contagio más frecuente es el contacto estrecho con secreciones orales (VHS-1) entre el huésped susceptible y una persona infectada. Tras la primoinfección, el virus permanecerá latente con períodos de reactivación.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

- **Gingivostomatitis herpética primaria o primoinfección herpética**

Tiene una expresividad clínica variable, habitualmente muy florida, pero en algunos casos puede ser asintomática. En niños en edad escolar y adolescentes puede cursar como una faringitis casi indistinguible de otras entidades.

En los menores de 4 años hay mayor incidencia de primoinfección por VHS-1 sintomática, que se presenta de forma súbita tras un período de incubación de 6-8 días. El cuadro se caracteriza por fiebre, irritabilidad, enantema ulceroso que afecta a las encías y la mucosa oral y lesiones vesiculares periorales dolorosas, que en ocasiones pueden extenderse a los labios y mejillas. (Figura 11) Las úlceras pueden sobreinfectarse, ocasionando una respuesta ganglionar submaxilar. Suele acompañarse de sialorrea y anorexia intensa, que en ocasiones origina deshidratación o pérdida de peso. Los síntomas habitualmente se prolongan hasta 10-14 días.



Figura 11, Primoinfección herpética



Figura 12. Herpes labial recurrente

- **Herpes recurrente oral**

La forma clínica más frecuente es el herpes labial, (Figura 12) aunque también puede haber presentaciones intraorales. También cursa con una fase prodrómica con escozor y sensación pruriginosa. Al cabo de 2-3 días, aparecen varias vesículas en ramillete con contenido claro, que evolucionan drenando su contenido, desecándose y formando una costra que finalmente desaparece. Curan espontáneamente en 7-10 días.

#### DIAGNÓSTICO

En niños inmunocompetentes con primoinfección, infecciones leves o recurrencias, el diagnóstico suele ser clínico.

#### Pruebas complementarias

Se reservan para niños con infecciones graves o inmunodeprimidos, que suelen requerir ingreso hospitalario. Las pruebas complementarias incluyen: cultivo viral orofaríngeo, inmunofluorescencia directa, PCR, test de Tzanck y serología.

#### TRATAMIENTO

- **Medidas no farmacológicas**

En enfoque inicial del tratamiento incluye el control de la hidratación del niño y la administración de analgésicos. Es conveniente aplicar algún agente antiséptico tipo clorhexidina para evitar la sobreinfección de las lesiones.

- **Medidas farmacológicas**

La extensión del cuadro y el estado sistémico del paciente determinarán la necesidad de tratamiento antiviral específico.

El aciclovir es el fármaco de elección. Pautado precozmente reduce sensiblemente la duración y sintomatología del cuadro, y también puede ser efectivo en pacientes con recurrencias.

La pauta general para cuadros floridos de gingivostomatitis es de 60 mg/kg/día, en 4 dosis, durante 5-7 días.

En adolescentes alternativamente se puede pautar valaciclovir, 500-1000 mg cada 12 horas.

## OTRAS LESIONES VÍRICAS CON REPERCUSIÓN ORAL (Tabla 3)(Figuras 13-14).



Figura 13. Eritema Multiforme



Figura 14. Herpangina

## PATOLOGÍA DENTAL

Con relación a la patología dental, hay tres situaciones a las que se debe prestar especial atención: las alteraciones del color de los dientes, la presencia de caries y los traumatismos. A continuación, se describen brevemente sus características y, en base a ellas, la necesidad o no de una interconsulta odontológica. Se establecen tres niveles de urgencia para la interconsulta:

**VERDE:** No urgente. Hay que consultar con un dentista, pero sin urgencia.

**NARANJA:** Urgencia relativa. Conviene consultar con un dentista en cuanto sea posible.

**ROJO:** Urgente. Se debe consultar con un dentista a la mayor brevedad posible.

## CAMBIOS DE COLOR

### GENERALIDADES

Cada persona tiene un color de dientes diferente, al igual que sucede con los ojos o la piel. Sin embargo, los dientes pueden experimentar cambios de color (discromías) por factores genéticos, alteraciones durante el proceso de desarrollo o adquiridos posteriormente (consumo de determinados medicamentos o alimentos, traumatismos, etc.). (Figura 15) Las discromías no siempre implican la presencia de patología dentaria. Cuando afectan a toda la dentición rara vez suponen una urgencia dental, a diferencia de lo que si puede ocurrir en las discromías que afectan a 1 diente. En la tabla 4 se resumen las discromías más habituales y la actitud terapéutica.



