

Rehabilitación oral en bebés, enfoque preventivo y psicológico

Recibido: 29 -05-2018
Aceptado: 17-06-2018

María Lorena, Cardoso

Doctor en Odontología. Especialista en Oontopediatria. Auxiliar de Primera Categoría dedicación exclusiva. Universidad Nacional el Nordeste Facultad de Odontología, Argentina.

Ignacio Miguel, Escobar

Especialista en Odontopediatria. Auxiliar de Primera Categoría dedicación simple. Universidad Nacional el Nordeste Facultad de Odontología, Argentina.

Julieta Maria, Acosta

Odontóloga. Becaria de Investigación. Universidad Nacional el Nordeste Facultad de Odontología, Argentina.

Daniela, Burlli

Odontóloga. Becaria de Investigación. Universidad Nacional el Nordeste Facultad de Odontología, Argentina.

Norma Griselda, Diaz

Odontóloga. Becaria de Investigación. Universidad Nacional el Nordeste Facultad de Odontología, Argentina.

Oral rehabilitation in infants, preventive and psychological approach

Resumen

En el presente trabajo se reporta el manejo odontológico para rehabilitar un niño de dos años, tanto en estética y función como en hábitos, con un mantenedor de espacio fijo tipo telescópico.

El paciente acude con su madre, presentando “dolor en varios dientes hace varios días”, a la especialidad de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.

Se elaboró un plan de tratamiento en fases a partir del diagnóstico de caries de temprana infancia. La rehabilitación oral, no solo implica la eliminación de los procesos cariosos, sino que es de importancia fundamental la re-educación del niño y su entorno.

Los controles de mantenimiento se realizaron, el primer año mensualmente y bimestralmente los 8 meses posteriores. La evaluación se realizará trimestralmente hasta la erupción de los permanentes.

Palabras clave: Susceptibilidad a caries dentaria. Odontología Pediátrica. Rehabilitación Bucal. Salud Bucal.

Summary

In the present work we report the dental management to rehabilitate a child of two years, both in esthetics and function as in habits, with a space maintainer with a telescopic system.

The patient comes with his mother, presenting “pain in several teeth several days ago”, to the specialty of Pediatric Dentistry of the Faculty of Dentistry of the National University of the Northeast, Corrientes,

Citar como Cardoso M. Escobar I. acosta J. Burlli D. Diaz N. Rehabilitación oral en bebés, enfoque preventivo y psicológico. Odontol Pediatr 17(1) 2018; 70 - 78.

Argentina. A treatment plan is developed in phases from the diagnosis of early childhood caries. Faced with these types of cases, not only does the patient be rehabilitated by eliminating the carious processes, but the re-education of the child and his environment is of fundamental importance. The maintenance checks were performed, the first year monthly and bimonthly the 8 months later. The evaluation will be done quarterly until the eruption of the permanent ones.

Keywords: Caries Susceptibility, Dental. Pediatric Dentistry. Mouth Rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La caries temprana de la infancia (CTI), es una patología virulenta, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición primaria recientemente erupcionada. La Asociación Dental Americana (ADA), la define como, la presencia de una o más superficies con caries, o la pérdida dentaria por caries, o superficies obturadas en cualquier pieza temporaria, en niños de 71 meses de edad o menos¹⁻². Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CTI severa³. Durante muchos años se ha definido la enfermedad de caries como infecciosa y transmisible.

El éxito de la transmisión y la resultante colonización puede estar relacionado con varios factores, incluyendo la magnitud del inóculo, la frecuencia de las pequeñas dosis de inoculación y una dosis mínima para la presencia de la infección⁴. La transmisión y el mecanismo exacto no está claro aún, se sugieren como factores involucrados: el contacto íntimo de madre-hijo, compartir alimentos o utensilios, cuidadores de niños con pobre higiene oral, bajo nivel socioeconómico, frecuente consumo de alimentos en base a sacarosa y la inmunología, entre otros⁵.

