

El pediatra ante las urgencias estomatológicas

Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles,* Dra. Antonia Cadena-Galdós,** Dr. Jorge Téllez-Rodríguez,*** Dr. Luis Américo Durán-Gutiérrez****

RESUMEN

Las urgencias estomatológicas como trauma dental, infección, lesiones accidentales o intencionales son frecuentes. El pediatra debe prestar los primeros auxilios estomatológicos, salud bucodental y actividades de prevención, para eliminar el riesgo de las enfermedades bucodentales y de los tratamientos estomatológicos a temprana edad. Sin embargo, el tratamiento oportuno de las urgencias estomatológicas atendidas por el pediatra será eficaz en tanto los pediatras reciban entrenamiento para su tratamiento. La habilidad del pediatra para reconocerlas dependerá de su preparación, su experiencia y el equipo con que cuente.

El propósito de este trabajo es dar a conocer a los pediatras las urgencias estomatológicas más frecuentes con las que pueden enfrentarse en su consultorio.

Palabras clave: Urgencias estomatológicas, tratamiento dental, enfermedades bucodentales, traumatismo dental, lesiones, accidentes bucales.

ABSTRACT

Pediatric emergencies such as dental trauma, infection, and accidental or intentional injuries are frequent. Pediatricians can provide first stomatological aid, oral health promotion and prevention, thereby eliminating or delaying buco-dental disease and the need for treatment in the very young. However, effective and appropriate treatment of stomatological emergencies by pediatric primary care clinicians are possible if they receive appropriate training for the treatment of buco-dental emergencies. Pediatrician's ability to recognize and deal with dental emergencies depends on their training, their experience and the available equipment.

The aim of this paper is to provide the pediatrician information on how to treat dental stomatologic emergencies in children seen at their office.

Kew words: Stomatologic emergencies, dental treatment, buco-dental diseases, dental trauma, oral infection, oral accidents.

Es frecuente que las urgencias estomatológicas de la cavidad bucal o las estructuras adyacentes sean vistas inicialmente por el pediatra, por ser el médico de confianza de la familia o por el médico escolar responsable^{1,2}, antes que por el estomatólogo pediatra. 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 pediatra. Lo ideal es que el diagnóstico y tratamiento de las urgencias se realicen por el especialista a la brevedad posible ya que el tratamiento del pediatra casi siempre es paliativo^{3,4}.

El tratamiento de urgencias estomatológicas por el pediatra depende de sus conocimientos básicos, de su experiencia y del equipo, instrumental y material con que cuente. Todo consultorio debe estar preparado para estas eventualidades⁵.

La evaluación pediátrica de una urgencia no sólo debe basarse en las manifestaciones clínicas obvias; siempre deben observarse los detalles finos que rodean las estructuras involucradas y sus funciones; no debe descartarse la posibilidad de que se trate de un niño maltratado⁶⁻⁸.

* Jefe del Servicio de Estomatología y Profesor de la Especialidad de Estomatología Pediátrica

** Estomatólogo Pediatra. Adscrito al Servicio de Estomatología

*** Cirujano Maxilofacial. Adscrito al Servicio de Estomatología

**** Ex Residente del Curso de Especialidad en Estomatología Pediátrica

Correspondencia: Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: julio, 2006. Aceptado: noviembre, 2006.

En los primeros auxilios estomatológicos, el pediatra 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 pediatra debe proporcionar indicaciones importantes como la necesidad de usar profilaxis con el antibiótico de elección de acuerdo a las características sistémicas del niño; 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, sería ilógico enviar a un niño que requiere tratamiento hospitalario como terapia de reemplazo a un consultorio estomatológico.

Se deben mejorar los conocimientos académicos del pediatra para que pueda proporcionar correcta y oportunamente los primeros auxilios estomatológicos sin prescripción de fármacos que “alivian” temporalmente, que ocultan signos y síntomas y que aumentan la posibilidad de recidiva del evento patológico.

En este trabajo se presenta al pediatra, concisa y brevemente el tratamiento con los primeros auxilios de las urgencias estomatológicas que puede prestar en su consultorio y el tratamiento ulterior que debe realizar el estomatólogo pediatra.