Figura 15. Diente temporal de color amarillo por obliteración de la cámara pulpar postraumática

## CARIES

### GENERALIDADES

La caries tiene una elevada prevalencia en los preescolares y escolares españoles. Sus repercusiones habitualmente son locales (dolor, infección), pero, según su severidad y el estado sistémico del paciente, pueden tener mayores repercusiones y originar infecciones focales, ingresos hospitalarios, déficits nutricionales, etc. En niños con enfermedades crónicas la prevalencia de caries es aún superior, asociada a una serie de condicionantes: mayor dificultad para realizar la higiene oral, ingestas más frecuentes, polimedicación con repercusión oral, relativización de la salud oral frente a otras afecciones sistémicas, etc.

La valoración intraoral de estos pacientes es especialmente importante para anticipar complicaciones de la patología dental puedan presentar, detectar procesos que estén en una fase subclínica y para concienciar de la necesidad de instaurar precozmente medidas de higiene y prevención (Tabla 5).

## TRAUMATISMOS

### GENERALIDADES

Los traumatismos dentales a menudo constituyen verdaderas situaciones de urgencia odontológica. (Figura 16) En pacientes pediátricos con patologías crónicas podemos encontrarlos en diversas circunstancias: asociados a la patología del paciente, como consecuencia de una crisis, por una iatrogenia (p. ej. un golpe con el laringoscopio en una intubación compleja), etc.

Es importante conocer las variables que determinarán la urgencia del manejo, especialmente en dientes definitivos, ya que están directamente relacionadas con el pronóstico. En las siguientes tres tablas (Tablas 6-8) se resumen estas variables en función del tipo de traumatismo y dentición. (Figura 17-18)

Se debe conservar el fragmento siempre que sea posible.

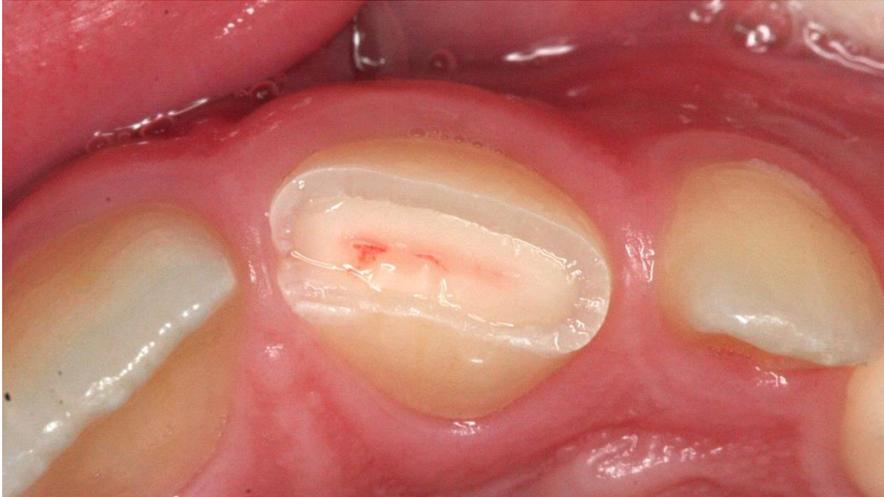


Figura 16. Fractura de incisivo definitivo con exposición pulpar que requiere tratamiento urgente



Figura 17. Luxación extrusiva de incisivo definitivo que requiere recolocación urgente y posterior ferulización.



