

ULACIT

Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

Facultad de odontología

Rehabilitación oral en niño de 4 años y 4 meses con caries de la temprana infancia.

Autor: Carlos Andrés Pérez H.

Profesor: Dra. Montserrat La Fuente G.

Costa Rica

5-4-2011



Resumen

Hoy en día sabemos que el alcance de los servicios de salud es bastante limitado y la atención odontológica no se queda atrás. El plano socioeconómico en el cual vive la mayor parte de nuestra población impide un adecuado manejo dental, principalmente en comunidades rurales o marginales. La caries de la temprana infancia es un proceso patológico caracterizado por una rápida destrucción de los tejidos que conforman los dientes temporales, se presenta casi siempre en niños con una dieta altamente cariogénica, un ejemplo de esto es el biberón o la lactancia materna prolongada, esto ligado a un retraso en la alimentación con sólidos y a una higiene bucal deficiente dan como resultado una proliferación de lesiones en superficies del diente poco comunes como son las áreas lisas de las caras vestibulares o palatinas.

En este trabajo se presenta un caso clínico íntimamente relacionado con la caries de la temprana infancia, su diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave: Caries dental, Caries de la temprana infancia, prevención, nutrición, lactancia materna, higiene oral, factores de riesgo, uso del biberón.

Abstract

Today we know that the scope of health services is quite limited and dental care is not far behind. Socioeconomic level in which they live most of our population prevents proper dental management, primarily in rural and marginal communities. The early childhood caries is a disease process characterized by rapid destruction of the tissues that form the teeth, usually occurs in children with a highly cariogenic diet, an example of this is the bottle or prolonged breastfeeding, this linked to delayed feeding solids and poor oral hygiene result in a proliferation of lesions on tooth surfaces are rare as smooth areas of the buccal or palatal. In this paper we present a case closely related to early childhood caries, diagnosis and treatment.

Keywords: Dental cavities, Early Childhood Caries, prevention, nutrition, maternal lactation, oral hygiene, factors of risk, use of the baby bottle.

Introducción

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen microbiano que ataca los tejidos duros de los dientes, este proceso patológico inicia con la desmineralización del esmalte por medio de ácidos orgánicos que producen las bacterias al metabolizar los carbohidratos contenidos en los alimentos que comemos. La caries de la temprana infancia es un proceso altamente destructivo y de avance rápido que afecta en la mayoría de los casos a la dentición temporal, su principal característica es la aparición de lesiones en zonas del diente donde no son frecuentes. Actualmente sabemos que los servicios de salud dental son bastante limitados, la falta de programas de prevención y capacitación para los padres de familia y educadores en las escuelas y colegios es cada vez mayor, recordemos que la dieta de los niños en edad escolar es alta en carbohidratos: el azúcar, la miel, las mermeladas, las golosinas, la leche, frutas y hortalizas son algunos ejemplos de los alimentos que los niños consumen diariamente.

Todo esto se suma al problema de la mala higiene oral de la mayoría de los niños, algunos porque no han recibido instrucciones de higiene en sus centros educativos, por descuido de parte de los padres de familia, por pertenecer a hogares de bajos recursos en los que no se puede destinar parte de los ingresos para la compra de aditamentos para limpieza dental entre otras razones.

De aquí la gran necesidad de educar a la población, principalmente a los padres de familia ya que sobre ellos recae la responsabilidad de velar por la salud dental de sus hijos, esta cultura de prevención debe formarse tempranamente durante la gestación en vientre de la madre y por medio de recursos informativos que promuevan la higiene bucal como herramienta para erradicar esta patología. El propósito de la realización de este caso clínico es conocer la etiología, características clínicas, diagnóstico, distintas medidas de tratamiento y la prevención de futuras lesiones cariosas.

Antecedentes

En la investigación denominada “Riesgos nutricionales e higiénicos asociados a la Caries de la Temprana Infancia en el binomio madre-hijo(a) en el distrito de Río Azul, Cantón de La Unión, 2005”, la Dra. Goldstein y la Dra. Sylvia Gudiño, comentan que diferentes investigadores [Keyes, 1962; Loesche, 1986; Hajishengallis y Russell, 1992; Kreulen y col., 1997] enunciaron que, entre los factores por considerar en la determinación de la susceptibilidad a caries por parte de los individuos, están el consumo frecuente de carbohidratos fermentables (sacarosa), características específicas de la estructura dental, factores relacionados con una deficiente higiene oral y la presencia de microorganismos cariogénos (*Streptococcus Mutans*) en el biofilme dental.