Tradicionalmente, se ha establecido que la primera colonización sería alrededor de los dos años de edad, coincidiendo con la erupción de los primeros molares primarios. Algunos autores han definido una “ventana de infectividad” para *S. mutans*, entre 19 y 31 meses de edad después de la cual sería más difícil la colonización. Una vez terminada la erupción de dientes primarios, los *S. mutans* tendrían que competir con otras bacterias ya establecidas en la superficie de los dientes⁷. Otros estudios han descrito colonización de *S. mutans* en niños después de los 5 años de edad, encontrando menores recuentos de microorganismos y menor cantidad de lesiones de caries en dentición primaria y permanente, que en niños infectados más precozmente. A raíz de estos resultados, se ha publicado en la literatura, una segunda “ventana de infectividad” en niños entre 6 y 12 años⁶⁻⁸.

El ejercicio de la Odontopediatría es una tarea difícil para un odontólogo general, porque no puede, ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas buco-dentarios. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional, donde la relación humana odontólogo-niño-padres es fundamental para el éxito del tratamiento odontológico frente a

las diversas situaciones. Para Seger⁹, la aplicación de los conocimientos de psicología favorece a una mejor integración de esta relación, pues permite un diagnóstico global que envuelve síntomas somáticos y psicológicos que necesitan estar correlacionados.

Por todo lo expuesto, el profesional que trata a un niño con CTI a menudo debe emplear diferentes técnicas de manejo de la conducta en cada circunstancia, a fin de realizar el tratamiento seguro, efectivo y eficiente. El éxito de cada tratamiento, va a estar influido por el nivel de cooperación del niño y su entorno, considerándose primordial para el odontopediatra una comunicación fluida con este, generando en ellos una confianza permanente¹⁰. Un estudio longitudinal sobre CTI en niños de Thai de entre 9 y 18 meses de edad concluye que los dientes adquieren caries entre los 3 y 6 meses luego de su erupción y que esta lesión se desarrolla continuamente en el tiempo si no se establece ninguna medida¹¹.

La prevención de CTI comienza durante el periodo prenatal y perinatal. Las mujeres deben ser aconsejadas sobre una óptima nutrición durante el periodo de embarazo y los primeros años del niño, cuando el esmalte está madurando. Los defectos del esmalte son comunes en niños con bajo peso al nacer, con enfermedades sistémicas o con desnutrición durante el periodo perinatal¹²⁻¹⁴.

Como consecuencia inevitable este cuadro de caries se asocia en forma directa al desarrollo de maloclusiones¹⁵. A menudo se pueden presentar manifestaciones bucales como dolor; alteraciones en la salud general, dificultades en la alimentación, en el sueño, en el habla y en el aprendizaje y pobre autoestima.

Los niños que padecen esta patología en la dentición temporaria presentan 8 veces más posibilidades de

tener caries en la permanente, sobre todo si no se controlan los factores etiológicos determinantes (bio-film) y predisponentes (dieta), requiriendo tratamientos odontológicos de variable complejidad¹⁶⁻¹⁸.

El objetivo de este trabajo es reportar el manejo odontológico para rehabilitar, tanto en estética y función como en hábitos, a un niño menor de dos años, con caries de temprana aparición.

CASO CLINICO

Paciente niño de dos años de edad, residente de San Miguel (Corrientes), el cual acude con su madre, presentando “dolor en varios dientes hace varios días”, a la especialidad de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. Frente a la consulta el comportamiento fue temeroso, normal para su edad.

Durante la anamnesis, su madre no refiere antecedentes médicos, familiares ni personales relevantes. Con respecto a los antecedentes odontológicos mencionó estar medicado por un profesional con antibióticos sin recibir ningún tipo de tratamiento. Relata que el niño no se higieniza las piezas dentarias, toma biberón y la mayoría de los alimentos que ingiere son blandos.

Al examen intraoral se observó: mala higiene bucal, gingivitis marginal generalizada como se observa en la figura 1, caries activas (5.4, 6.4, 7.4, 8.4, 5.2, 5.1, 6.1, 6.2) y manchas blancas (7.1- 8.1- 8.2). Se realizó un examen radiográfico intraoral: 1 oclusal (anterosuperior) y 2 periapicales (en molares inferiores derecho e izquierdo). (Figura 2).