El pediatra debe contar en el consultorio con material, equipo e instrumental para dar los primeros auxilios estomatológicos; debe conocer 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 un tratamiento estomatológico incorrecto¹⁰⁻¹⁴. El tratamiento estomatológico puede incluir un cepillado dental adecuado y enjuague con agua para aminorar el dolor.

La limpieza de la cara y de las zonas afectadas, tranquilizar al niño y a los padres, reducen el estrés y la angustia que causan estas urgencias. Lo más probable es que el niño esté angustiado y que se refleje en su conducta. El control de ésta por el pediatra es crucial para realizar un tratamiento estomatológico eficaz.

El uso de sedantes se justifica para tranquilizar al niño. En ocasiones es necesario emplear “restricción física terapéutica” con ayuda del personal médico y los

familiares para disminuir los movimientos voluntarios o involuntarios del niño, 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 la cooperación del niño^{1,15}.

TRAUMATISMOS

Son urgencias comunes; en la cara involucran la cavidad bucal y las estructuras adyacentes, 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. El diagnóstico y tratamiento oportunos mejoran el pronóstico del diente. Los dientes traumatizados y desplazados pueden dañar tanto los dientes temporales como los permanentes adyacentes o sucedáneos. La mayoría de los traumatismos que involucran el esmalte dentario se tratan con resina¹⁶.

Para el reimplante de un diente desprendido, debe indicarse a los padres que traten de colocarlo en su posición original; previo enjuague con agua corriente, sin tallar la raíz. Si no es posible, debe colocarse el diente en un medio húmedo como la leche. El paciente debe ser llevado al estomatólogo, quien recolocará e inmovilizará el diente con una férula para permitir que recupere sus funciones. En estos casos, el diente ya no tiene vascularidad intrapulpar y requiere endodoncia. En el Servicio de Estomatología del INP los dientes permanentes y los temporales que se hayan desprendido se reimplantan cuando el diente y el paciente cumplen con los criterios para el procedimiento: edad, patología sistémica, cronología y secuencia de la erupción, longitud de la raíz, etc. Mientras más tiempo pase a partir del traumatismo o avulsión, el pronóstico es más reservado¹⁶.

El pediatra no suele solicitar radiografías para evaluar una urgencia estomatológica. En las urgencias traumáticas y odontogénicas deben tomarse RX periapicales, para evaluar la magnitud de la lesión, el trazo de la fractura, la longitud radicular, la ubicación del daño o la afección de las estructuras adyacentes involucradas; esto permite tener la certeza de que el tratamiento estomatológico realizado fue correcto. Se toman tres radiografías, dos antes y una después del tratamiento¹⁷.

En ocasiones se recomienda una ortopantomografía para observar la relación dento-alveolar de ambas arcadas, la integridad de los huesos maxilares (especialmente del cóndilo mandibular cuando el traumatismo haya sido un golpe en el mentón) y para detectar anomalías dentarias y otras patologías incluidas en los huesos maxilo-mandibulares¹⁷.

Las fracturas del cóndilo mandibular pueden pasar inadvertidas, cuando solamente se atiende la abrasión, la laceración o el golpe en el mentón. Para alertar al pediatra de una probable fractura o fracturas condilares, se le aconseja observar cuidadosamente la oclusión dental y preguntar al familiar si es la mordida habitual del niño. Cuando hay fractura puede haber mala oclusión. Durante los movimientos de apertura y cierre bucal o la palpación del área periauricular, cerca del tragus por delante del lóbulo de la oreja se provoca dolor y se aprecia asimetría facial. Esta fractura puede requerir fijación por el estomatólogo pediatra o por un cirujano maxilofacial.

TRAUMATISMOS DENTALES

Un diente fracturado requiere evaluación, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento por el estomatólogo pediatra. Pueden ocurrir muchas complicaciones que ponen en riesgo el pronóstico del diente y de las estructuras adyacentes. En la dentición temporal es más frecuente el cambio de coloración (gris-parduzco) de los dientes traumatizados, debido a la absorción insuficiente de hemoglobina diseminada por la dentina. Hay dos tratamientos para este cambio de coloración. El más frecuente es la eliminación del tejido pulpar y requiere una pulpectomía (endodoncia); el otro, es mantener al paciente en observación, a menos que haya signos o síntomas, en cuyo caso se realiza la pulpectomía. Para que se recuperen las funciones y la estética del diente deben usarse guardas protectoras sobre todo en pacientes que practiquen deportes de contacto o extremos donde las estructuras faciales y bucales se involucran directa o indirectamente¹⁸.