Sin embargo, de los factores antes mencionados, dos son susceptibles de ser modificados por medio de la intervención del profesional en Odontología: la presencia de la placa dentobacteriana y los hábitos de consumo de alimentos cariogénicos [Quinteros y col., 1990]. Hoy, la caries dental es considerada una enfermedad infecciosa y transmisible, producida por la acción de los microorganismos del biofilme dental, al metabolizar las bacterias los hidratos de carbono y producir ácidos como subproducto metabólico de los procesos de fermentación. Esto origina una desmineralización gradual del esmalte, con la posterior destrucción proteolítica de la estructura dental [Miñana, 2003].

La Caries de la Temprana Infancia (CTI) representa una forma grave y rampante de caries dental que ocurre en los bebés y niños(as) más pequeños. Ismail [1998] sugirió que la Caries de la Temprana Infancia puede ser definida como “la ocurrencia de cualquier signo de caries dental en cualquiera de las superficies dentales durante los tres primeros años de vida”. Esta condición sigue un patrón predeterminado de aparición, afectando primero los incisivos superiores, que están menos protegidos por la acción neutralizadora de la saliva y posteriormente los primeros molares primarios.

La prevalencia de CTI en países industrializados como Canadá, Australia o Estados Unidos es baja y no mayor de un 5,4%, si bien otros investigadores informan del incremento que en las últimas décadas se está observando en la aparición de la enfermedad en Estados Unidos [Waldam, 1993]. Entre los factores relacionados con su etiología destacan las condiciones socioeconómicas y culturales de la sociedad moderna [Belén y col., 1999]. En Estados Unidos, las poblaciones de alto riesgo incluyen niños(as) hispanoamericanos y/o nativos de América [Berkowitz, 1996]. Así, se ha reportado que un 50% de los niños(as) nativos americanos y de Alaska sufren CTI [Cuenca y col., 1991]. En niños(as) suecos de 2.5 años, Grindeford y col. [1998] reportaron un 11,7% de caries inicial y un 6,4% de lesiones cavitadas. En países como España, Ostos y col. [1992] examinaron infantes de 3 a 4 años en guarderías y clínicas privadas de Granada, España, y observaron una prevalencia del 13% en la población estudiada.

En una investigación efectuada con niños(as) costarricenses de 12 a 24 meses de edad, se encontró una prevalencia de caries del 36%, con un promedio de dientes cariados de 4.1 ± 3.6 y de dientes cariados versus dientes presentes de 26.8 ± 21.3 , después de haber definido caries dental desde lesiones de mancha blanca con desmineralización inicial del esmalte hasta lesiones cariosas abiertas [Gudiño, 2003]. Estos datos indican que la enfermedad se manifiesta no solo en forma agresiva, sino también severa en los infantes costarricenses y que la CTI constituye un trascendental problema de Salud Pública en nuestro país. Grindefjord y col. [1998] determinaron que los pacientes con CTI presentan un mayor riesgo de desarrollar caries en la dentición permanente.

Existe asociación entre la CTI y prácticas inadecuadas de higiene oral. A este respecto, el estudio de la Dra. Gudiño demuestra que con un índice de acumulación de biofilme del 67 al 100%, el riesgo de desarrollar CTI aumenta considerablemente. Estos resultados corroboran hallazgos previos de otros investigadores [Berkowitz 1980,1994; Bedos y Brodeur, 2000; Wandera y col., 2000], quienes afirman que hábitos deletéreos de higiene oral son un riesgo estadísticamente significativo para caries dental.

Los niños(as) que inician más tardíamente los hábitos de cepillado dental (después de los 10 meses de edad), incrementan significativamente el riesgo de desarrollar CTI. Otros autores que trabajaron con niños brasileños de 0 a 30 meses de edad, reportaron que el cepillado dental es un factor de protección para CTI [De Barros y col., 2001]. También Gudiño [2004], encontró asociación entre el inicio tardío del cepillado dental (después de los 11 meses) y la CTI, en un grupo de 414 niños costarricenses.