FIGURA 1 Y 2 Con el diagnóstico de caries de aparición temprana, se elabora un plan de tratamiento en fases. La primera fase consistió en el tratamiento de la urgencia, aliviando el dolor que presentaba el niño, realizando la pulpotomía de las P.D. 7.4 y 8.4 con sus respectivas restauraciones provisionarias (OZER). La sesión siguiente se realizó cepillado mecánico, manifestándose un notorio

cambio de hábito alimenticio y de higiene bucal, esto permitió mejorar las características inflamatorias que presentaban las encías.

En la segunda fase del tratamiento se realizaron las coronas de acero en ambos primeros molares primarios. (figura 3).



Figura 1. Representación fotográfica de caries de aparición temprana. Nótese el grado de severidad en la destrucción de las piezas anterosuperiores y la inflamación gingival relacionada a la presencia de biofilm.

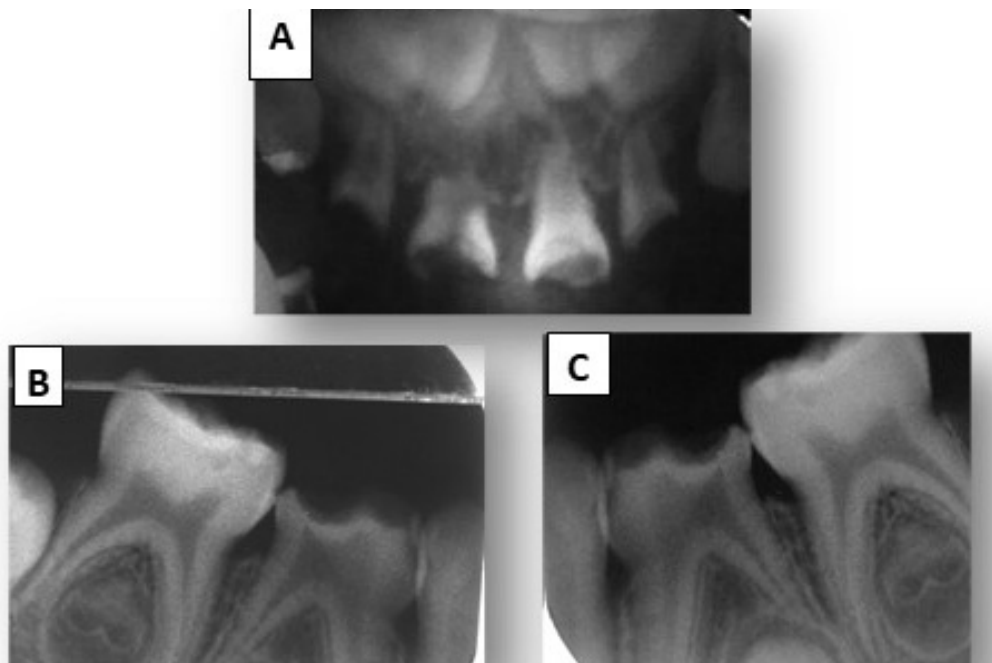


Figura 2. Seriada Radiográfica. A) Sector anterosuperior, donde se observa la extensa reabsorción radicular externa e interna que presenta el 5.1 y la relación del proceso carioso con las piezas dentarias involucradas. B) y C) Radiografías periapicales de las piezas 7.4 y 8.4, previas a la realización de los tratamientos pulpares correspondientes.

Figura 3. Al próximo mes el paciente acude con fistula y tumefacción extensa en la pieza 5.1 y 6.1, modificando el orden y tipo de tratamiento que recibiría este sector anterosuperior. Si bien, radiográficamente en tres piezas anterosuperiores podíamos realizar pulpectomias, se decidió efectuar las exodoncias de las cuatro piezas con la posterior instalación de un mantenedor fijo estético con el sistema telescópico.

Esto disminuía la cantidad de sesiones a la que sería sometido el paciente. Se realizó la inactivación de caries de las piezas dentarias 6.4 y 5.4, y la respectiva prueba y adaptación de las coronas (6.4 y 5.4).

Con estas en posición se tomó la impresión de arrastre, para la confección del mantenedor, luego se realizó la extracción de 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 (Figura 4).