Figura 18. Avulsión de incisivos definitivos que requiere localización de los dientes y reimplante urgente. El tiempo de actuación en esta urgencia es crítico para el pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Johnstone L, Spence D, Koziol-McClain J. Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. *PediatrNurs*2010;36:85-96.
- FernandezRodriguez B, Peña Gonzalez L, Calvo MC, Chaves Sanchez F, Pallas Alonso CR, de Alba Romero C. Oral care in a neonatal intensive care unit. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;30:953-7.
- Nandini DB, Bhavana SB, Deepak BS, Ashwini R. Paediatric Geographic Tongue: A Case Report, Review and Recent Updates. *J Clin Diagn Res* 2016;10:ZE05-9.
- Padmanabhan MY, Pandey RK, Aparna R, Radhakrishnan V. Neonatal sublingual traumatic ulceration - case report & review of the literature. *Dent Traumatol*2010;26:490-5.
- Çavuş Ş, Özmen B. Riga-Fede disease in the upper jaw in an infant. *Dermatol Ther* 2017;30(5):10.1111/dth.12517. doi:10.1111/dth.12517.
- -Saint-Jean M, Tessier M-H, Barbarot S, Billet J, Stalder J-F. Pathologiebuccale de l'enfant. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 2010; 137: 823-37.
- -Pinto A, Haberland CM, Baker S. Pediatric soft tissue oral lesions. *Dent Clin North Am* 2014;58:437-53.
- Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2010;110:e13-8.
- Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, Abbott PV. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *DentTraumatol*2020;36:309-13.
- Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, Flores MT, O'Connell AC, Day PF, Tsilingaridis G, Abbott PV, Fouad AF, Hicks L, Andreasen JO, Cehreli ZC, Harlamb S, Kahler B, Oginni A, Semper M, Levin L. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *DentTraumatol*2020;36:314-30.
- Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, O'Connell A, Flores MT, Day PF, Hicks L, Andreasen JO, Cehreli ZC, Harlamb S, Kahler B, Oginni A, Semper M, Levin L. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsionofpermanentteeth. *DentTraumatol*2020;36:331-42.
- Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, Hicks L, Andreasen JO, Cehreli ZC, Harlamb S, Kahler B, Oginni A, Semper M, Levin L. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in theprimarydentition. *DentTraumatol*2020;36:343-59.
- Coste SC, Silva EFE, Santos LCM, Barbato Ferreira DA, Côrtes MIS, Colosimo EA, Bastos JV. Survival of Replanted Permanent Teeth after Traumatic Avulsion. *J Endod*2020;46:370-75.
- de Souza BDM, Dutra KL, Reyes-Carmona J, Bortoluzzi EA, Kuntze MM, Teixeira CS, Porporatti AL, De Luca Canto G. Incidence of root resorption after concussion, subluxation, lateral luxation, intrusion, and extrusion: a systematic review. *Clin Oral Investig*2020;24:1101-1111.

## ANEXOS Y TABLAS

Tabla 1. Medidas básicas de higiene oral para pacientes pediátricos con patología crónica compleja.

	<b>NEONATOS (0-1 año)</b>	<b>PRE-ESCOLARES (1-3 años)</b>	<b>ESCOLARES (4-12 años)</b>
<b>Limpieza de labios y zona perioral</b>	Vaselina si hay costras Gasa con CHX*		
<b>Lavado de la cavidad oral</b>	Mantener la boca abierta con ayuda de un depresor lingual, introducir agua con una jeringa de 10 ml, aspirando al mismo tiempo con una sonda corta y de bordes redondeados. Repetir esta operación con una solución antiséptica oral.		
<b>Limpieza de paladar, mucosas y rodetes gingivales</b>	Gasa Torunda algodón + CHX Esponja/Hisopos bucales		
<b>Remoción de placa dental</b>	Gasa	Cepillo dental suave	Cepillo dental medio/suave Raspador lingual
<b>Pasta dentífrica (cantidad)</b>	-	Grano arroz	Guisante (>7 años garbanzo)
<b>Pasta dentífrica (Flúor)</b>	-	1000 ppm	1450 ppm
<b>Colutorio antiséptico</b>	-	-	Enjuague diario con 10 ml CHX, 60 segundos
<b>Posición</b>	Paciente tumbado, cabeza de lado	Operador detrás del paciente	Paciente autónomo Operador detrás del paciente
<b>Duración</b>	1 minuto	2 minutos	2 minutos
<b>Frecuencia</b>	Mínimo cada noche	2 veces/día	Mínimo 2 veces/día
<b>Otras medidas</b>	Humidificar cavidad oral cada 2-4 horas (agua, manzanilla con limón y/o sustitutos de saliva)		

\*CHX= Clorhexidina. La concentración de clorhexidina puede ser 0,12-0,2%.

Tabla 2. Etiología de las úlceras orales

ETIOLOGÍA	CAUSAS MÁS FRECUENTES
Aftas	Menores, mayores, herpetiformes
Local	Traumática, quemaduras, ...
Cáncer	Carcinoma de células escamosas...
Medicamentosa	Citotóxicos, metotrexate, antihipertensivos, ...
Sistémica	Hematológicas (neutropenia, leucemia, ...)
	Infecciones (herpesvirus, citomegalovirus, micosis profundas,...)
	Gastrointestinales (celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal, Crohn...)
	Piel y autoinmunes (síndrome de Reiter, síndrome de Behçet, conectivopatías,...)

Tabla 3. Principales características de otras lesiones víricas con repercusión en la cavidad oral.

