

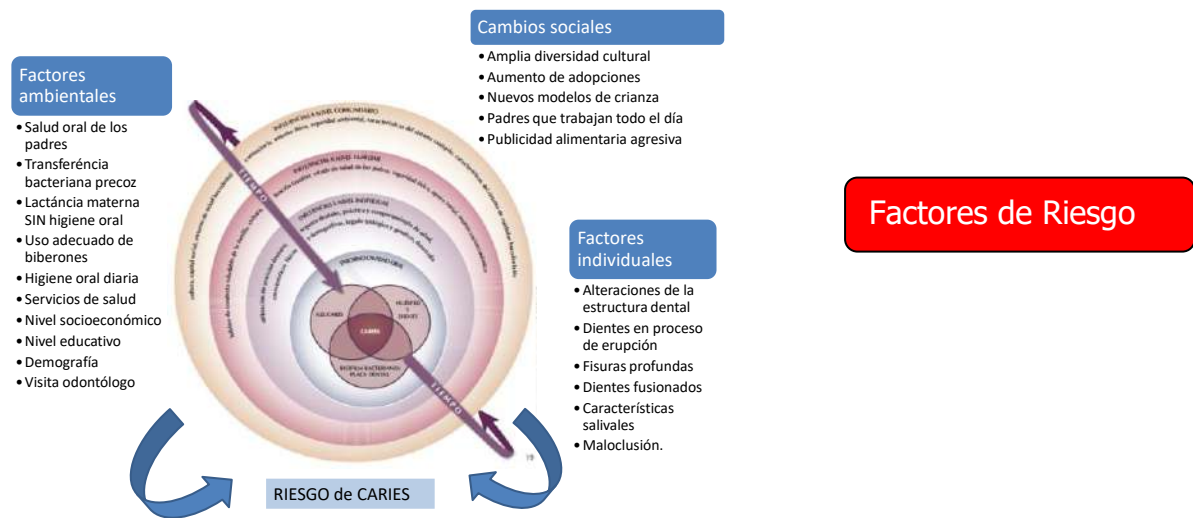
Resúmenes Jornada Odontopediatría

Curso de protocolización y Actualización en pediatría de Atención Primaria de Salud

1. CARIES DENTAL

Dra. Inmaculada Reina

En la actualidad, se considera la caries como una enfermedad multifactorial, crónica, dinámica y compleja, en la que van a influir factores individuales y ambientales, tanto comunitarios como familiares.