Se le brindaron los cuidados post operatorios por escrito a su madre. Figura 4: Representación gráfica del tratamiento realizado para la confección del mantenedor de espacio fijo tipo telescópico.

FIGURA 4. En la sesión siguiente se efectuó el cementado del mantenedor de espacio con un sistema telescópico que permite un crecimiento del maxilar en sentido antero-posterior y transversal sin interferencias. (Figura 5).

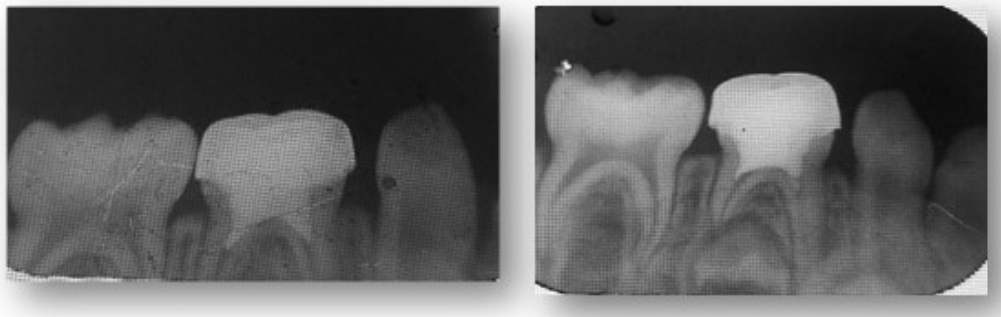


Figura 3. Representación fotográfica de las radiografías post operatorias correspondientes a los tratamientos de pulpotomías y coronas de acero cementadas en 7.4 y 8.4 respectivamente.

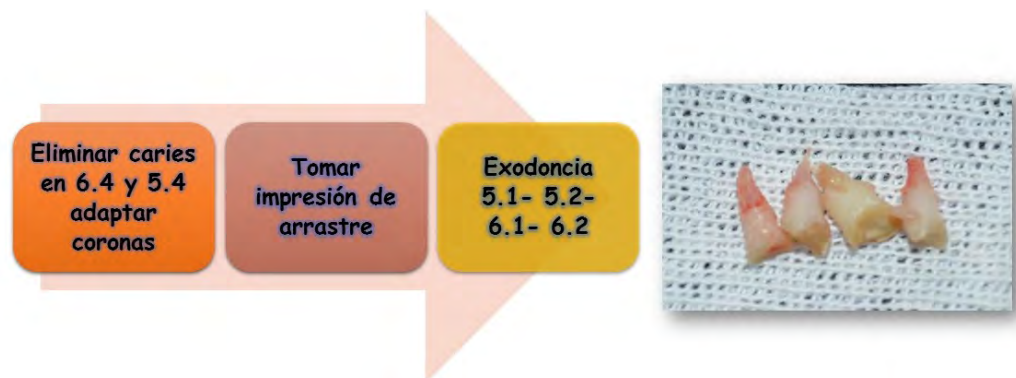


Figura 4. Representación gráfica del tratamiento realizado para la confección del mantenedor de espacio fijo tipo telescópico.



Figura 5. Representación fotográfica del mantenedor de espacio fijo tipo telescópico cementado. Se observa una perfecta adaptación de los fantoches al reborde gingival brindando una muy buena estética.



Figura 6. Secuencia fotográfica desde el ingreso hasta la finalización y posteriores controles de mantenimiento. A. Inicio de tratamiento. B. Fotografía inmediata del mantenedor. C. Control fotográfico a los 8 meses.

Figura 5: La fase de mantenimiento se realizó mensualmente durante un año. En estas sesiones, se realizaba una inspección de tejidos blandos y estado de las restauraciones dentales, control de higiene bucal, profilaxis, aplicación de fluoruros y monitoreo del aparato protésico.

Actualmente los controles se realizan trimestralmente, hasta la erupción de las piezas dentarias permanentes, notándose a los 8 meses de instalado el aparatito una separación entre los incisivos superiores creando un diastema como se observa en la figura 6.