	EDAD (años)	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	LOCALIZACIÓN	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Eritema multiforme	0-12	Herpesvirus (también micoplasma y fármacos)	Lesiones cutáneas en "diana"	Mucosa bucal	Clínico	Antiviral o sintomático
Enfermedad boca-mano-pie	<10	Coxsackie A16, A5 y A10	Fiebre, odinofagia, úlceras, lesiones en manos y pies	Lengua, paladar duro, labios, mejillas	Clínico	Sintomático
Herpangina	3-12	Coxsackie A, B y ECHO	Fiebre, odinofagia, vesículas y ulceraciones	Paladar blando, pilares amigdalinos anteriores, úvula, faringe	Clínico	Sintomático

Tabla 4. Principales discromías dentales y actitud a adoptar (se excluyen las que afectan a toda la dentición).

	Verde	Blanco	Marrón	Amarillo	Gris/Ne gro	Rojo	Rosa
<b>Probable causa</b>	Falta de higiene oral	Inicio de caries o hipomineralización	Caries avanzada o hipomineralización	Obliteración de la cámara pulpar	Daño pulpar	Exposición pulpar	Reabsorción interna
<b>Pronóstico</b>	Bueno	Bueno	Dependiente de hábitos	Incierto	Malo	Incierto	Malo
<b>Dentista (siempre)</b>	No urgente	No urgente	No urgente	No urgente	Urgencia relativa	Urgente	Urgencia relativa

Tabla 5. Formas de presentación de la caries y actitud a adoptar (dentición temporal o definitiva).

	NO DOLOR	DOLOR INTERMITENTE	DOLOR CONTINUO
<b>Características del dolor</b>	Asintomático	Pulpitis reversible: El dolor cesa al retirar el estímulo (frío, dulce, masticación y/o cepillado dental)	Pulpitis irreversible: El dolor no cesa al retirar el estímulo (frío, dulce y/o masticación) y/o dolor nocturno
<b>Analgésico</b>	No	No (en el momento del estímulo no son eficaces)	Si
<b>Flúor/Clorhexidina</b>	La aplicación de clorhexidina y flúor con una gasa o cepillo dental puede retrasar la progresión de las lesiones cariosas.		
<b>Antibiótico</b>	No indicado en odontalgias La presencia de una fístula dental no es indicación de antibioterapia Indicado en abscesos odontológicos cerrados		
<b>Dentista</b>	Si	Si	Si

Tabla 6. Características de las fracturas dentarias y actitud terapéutica a adoptar.

FRACTURA	DIENTES TEMPORALES (< 6 años aprox.)	DIENTES DEFINITIVOS (≥ 6 años aprox.)	DENTISTA
Exposición pulpar Color rojo (sangre) en el borde de la fractura	<b>Urgente</b>	<b>Urgente</b>	<b>Siempre</b>
Duele o corta	<b>Urgencia relativa</b>	<b>Urgencia relativa</b>	
No duele ni corta	<b>Control</b>	<b>Control</b>	<b>En dientes definitivos</b>
Antibiótico	<b>No</b>		

Tabla 7. Características de las luxaciones dentarias y actitud terapéutica a adoptar.

LUXACIÓN	DIENTES TEMPORALES (< 6 años aprox.)	DIENTES DEFINITIVOS (≥ 6 años aprox.)
Recolocación	<b>Nunca</b>	<b>En caso de extrusión</b>
Movilidad ligera	<b>Dieta blanda</b>	
Movilidad importante	<b>Exodoncia</b>	<b>Ferulización</b>
No se ve el diente No se sabe si está entero	<b>Exploración radiológica</b>	<b>Exploración radiológica</b>
Analgésicos	<b>Sí</b>	
Antibióticos	<b>No</b>	
Dentista	<b>Siempre</b>	

Tabla 8. Características de las avulsiones dentarias y actitud terapéutica a adoptar

AVULSIÓN	DIENTES TEMPORALES (< 6 años aprox.)	DIENTES DEFINITIVOS (≥ 6 años aprox.)
Reposición	<b>Nunca</b>	<b>Lo antes posible*</b>
Dentista	<b>En cuanto sea posible</b>	<b>En menos de 1 hora</b>
Exploración radiológica	<b>Si. Urgencia relativa</b>	<b>Si. Urgente</b>
Analgésicos	<b>Si</b>	
Antibióticos	<b>Si</b>	

\*Medios de transporte (por orden de preferencia) para el diente definitivo en el caso de que no fuese posible la reposición inmediata en el lugar del traumatismo: leche, suero salino, agua.