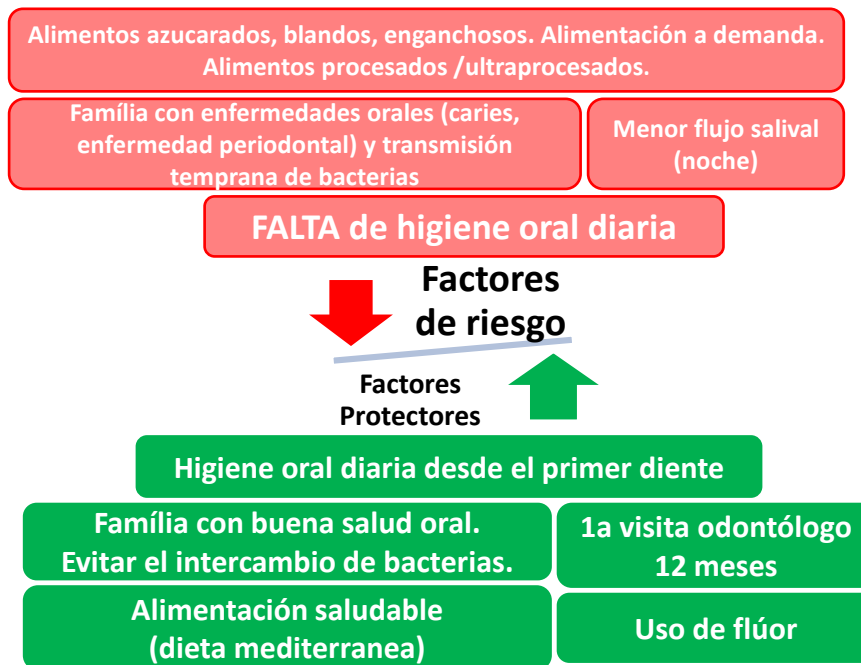


Alimentación	Higiene bucal
Atrasar al máximo la introducción de azúcares, idealmente después de 2a.	Dentífrico fluorado 1000 ppm de flúor
Evitar que coman entre comidas	Cepillado 2 veces/d desde el primer diente
EVITAR el consumo de alimentos procesados con alto contenido en AZUCAR	Levantar el labio para cepillar dientes/encías
Ofrecer entre comidas: queso, yogur natural, frutas, galletas arroz / maíz, pan, ...	0-3a Cantidad dentífrico "granito arroz o ras de cepillo"
FR A partir de la salida de los dientes superiores, evitar la ALIMENTACIÓN NOCTURNA	>3a 1000 -1450 ppm de flúor según riesgo de caries. Cantidad dentífrico "guisante"
FP Cepillado dental con flúor	Escupir exceso de pasta. NO ENJUAGAR
	Pasar hilo dental si molares juntos >3a
	Repasar el cepillado nocturno hasta 8-10a.

<https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web.compressed.pdf>

Factores Protectores

Actualmente la CARIES se considera una disbiosis por el desequilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores.



La mayoría de los factores que intervienen en el desarrollo de la caries dental son modificables, permitiendo a los individuos y a los profesionales de la salud actuar para poder prevenir o reducir la severidad de la enfermedad.

Consejos de salud oral por edades

0-6 meses

- Masajear las encías una vez al día con una gasa húmeda o un dedal de silicona para acostumbrar al bebé a la manipulación de su boca y aliviar los síntomas de erupción. Dejar un cepillo dental con sus juguetes para familiarizarse.
- La salud oral de padres y cuidadores es imprescindible para la buena salud oral del bebé.

6-12 meses

- Cepillar los dientes en cuanto salgan, 2 veces al día, con una gasa mojada ligeramente en colutorio fluorado 0,05% flúor o bien una cantidad ínfima de pasta dental 1000ppm flúor.
- Evitar los azúcares refinados (galletas, bizcochos, yogures azucarados, ...)

12-24 meses

- Cepillado dental 2 veces al día (realizado por los padres), especialmente antes de ir a dormir. Pasta dental de 1000 ppm de flúor en cantidad de granito de arroz o al ras del cepillo. No enjuagar después del cepillado.
- Evitar al máximo azúcares refinados (zumos envasados, líquidos azucarados, miel, galletas, helados, bebidas carbonatadas, snacks, chocolates, cereales azucarados, caramelos, ...)
- Evitar la alimentación nocturna y la alimentación a demanda sin horarios.
- Retirar el biberón. Ofrecer los líquidos en vaso o taza.
- Primera visita al odontólogo / odontopediatra.

2. LA SALUD DE LAS ENCÍAS

Dr. Lluís Brunet

Introducción

Cuando se habla de salud oral en niños, en muchas ocasiones, las encías son las grandes olvidadas. Actualmente se considera que problemas periodontales diagnosticados en el adulto comenzaron en la infancia y la adolescencia, lo que eleva la necesidad de instaurar medidas preventivas eficaces y mecanismos de detección y abordaje precoz de estos trastornos.

Al igual que ocurre en los adultos, el sangrado de las encías no debe considerarse como algo normal, siendo un signo de alarma que informa de que algo anómalo está sucediendo en los tejidos de soporte del diente.

En la infancia, la cavidad oral está en un cambio continuo desde el nacimiento hasta la adolescencia, siendo importante una vigilancia constante de la encía con el objetivo de prevenir y tratar de forma precoz cualquier patología que aparezca en la cavidad oral.

La prevención de la enfermedad periodontal, debería empezar desde incluso antes de la gestación. La gestante debe ser consciente de la repercusión que tendrá el estado de su boca en la salud bucodental futura de su hijo. Cuanta más carga bacteriana tenga en su boca, habrá mayor probabilidad de trasmisión de bacterias a la boca de su hijo, y si estas bacterias son causantes de patología (caries, problemas periodontales...), habrá mayor probabilidad de que su hijo las sufra en un futuro. El concepto de transmisión de bacterias se extiende también a los cuidadores del niño que tengan un estrecho contacto con él. Hemos de asumir que la prevención de los problemas bucodentales de los niños comienza con la educación de los padres y cuidadores, de sus hábitos y de su salud oral.