INFECCIONES

La mayoría de las infecciones bucales son odontogénicas. El uso de antibióticos y analgésicos para un

dolor, para una infección o para ambos, de origen pulpar o dental constituye el 10 a 15% del tratamiento. Es aconsejable realizar un procedimiento dental que elimine 80% de los microorganismos en el diente: una vía de drenaje del material purulento del ápice del diente. Esto reduce el dolor (eliminación de la presión) y la infección (limpieza biomecánica) a veces en grado suficiente para no requerir el uso de estos fármacos¹⁹⁻²¹.

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, antihistamínicos, 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 bucal²².

Los dientes natales y neonatales deben valorarse con mucho cuidado; su movilidad, integridad y la presencia de una úlcera (úlcera de Rigafede) en la superficie ventral de la lengua causada por su frotamiento con el diente. No se requieren extracciones en todos los casos, ya que la mayoría de estos dientes no son supernumerarios²³. Es posible que la úlcera desaparezca y mejore la alimentación del niño con un tratamiento dental. La pericoronitis es la inflamación con dolor del opérculo que rodea a la corona del molar que está en erupción. El mejor tratamiento es lavar con agua tibia a presión, para eliminar restos alimenticios atrapados.

EXTRACCIONES Y HEMORRAGIA

La extracción de un diente temporal que no haya exfoliado cuando el sucesor permanente haya erupcionado no es una urgencia; sin embargo, se deben extraer lo antes posible. Puede indicarse una dieta dura: manzana, jícama, zanahoria, pan tostado, etc. para aumentar la movilidad y la exfoliación natural del diente.

En ocasiones después de una extracción puede haber una pequeña hemorragia que se controla haciendo presión durante 15 minutos con gasa humedecida en

agua fría. Hay que retirar la gasa de lado, para evitar que se desaloje el coágulo. Debe evitarse el enjuague, escupir, utilizar popotes o chupar dulces; alimentos duros y calientes. Se recomiendan las paletas de hielo, dieta fría, blanda, ligera y sin irritantes.

Todas las laceraciones bucales o lingüales, deben suturarse, para evitar el sangrado, la contaminación bacteriana, favorecer la cicatrización y restablecer las funciones bucales.

Los sangrados de la encía por gingivitis o periodontitis ocurren por falta de higiene y poca estimulación de la encía. En la gingivitis es característico que morder una manzana deje huellas de sangre en ella. Debe hacerse un control estricto de la placa dento-bacteriana; además, el estomatólogo debe realizar profilaxis y retirar el sarro; indicar cepillado y el uso de agua fría para controlar el sangrado; mientras más se cepille, más disminuye el sangrado.²⁴

DOLOR DENTAL

El dolor de un diente es causado principalmente por caries dental. Sólo el estomatólogo puede dar tratamiento adecuado; sin embargo, en caso de infección, está indicado

un antibiótico. Un diente que causa dolor punzante, está infectado. Los analgésicos pueden enmascarar el diagnóstico. Siempre debe indicarse una buena higiene bucal.

ÚLCERAS Y AFTAS

Los traumatismos de la mucosa bucal producen ulceraciones. El diagnóstico diferencial principal es con estomatitis herpética. En ésta, las lesiones son coalescentes. Las soluciones de continuidad de la mucosa bucal, ulceraciones o aftas, duran de siete a 14 días. El tratamiento es paliativo, con alcalinización del medio bucal, antes y después de cada comida y una buena higiene bucal. No se recomienda el uso de anestésicos tópicos porque producen quelación.²⁵

En los cuatro cuadros siguientes se muestran los problemas que pueden presentar los niños, la atención de urgencia que debe proporcionar el pediatra y el tratamiento estomatológico de la urgencia.²⁶⁻³²

CONCLUSIONES

El pediatra debe estar capacitado para diagnosticar y tratar inmediatamente los problemas estomatológicos

