

PAUTAS PREVENTIVAS EN ODONTOPEDIATRIA (I)

Para que un adulto consiga una buena salud oral es muy importante que haya tenido un buen sistema preventivo en su infancia. En estos dos artículos trataremos la prevención de la caries - hábitos dietéticos, de higiene-, de la enfermedad periodontal, de las maloclusiones y de los traumatismos.

La Odontopediatría es la parte de la Odontología que tiene por objetivo prevenir, diagnosticar y tratar los problemas buco-dentales en niños y adolescentes.

Haciendo referencia a la necesidad de atención que se ha de prestar a este tipo de pacientes, hemos de destacar las importantes funciones de la dentición tanto temporal como permanente de este colectivo.

Podemos decir así, que la dentición temporal tiene las funciones de masticación, fonación y estética en niños de 6 meses a los 11-12 años aproximadamente. La dentición permanente tiene las mismas funciones; la única diferencia es que el periodo de tiempo que han de desempeñar dichas funciones es mayor.

La odontopediatría, para muchos, es la odontología general aplicada al niño. Si bien esto es cierto, cabe destacar la necesidad de conocimientos particulares y terapéuticas específicas.

PREVENCION

Dada la gran prevalencia de caries a nivel mundial, su control ha sido y es un objetivo sanitario importante que ha preocupado a los profesionales de la odontología y de la salud pública durante generaciones.

Se debe recomendar a los padres empezar la higiene oral de sus hijos tan pronto erupcione el primer diente, de manera que la higiene dental se acepte como parte de la rutina de higiene diaria.

A los dos años la dentición temporal suele estar completa, y es el momento de introducir el cepillo dental adecuado para esta etapa.

Los niños pueden habituarse a jugar con el cepillo, pero la correcta eliminación de placa (objetivo principal del cepillado dental) debe ser realizada por los padres.

El uso de dentífricos se utiliza a partir de los 3 años, con concentraciones de flúor adecuadas para esta edad, y empleando cantidades pequeñas (podemos decir que la cantidad recomendada debe ser la del tamaño de un guisante). A partir de los 6-8 años, los niños pueden cepillarse solos con una correcta instrucción previa, ya que a esta edad poseen una habilidad adecuada para hacerlo.

Dado que la caries se inicia por desmineralización de la superficie dentaria, es un objetivo terapéutico intentar aumentar la resistencia de las superficies dentarias. Esto se puede conseguir mediante la utilización de fluoruros y colocación de sellados de fisuras.

Hasta el momento, el agente preventivo que se ha demostrado más potente y costo-efectivo, además de inocuo y de fácil utilización, ha sido el flúor en sus diversas formas de administración. De ellas, la más efectiva y eficiente es la fluoración de las aguas de bebida, aunque actualmente se considera como alternativa altamente adecuada. Otras formas de administración de flúor sería:

- flúor sistémico (ingerido en forma de agua fluorada, tabletas o gotas)
- flúor tópico (aplicado sobre la superficie del diente)

Teniendo en cuenta el tipo de paciente según su riesgo de caries (bajo, medio o alto), indicaremos la pauta preventiva a seguir: (tabla 1).

		RIESGO DE CARIES BAJO O MODERADO	ALTO RIESGO DE CARIES
NIÑOS	3-6 años	Dentífrico Barniz semestral	Dentífrico Barniz trimestral
	7-16 años	Dentífrico Colutorio Gel semestral	Dentífrico Colutorio Gel trimestral Autoaplicación de gel
ADULTOS		Dentífrico Colutorio Gel semestral	Dentífrico Colutorio Gel trimestral Autoaplicación de gel

Tabla 1

CARIES

La caries dental todavía es un problema odontológico importante al cual debe prestársele gran atención en la práctica clínica cotidiana, no sólo en cuanto a

los procedimientos de restauración que implica, sino también por los aspectos preventivos que disminuyen su incidencia.

