



ODONTOLOGÍA PARA PEDIATRAS

María Fernández de Soria Rodríguez-Viñals
Odontóloga. Máster en odontopediatría. Madrid.

Tania Guarddon Cruz
Odontóloga. Máster en odontopediatría. Madrid.

Begoña Sacaluga Benitez.
Odontóloga. Máster en odontopediatría. Madrid.

RESUMEN

La atención sanitaria en la infancia se ha convertido en nuestro país y en el mundo desarrollado en general, en un pilar fundamental en la consecución de una salud adecuada en la edad adulta y en la prevención de problemas que el individuo padecerá posteriormente toda la vida si no se previenen o se trata en la niñez.

Odontopediatría, Pedodoncia, Paidodoncia, Estomatología Infantil y Odontología Infantil son los términos más comunes usados al referirse al área de conocimiento que estudia la boca del niño y sus enfermedades.

Hoy en día no es una práctica habitual llevar al niño a revisiones periódicas cuando no presenta patología, sin embargo el pediatra normalmente si controla el desarrollo del niño, prácticamente desde que nace, por esto es muy importante que diagnostiquen cualquier patología bucal que se produzca en el niño.

El objetivo de este taller es informar a los pediatras cuales son los problemas más comunes que se nos presentan en las consultas dentales y cuáles deben ser las respuestas a las preguntas realizadas por padres sobre la salud bucodental.

ODONTOPEDIATRÍA PREVENTIVA

La caries dental es una enfermedad infecciosa multifactorial caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental.

Aunque está aceptada la importancia de la genética en la predisposición de un individuo a padecer caries, resulta fundamental el análisis de las condiciones ambientales locales.

Las estrategias preventivas contemplan la intercepción de cada uno de los factores implicados en la etiología de la caries: el agente, el huésped y el sustrato. El odontólogo debe utilizar las visitas periódicas de los pacientes para seleccionar las medidas de prevención más adecuadas en cada caso, que eviten la aparición de caries y sus consecuencias.

La prevención primaria se orienta a los pacientes asintomáticos; en ella se identifican los factores de riesgo iniciales de la caries y trata de frenar el proceso patológico antes de que se desarrollen las lesiones. La prevención secundaria se dirige a los pacientes en el inicio de la enfermedad, con la intención de detener o revertir el proceso y mejorar el pronóstico. Ambos tipos de prevención, primaria y secundaria, incorporan el modelo médico de tratamiento de la caries que implica el uso de: control de la dieta, flúor tópico y sistémico, control químico y mecánico de la placa y selladores; con la intención de prevenir, detener o remineralizar las lesiones iniciales. Por otro lado, la prevención terciaria se enfoca a las lesiones dentarias avanzadas que ya han producido cavidades; en estos casos, para evitar las secuelas de tales complicaciones el odontólogo se guía por un modelo quirúrgico.

TRAUMATOLOGÍA ORAL

Aunque hoy en día los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries, en un futuro muy cercano la incidencia de las lesiones traumáticas constituirá la principal demanda de atención.

En los estudios realizados hasta 1994 la prevalencia oscilaba entre el 4,2 y 36%, desde ese año los estudios de prevalencia han oscilado en los mismos valores.



| | | |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| | Dentición temporal | Dentición permanente |
| Edad | 10-24 meses | 9-10 años |
| Género | No hay diferencias entre sexos | Varones |
| Diente | ICS-ILS | ICS-ILS |
| Tipo de lesión | Luxaciones | Fracturas complicadas de corona |

Las causas varían con la edad, en los primeros años las causas más frecuentes son las caídas y los malos tratos, posteriormente las actividades deportivas y las peleas, y ya en la edad adulta el origen más frecuente son los accidentes de automóvil.

Se debe realizar siempre de forma sistemática una detallada historia clínica así como una exploración clínica y radiológica minuciosa que nos conduzca a un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado.

En el momento del diagnóstico de un traumatismo es muy importante saber ¿cuándo?, ¿dónde? y ¿cómo? sucedió ya que es de vital importancia para un buen plan de tratamiento.

Tras un traumatismo en dentición temporal hay posibilidades de que haya consecuencias sobre el diente definitivo: alteraciones de la corona, de la raíz y alteraciones de la erupción.

Lo más normal después de un traumatismo sobre todo en dentición temporal es el cambio de coloración del diente, cambiar a un color más oscuro.

En los traumatismos dentarios, es de extrema importancia el manejo de las situaciones de urgencia. Estas situaciones son frecuentes en las consultas de pediatría, en los hospitales y centros de salud.

El manejo de los traumatismos dentarios en urgencia se debe abordar de la siguiente manera según la dentición donde se haya producido el golpe:

Dentición temporal

- Dientes fracturados o luxados: derivar al odontopediatra para que evalúe el tipo de lesión y pueda planificar un buen tratamiento.

