



Viernes 7 de febrero de 2014

**Seminario:
Enseñamos los dientes: Odontología
para pediatras**

Moderador:

Ángel Carrasco Sanz

*Pediatra. CS Potosí. Madrid. Secretario General
Asociación Española de Pediatría.*

Ponente/monitor:

- **Juan Carlos Palma Fernández**
*Profesor Titular de Ortodoncia. Facultad de
Odontología. Universidad Complutense de
Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Palma Fernández JC. Odontología para pediatras.
En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014.
Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 217-22.



Odontología para pediatras

Juan Carlos Palma Fernández

*Profesor Titular de Ortodoncia. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.
jcarlospalma@me.com*

RESUMEN

Aunque la educación sanitaria relacionada con la Odontología ha mejorado notablemente en los últimos años, todavía no es una práctica habitual llevar al niño al dentista a revisiones periódicas cuando no presenta patología. Sin embargo el pediatra normalmente sí controla el desarrollo del niño, prácticamente desde que nace, esta circunstancia le permitiría detectar cualquier alteración del desarrollo dentobucofacial que se produzca en el niño.

Pero la realidad es que la mayor parte de los pediatras no conocen aspectos fundamentales de la normalidad y patología odontológicas del niño ya que en la licenciatura y en la residencia no se presta demasiada atención a estos aspectos.

El objetivo de nuestro taller es informar a los pediatras sobre cuales deben ser las pautas de actuación de los problemas odontológicos que se presentan habitualmente en sus consultas y cuáles deben ser las respuestas a las preguntas sobre salud bucodental realizadas por los pacientes o sus padres con más frecuencia, haciendo énfasis en los siguientes temas: prevención, oclusión y erupción normal, traumatismos dentales, mantenimiento del espacio tras la pérdida dentaria y ortodoncia.

PREVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL EN EL NIÑO

La prevención de las alteraciones bucodentarias es de gran importancia, especialmente dada la gran frecuencia en la que se

producen, especialmente la caries; casi el 80% de los niños de 12 años de la Comunidad de Madrid presentan caries o alteraciones derivadas de ella¹. Aunque en los últimos tiempos se ha notado que su prevalencia ha disminuido, todavía sigue siendo un problema, incluso en los países industrializados por lo que sigue mereciendo la pena poner todos los medios para conseguir su erradicación.

No solo la caries altera la salud de la boca, las alteraciones de los tejidos que rodean al diente, los traumatismos, las maloclusiones, influyen directamente en la salud bucal.

Los programas preventivos para eliminar la caries, según Barbería², tienen los siguientes objetivos:

- Eliminar mecánicamente las bacterias utilizando cepillo y seda dental.
- Aumentar la resistencia del diente a la agresión ácida. Esto se consigue mediante la administración tópica de flúor en pastas dentales, colutorios, geles, etc.
- Disminuir la cantidad de bacterias aplicando quimioterapia anti placa. Actualmente se utilizan los fluoruros y el digluconato de clorhexidina.
- Controlar la formación de ácidos.
- Aplicar procedimientos de barrera para proteger las zonas más susceptibles, colocando selladores de fisuras.

Entre los métodos preventivos debemos considerar la importancia de la concienciación individual sobre las causas y consecuencias de las alteraciones bucodentales y los métodos para prevenirlos, modificación de los hábitos perniciosos y reforzar las actitudes positivas de salud. Esta concienciación corresponde realizarla a los padres y a los profesionales sanitarios¹.

El cepillado dental, se realiza para conseguir la remoción de la placa dental adherida a los dientes. Su efecto pre-

ventivo es muy alto. Debe iniciarse cuando erupcionan los primeros dientes y debe ser supervisada por los padres hasta los 10 años aproximadamente.

El niño debe cepillarse dos o tres veces al día, teniendo muy presente que el más importante es el que se realizará por la noche antes de ir a la cama. La eficacia del cepillo dependerá básicamente de la técnica empleada y del cepillo utilizado más que de la pasta dental. Es importante que el cepillo no esté demasiado húmedo y que no se ponga demasiada pasta dental.

Los cepillos eléctricos, si son utilizados correctamente, también son eficaces en la remoción de la placa dental.

La seda dental nos permite acceder a la placa en los espacios donde no puede llegar el cepillo. Para el niño pequeño es difícil de utilizar. Está especialmente indicado su uso en niños con alto riesgo de caries y son los padres los que deben hacerlo al niño.