Cuadro 1. Urgencias y problemas de los dientes

| Problema | Explicación | Cuidado médico | Tratamiento estomatológico |
|--|--|---|--|
| Dolor por erupción de dientes primarios | Presión sobre la encía por la erupción del diente A veces se acompaña de fiebre, irritabilidad y malestar general | Analgésicos | Cuidados paliativos Extremar medidas de higiene |
| Dientes natales | Erupción prematura de dientes primarios | -Valorar movilidad -Integridad del diente -Presencia de úlcera en lengua | -Valorar viabilidad del diente -Alisado del borde incisal -Extracción en caso de movilidad |
| Erupción de dientes permanentes | Presión con inflamación del área de erupción | Enjuague con antiséptico | Mayor higiene del área, enjuague con antiséptico, antibiótico |
| Pericoronitis | Inflamación de tejidos que rodean al diente | Mantener el área limpia | Antibiótico en caso de linfadenopatía y fiebre |
| Dolor por exfoliación de dientes primarios | Molestias por la movilidad al mastigar | Evitar morder de ese lado | Valorar extracción o exfoliación natural |
| Dolor o molestia en un órgano dentario | Caries profunda Dolor con frío o calor | Evitar frío o dulce Lavado de dientes | Realizar tratamiento operatorio |
| Absceso con o sin dolor | Destrucción del diente por caries o traumatismo | Evitar masticar de ese lado Analgésicos | Canalización Antibiocoterapia |
| Sangrado postextracción y dolor | Sangrado por ruptura del coágulo | Presión sostenida con gasa húmeda Pruebas de laboratorio si continúa el sangrado | Control de sangrado Presión sostenida Radiografía del área Puntos de sutura |

Cuadro 2. Úlceras orales

| Problema | Explicación | Cuidados médicos | Tratamiento estomatológico |
|----------------------------------|---|--|--|
| Úlcera traumática | Lesión única, cerca de inserción muscular | Evitar morder de ese lado | Cuidados paliativos Mejorar higiene |
| Úlcera aftosa | Única o varias lesiones (2 a 4) en mucosa; no queratinizada, recurrente | Medidas de higiene | Cuidados paliativos Mejorar higiene |
| Gingivoestomatitis | <u>Primaria:</u> Múltiples lesiones, pequeñas, en paladar duro, encía y fiebre, halitosis | Medidas de higiene | Cuidados paliativos |
| Úlcera herpética | <u>Secundaria:</u> generalmente en labios Recurrente | Sin antibiótico Enviar al estomatólogo | Melox y benadryl Higiene bucal Analgésicos Reposo Líquidos abundantes Dieta no irritante Separar los utensilios del niño |
| Gingivitis úlcernecrosante aguda | Úlcera en encía papilar, con material necrótico Halitosis | Medida de higiene Enviar al estomatólogo | Cuidados paliativos Higiene oral Analgésicos Antibiótico |
| Herpangina | Lesiones limitadas al paladar blando, amígdalas y faringe | Medidas de higiene. Enviar al estomatólogo | Cuidados paliativos Higiene oral |
| Neutropenia | Úlceras profundas, grandes e irregulares | Valoración médica Estudios de laboratorio | Cuidados paliativos Higiene oral |