Al analizar el papel de la lactancia materna, los resultados muestran que el riesgo de desarrollar CTI aumenta cuando el bebé es amamantado por un periodo inferior a los 6 meses de edad. Sin embargo, algunos autores sugieren que la lactancia materna podría relacionarse con la condición conocida como Caries por Amamantamiento Prolongado en lactantes alimentados al pecho que han prolongado por un período mayor al recomendado, por lo que algunos autores afirman que la lactancia puede convertirse en un factor de riesgo para caries en los infantes [Dilley y col., 1980; Richardson y col., 1981; Tinanoff y O'Sullivan, 1997]. Bowen y col. [1997] aseveran que los radicales ácidos producidos en el metabolismo de la lactosa presente en la leche materna puede desmineralizar el esmalte de los dientes.

Por estos factores, es de suma importancia valorar los hábitos alimenticios e higiénicos, tanto del paciente como de sus encargados, además de brindar la tutoría necesaria desde el embarazo y los primeros meses de edad del recién nacido.

Simoni, S. (2008) Caso clínico: "Rehabilitación oral en un niño de 3 años y 2 meses con caries de la temprana infancia asociada a uso prolongado del biberón". Tesis de licenciatura no publicada, ULACIT, San José, Costa Rica.

García SA, De la Teja AE. "Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento".

Este artículo tiene el objetivo de "resaltar la importancia de mantener la salud bucal así como las repercusiones que ésta tiene en la salud"; en un caso de caries en temprana infancia por múltiples factores, el cómo prevenir la enfermedad haciendo énfasis en la higiene y en el cambio de los hábitos.

Zayda C., Barrios G., María E., Salas C., "Tratamientos protésicos en dentición primaria".

Con base en una revisión de la literatura, en este artículo se establece "la importancia de la odontología protésica como alternativa en la solución de los problemas causados por la pérdida parcial o total del diente primario, que permitan el restablecimiento de sus funciones adecuadamente".

Méndez, C. "Rehabilitación protésica total en un paciente odontopediátrico con displasia de la dentina, odontodisplasia regional y múltiples gérmenes supernumerarios."

Expone el caso de un paciente de 14 años de edad, que, por presencia de caries y movilidad de las piezas presentes, a los 8 años se restaura con prótesis total y se le da seguimiento por 6 años. Ahí las piezas radiográficamente muestran múltiples gérmenes con poco desarrollo radicular y alteración en la densidad del esmalte y la dentina.

Casafont, A., Chan, L., Brenes, A. "Rehabilitación Protésica en Pacientes Pediátricos".

En este caso se plantean diferentes opciones de rehabilitación protésica en pacientes con dentición temporal para mejorar su estética y función, y para evitar el desarrollo de malos hábitos y de problemas psicológicos.

Miller, S.(2009)Artículo científico: "Restauración protésica para un niño de tres años y ocho meses". Artículo científico no publicado, ULACIT, San José, Costa Rica.

Hoy en día ha ocurrido un resurgimiento en la investigación sobre la efectividad de los sellantes de fosas y fisuras. Los sellantes de fosas y fisuras han demostrado ser eficaces no sólo en prevenir la caries antes de que se inicie, sino también deteniendo el progreso de la lesión de caries en sus fases más tempranas. Simonsen en 1991

concluyó que cuando los sellantes de fosas y fisuras eran aplicados tempranamente, el odontólogo podría acercarse a un 100% de protección del diente contra la caries. Actualmente hay dos tipos de sellantes comercialmente disponibles, los curados químicamente y los fotocurados. No obstante el efecto del flúor sobre caries de superficies lisas combinado con el uso rutinario y agresivo de los sellantes contra la caries de fosas y fisuras, teniendo el potencial de erradicar la caries en niños, adolescentes y adultos, los mismos siguen siendo subutilizados. Una de las objeciones a los sellantes es la posibilidad que ellos podrían ser colocados inadvertidamente sobre caries incipientes, las cuales podrían luego progresar sin ser detectada debajo de los sellantes y poner en peligro la pulpa. La reducción de caries, un año después de la aplicación de sellante, es en torno de 80% y de 70% después de dos años. Una aplicación de sellante debe permanecer intacta por un largo período de tiempo. Cuando los sellantes son utilizados como alternativa terapéutica se realizan procedimientos restauradores microconservadores los cuales fomentan la preservación de la estructura dental y no su remoción innecesaria. Estas restauraciones con instrumentación mínima poseen una finalidad terapéutica y una preventiva, simultáneamente.