La asociación de dieta y salud bucal es un tema complejo, no está claro qué alteraciones nutricionales durante el periodo de desarrollo dentario puedan afectar al diente o a los tejidos que lo soportan. Sin embargo sí parece claro que ciertos hábitos alimentarios, como la lactancia natural o artificial "a demanda", o la ingesta frecuente de zumos, pueden contribuir a la producción de importantes destrucciones dentarias.

Está ampliamente demostrado el papel preventivo del uso de los fluoruros en la prevención de la caries dental, actuando mediante tres mecanismos²:

- Favorece la remineralización incorporándose a los nuevos cristales de fluorapatita y dando, como consecuencia, una superficie más resistente.
- Inhibe la desmineralización. La presencia de fluoruros, cuando se inicia el ataque ácido, hace que se incorporen al esmalte dentario y protege de la desmineralización.
- Inhibición de la actividad bacteriana.

Hay diferentes formas de aplicación de flúor. Preparados de acción sistémica, flúor en el agua de bebida, preparados de uso tópico.

Los enjuagues de flúor a concentraciones de 0,05% para uso diario o de 0,2% para uso semanal, tras el cepillado dental, son una práctica cada vez más extendida, con un comprobado efecto cariostático. Estos colutorios deben utilizarse a partir de los 5-6 años.

Cuando se administren suplementos de flúor es importante asegurarse de que la concentración de flúor en el agua de bebida esté por debajo de 0,7-1,2 p.p.m., para no tener riesgo de fluorosis.

Los selladores de fisuras ayudan a prevenir las caries en zonas rugosas, como las fosas y fisuras de las caras ocluseras, donde el cepillo no llega bien. En ellas se coloca un material biocompatible que impide el acceso de las bacterias y restos de comida a esas zonas de alto riesgo.

Es imprescindible que la zona donde se coloque el sellador este libre de caries.

OCLUSIÓN Y ERUPCIÓN NORMAL EN EL NIÑO

Al hablar de la cronología de la erupción dentaria, es importante saber que nos basamos en valores obtenidos en grandes muestras de población, por lo tanto son valores medios, de los que a veces se puede separar el paciente que estamos evaluando, siendo totalmente normal³.

El ser humano tiene una primera dentición compuesta por 20 dientes temporales dando paso a la dentición permanente formada por 32 dientes.

La morfología general de los temporales es parecida a la de los definitivos, el color es más claro que en los definitivos por eso se les llama dientes "de leche" además de que erupcionan cuando el niño esta tomando leche.

Sobre los 5 o 6 meses irán apareciendo los primeros dientes, siendo los primeros en salir los incisivos inferior-

res, seguidos de los superiores.. En este periodo es normal que haya una cierta inflamación en la zona gingival y también es frecuente que el niño babee más de lo habitual. Los dientes irán erupcionando de forma progresiva y sobre los dos años el niño tendrá la dentición temporal completa.

Una oclusión temporal correcta debe tener las siguientes características²:

- Todos los dientes deben estar presentes y anatómicamente normales.
- La arcada debe ser semicircular.
- La implantación de molares en alveolo debe ser con un ángulo aproximado de 90°.
- La implantación de los incisivos en alveolo debe ser un poco inclinada hacia delante.
- La arcada superior; en oclusión, debe rebasar a la inferior en todo su contorno y los incisivos superiores cubrirán a los inferiores aproximadamente 1 mm.
- Cada uno de los dientes de una arcada se articula con dos dientes de la otra, a excepción del incisivo central inferior y el segundo molar superior que solo lo hace con uno.

TRAUMATISMOS DENTALES EN EL NIÑO

Posiblemente una de las urgencias más frecuentes, y que preocupan más a los padres sean los traumatismos de los dientes, temporales y permanentes. Andreasen⁴ afirmaba que del 4 al 14% de los niños han sido tratados por lesiones traumáticas en los dientes.

Las causas varían con la edad, en los primeros años de vida suelen ser traumatismos no intencionales, e incluso malos tratos, posteriormente los deportes y, en el adolescente, accidentes de automóvil o por el uso de bicicletas o motos.

Cuando se realiza el diagnóstico es muy importante tranquilizar a los padres y, en el caso de avulsiones y luxaciones, el diagnóstico y tratamiento debe hacerse lo antes posible.