Gingivitis

La gingivitis, en sus distintos grados de severidad, es prácticamente universal en los niños (afecta al 70% de niños de 7 años, y al 90% a los 10 años). Afortunadamente los niños que adquieren un perfil grave, como las periodontitis agresivas son escasos en los niños (en comparación con los adultos). A pesar de esta baja prevalencia, en las revisiones orales rutinarias de los niños se deben explorar también las encías y, en caso de detectar cualquier problema, por leve que sea, debe ser tratado.

El inicio precoz de la eliminación de la placa ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida. La mayoría de las inflamaciones de las encías que aparecen en edades tempranas están relacionadas con los siguientes factores:

- Depósito de placa bacteriana por falta de higiene dental.
- Presencia de caries y obturaciones sobredimensionadas que favorecen la presencia de bacterias y dificultan la higiene.

- Procesos de erupción y recambio de dientes. Durante este período se producen inflamaciones localizadas en la encía que pueden resultar molestas al niño. Normalmente son asintomáticos, pero en ocasiones la encía puede inflamarse y provocar sintomatología.

Gingivitis producidas por placa bacteriana.

La mayoría de las inflamaciones en las encías de los niños son producidas por acúmulo de placa bacteriana. En estos casos, la encía presenta hinchazón, está enrojecida y sangra al tocarla. Los cambios hormonales que se producen en la adolescencia pueden modificar la respuesta inflamatoria de la encía ante la presencia de placa bacteriana. De manera similar, los cambios en los niveles de insulina que se producen en los niños diabéticos también pueden afectar a su salud gingival. Esta gingivitis responde muy bien al tratamiento, que consiste en eliminación de la placa bacteriana mediante y en instrucciones de higiene oral diaria.

Periodontitis

Es una enfermedad infecto-contagiosa, en la que hay pérdida de soporte óseo, y que puede llevar a la pérdida de dientes. Se incluye en este grupo a las periodontitis crónicas, las periodontitis agresivas y las periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. Mientras que en los adultos son más habituales las formas crónicas de periodontitis, en los niños y adolescentes son más frecuentes las formas agresivas. Un 80-85 % de la población adulta en España tiene gingivitis, un 25-40 % presenta periodontitis, y la solución radica en la mejora de las medidas preventivas.

En las formas agresivas de periodontitis se produce una pérdida de hueso interproximal de forma rápida y suele aparecer en varios miembros de la familia. Estas periodontitis agresivas pueden ser localizadas (afectan únicamente a los incisivos y primeros molares permanentes) o generalizadas. La aparición de formas agresivas de periodontitis en edades próximas a la pubertad, está condicionada por la herencia genética, así como por factores ambientales como el hábito de fumar y la presencia de determinadas bacterias. En la mayoría de los casos, estará indicado el tratamiento con raspados y alisados radiculares, en combinación con tratamiento antibiótico sistémico.

Hay periodontitis condicionadas por la existencia de enfermedades sistémicas. Estas enfermedades predisponen a una pérdida severa de soporte óseo ya en la dentición temporal. Este grupo incluye a enfermedades como el síndrome de Down, el síndrome de Papillon-Lefèvre, neutropenia cíclica, agranulocitosis o el déficit de adherencia leucocitaria. Al ser enfermedades de las encías condicionadas por la presencia de una enfermedad sistémica, no siempre se consiguen tratar con éxito y en ocasiones hay que extraer los dientes afectados.

Periodontitis necrotizante, es poco frecuente, afectando a menos del 1% en la población de niños europeos y de Norteamérica (un 2-5% en determinadas poblaciones de niños y adolescentes de África, Asia y América del Sur). Se diagnostica por la necrosis y ulceración de la papila interproximal cubierto de una membrana gris-amarillenta, junto con fuerte dolor y fiebre. Los factores predisponentes son las infecciones virales, malnutrición, estrés, hábito tabáquico, falta de sueño y algunas enfermedades sistémicas. En adolescentes es más frecuente en épocas de exámenes.

El tratamiento, que debe ser lo más precoz posible para evitar pérdida de hueso interproximal y necrosis irreversible de la papila interdental, consiste en limpieza de la zona, seguimiento de recomendaciones básicas de higiene bucal y empleo de antibióticos.