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/sellantes_fosas_fisuras.asp. “LOS SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO PREVENTIVO O TERAPÉUTICO” REVISIÓN DE LA LITERATURA”. Gil, M. Sáenz, M. Hernández, D. González, E. Recuperado el 15-03-2011.

Los Sellantes de fosas y fisuras constituyen una medida efectiva en la prevención de la caries dental, específicamente en las zonas en las que los fluoruros tienen efectos limitados. En este artículo se hace una revisión de las técnicas que actualmente se utilizan para su aplicación y especialmente de los factores que influyen en su retención clínica.

<http://www.upch.edu.pe/faest/publica/1997-98/vol07-08-n1-2-art07.pdf>. “Sellantes de fosas y fisuras: Revisión de las técnicas de aplicación clínica”. Heredia, C. Recuperado el 11-03-2011.

Las dentaduras artificiales para niños cumplen un papel muy importante cuando hay pérdida prematura de dientes, ya sea en la dentición temporal, mixta o permanente joven, ayudando no sólo a restablecer la función masticatoria, sino también previniendo el establecimiento de maloclusiones en una época en que la dentición está sometida a cambios radicales por el crecimiento y desarrollo de los arcos dentarios. Es importante su acción preventiva en la aparición de hábitos orales inconvenientes y trastornos de la personalidad.

Se comentan en este artículo las indicaciones, objetivos y técnicas fundamentales en la colocación de dentaduras artificiales para niños que han perdido total o parcialmente sus dientes a una edad temprana. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1982; 3(2): 129-134).

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v3n2/Art%204.pdf>. "DENTADURAS ARTIFICIALES PARA NIÑOS". Fernández, A. Recuperado el 11-03-2011.

Marco teórico

Caries de la temprana infancia

La caries dental todavía es un problema odontológico importante al cual debe prestarse gran atención en la práctica cotidiana, no solo en cuanto a los procedimientos de restauración que implica, sino también por los aspectos preventivos que disminuyen su incidencia.

Bowen (1991) señaló recientemente que 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 hombre.

Mc Donald, R., Avery, D. (1998). Versión en español de la obra original en inglés Dentistry for the Child and Adolescent. Barcelona: Harcourt Brace.

La caries dental es una enfermedad multifactorial en cuya progresión influyen los cuatro factores siguientes:

Placa dental: La placa contiene bacterias que producen ácidos y pueden sobrevivir con un pH reducido. Se cree que los streptococos mutans son las bacterias fundamentales en el inicio y el avance de la caries dental. Posteriormente, tras la cavitación del

esmalte, los lactobasilos cobran una importancia creciente. En el proceso de la caries, una vez que el pH de la placa desciende de un nivel crítico (cerca de 5,5), el ácido producido empieza a desmineralizar el esmalte. Esto dura 20 minutos o más, dependiendo de la disponibilidad de sustrato.

Sustratos: Las bacterias utilizan carbohidratos fermentables como fuente de energía, y los productos finales de la vía glucolítica del metabolismo bacteriano son ácidos. La sucrosa es el carbohidrato fermentable más frecuente implicado, pero conviene recordar que las bacterias pueden usar todos los carbohidratos fermentables incluyendo almidones cocidos. Aunque cualquier carbohidrato puede producir ácidos, es la glucosa disponible la que mantiene el metabolismo bacteriano para producir ácido láctico en lugar de subproductos más débiles como formiato, acetoacetato y alcoholes. Además, la cantidad de carbohidratos fermentables es relativamente irrelevante, ya que se utilizan inmediatamente incluso las cantidades más pequeñas de carbohidrato fermentable.

Factores del huésped: Generalmente, la caries se inicia en el esmalte, pero puede hacerlo también en la dentina o el cemento. La saliva tiene un papel crítico en el proceso carioso y siendo esencial para el proceso de remineralización.