En la historia es muy importante conocer, si hubo pérdida de conciencia, cómo se produjo accidente, dónde y cuándo.

Se deben hacer una buena inspección, palpación para ver movilidad y afectación de tejidos que rodean al diente, pruebas de percusión, pruebas de vitalidad para valorar el estado de la pulpa y en ocasiones pruebas radiológicas que nos ayudaran a detectar fracturas a nivel de la corona o de la raíz, así como alteraciones del hueso que rodea al diente.

Los traumatismos en dientes temporales se pueden manifestar solo en esa dentición o también pueden tener repercusión en la formación de los dientes definitivos, afectándolos básicamente en su erupción y en la formación del esmalte, apreciándose algunos defectos en la corona en cuanto a forma y color.

En los traumatismos dentarios, es de extrema importancia el manejo de las situaciones de urgencia. Estas situaciones se dan con frecuencia en la consulta del pediatra y en hospitales y centros de salud.

Barbería², resume el manejo de los traumatismos dentarios en urgencia de la siguiente forma:

Dientes temporales

Dientes fracturados o luxados

- Acudir al dentista rápidamente.

Dientes avulsionados

- No reimplantar.
- Acudir a dentista para evaluar la cicatrización de alvéolo y el espacio.

Lesiones de los labios o mucosas

- Valorar necesidad de suturar.
- Valorar necesidad de administrar antibióticos.
- Evaluar el estado del calendario de vacunación.

Dientes permanentes

Dientes fracturados o ligeramente luxados

- Acudir al dentista rápidamente.

Dientes desplazados

- Reposicionar, suavemente, los dientes en su lugar.
- Acudir al dentista rápidamente.

Dientes avulsionados (han salido de la boca)

- Tomar, sujetándolo por la corona, el diente caído y reimplantarlo en su lugar en la boca rápidamente.
- Si el diente está sucio enjuagarlo, antes del reimplante, con agua o suero fisiológico. **No frotar la raíz del diente.**
- Si no se puede reimplantar, colocarlo en leche, suero fisiológico o agua.
- Si no se tiene nada de esto, transportar el diente bajo la lengua de un adulto.

En todos los casos acudir al dentista rápidamente.

Lesiones de los labios y mucosas

- Valorar necesidad de suturar.
- Valorar necesidad de administrar antibióticos.
- Evaluar el estado del calendario de vacunación.

MANTENIMIENTO DEL ESPACIO TRAS LA PÉRDIDA DENTARIA

La pérdida prematura de un diente temporal puede ser un futuro problema de ortodoncia, especialmente en lo que se refiere a la pérdida del espacio que necesitarán los dientes definitivos para su erupción. También puede suponer un problema funcional, al no poder el niño realizar su función masticatoria correctamente y por supuesto puede ser un problema estético cuando esta pérdida dentaria es en el sector anterior.

Las causas más frecuentes de pérdidas prematuras en la dentición del niño, suelen ser las caries dentarias no tratadas, los traumatismos dentarios y las reabsorciones radiculares prematuras.

En todos estos casos se debe conservar el espacio del diente o dientes perdidos mediante los mantenedores de espacio. El mantenedor de espacio debe estar en la boca del niño hasta que erupcionen los dientes permanentes correspondientes a los temporales perdidos.

En caso de que se haya perdido parte del espacio que queremos mantener, o que el diente definitivo ya este erupcionando no será necesario mantener el espacio.

Normalmente estos mantenedores pueden ser aparatos fijos o removibles, para un diente o para un grupo de dientes.

Es muy importante el mantener los dientes temporales en las arcadas hasta su exfoliación fisiológica y si no pudiera ser así en general debemos mantener el espacio de los dientes perdidos hasta la erupción de sus correspondientes definitivos.

ORTODONCIA EN EL NIÑO

En este apartado describiremos algunos aspectos del tratamiento ortodóncico que consideramos de especial importancia para los pediatras, estos serían los siguientes: tipos de tratamiento ortodóncico, edad de comienzo y duración del mismo.

Tipos de tratamiento ortodóncico en el niño

Según el objetivo del tratamiento

- Tratamiento preventivo. Está destinado a evitar que se produzca la maloclusión, y tiene un objetivo fundamentalmente profiláctico.
- Tratamiento interceptivo. Actúa sobre la maloclusión que se está empezando a desarrollar evitando el empeoramiento de la misma.
- Tratamiento correctivo. Está dirigido a la corrección de una maloclusión que ya está instaurada.