Cuadro 3. Traumatismos dentarios y de los tejidos de soporte

| Tipo de traumatismo | Descripción | Diagnóstico | Tratamiento |
|---------------------------|--|---|---|
| Infracción | Fractura incompleta de corona sin pérdida de estructura | Líneas de fractura de la corona. Se observa con transiluminación | Mantener las estructuras íntegras y vitalidad pulpar |
| Fractura de corona | -Fractura del esmalte -Fractura del esmalte y de la dentina -Fractura de la corona con afección pulpar | Clínica y radiográficamente perdida de la estructura dentaria | Mantener vitalidad Mantener estética Mantener función |
| Fractura de raíz | Afecta el cemento y al pulpa | El diente puede verse alargado Radiográficamente hay separación de la corona y la raíz | -Reposicionar fragmentos -Estabilizar |
| Fractura de corona y raíz | Afecta el esmalte, la dentina y el cemento, con o sin afección de la pulpa | Fractura evidente de la corona Fragmento móvil | Mantener vitalidad Restaurar estética Restaurar función |
| Concusión | Lesión a tejidos de soporte, sin pérdida anormal; desplazamiento del diente | Clínica y radiográficamente normal Reacción a la percusión | Vigilancia |
| Subluxación | Lesión a los tejidos de soporte, con pérdida y sin desplazamiento del diente | Apariencia clínica normal; movilidad con o sin hemorragia | Mantener vitalidad pulpar |
| Extrusión | Desplazamiento parcial del diente | El diente aparece alargado | Reposición del diente Estabilización |
| Intrusión | Desplazamiento apical del diente | El diente se ve acortado | Reposición y estabilizar |
| Luxación lateral | Desplazamiento del diente hacia los lados del alvéolo | Diente desplazado de su posición normal | Reposición Estabilización |
| Avulsión | Desplazamiento completo del diente | Clínica y Rx ausencia del diente | Reposición y estabilización |

Cuadro 4. Lesiones de tejidos blandos y encía

| Problema | Descripción | Trat. Médico | Trat. Estomatológico |
|--|---|---|--|
| Laceración de tejidos blandos, labio, lengua y paladar | Lesiones localizadas Traumatismo Accidente Dolor agudo Sangrado | Limpieza del área Control del sangrado Enviar al estomatólogo | Limpieza del área Control del sangrado Remover cuerpo extraño Sutura Colocar hielo para reducir el volumen |
| Sangrado de la encía | Causado por alimento o cuerpo extraño impactado | Medidas de higiene | Revisar el área Medidas de higiene |
| Gingivitis | Inflamación generalizada de la encía | Medidas de higiene | Medidas de higiene Control de la placa |
| Periodontitis | Asociado a gingivitis, infección de tejidos periodontales | Medidas de higiene | Medidas de higiene Control de la placa y el sarro |

de los niños que acudan a su consultorio aunque no sea tratamiento definitivo.

El diagnóstico, tratamiento y derivación oportunos al estomatólogo pediatra, así como el control y el seguimiento del caso, son importantes para el pronóstico del diente, de las estructuras afectadas, de la función del aparato estomatognático y del paciente.

El mejor tratamiento de urgencia proporcionado por el pediatra y el estomatólogo pediatra es la preventión de las enfermedades bucales y los traumatismos; controlar los hábitos bucales nocivos y recomendar el uso de guardas deportivas, en quienes practiquen deportes rudos y de contacto.

El propósito del tratamiento dental en traumatismos e infecciones es preservar la estructura dentaria; evitar en lo posible la pérdida de dientes temporales o permanentes. Cualquier procedimiento de urgencia debe realizarse con el consentimiento de familiares o tutores del paciente bajo información.