Discusión

La CTI, es la presentación agresiva de la enfermedad, en la cual existe la presencia de una o más superficies dentarias cariadas (con lesiones no cavitadas o cavitadas), perdidas por caries u obturada en cualquier diente temporal, en niños de hasta 71 meses de edad.

Siendo una de las enfermedades más prevalentes en países subdesarrollados, lo que puede estar relacionado con la falta de educación con respecto a la prevención, dieta y hábitos de higiene.

El paciente niño durante la atención odontológica registra distintos comportamientos, documentándose en diferentes trabajos que los niños con buen estado de salud se comportaron mejor en la consulta que aquellos que se enferman con frecuencia.

En nuestro caso particular, el paciente en las primeras sesiones se presentó temeroso y poco colaborador frente al tratamiento. En las sesiones sucesivas no acudía con dolor, generando un cambio en su actitud frente a la atención, alternando momentos en los que colaboraba.

Además, algunos trabajos mencionan la separación al momento de recibir la atención, del niño de sus padres, esto podría influir, en el miedo al tratamiento dental. En este estudio también se determinó que, la mayoría de las madres se mostraron ansiosas en el momento de la consulta y ante la separación de los hijos¹⁹.

En cuanto a los padres de nuestro paciente, a pesar de ser jóvenes, se mostraron muy colaboradores e involucrados con el tratamiento del mismo, recibiendo por parte del equipo de salud toda la información necesaria para que su acompañamiento fuera pleno.

Esta comunicación con el entorno del niño es necesaria en todo momento de su atención, a fin de lograr su colaboración cuando la patología involucra varias estructuras, y de esta manera obtener su confianza y colaboración a lo largo del tratamiento.

El manejo de esta enfermedad no solo involucra el tratamiento de los síntomas y signos, sino que también requiere de la prevención y eliminación de la infección bacteriana, así como de los factores patogénicos que contribuyen a su desarrollo²⁰.

Se ha demostrado que el solo restaurar los dientes afectados como única medida, no elimina la infección causante de la patología²¹. Este tipo de tratamiento genera un éxito parcial ya que las restauraciones no serán mantenidas en el tiempo y existirá la propensión al desarrollo de nuevas lesiones²².

En algunas circunstancias el mantener las piezas dentarias hasta su normal época de recambio resulta imposible, debiendo recurrir a la rehabilitación protésica como otra alternativa de tratamiento.

En nuestro caso clínico, se optó por la colocación de un mantenedor de espacio con sistema telescópico que permite el normal desarrollo del maxilar sin interferencias, en sentido antero-posterior y transversal, lo que se manifiesta a través de un diastema entre los incisivos centrales, a los 8 meses de cementado el aparato.

El cambio de actitud con la colocación del mantenedor fue notable, manifestando con su sonrisa una clara conformidad con su nueva imagen.

La elaboración de una correcta historia clínica, permitió desarrollar un plan de tratamiento rehabilitador, acorde a la edad. Se tuvo la precaución de que las sesiones sean cortas, generando menos trauma al paciente, eliminando el foco séptico y obteniendo los mismos resultados a largo plazo.

Por lo expuesto queda manifiesto que, la caries temprana de la infancia (CTI) es un proceso infeccioso que frecuentemente requiere de tratamientos complejos y onerosos.

Conocer aquellos factores que permiten identificar a los individuos más susceptibles - ya sea en forma previa, o poco tiempo después de erupcionados los

dientes - permite instalar intervenciones preventivas (barniz de flúor, cariostáticos) y orientar a los padres en su manejo con medidas de autocuidado²⁰⁻²³.

En nuestro paciente era necesario eliminar el biofilm y la utilización del biberón. Al incorporar en su rutina diaria el hábito de higiene oral disminuyó el biofilm y se mejoró notablemente el estado gingival que presentaba. Para la eliminación del biberón se

trabajó siete meses concientizando al niño y sus padres.

Rehabilitar en salud, no es solo restaurar las lesiones y brindar charlas informativas a los padres, sino también generar un cambio radical en el entorno, detectando falencias específicas y evaluando en el transcurso del tratamiento que se produjo un cambio de hábito.