Ortodoncia y periodonto

El objetivo del tratamiento de ortodoncia en los niños tiene como objetivo no sólo que los dientes estén rectos y bonitos, sino también evitar posibles problemas futuros. Unos dientes apiñados dificultan la eliminación de la placa bacteriana y, como consecuencia, hay más probabilidad de desarrollar problemas periodontales. Los principios biológicos del movimiento ortodóncico comparten mecanismos comunes con la pérdida ósea característica de la enfermedad periodontal. Ambos son consecuencia de un proceso inflamatorio, pero mientras el movimiento ortodóncico está provocado por una inflamación aséptica, la remodelación ósea de la enfermedad periodontal es consecuencia de una inflamación provocada por una agresión bacteriana.

Para garantizar un resultado óptimo de la ortodoncia es indispensable que la encía esté libre de inflamación durante todo el tiempo que dure este tratamiento, ya que si el movimiento de los dientes se produce con un periodonto inflamado la remodelación podría llevar a reabsorciones del mismo. Por eso, antes de empezar cualquier tipo de movimiento dentario hay que asegurar que la encía del niño o adolescente esté sana, y de que va a permanecer así durante todo el tratamiento.

Signos y síntomas de alarma:

- Cambio de coloración de la encía: más roja, incluso amoratada.
- Cambio de forma de la encía: alteraciones del contorno, hinchazón, pérdida de encía alrededor de algún diente.
- Sangrado de la encía: al comer o al cepillarse los dientes.
- Supuración. Mal aliento
- Heridas que pueden causar dolor en encías y mucosas.

Patología infecciosa

Las urgencia odontológica se relaciona con procesos infecciosos, odontalgias y a traumatismos dento-faciales. La patología infecciosa mayoritariamente se asocia a la evolución de la caries dental que afecta a la pulpa del diente, la inflama, posteriormente se sobreinfecta y entonces se inicia un proceso irreversible de necrosis pulpar. En este período la odontalgia es el síntoma que predomina, habitualmente es irradiado y la analgesia precisa combinar diferentes principios activos. Si no se realiza el tratamiento adecuado la infección progresa y afectará estructuras de soporte periodontal –el hueso y el ligamento periodontal- apareciendo complicaciones como los abscesos y la celulitis facial.

Esta sucesión de acontecimientos es similar tanto si hablamos de la dentición primaria como de la permanente, pero en los pacientes pediátricos evoluciona en pocas horas. En esta fase el tratamiento de antibioticoterapia a dosis adecuadas será tan importante como el tratamiento odontológico. El criterio de ingreso de estos pacientes vendrá determinado por el estado general del paciente pediátrico y la severidad del proceso infeccioso. Con frecuencia el tratamiento resolutivo pasará por la extracción del diente origen del foco infeccioso.

3. MALOCLUSION DENTAL Y LOS HÁBITOS ORALES

Dra Claudia Hahn

1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO OCLUSAL EN LOS PRIMEROS AÑOS

✓ Dientes temporales

- 20 dientes, de color mas blanco que los permanentes
- Espacios fisiológicos en dentición temporal:
 - Estos espacios sirven para atenuar el apiñamiento, favorecer la erupción de los dientes permanentes que suelen tener un mayor tamaño.

✓ Dientes permanentes

- Proceso eruptivo de dientes permanentes:
 - **Dentición mixta 1º fase:** Erupción de incisivos y 1º molares (Inicio a los 6 años)
 - **Fase de reposo:** de los 8 a los 10 años
 - **Dentición mixta 2º fase:** A partir de los 10 años, recambio de premolares y caninos.

2. PAPEL DE LOS HÁBITOS Y DISFUNCIONES ORALES

✓ Lactancia materna

- Movimientos postero-anteros mandibulares con activación de múltiples músculos de la cara, favorece el desarrollo de la cara del bebé. Durante este periodo el niño va a prender a succionar, tragar y respirar por la nariz de forma sincronizada

✓ Lactancia artificial

- NO hay movimientos postero-anteros de la mandíbula. El bebe hace menos esfuerzo muscular para succionar y se cansa menos que en la lactancia materna. Esto conlleva a la necesidad de satisfacer el instinto de succión con algún hábito de succión no nutritiva (HSNN), como el chupete o la succión digital,

✓ Succión no nutritiva:

- **Chupete:** Su uso intensivo y prolongado, e relaciona con el desarrollo de incisivos y premaxila adelantados, mordida cruzada lateral y mordida abierta anterior. Se recomienda su cese antes de los 2 años de edad.