- Avulsión (salida del diente fuera del alveolo): nunca debe reimplantarse el diente y acudir al dentista.

Dentición permanente

- Dientes fracturados: acudir al dentista rápidamente
- Dientes luxados: recolocación del diente mediante una presión suave y acudir al dentista
- Avulsión
 - El factor que más repercute en el éxito es la rapidez en realizar el reimplante, hay que procurar hacerlo en los primeros 20 minutos.
 - Buscar el diente y si está limpio se reimplanta de la forma más suave posible sujetándolo por la corona. Si está algo sucio lavarlo brevemente con agua fría (máximo de 10 segundos) o suero fisiológico y colocarlo en el alveolo, a continuación morder un pañuelo para mantenerlo en su posición y después rápidamente irse a una clínica dental.
 - Si el reimplante inmediato no es posible, el diente avulsionado se deberá poner rápidamente en un medio adecuado: suero fisiológico o leche desnatada es el mejor medio para transportarlo e ir de forma urgente a la consulta dental.

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Las urgencias suponen un gran reto para el profesional debido a las consecuencias tanto clínicas, psicológicas como legales que pueden conllevar. Debemos ser capaces de identificarlas correctamente pues el éxito del tratamiento puede verse modificado por la cele-



ridad de su resolución, y del establecimiento de una buena planificación.

Las urgencias más frecuentes que se dan en la consulta dental son las siguientes

- Dolor dental
 - Caries dental profunda (dolor pulpar)
 - Caries interproximales (dolor no pulpar)
 - Infección periapical
- Erupción/exfoliación dental: síntomas relacionados con la erupción dental son la irritabilidad, alteración del sueño, aumento de la salivación, mayor ingestión de líquidos... El tratamiento es sintomático, tranquilizar a los padres y pautar medidas tóxicas
- Traumatismos dentales
- Procesos hemorrágicos: a consecuencia de traumatismos
- Lesiones agudas de la mucosa oral
 - Primoinfección herpética
 - Enfermedad mano-pie-boca
 - Estomatitis aftosa
 - Muguet
 - Impétigo
 - Quemaduras
 - Lesiones por empalamiento
- Absceso: es la patología más frecuente de urgencia en una consulta dental, el tratamiento consistiría en el drenaje más antibiótico y acudir al dentista
- Sialoadenitis: tumefacción dolorosa de las glándulas salivares
- Mucocelos: son trastornos obstructivos de las glándulas salivares menores, el tratamiento suele ser quirúrgico.
- Quistes/hematomas de erupción: la lesión se presenta como una tumefacción blanda, indolora sobre un diente en erupción, tiende a la resolución espontánea.

BRUXISMO INFANTIL

El bruxismo se define como una actividad repetitiva de los músculos mandibulares consistente en el apriete o rechinamiento involuntario, rítmico o espasmódico no funcional de los dientes. Se divide en bruxismo despierto y bruxismo del sueño, siendo este el más común en niños. Está regulado principalmente por el Sistema Nervioso Central y se asocia con cefaleas, dolores musculares mandibulares, molestias durante la masticación y limitación de la apertura, entre otros.

La etiología es multifactorial, influyendo factores neurológicos, psicológicos y anatómicos; y en cuanto a la prevalencia existe una gran variabilidad según los diferentes estudios epidemiológicos, pero todos los dividen por grupos de edad y todos están de acuerdo en que disminuye a lo largo de la vida, en la infancia es de 14-20%, en la adolescencia y adultos jóvenes es de un 8% y en adultos mayores de 60 años es de un 3%.

El diagnóstico del bruxismo en niños se realiza por el registro de ruidos durante el sueño por parte de los padres o los cuidadores, teniendo la limitación de que los padres suelen dormir lejos de los niños.

El bruxismo infantil se puede considerar fisiológico; esto es debido a la inestabilidad oclusal que ocurre hasta que comienza el recambio de los dientes temporales por los permanentes. No suele presentar síntomas y no conlleva, además, un aumento del bruxismo en adultos.

El tratamiento del bruxismo nocturno en los niños es, por tanto, una conducta observacional. En el caso de que existieran signos y síntomas, tales como desgastes dentarios y dolor muscular o articular, habría que plantearse un tratamiento específico para cada caso.

MALOCLUSIÓN EN EL NIÑO

Una maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir



tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular.

La prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias.

Las maloclusiones las clasificamos según Angle en 3 tipos; Clase I, Clase II y Clase III. Independientemente de cuál sea la causa, si maxilar, mandibular o ambas. Se analiza en los tres planos del espacio.