Se observa una reducción continuada de la prevalencia de la caries, aunque no por ello deja de ser la enfermedad que afecta más frecuentemente al niño.

Las caries se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición temporal como en la permanente, en los surcos y fisuras (menos pronunciados en la temporal) , las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres.

La gran frecuencia con que existen diastemas en los sectores posteriores de la dentición temporal en la edad preescolar reduce el número de lesiones proximales. Con el paso del tiempo, se van estableciendo contactos proximales, lo que puede significar un aumento de lesiones de este tipo en los molares.

La prevalencia relativamente elevada de caries en los incisivos centrales superiores temporales se deben, en parte, a que a esta edad la papila incisal se encuentra situada cerca de las caras mesiolinguales de dichos dientes. Esa estructura da lugar a una mayor acumulación de placa, lo que a su vez condiciona la inflamación de la papila con el consiguiente aumento de la retención de placa.

La caries es descrita comúnmente como resultado de la exposición de los dientes a carbohidratos que fermentan con facilidad y a la placa bacteriana. Son factores importantes, además de la composición de los alimentos, el patrón de ingestión, la cantidad y calidad de la placa dental y de la saliva, la edad y composición de los dientes y la concentración de fluoruros en la saliva.

Por lo tanto, la caries dental se puede enfocar como una enfermedad infecciosa crónica multifactorial y se ha ilustrado históricamente según tres círculos superpuestos: los factores etiológicos que se refieren al huésped de la enfermedad (diente), al agente responsable de ello (microorganismo) y al sustrato (dieta).

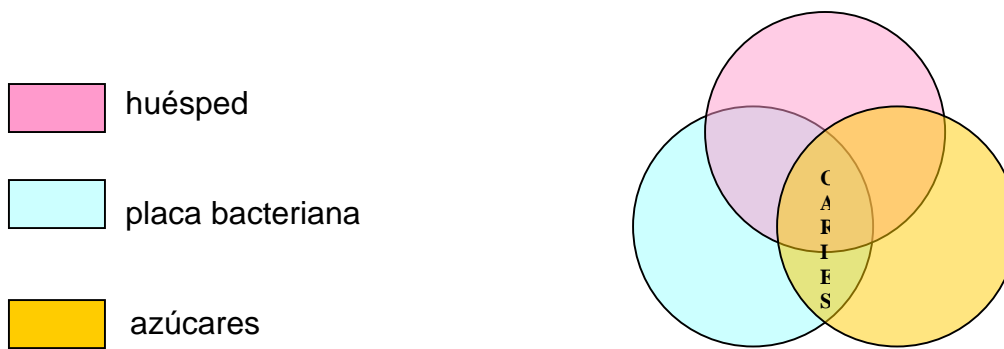


Fig. 1

A no ser que los tres factores relacionados con la enfermedad estén presentes en suficiente cantidad, no puede darse la enfermedad. La [figura 1](#) muestra los tres factores; huésped (diente), agente (la placa bacteriana, la cual produce ácidos) y el ambiente (azúcares) en suficiente cantidad para producir enfermedad (caries dental).

La caries dental en los dientes temporales

En los dientes temporales, la secuencia de ataque de la caries sigue un patrón específico: molares inferiores, molares superiores y dientes anterosuperiores. A excepción de los casos de caries fulminante y caries por lactancia, los primeros dientes afectados por el proceso rara vez son los anteroinferiores o las superficies vestibulares y linguales de los dientes temporales.

Los primeros molares temporales son mucho menos susceptibles a la caries en las superficies oclusales que los segundos molares temporales, aún cuando aquéllos erupcionan antes que éstos. Esta diferencia en cuanto a la susceptibilidad a la caries se relaciona sin duda con las diferencias de morfología de la superficie oclusal. Así, el segundo molar temporal por lo general es más profundo y presenta más fosas y fisuras que el primero.