Cronología: Cuando el ataque del ácido se repite, puede colapsar suficientes cristales de esmalte para producir una cavidad visible. La cavitación puede llevar meses o años. Esto quiere decir que en todas las bocas se produce una continua desmineralización y re mineralización del esmalte. Para que se mantenga el equilibrio, debe quedar tiempo suficiente tras los ataques cariogénicos para que se produzca el proceso de re mineralización. Cuando esos ataques son muy frecuentes, o se producen cuando disminuye el flujo salivar, aumentan el ritmo de desmineralización y el consiguiente deterioro dental.

Cameron, A., y Widmer, R. Odontología pediátrica. Versión en español de la obra en inglés Handbook of Pediatric Dentistry. Madrid: Harcourt S.A.

Microbiología de la caries dental

Para participar en el proceso de caries, las bacterias no solo deben ser capaces de resistir un medio ácido, sino deben también contribuir a ese medio con la producción de ácidos orgánicos. De los muchos organismos presentes en la cavidad oral, *Streptococcus* es el género que participa con mayor frecuencia en la causa de caries.

Se sabe que varias especies de *Streptococcus* son cariogénicas en animales de laboratorio; por ejemplo: *Streptococcus mutans*, *S. sanguis*, *S. salivarius* y *S. milleri* (Drucker y Green, 1978; Fitzgerald, 1968). *Lactobacillus acidophilus* y *L. casei* así mismo se han relacionado con el proceso de caries. Aunque en menor proporción, se ha observado en algunos modelos animales que algunas cepas de *Actinomyces* son también capaces de producir caries coronal, así como caries radicular en humanos (Syed et al., 1975).

En los seres humanos, *S. mutans* se ha correlacionado con caries en muchos estudios epidemiológicos de corte transversal, y en la actualidad se presume que desempeña una función importante en el inicio de la lesión, aunque no es el primero en colonizar la superficie dental (Loesche et al., 1975). Los *Lactobacilos* también se han correlacionado con las caries dentales.

Aunque estas especies tienen participación mínima en el inicio de las lesiones, se cree que contribuye al avance de la caries. En investigaciones cariológicas recientes se ha prestado mayor atención a la posibilidad cariogénica relativa de varias combinaciones de bacterias de la placa.

Pinkham J.R. (2001). *Odontología pediátrica*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Naturaleza dinámica de la caries

La caries es un proceso dinámico. Los dientes sufren ciclos alternativos de desmineralización cuando el pH intrabucal está por debajo de un valor crítico, seguido de períodos de reparación cuando el medio es favorable. En caso contrario, en presencia de caries, con el tiempo se produce una pérdida neta de mineral que conduce a la cavitación.

Parece haber una fuerte relación entre el potencial ácido de la placa y la caries. Si se mide el pH de la placa y los cambios producidos por el aporte de glucosa, se obtiene una curva denominada de Stephan, por ser quien la descubrió; observándose que el pH intrabucal, que en condiciones de reposo tiende a estar cerca de la neutralidad, alrededor de 7, después de la exposición a hidratos de carbono cae rápidamente hasta un valor y vuelve gradualmente hasta el pH neutro en 30-60 min.

Espasa, E., Boj, J.R. (2004). Odontopediátria. Barcelona: Masson, S.A.

Manifestaciones clínicas de la caries

El esmalte se considera como un tejido sólido con porosidades. La difusión del ácido en el esmalte puede tener lugar en la microestructura, a través de los espacios intercristalinos e interprismáticos, y posiblemente también a través de defectos de desarrollo del esmalte.

El estadio más temprano de caries implica la disolución directa de la superficie del esmalte, con la apertura de las vías de difusión. En este primer estadio se produce un reblandecimiento de la superficie.

Cuando la desmineralización llega a la superficie, el porcentaje de pérdida de mineral se vuelve mayor en esta zona que en la superficie, produciéndose la llamada lesión subsuperficial.

La capa superficial del esmalte se mantiene, o incluso puede aumentar su contenido mineral, mientras que la subsuperficie continúa desmineralizándose. Esto se debe a que la superficie del esmalte se beneficia de la difusión hacia afuera del calcio y del fosfato de la subsuperficie, que cuando las condiciones son favorables reprecipita en la superficie en forma de fosfato cálcico.