Según el problema a tratar

- Tratamiento ortodóncico. Se realiza sobre los dientes, considerando cada diente aisladamente, en relación con los adyacentes o con los antagonistas.
- Tratamiento ortopédico. Se realiza sobre la posición y el tamaño de ambos maxilares.
- Tratamiento funcional. Está dirigido a la restauración del ámbito funcional alterado.

Según aparatos utilizados

- Aparatos fijos, removibles y funcionales.

Edad de comienzo del tratamiento

Una de las preguntas más difíciles de responder; no solo para el pediatra sino también para el ortodoncista, es cuándo es el momento óptimo para comenzar el tratamiento ortodóncico.

Debemos tener muy claro que el momento de comenzar el tratamiento dependerá del problema que presente el paciente, pudiendo ser en dentición temporal o en la mixta o en la permanente. Siempre pensando en obtener la máxima eficacia y efectividad (relación coste/beneficio)⁵.

Pero, aunque cada maloclusión y cada paciente tengan su propio momento de comenzar el tratamiento de ortodoncia lo más frecuente es tratar durante el pico de crecimiento en la adolescencia, empezando en la dentición mixta tardía o permanente temprana.

A la hora de tomar alguna decisión en este sentido será muy importante considerar factores como son la edad dentaria, estadio de crecimiento y tipo y gravedad de la maloclusión, sin olvidar el factor humano⁶.

Tratamiento en dentición temporal

Se deben tratar las siguientes maloclusiones: hábitos perniciosos, mordidas cruzadas anteriores y posteriores, asimetrías, pérdida prematura de dientes temporales, prognatismos y problemas óseos exagerados.

Las ventajas de comenzar el tratamiento en esta fase serían que se puede influir favorablemente durante más tiempo sobre el desarrollo, que a veces se puede evitar realizar extracciones y que se podrá recuperar la normalidad funcional con más facilidad. Sin embargo existe el inconveniente de que el tratamiento será más largo.

Tratamiento en dentición mixta

Las alteraciones que se tratarán durante la primera fase de la dentición mixta (6-9 años) serán similares a las tratadas en dentición temporal.

Sin embargo en la segunda fase de la dentición mixta (10-12 años) será cuando se traten la mayor parte de las maloclusiones: las que debieron ser tratadas precozmente y no lo fueron, alteración de la relación entre ambos maxilares y de estos con la base del cráneo y apiñamientos dentarios tratados con o sin extracciones.

Las ventajas de comenzar el tratamiento en esta fase son numerosas: la posibilidad de obtener una mejoría funcional, posibilidad de realizar tratamientos ortopédicos, correcciones de casos severos, menor necesidad de realizar tratamientos con extracciones y una mayor estabilidad del tratamiento a largo plazo.

Tratamiento en dentición permanente

En este periodo se debe distinguir entre los pacientes que no han llegado a los 15 años y los que los han superado. En los primeros, los tratamientos que se podrán realizar serán dentarios y ortopédicos. En los pacientes adultos, solo se podrán realizar movimientos dentarios, no ortopédicos.

Para poder influir sobre los huesos en pacientes adultos será necesario combinar el tratamiento ortodóncico con el quirúrgico.

Duración del tratamiento ortodóncico

- Una sola fase. El tratamiento se realizará seguido sin ningún periodo de descanso.
- Dos fases. La primera fase se realizará en dentición temporal o mixta y la segunda en permanente.

La duración del tratamiento estará condicionada por factores como la complejidad del caso, colaboración del paciente, momento de inicio y reacción individual de los tejidos a las fuerzas ortodóncicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Camba JM. Prevención en Salud Bucodental. En: Varela M. Problemas bucodentales en Pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon; 1999.p.1-10.
2. Barbería E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Madrid: Ed. Ripano; 2005.
3. Varela M. Problemas bucodentales en Pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon; 1999.
4. Andreasen JO. Traumatic injuries of the teeth. 2 ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1981.
5. Proffit WR. The timing of early treatment: an overview. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006;129 Suppl 4:S47-9.
6. Palma JC, Andrés MC, Planells P, Moreno JP. Cuando comenzar un tratamiento de ortodoncia. Av Odon-toestomatol. 1991;7:151-5.