- **Succión digital:**
 - Posición baja de la lengua, hiperactividad de los músculos buccinadores (Mordida cruzada posterior), presión del dedo sobre los incisivos superiores (lo que ocasiona una protrusión de estos), presión sobre los incisivos inferiores (retrusión de los mismos) y finalmente ocasiona una MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
- **Respiración oral:**
 - Ocasiona una falta de desarrollo del seno max + desequilibrio entre fuerzas musculares (la lengua baja no ejerce presión sobre el paladar, predominando la fuerza de la musculatura de la mejilla que comprimirá los sectores laterales del maxilar). Todo ello conllevará a una COMPRESIÓN MAXILAR
- **Deglución atípica:**
 - Aparece como resultado de una falta de evolución de la deglución infantil (fase de succión) a una deglución normal condicionado por HSNN, que ocasionan mordida abierta.
 - En la deglución atípica, la lengua está baja, protruida y apoyada en los incisivos inferiores junto con la acción de los músculos buccinadores van a ocasionar una COMPRESIÓN MAXILAR
 - A nivel anterior, la protrusión lingual hace que la lengua esté siempre entre los incisivos y se desarrolle una MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
 - Fundamental para la corrección, la intervención de ortodoncia + Logopedia

3. MALOCLUSIÓN MÁS FRECUENTE EN DENTICIÓN TEMPORAL Y MIXTA

- Mordida abierta: Mejora al suprimir precozmente los HSNN, su persistencia es una Maloclusión importante, veces difícil de resolver.
- Mordida cruzada: Es la situación en que uno o más dientes superiores muerden por dentro de los inferiores. Es la maloclusión más frecuente en la infancia, No tiene una corrección espontánea, y el paciente deberá ser derivado al ortodontista en cuanto se detecte.

4. TRAUMATOLOGÍA DENTAL. ACTUALIZACIÓN DE LAS PAUTAS

Dra. Yndira González Chópite

Actualmente los traumatismos dentales, tras la caries, son la **segunda causa** de atención odontopediátrica y se han convertido en un serio problema de salud pública dental.

Las lesiones traumáticas pueden presentarse en cualquier época de la vida, sin embargo, **son más frecuentes en niños y adolescentes**. Se estima en los países industrializados, un 20% de niños sufrirá de un traumatismo dental antes de acabar la escuela, y entre un 30 y 40 % de la población menor de 18 años a nivel mundial.

Algunos traumatismos dentales ocasionan **lesiones graves en el sistema de soporte**, pueden causar un impacto psicológico dramático en el paciente o en sus padres. La naturaleza inesperada del evento, el estrés emocional que le acompaña, el dolor y alteración física que provoca contribuyen a que la experiencia traumática perdure por mucho tiempo y generan un alto costo a nivel de salud pública y privada.

La prevención y un manejo apropiado de las lesiones traumáticas dentales son un reto para el profesional puesto que un gran número de pacientes no busca atención inmediata o no recibe el tratamiento de urgencia adecuado y no es referido a tiempo y algunas veces lesiones simples son derivadas a los hospitales cuando podrían ser tratadas y monitorizadas por los servicios de atención primaria.

Es por ello que hemos querido actualizar las pautas de atención en urgencias de estas lesiones dado que un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado a tiempo limita el daño a corto y largo plazo; y además desarrollar un plan de prevención y educación en traumas dentales.

Por protocolo, todos **los traumatismos dentales deben ser derivados para su control por parte de un dentista**. El odontopediatra es el profesional de elección, pero todos los dentistas están capacitados para el manejo de la urgencia.

En dentición temporal, el tratamiento del trauma debe encaminarse para evitar o minimizar el daño en la dentición definitiva, por lo que las lesiones que presentan daño extenso o desplazamientos severos deben ser derivadas rápidamente siempre que sea posible y por lo general requieren intervenciones radicales, como son las extracciones de dientes temporales y reponer los tejidos de soporte. En caso de avulsión dental, estos no se deben de reimplantar. Cuando existe pérdida de la estructura dentaria se recomienda sellar o reconstruir el diente para evitar la sensibilidad y contaminación que podría comprometer la vitalidad del diente tanto temporal como permanente.