La capa superficial está protegida por la presencia de inhibidores de la desmineralización (flúor salival y material orgánico absorbido procedente principalmente de la saliva y la dieta). Se ha demostrado que la capa superficial del esmalte puede repararse por deposición del calcio y fosfato disueltos desde la subsuperficie del esmalte.

La evidencia macroscópica de la afectación inicial de esmalte es la lesión de mancha blanca. A veces la lesión puede aparecer marrón, debido al material exógeno adsorbido en sus porosidades. El aspecto clínico de la lesión es causado por la pérdida del esmalte de la subsuperficie, que produce una pérdida de translucidez del esmalte. La superficie del esmalte sobre la lesión blanca puede aparecer como clínicamente intacta y lisa, indicando que la lesión no es reactiva.

Espasa, E., Boj, J.R. (2004). Odontopediátria. Barcelona: Masson, S.A.

Prevención de la caries dental

Para prevenir, invertir o enlentecer el proceso de la caries dental hay que alterar uno o varios de los factores que describimos anteriormente.

Aunque a menudo los odontólogos le prestan muy poca atención, la dieta es probablemente el factor aislado más importante en el riesgo de caries. Los hábitos alimenticios han cambiado pero el consumo global de azúcar no ha variado en los últimos 50 años. Muchos alimentos que no son obviamente cariogénicos contienen azúcares ocultos y carbohidratos fermentables. Los antecedentes dietéticos pueden ayudarnos a identificar a los niños de alto riesgo. Modificar los hábitos es muy difícil y por consiguiente el asesoramiento debe ser individualizado, práctico y realista.

- La frecuencia de la ingesta es más importante que la cantidad total de esta.
- No se aconsejan los aperitivos entre comidas.
- El consumo frecuente de refrescos gaseosos es un grave problema ya que además de cariogénicos son muy erosivos.
- Los dulces son gratificantes muy útiles pero deben estar limitados a las comidas.
- Muchos alimentos sin azúcares añadidos son ricos en azúcares naturales.

Fluoruros

El principal mecanismo de acción de todos los fluoruros es el efecto tópico sobre el esmalte dental, incluso en concentraciones mínimas en el microentorno alrededor de los dientes inhibe la desmineralización y favorece la remineralización de la superficie

dental. No obstante, actualmente se piensa que la incorporación de aportes sistemáticos de fluoruros al esmalte en desarrollo tiene un papel menos importante en el aumento de la resistencia del esmalte.

Cameron, A., y Widmer, R. Odontología pediátrica. Versión en español de la obra en inglés Handbook of Pediatric Dentistry. Madrid: Hardcourt S.A.

Desde principios del siglo XX se conoce de la acumulación de los fluoruros en los tejidos calcificados del ser humano. En 1904 da inicio en Europa la investigación científica sobre los efectos anticaries de los fluoruros. Los informes sobre la morbilidad bucal en los diferentes países que han implementado el uso de los fluoruros, revelan que el porcentaje de prevención de la caries dental oscila entre 48 y 53%. El uso del fluoruro es el principal responsable de la reducción de la caries en los países industrializados.

El flúor, como toda sustancia utilizada con fines terapéuticos, tiene efectos delimitados por la dosificación y la posología con que es administrado. Cuando el flúor se utiliza en dosis inferiores a las recomendadas no tiene efecto óptimo como protector contra la caries; en el caso de sobrepasar las dosis, se produce un daño cuyas consecuencias dependerán de la intensidad y la frecuencia con que se ha producido la dosificación.

En México, la caries dental y la enfermedad periodontal son patologías que aquejan a más del 90% de la población y representan un verdadero problema de salud pública; por lo mismo las instituciones del sector salud, con el afán de solucionar estos problemas, se han instrumentado diferentes estrategias para su control. De ahí que la fluoruración de la sal para consumo humano, las aplicaciones tópicas de flúor realizadas por los profesionales, así como los programas institucionales, hayan impactado favorablemente en la salud bucal.

Dentro de los riesgos de uso, la fluorosis dental es el resultado de una ingesta crónica en edades pre-eruptivas de los dientes temporales y permanentes que se observa en las zonas endémicas de nuestro país. La excesiva utilización de flúor sistémico en los niños menores de 8 años, determina la aparición de las manchas dentales

características de la fluorosis, con las repercusiones que esto conlleva en una sociedad cada vez más sensible a problemas estéticos.

