

PAUTAS PREVENTIVAS EN ODONTOPEDIATRIA (II)

Para que un adulto consiga una buena salud oral es muy importante que haya tenido un buen sistema preventivo en su infancia. En este segundo artículo trataremos de los traumatismos, de la enfermedad periodontal y de las maloclusiones.

PREVENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES

Los traumatismos dentales son una de las principales causas de urgencias en los pacientes pediátricos que acuden a nuestra consulta, especialmente en la región anterosuperior, pudiendo llegar a provocar la fractura e incluso la pérdida prematura del diente.

Dentro de las causas más frecuentes de traumatismos dentales, nos encontramos con caídas, deportes, accidentes, peleas y malos tratos.

Para determinar el tratamiento que debemos realizar ante un traumatismo y valorar su pronóstico, es muy importante tener en cuenta el tiempo transcurrido entre el trauma y la visita con el odontólogo, la causa, el lugar donde se produjo y la gravedad de la lesión; es decir, si hay afectación de los tejidos circundantes (hueso, tejidos blandos - laceraciones, edema, etc.-).

Existen unas edades en las que observamos con mayor frecuencia este tipo de lesiones: entre el año y medio y los 3 años, afectando a la dentición temporal, y sobre los 8-9 años, que es cuando se inician otra serie de actividades como son los deportes.

Es muy importante que los padres, maestros o tutores de los niños adquieran conocimientos sobre las causas que pueden provocar traumatismos y su responsabilidad ante situaciones de urgencias específicas como podría ser una avulsión. En este caso, el medio de conservación del diente es vital para nuestra intervención (mirar artículo sobre ¿Qué hacer ante un diente avulsionado?)

Para prevenir traumatismos en los niños que realizan deportes de contacto violentos, está indicado el uso de cascos con pantalla o barrera en dirección transversal, protegiendo la boca por la parte anterior. Estos cascos se utilizan durante la época de dentición mixta, ya que ésta se encuentra en una fase de recambio continuo y un protector bucal se desajustaría. Cuando ya se ha

producido la erupción de los premolares, se puede cambiar por un protector bucal fabricado con un material blando.

Existe un grupo de pacientes con disminuciones psíquicas, niños hipercinéticos, etc. que presentan problemas de psicomotricidad y ello les hace candidatos a una mayor incidencia de traumatismos dentales. En estos pacientes, la mejor medida de prevención es ofrecer una amplia información a los padres y profesores para controlar las situaciones de juego y el entorno doméstico y escolar, aconsejando también el uso de protectores bucales blandos para utilizar en momentos de mayor riesgo.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal debe entenderse como la respuesta biológica del huésped susceptible frente a la presencia persistente de agrupaciones bacterianas. Como conclusión a esta definición, la mayoría de los individuos deben considerarse potencialmente susceptibles de padecer enfermedades periodontales. La gravedad de la enfermedad periodontal depende de lo susceptible que sea el individuo y de la agresividad de los componentes de la placa bacteriana. El control de las bacterias supone, en definitiva, el control de la enfermedad periodontal.

Las medidas de prevención de las enfermedades periodontales se refieren por lo general a aquellas que tienden a impedir o minimizar el crecimiento de la placa supragingival. Para conseguirlo, es muy importante establecer hábitos de higiene oral en los niños; ya que el método mecánico más efectivo y utilizado en la actualidad para eliminar la placa bacteriana es el cepillado dental. Aunque en el anterior artículo le dábamos mucha importancia al uso del cepillo en la prevención de la caries, en el caso de la prevención de las enfermedades periodontales es aún mayor. Como interés teórico, debemos recordar que el cepillo dental adecuadamente utilizado una vez cada 48 horas es capaz de mantener una dentición libre de enfermedad periodontal. Para prevenir la enfermedad periodontal no es tan importante el uso de dentífricos como un correcto cepillado, a diferencia de la prevención de caries con el uso de dentífricos fluorados. Ninguna técnica de cepillado es necesariamente mejor que otra, ya que su efectividad depende más del interés, habilidad y cooperación del paciente que de la técnica utilizada.

El control personal de la placa debe complementarse con el control profesional, mediante la realización de profilaxis periódicas e incluso realizando índices de placa para mostrarle al niño dónde es más deficiente su cepillado y debe insistir más, así como recordar las instrucciones de higiene oral si es que vemos que su técnica utilizada es deficiente. La frecuencia de estos controles profesionales estará en función de la higiene oral del individuo y de su susceptibilidad a la enfermedad periodontal.

PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Para prevenir las maloclusiones, nuestra intervención va a tener lugar antes de que la anomalía llegue a producirse, por lo que nuestra actuación se va a fundamentar en el conocimiento de los factores etiopatogénicos y la manera de controlarlos.

La carga genética influye de forma decisiva en la mayoría de las maloclusiones junto con una serie de factores ambientales que matizan su expresión final en la morfología oclusal.

La maloclusión puede ser el resultado final de la acción de una serie de factores que ya no estén presentes, aunque han dejado la deformidad orofacial.