Habitualmente, la caries interproximal de los segmentos anterior y bucal de los dientes temporales no se produce hasta que aparece el contacto proximal. Sin embargo, la caries proximal evoluciona con más rapidez que la oclusal y también produce un porcentaje más elevado de exposiciones de la pulpa. Por ello, se realizan radiografías periódicas cuando se detecta el contacto proximal entre los molares temporales.

En la actualidad, la incidencia de caries del biberón ha aumentado debido a un hábito dietético inadecuado, dieta rica en carbohidratos, principalmente zumos envasados. Otro factor importante que influye en este hábito es la forma de

presentación de éstos, y su facilidad de consumo por el propio niño y comodidad para los padres.

Eliminación de la placa

La eliminación total de la placa es laboriosa y difícil. Por la morfología dentaria y la interrelación de los dientes existen multitud de recovecos en los que se acumula la placa y que son inaccesibles.

La labor del profesional y su equipo incluirá la formación de los padres en las técnicas de eliminación de placa con ayuda del cepillo y la seda dental, y los estimulará para que los pongan en práctica cada mañana y cada noche.

Con el fin de no olvidar ningún diente, los padres primero y los niños después cuando van creciendo, deben estar acostumbrados a:

1. comenzar el cepillado siempre por la misma arcada y por el mismo lado
2. limpiar todas las superficies vestibulares de una arcada y después todas las linguales
3. terminar con las superficies oclusales
4. cepillar la lengua
5. utilizar la seda dental
6. enjuagar y eliminar los restos

La edad del niño hace variar totalmente la responsabilidad sobre el cepillado.

En el niño menor de 3 años, los padres deberán realizar la totalidad del trabajo desde que los primeros dientes temporales hacen su aparición.

Podrá ser de ayuda para ellos explicarles algunos aspectos como:

1.- *posición del niño*. La forma más cómoda para tener un buen acceso es colocar al niño tumbado sobre una superficie plana y con su cabeza en el regazo del adulto.

2.- *apertura de la boca*. Al principio el niño puede llorar, siendo una excelente forma de que abra la boca.

Una forma de conseguir que el niño abra la boca es deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de éste.

3. - *control de los movimientos*. Con los dedos y la mano izquierda podemos retirar los labios y las mejillas y controlar los movimientos de la cabeza.

4.- *seda dental*. generalmente en estas edades no se han cerrado los espacios interproximales y no es necesaria su utilización.

5.- *dentífrico*. No debe utilizarse, ya que puede ser ingerida, dificulta la visión de los dientes y estimula la secreción de saliva.

Una vez que el padre sabe acceder a los dientes del niño, podrá eliminar la placa. El cepillo se colocará a la altura de los molares más distales con las cerdas anguladas hacia la encía. Con frecuencia es necesario colocar el cepillo verticalmente en la zona palatina anterior. Deberá tener cuidado para no realizar una fuerza excesiva que lesionaría los tejidos y haría daño al niño.

Alrededor de los 3 años, el niño debe comenzar a manejar el cepillo personalmente, aunque los resultados en cuanto a la eliminación de la placa sean prácticamente nulos, ya que no ha desarrollado todavía una precisión de movimientos ni tiene compresión suficiente para aprender una técnica.

A esa edad suele haber un rechazo a la posición tumbada para el cepillado y debe modificarse adoptando una postura erecta. Generalmente las mejores posiciones son:

1.- adulto y niño de pie mirando en la misma dirección. La nuca del niño se apoyará en el abdomen del adulto para que sirva de apoyo.

2.- adulto y niño situados frente a frente. La cabeza del niño debe apoyarse en una pared para evitar el desplazamiento de ésta que dificultaría el cepillado.

Los padres realizan la primera fase de cepillado, sin pasta y auxiliados por técnicas de revelado de placa si son de su ayuda. Al final de la sesión, el niño cepillará sus dientes añadiendo una cantidad mínima de dentífrico y con la supervisión directa del adulto que dará instrucciones sobre la técnica e impedirá una ingesta excesiva de pasta dental.