A partir de la modificación a Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales aprobada por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el octubre 31 de 2006, es menester contar con un manual para el uso y manejo de fluoruros en estomatología en la República Mexicana, en el que se unifiquen criterios en el uso y manejo de fluoruros, cualquiera que sea su presentación natural o artificial para aplicación o consumo humano.

<http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/09b32c804f3dbd428473af58efe3d181/manualfluorurosdentales.pdf?MOD=AJPERES>." Manual para el Uso de fluoruros dentales en la República Mexicana". Recuperado el 16-03-2011.

Selladores de fosas y fisuras

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries las fisuras y fosas siguen siendo una zona de peligro de riesgo para caries. Los Sellantes representan la forma más eficaz de prevenir la caries en estas zonas.

Los sellantes de fosas y fisuras son sustancias plásticas (resinas) que se aplican en las fosas y fisuras de los dientes, para prevenir la caries.

Las fosas y fisuras son aquellas hendiduras (irregularidades) que presentan los molares de leche, los premolares y los molares permanentes. En ellas se introducen los restos de alimentos y bacterias que originan las caries.

Con el cepillado no se logra limpiarlas adecuadamente pues son tan delgadas, que las cerdas del cepillo de dientes no penetran para higienizarlas.

La aplicación de los sellantes es un procedimiento que no produce ningún tipo de dolor ni molestia al niño/a y lo aceptará sin ningún problema. Los sellantes se endurecen con una luz halógena y se mantienen perfectamente adheridos por 4 o 5 años en las zonas donde se aplican, evitando la destrucción del esmalte (caries dental) en el 90% de los casos.

<http://www.odontomarketing.com/bocasana04.htm>. "Los sellantes de fosas y fisuras". Recuperado el 22-03-2011.

Indicaciones

- Todos los molares permanentes de los niños con riesgo de caries moderado o alto. Se deben de sellar los premolares de los niños en alto riesgo.
- En los niños de bajo riesgo solo necesitan sellador de las fisuras profundas y retentivas.
- Los dientes posteriores primarios de los niños con riesgo de caries elevado.
- Los dientes que más se benefician de este tratamiento son aquellos que han erupcionado hace menos de tres años por lo que no es necesario sellar un primer molar de un niño de 14 años libre de caries.

Material sellador

Aunque algunos estudios recogen diferencias parece que no existen pruebas estadísticas significativas que indiquen una superioridad de los selladores fotopolimerizables sobre los autopolimerizables o de los selladores opacos, transparentes o de color en estos momentos.

Los selladores deberían ser opacos para que puedan identificarlos otros facultativos que atiendan al paciente. Los selladores transparentes dejan ver manchas las fisuras que son muy probablemente lesiones cariosas inactivas. Otros odontólogos, al ver esas manchas, pueden optar por abrir una cavidad en diente sano, echando a perder el sellante.

Los estudios en curso demuestran una cierta superioridad de los selladores de resina sobre los de ionomero de vidrio. Los selladores de ionomero de vidrio pueden ser útiles a modo de selladores provisionales en pacientes con alto riesgo de caries, esto hasta que los dientes logran su erupción total.

Método

1. Se necesita un juego reciente de radiografías de aleta para identificar posibles caries, se aísla el diente con un dique de goma. Si no se puede aislar el diente, se debe aplicar un fluoruro y esperar hasta 6 meses para que el diente haya erupcionado lo suficiente para aplicar el sellante de fosas y fisuras.
2. Se limpia la superficie oclusal con agua y piedra pómez sin aceite y se pasa la sonda por las fisuras para valorar su profundidad. Si existe duda sobre la integridad de las fosas o las fisuras, se pueden ampliar con una fresa fina de diamante. En tal caso, se debe usar una resina con relleno; en caso contrario basta con una resina sin relleno.
3. Se graba el esmalte con ácido ortofosforico en gel durante 30 segundos, se lava con abundante agua y se seca con ráfagas de aire intermitentes durante 20 segundos.
4. Si el diente está contaminado se debe volver a grabar durante 15 segundos.
5. Se aplica una fina capa de sellador a las fosas y fisuras, asegurándose de incluir la extensión bucal en los molares inferiores y el surco palatino en los molares superiores. Seguidamente se aplica la luz blanca polimerizadora durante 20 segundos.
6. Por último se retira el dique de goma y se comprueba la oclusión.