A veces parece que las posibilidades de prevenir las maloclusiones son limitadas, debido principalmente a la importancia que pueden tener los factores genéticos participantes en su etiología; por tanto, las únicas posibilidades de actuación en sentido preventivo son las maloclusiones de causa ambiental. Su prevención depende sobretodo del grado en que pueden ser reducidos los factores ambientales que intervienen en su etiología. Así, se puede considerar prevención ortodóncica toda actividad orientada a mantener unas condiciones óptimas para el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio.

Hábitos que pueden condicionar la aparición de problemas de oclusión :

- **Succión digital.** Hábito que se presenta con gran frecuencia, sobretodo la succión del pulgar. Se inicia durante el primer año de vida y suele durar hasta los 3-4 años de edad. Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la

boca y del patrón morfogénético..Si el hábito se elimina antes de los 3 años de edad, los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. Lo ideal es que no exista el hábito en el momento de la erupción de los incisivos permanentes. Las medidas preventivas de la succión digital van desde la interferencia mecánica colocada en el propio dedo del niño o bien en su paladar con la intención de impedir el hábito, hasta acercarle psicológicamente al problema, haciéndole ver la alteración que le produce y motivando su colaboración en la eliminación del hábito.

- **Deglución atípica.** Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, dando como resultado la protrusión de ambos incisivos y la mordida abierta. Suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto sellado oral en los casos en que falta el contacto interincisivo. La reeducación del hábito precisa una cooperación activa por parte del paciente, y dentro de los diferentes tipos de maloclusión el que es más recuperable es el que es consecuencia del hábito de succión del pulgar. En la patogenia de las maloclusiones, las causas locales y las causas proximales ocupan un lugar prominente.
- **Respiración oral.** Se han realizado muchos estudios para comprobar la relación entre la función nasorrespiratoria y la morfología dentofacial. El hábito de respiración oral influye de manera negativa en el desarrollo de la oclusión presionando transversalmente las arcadas dentarias en el maxilar, aunque la recuperación de la respiración nasal debe ir acompañada de un examen otorinolaringológico para descartar factores concomitantes por parte de amígdalas y adenoides.
- **Hábito de apoyar la mano en la cara.** Este hábito puede provocar un modelado asimétrico de la arcada dentoalveolar sobre la que actúa. El resultado de este hábito es la aparición de una mordida cruzada en un lado, a la vez que suele observarse una distoclusión en molares y caninos del mismo lado. Una rehabilitación en la postura del paciente puede dar lugar a una mejora espontánea del caso si ocurre precozmente y el caso no presenta una supraclusión marcada. A veces es necesario utilizar un aparato de expansión para que el paciente

abandone el hábito y a la vez desaparezca el efecto causal como elemento de recidiva.

- **Hábitos al dormir.** Durante la noche existen hábitos posturales que se deben corregir para evitar la aparición de problemas de ortodoncia. La observación por parte de la familia es importante. Su corrección consiste en informar al paciente, junto con cambios en la disposición habitual de la cama o de la almohada, con la idea de que el cambio en el entorno nos lleve a una mejora en las posturas nocivas durante el sueño.
- **Pérdida prematura de dientes.** Cuando se produce la pérdida prematura de un diente temporal, puede ocurrir lo siguiente: los molares pueden mesializarse; los dientes antagonistas, al no tener contacto oclusal pueden erupcionar más allá del plano oclusal; los dientes anteriores pueden desplazarse en la arcada dentaria desviando la línea media y moviéndose hacia lingual; si la pérdida es unilateral, pueden aparecer asimetrías en la cara. Las medidas de prevención en casos de pérdida prematura de dientes temporales se consiguen con mantenedores de espacio, siendo el más utilizado el mantenedor fijo con banda en los molares y un arco lingual que siga toda la arcada o bien un mantenedor tipo banda-asa. Es importante el conocimiento exacto del problema de espacio que se plantea al aplicar medidas preventivas, las cuales pueden ser útiles para el mantenimiento del espacio cuando el caso sólo presenta un problema causado por esta pérdida. Si va unido a un problema ortodóncico previo, las medidas preventivas de mantener el espacio no darán buen resultado, aunque pueden servir para evitar la complicación de la maloclusión ya existente.
- **Dientes temporales retenidos.** Muchas veces provoca la erupción del permanente correspondiente desplazado, aunque no se puede demostrar una relación directa de causa-efecto. Si sospechamos que el diente retenido presenta anquilosis, la conducta a seguir es su extracción y la conservación del espacio con un mantenedor.

Dra. Ana García Valoria
Odontopediatra
<mailto:agarciav@geodental.com>

Bibliografía

- 1.- Cuenca E., Manau C., Serra LL. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Ed. Masson, 1991.
- 2.- Guia per a la prevenció i el control de les malalties buco-dentals. Quaderns de salut pública nº 7. Generalitat de Catalunya, departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1994.
- 3.- Rioboo García, R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo I. Ediciones Avances. Madrid, 2002.
- 4.- Canut Brusola, J.A. Ortodoncia Clínica. Salvat Editores. Barcelona, 1991.

Publicado el 7/06/2002 en Geodental.com
(<http://www.geodental.com/default.htm?d=5850>)