Para poder comprender la oclusión normal y la maloclusión, debemos necesariamente conocer cómo se desarrollan las piezas dentarias y cuál es la situación de normalidad oclusal en los primeros años de vida. Una vez que han hecho erupción los veinte dientes temporales se establece una oclusión con rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente, que se caracteriza por: los incisivos están más verticales sobre la base maxilar y el ángulo interincisivo está más abierto que en la dentición permanente. La sobremordida vertical está aumentada. Hay diastemas interdentes fisiológicos entre los incisivos. El vértice cuspeado de los caninos superiores ocluye sagitalmente en el punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior. Existen espacios abiertos en la zona de canino, descritos por Lewis y Lehman como espacios de antropoides o de primates. Estos espacios suelen estar situados en mesial de los caninos superiores y en distal de los caninos inferiores.

A partir de los seis años, la dentición temporal va siendo sustituida por la dentición permanente, siendo los primeros molares inferiores los primeros que hacen erupción.

CRONOLOGIA DE ERUPCIÓN EN DENTICION TEMPORAL Y PERMANENTE

| DIENTES TEMPORALES | ERUPCIÓN (PROMEDIO DE EDAD EN MESES) |
|--------------------|--------------------------------------|
| <u>Superiores</u> | |
| Incisivo central | 10 (8-12) |
| Incisivo lateral | 11 (9-13) |
| Canino | 19 (16-22) |
| Primer molar | 16 (13-19)->niños (14-18)->niñas |
| Segundo molar | 29 (25-33) |
| <u>Inferior</u> | |
| Incisivo central | 8 (6-10) |
| Incisivo lateral | 13 (10-16) |
| Canino | 17 (15-21) |
| Primer molar | 16 (14-18) |
| Segundo molar | 27 (23-31)->niños (24-30) ->niñas |

| DIENTES DEFINITIVOS | ERUPCIÓN (AÑOS) |
|---------------------|-----------------|
| <u>Superiores</u> | |
| Incisivo central | 7 - 8 |
| Incisivo lateral | 8 - 9 |
| Canino | 11 - 12 |
| Primer premolar | 10 - 11 |
| Segundo premolar | 10 - 12 |
| Primer molar | 6 - 7 |
| Segundo molar | 12 - 13 |
| <u>Inferiores</u> | |
| Incisivo central | 6 - 7 |
| Incisivo lateral | 7 - 8 |
| Canino | 9 - 10 |
| Primer premolar | 10 - 12 |
| Segundo premolar | 11 - 12 |
| Primer molar | 6 - 7 |
| Segundo molar | 11 - 13 |



BIBLIOGRAFIA

1. Garcia-ballesta C, Cortés Lillo O. Odontopediatría la evolución del niño al adolescente. 1º ed. Madrid: p, 361-400.
2. De Nova García J, Bartolomé Villar B. Odontopediatría la evolución del niño al adolescente. 1º ed. Madrid : p, 805-820.
3. Mendoza Mendoza A, García Ballesta C. Traumatología oral: Diagnostico y tratamiento integral. Soluciones estéticas.
4. Boj JR., Catalá M., García-Ballesta C., Mendoza A., Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Segunda edición. Madrid: Ed. Ripano. 2012;225-241.
5. Barberia E., Boj J., Catalá M., García C., Mendoza A. Odontopediatría. Segunda edición. Barcelona: Ed. Masson. 2001;173-192.
6. Escobar F. Odontología pediátrica. Primera edición. Caracas: Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. 2004;103-170.
7. Okeson J. Tratamiento en oclusión y alteraciones temporomandibulares. Quinta edición. Madrid: Ed. Elsevier. 2003;149-189.
8. Firmani M., Reyes M., Becerra N., Flores G., Weitzman M., Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. RevChilPediatr. 2015;86(5):373-379 .
9. Machado E., Dal-Fabbro C., Cunali PA., Kaizer OB. Prevalence of sleepbruxism in children: A systematicreview. Dental Press J Orthod. 2014 Nov-Dec;19(6):54-61.
10. Castroflorio T., Bargellini A., Rossini G., Cugliari G., Rainoldi A., Deregibus A. Riskfactorsrelatedtosleepbruxism in children: A systematic literatura review. Archives of Oral Biology. 2015;60:1618-1624.
11. Stephen H., Sheldon DO. Obstructivesleep apnea and bruxism in children. SleepMedClin. 2010;5:163-168.
12. Emodi-Perlman A., Eli I., Friedman-Rubin P., Goldsmith C., Reiter S., Winocur E. Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinicalfindings of temporomandibular disorders in children. Journal of Oral Rehabilitation. 2012;39:126-135.
13. Canut, J.A. Ortodoncia Clínica. 1ª. Ed. Barcelona: Masson-Salvat Odontología; 1992.
14. Proffit, W. Ortodoncia. Teoría y Práctica. 2ª. Ed. Madrid; Mosby-Doyma Libros S.A.; 1996.