CONCLUSIONES

Frente a este tipo de casos, no solamente se rehabilita al paciente niño eliminando los procesos cariosos, sino que son de importancia fundamental la re-educación tanto del niño como del padre o tutor en el cambio de actitud y conducta frente a la salud e higiene bucal. La misma parte en la detección de las necesidades que presenta el niño y su entorno; y la actitud y predisposición para poder lograr una modificación en el estilo de vida. Esto necesita ser evaluado constantemente durante todo el tratamiento restaurador y posteriormente durante todas las sesiones de mantenimiento, para corroborar si el cambio de conducta se produjo.

REFERENCIAS

1. Cárdenas C, Perona G. Factores de riesgo asociado a la prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 1 a 3 años en una población peruana. *Odontol Pediatr* 2013; 12(2): 110-118.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health policies. *Pediatr Dent* 2002;24(7):10-42. www.aapd.org/assets/news/upload/2010/3933.pdf.
3. American Academy of Pediatric Dentistry and the American Academy of Pediatrics. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent* 2016. www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf.
4. Wan Ak, Seow WK, et al. A longitudinal study of streptococcus mutans colonization in infants after tooth eruption. *J Dent Res* 2003;82:504-8.
5. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: Acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006; 28(2): 106-109.
6. Agency for Healthcare Research and Quality. Total dental care expenditure, 2010, Medical Expenditure Panel Survey. Available at: http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st415/stat415.pdf. Accessed April 9, 2015. (Archived by WebCite® at: "http://www.webcitation.org/6Xezl3w7Y"). Accessed April 9, 2015.
7. Napimonga M, Höfling J, Kleine M, Kamiya R, Gonçalves R. Transmission, diversity and virulence factors of *Streptococcus mutans* genotypes. *Journal of Oral Science* 2005;47(2):59-64.
8. Ge Y, Caufield PW, Fisch GS, Li Y: *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sanguinis* colonization correlated with caries experience in children. *Caries Res* 2008;42:444-448.
9. Sandra Rojas F, Sonia Echeverría L. CARIES TEMPRANA DE INFANCIA: ¿ENFERMEDAD INFECCIOSA? *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2014; 25(3) 581-587.

-
10. Seger L. *Psicología e Odontología, uma abordagem integradora*. 2. Ed. São Paulo: Santos; 1988.p.165.
 11. Lee JY, Vann WF, Roberts MW. A cost analysis of treating pediatric dental patients with general anesthesia vs conscious sedation. *PediatrDent* 2000;22(1):27-32.
 12. Thitasumakul S. A longitudinal study of early childhood caries in 9 to 18-month-old Thai infants. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2006; 34: 429-436.
 13. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26: 49-61.
 14. Davies GN. Early childhood caries: A synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1):106-16.
 15. Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26(suppl):8-27.
 16. Bella M.I. Estudio prospectivo de la función del sistema estomatognático en niños con dentición temporal. Prevención de las maloclusiones en dentición mixta. *Monografías clínicas en ortodoncia*. 2005; 23, (2): 52-59. ISSN 16991559.
 17. Davies GM, Duxbury JT, Boothman NJ, Davies RM, Blinkhorn AS. A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent Health*. 2005 Jun;22(2):118-22.
 18. Grando Mattuella L, Da Fontoura Frasca L., Bernardi L, Pedrosa Moi G, Medeiros Fossati A, Borba de Araújo F. Tooth supported prosthetic rehabilitation in a 5 year-old child with early childhood caries. *JCPD*. 2007. 31;(3): 171-174.
 19. Pérez Navarro, Norailys et al. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol*. 2002; 39; (3): 302-327.
 20. KAnderson C, Longbottom C, Pitts NB, Robertson M. Integrated Care Approach to Targeting Caries Prevention to Pre-School Children. *Caries Res*. 2005; 39:295-6.
 21. Featherstone J, Gansky S, Hoover C, Rapozo-Hilo M, Weintraub J, Wilson R. A randomized clinical trial of caries management by risk assessment. *Caries Res*. 2005;39(4):295.
 22. Young D. Managing caries in the 21st century: Today's terminology to treat yesterday's disease. *CDA Journal*. 2006;34(5):367-70.