En dentición permanente con lesiones graves la atención precoz reduce las complicaciones a largo plazo. La reposición inmediata (en el lugar del accidente) de los dientes desplazados o desalojados (Extrusiones, luxaciones laterales y avulsiones) mejora el pronóstico.

En los casos que no sea posible la reposición inmediata, el paciente debe ser remitido de urgencia a un centro odontológico, público (CAO), o privado para la reposición inmediata del diente en su alveolo y fijación del mismo. Parea el transporte del diente, se recomienda la leche mejor si es desnatada, o alojado en la boca del paciente.

5. ANOMALÍAS DENTALES Y ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN DENTAL:

Dr. Abel Cahuana

Introducción

El pediatra, que habitualmente examina la boca de todos sus pacientes, tiene ante sí las anomalías dentales, ya que la mayoría de ellas se manifiestan en la infancia. A pesar de que estas anomalías pertenecen al campo de la Odontopediatría, es interesante su conocimiento, ya que además el pediatra puede ser el primero en alertar a los padres sobre estas alteraciones, hacer las oportunas indicaciones para su diagnóstico, seguimiento y adecuado tratamiento.

La mayoría de estas anomalías dentales tienen una base genética, y puede ser necesario en algunos un asesoramiento genético, para conocer el pronóstico y el riesgo de recurrencia.

Las anomalías dentales, se producen en diferentes momentos del desarrollo dental, siendo más graves en las fases tempranas de la formación de la lámina dental. Para el resumen las agrupamos en 1) Alteraciones de número, 2) morfológicas 3) estructura 4) de color

Alteraciones de número:

La Agenesia dental, Oligodoncia o Hipodoncia, es un trastorno frecuente que ocurre con carácter esporádico o con un componente hereditario, afectan sobre todo a los dientes que son los últimos de cada serie, (como son el incisivo lateral, el segundo premolar, y el tercer molar). Las agenesias, se asocian a microdoncia y a alteraciones de posición de otros dientes, por lo que es importante un examen radiológico precoz. Son de interés algunos síndromes como la Displasia ectodérmica, la incontinencia Pigmenti, que tienen en común presentar alteraciones de ectodermo. Otra alteración, es el síndrome del incisivo central único, que puede asociarse a otras malformaciones de la línea media.

Dientes Supernumerarios, corresponde a la proliferación de la lámina dental y ocurre como un rasgo autosómico dominante, o ligado al cromosoma X. pueden recordarse a la forma de los dientes o ser cónicos o tuberculados. Tienen una frecuencia del 1-3,5%, afecta más a varones y afecta sobre todo a la parte anterior del maxilar. Se manifiesta por una erupción de un diente de más, por erupción fallida de un diente permanente, o ser un hallazgo en un examen rutinario. Son de interés por su asociación a dientes supernumerarios la Disostosis cleido craneal y el síndrome de Gardner.

Anomalías Morfológicas:

Macrodoncia, microdoncia, diente doble, fusión, gemación. Diente Invaginado, evaginado.

Defectos de desarrollo del esmalte:

Cualquier alteración sistémica durante el desarrollo de los dientes puede provocar alguna anomalía dental. La mayoría son subclínicas y se observan en los cortes de

tejidos duros como cambios en las líneas de depósito. Otros dientes presentan defectos en distintos niveles de la corona, reflejo del momento que se produjo la alteración, y puede mermar la calidad y la cantidad de esmalte.

Fluorosis, alteración del esmalte por excesiva ingesta de flúor, prácticamente no se ve en nuestro medio.

La Hipomineralización Incisivo Molar, es una alteración cualitativa del esmalte, ocasiona porosidad, afectan a la traslucidez y al color del esmalte, y predispone a caries. Tiene una alta incidencia y en aumento (8-18% de la población). Se ha relacionado con las enfermedades infecciosas, febriles y tratamientos antibióticos del primer año de vida y también con la presencia de tóxicos ambientales y déficits nutricionales por la introducción tardía de alimentación complementaria.

Odontodisplasia regional, defecto esporádico que se localiza en un cuadrante, afecta al esmalte y dentina esmalte hipoplásico y dentina globular, se manifiesta por una zona con inflamación y abscesos al poco de erupcionar los dientes.