REFERENCIAS

- Mueller WA. Emergency dental care. *Pediatrician* 1989;16:147-52.
- Olympia RP, Wan E, Anver JR. The preparedness of schools to respond to emergencies in children: a national survey of school nurses. *Pediatrics* 2005;116:e738-45.
- Milzman DP, Milzman BI. Focused care of pediatric patients in the dental office. *Dent Clin North Am* 1999;43:527-44.
- Carlson DW, Gnauck KA, Jaffe DM. Updates in pediatric emergency medicine for the office practitioner. *Curr Opin Pediatr* 1995;7:523-8.
- De la Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics* 2004;114:e642-52.
- Hibbard RA, Sanders BJ. Child Abuse and Neglect. En: McDonald RE, Avery DR. *Dentistry for the Child and Adolescent*. Mosby, St. Louis Missouri 2000;pp248-61.
- Loredo AA, Monter GMA, Escudero CA, De la Teja AE. Complicaciones bucales del arte corporal. Revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex* 2003;24:240-4.
- De la Teja AE, Escudero CA, Monter GMA, Loredo AA. El estomatólogo pediatra en la atención integral del niño maltratado: una nueva política de intervención. En: Loredo AA. *Maltrato en Niños y Adolescentes*. Ed. de Textos Mexicanos, México 2004;pp248-61.
- Bordley WC, Travers D, Scanlon P, Frush K, Hohenhaus S. Office preparedness for pediatric emergencies: a randomised, controlled trial of an office-based training program. *Pediatrics* 2003;112:291-5.
- Emery RW, Guttenberg SA. Management priorities and treatment strategies for medical emergencies in the dental office. *Dent Clin North Am* 1999;43:401-19.
- Malamed SF. Emergency medicine in pediatric dentistry: preparation and management. *J Calif Dent Assoc* 2003;31:749-55.
- Wheeler DS. Emergency medical services for children: a general pediatrician's perspective. *Curr Probl Pediatr* 1999;29:221-41.
- Fuchs S, Jaffe DM, Christofferl KK. Pediatric emergencies in office practices: prevalence and office preparedness. *Pediatrics* 1989;83:931-9.
- Ojeda LS, Hinojosa AA, Torres Torija CE. Urgencias estomatológicas: estudio retrospectivo a tres años. *Práctica Odontológica* 1991;12:23-32.
- Creedon RL, Dock M. Pharmacologic management of patient behaviour. En: McDonald RE, Avery DR. *Dentistry for the Child and Adolescent*. Mosby St. Louis Missouri 2000;pp297-324.
- McDonald RE, Avery DR. Management of trauma to the teeth and supporting tissues. En: McDonald RE, Avery DR. *Dentistry for the Child and Adolescent*. Mosby, St. Louis Missouri 2000;pp485-542.
- Miles Da, Parks ET. Radiographic techniques. En: McDonald RE, Avery DR. *Dentistry for the Child and Adolescent*. Mosby, St. Louis Missouri 2000;60-81.
- Anaya AS, Loyola RJP. Análisis retrospectivo de 787 urgencias estomatológicas. *Rev ADM* 1984;XLI/4:75-9.
- McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Treatment of deep caries, vital pulp exposure and pulpless teeth. En: McDonald RE,

- Avery DR. Dentistry for the Child and Adolescent. Mosby, St. Louis Missouri 2000;pp413-39.
20. De la Teja AE, Escudero CA, Elías MG, Cadena GA, Téllez RJ, Belmont LF, Lona CMP, Ceballos HH. Infecciones de la cavidad oral (I de III). *Acta Pediatr Mex* 1999;20:156-8.
21. Torres Torija CE, Ojeda LS. Manejo de urgencias de origen pulpar en el consultorio pediátrico. *Práctica Odontológica* 1988;9:8-12.
22. McDonald RE, Avery DR. Eruption of the teeth: local, systemic and congenital factors that influence the process. En: McDonald RE, Avery DR. Dentistry for the Child and Adolescent. Mosby, St. Louis Missouri 2000;pp180-208.
23. De la Teja AE, Cadena GA, Escudero CA, Sánchez MRM. Patología bucal. En: Rodríguez WMA, Udaeta ME. Neonatología Clínica. McGraw-Hill, México 2003;pp191-205.
24. McDonald RE, Avery DR, Weddell JA. Gingivitis and periodontal disease. En: McDonald RE, Avery DR. Dentistry for the Child and Adolescent. Mosby, St. Louis Missouri 2000;pp440-84.
25. De la Teja AE, Escudero CA, Elías MG, Cadena GA, Téllez RJ, Belmont LF, Lona CMP, Ceballos HH. Infecciones de la cavidad oral (II de III). Infecciones no odontogénicas. *Acta Pediatr Mex* 1999;20:208-10.
26. Jossell SD, Abrams RG. Traumatic injuries to the dentition and its supporting structures. *Pediatr Clin North Am* 1982;29:717-41.
27. Jossell SD, Abrams RG. Managing common dental problems and emergencies. *Pediatr Clin North Am* 1991;38:1325-40.
28. Abrams RG, Jossell SD. Common oral and dental emergencies and problems. *Pediatr Clin North Am* 1982;29:681-715.
29. Gorgy FM. Oral trauma in an urban emergency department. *J Dent Child* 2004;71:14-6.
30. Hunter JG. Pediatric maxillofacial trauma. *Pediatr Clin North Am* 1992;39:1127-43.
31. Quinby DJ, Sheller B, Williams BJ. Parent satisfaction with emergency dental treatment at a children's hospital. *J Dent Child* 2004;71:17-23.