Si el niño es el primero en cepillarse los dientes, será más difícil que después puedan hacerlo los padres, ya que estará cansado, se comportará peor y además la autoestima del niño queda afectada.

A medida que el niño va creciendo, los padres y el odontólogo irán entrenando y pasando la responsabilidad al niño, pero siempre bajo la supervisión de los padres.

Se considera que entre los siete y los nueve años la responsabilidad se reparte al 50% y alrededor de la adolescencia el muchacho es autosuficiente.

A estas edades el niño suele cometer algunas incorrecciones, siendo de las más frecuentes las siguientes:

1. cuando el recorrido por las superficies vestibulares hacen necesario que gire la muñeca suele desplazar el cepillo hacia distal dejando el incisivo lateral sucio.
2. abre excesivamente la boca de forma que el cepillo no puede llegar al fondo del vestíbulo y las superficies vestibulares de los molares quedan incorrectamente cepilladas.
3. no sigue una sistemática y algunas superficies dentarias quedan sucias.
4. realiza un cepillado demasiado rápido y superficial.

La práctica demuestra que adquirir el hábito y aprender las técnicas de eliminación de placa son dos tareas difíciles.

Aunque los padres tienen un protagonismo importante en el control de placa, el odontólogo debe decidir lo que es oportuno en cada momento.

Acciones sobre la superficie dentaria

Dado que la caries se inicia por desmineralización de la superficie dentaria, es un objetivo terapéutico intentar aumentar la resistencia de las superficies dentarias. Esto puede hacerse mediante la utilización de fluoruros y la colocación de selladores de fisuras.(mirar artículos sobre fluoruros tópicos de aplicación profesional, fluoruros tópicos de autoaplicación y selladores de fisuras).

Los suplementos pediátricos del fluoruro tienen una acción beneficiosa cuando son administrados durante periodos prolongados. Para su dosificación debe estudiarse la alimentación y los hábitos del niño para determinar la cantidad de fluoruros que le aporta la dieta y la ingesta de éste procedente de las pastas dentífricas fluoradas.

Además deberá tenerse en cuenta la edad y la concentración de flúor en el agua de consumo.

En la siguiente tabla se presenta la dosificación de los suplementos de fluoruro propuesta por la Academia Americana de Odontopediatría, pero queda a criterio del profesional reducir la dosis cuando se estime que hay otras fuentes de ingestión complementaria.

FLUOR EN EL AGUA

Edad	< 0,3 ppm.	0,3-0,6	>0,6
0-6 meses	0	0	0
6 meses-3años	0,25 mg.	0	0
3-6 años	0,50 mg	0,25 mg	0
6-16 años	1 mg	0,5 mg	0

2,2 mg de fluoruro sódico contienen 1 mg de flúor

Las pastas dentífricas aportan flúor tópico a los dientes. Su uso en niños debe ser rutinario, por lo menos en el cepillado que sigue al desayuno y a la cena.

La cantidad utilizada debe ser pequeña especialmente en niños muy jóvenes.

La realización de enjuagues con una solución de fluoruro tiene una acción preventiva marcada y además su uso potencia el hábito de cepillado que debe realizarse previamente.

Es necesario que el niño sea capaz de realizar enjuagues sin tragar una cantidad excesiva. Esto ocurre aproximadamente a los seis años e incluso entonces un adulto debe controlar que el producto sea escupido y no tragado.

En el niño menor de seis años puede aprovecharse la acción preventiva de estos productos adiestrando a los padres para que apliquen la solución por todas las superficies dentarias con una torunda de algodón.

Control de dieta

Debido al echo de que la falta de conocimientos es la causa primera de los malos hábitos alimentarios, el incremento de una educación alimentaria y nutricional en los individuos y la población ha sido considerada como un punto de partida para promocionar la prevención de la caries.

Dra. Ana García Valoria

Odontopediatra

<mailto:agarciav@geodental.com>

Publicado el 26/04/2002 en Geodental.com
(<http://www.geodental.com/default.htm?d=5731>)