Dentro de las alteraciones generalizadas, con base genética, destacamos: La Amelogénesis imperfecta, defecto hereditario que afecta a más denticiones, con varios fenotipos, su frecuencia se estima entre 1: 800-14,000.

Dentinogénesis imperfecta, trastorno genético, autosómico dominante, que se puede asociar a la osteogénesis imperfecta, presentan opalescencia con un color gris y azul púrpura. El esmalte tiende a desgastarse y fracturarse. Es recomendable la colocación de coronas.

Alteraciones del color de los dientes

Puede ser extrínseco, es superficial, aparece tras la erupción de los dientes, la mayoría son pigmentos bacterianos. Destaca el Black Stain, mancha negruzca por depósitos de sulfato férrico, producto de una bacteria específica o por ingesta de hierro. Se eliminan con medios abrasivos.

Los intrínsecos pueden deberse a un defecto del desarrollo del diente o a una pigmentación interna del diente, y el defecto subyacente afecta a la dentina.

Alteraciones de la erupción

La erupción dental, es un proceso fisiológico que ocurre de forma natural, por la que el diente desde su formación emerge a la cavidad bucal y lo hace hasta alcanzar contacto con el antagonista, ocurre en un momento determinado. Entre las alteraciones cronológicas, tenemos, por adelanto o por retraso:

Dientes natales y neonatales, la mayoría se tratan de incisivos primarios que han erupcionado precozmente, los natales, están presentes al nacer y los neonatales, dentro de los primeros 30 días. Generalmente el desarrollo radicular concuerda con la edad (raíz aun no calcificada), por ello presentan movilidad, si es excesiva pueden extraerse para evitar riesgos.

Anquilosis de los molares primarios, es bastante frecuente, pueden erupcionar parcialmente o incluso queden sumergidos por el crecimiento del hueso circundante. Requerirá un seguimiento y la extracción en un momento oportuno

Retraso de la erupción dental en dentición primaria, no precisa más tratamiento que la confirmación de la presencia de los dientes. No es frecuente la necesidad de exposición quirúrgica de los dientes de un lactante.

El retraso de erupción de dientes permanentes, descartar la presencia de obstáculos, como es la presencia de supernumerarios y otras patologías. Mientras que la cronología de la erupción dental es muy variable, el desarrollo coronal y radicular y el orden de erupción son importantes. Los exámenes radiológicos tanto periapicales como la OPG, son los primeros exámenes a realizar para descartar una causa patológica que ocasione una alteración de la erupción. Si se constata la presencia de un obstáculo, el tratamiento necesario generalmente será un procedimiento quirúrgico. (Ver Criterios de Derivación entre Odontología de CAPS y Odontopediatría de HSJD).

Pacientes con necesidades especiales y Medicamento comprometidos

Una de las principales funciones consiste en coordinar el tratamiento de pacientes con problemas médicos, la última década se ha venido utilizando la terminología de pacientes con necesidades especiales.

Estos niños suelen presentar alteraciones médicas que pueden influir en el tratamiento odontológico, o presentar alteraciones específicas.

La prevención de la patología dental en este grupo de pacientes tiene una importancia capital, ya que algunos problemas dentales simplemente pueden comprometer seriamente el tratamiento médico de estos pacientes.

Así mencionar: Las cardiopatías congénitas, Los trastornos hemorrágicos: entre ellos los trastornos, plaquetarios, Enfermedad de Von Willebrand, Hemofilias A y B. tratamiento en niños anti coagulados, Pacientes con inmunodeficiencia, Infección VIH y SIDA. E paciente Oncológico, el paciente con órgano-Trasplantado, las nefropatías y Hepatopatías. Los pacientes con trastornos neurológicos: Epilepsia, PC, TEA, Discapacidad psíquica. Y pacientes con síndromes diversos

Qué duda cabe que en muchos de estos procesos observaremos alteraciones de la salud buco dental, y el fin principal es que estas no se produzcan o sean de la menor magnitud posible y repercutan lo menos en el bienestar del paciente. Sobre todo, la odontología en estos pacientes debe ser preventiva y si requiere tratamiento sea precozmente y lo menos invasiva posible, la parte preventiva puede ser llevada a cabo por cualquier odontólogo varios de estos pacientes deberán ser remitido a un centro hospitalario para tratamientos específicos. (apartado 2 de los criterios de derivación).