Restauración preventiva con resinas

La resina es el material de elección para tratar las caries oclusales precoces que afectan a los dientes permanentes. La aparición de las restauraciones preventivas con resina ha revolucionado el tratamiento de las caries oclusales en pacientes jóvenes.

Indicaciones

- Lesiones que solo afectan al esmalte.
- Lesiones incipientes justo en al dentina.
- Pequeñas lesiones de clase I.

Método

1. Anestesia local y colocar dique de goma.
2. Se accede la fisura con una broca de diamante para fisuras.
3. Se elimina la dentina cariosa.
4. La caries dentinaria más profunda se debe eliminar con una broca redonda a baja velocidad.
5. Se debe colocar un base de vidrio ionomero sobre la dentina, esta se debe fotocura durante 40 segundos.
6. Se aplica ácido para grabar durante 20 segundos en los márgenes del esmalte y la superficie oclusal, se lava y seca. No es necesario grabar la base de vidrio ionomero.
7. Se coloca una fina capa de adhesivo en la cavidad y se fotocura durante 20 segundos.
8. Con técnica incremental se va colocando la resina y fotocurandola hasta quedar nivel de la superficie oclusal.
9. Se aplica sellador opaco sin relleno (permaseal) y se fotocura.
10. Se retira el dique de goma y se comprueba la oclusión.

Coronas de acero inoxidable

Indicaciones:

- Dientes muy deteriorados
- Molares primarios sometidos a terapia pulpar.

- Dientes hipoplásticos primarios o permanentes.
- Denticiones de niños con riesgo elevado de caries, especialmente es aquellos casos en que se requiere anestesia general.

Método

1. Anestesia local indiferentemente de si es un diente vital o no vital ya que debemos manipular los tejidos blandos circundantes al diente.
2. Colocar dique de goma.
3. Antes de preparar el diente se debe restaurar con vidrio ionomero para restauraciones.
4. Primero se reduce la superficie oclusal, 1.5mm utilizando una broca de diamante cónica o de llama, un desgaste oclusal uniforme facilita la colocación de la corona sin alterar la oclusión.
5. Con una broca de diamante cónica, fina y alargada que converja ligeramente con el eje longitudinal del diente, se cortan rodajas interproximales mesiales y distales, esta reducción debe permitir el paso de una sonda por la zona de contacto.
6. Se necesita muy poco desgaste por vestibular y lingual a menos de que exista una cúspide carabelli prominente, sin embargo el desgaste debe limitarse al mínimo ya que estas cúspides son fundamentales para la retención.
7. se elige una corona precontorneada del tamaño adecuado midiendo la anchura mesiodistal.
8. se hace un ajuste de prueba antes de cementar la corona, es importante que la corona no asiente más de 1 mm por debajo del margen gingival.
9. se cementa la corona con cemento de vidrio ionomero o de policarboxilato, se elimina el exceso de cemento.

Terapias pulpaes

Pulpotomía

La pulpotomía consiste en la extirpación de la pulpa vital inflamada de la cámara coronal y la posterior aplicación de medicamentos sobre los muñones pulpaes radiculares para fijar o estimular la reparación de lo que quede de la pulpa radicular vital.

Materiales utilizados:

- Formocresol
- Glutaraldehído
- Hidróxido de cálcio

Valoración pulpar: No se puede decidir entre una pulpotomía, una pulpectomía o una extracción sin valorar previamente el estado de la pulpa. La pulpa puede:

- Estar en buenas condiciones
- Presentar una pulpitis reversible
- Presentar una pulpitis irreversible
- Padecer una necrosis pulpar total

Indicaciones

- La pulpotomía está indicada cuando la pulpa presenta una inflamación mínima y reversible.
- Cuando ya está destruido el reborde marginal en los primeros molares temporales.
- Cuando existen signos radiológicos de caries que penetra más de dos tercios en la profundidad de la dentina.

- Cuando existe alguna duda sobre la posibilidad de una exposición pulpar (mecánica o cariosa).

Pulpotomía vital con Formocresol

1. Se obtiene una radiografía preoperatoria.
2. Requiere anestesia local y dique de goma.
3. Se elimina la caries y se abre una cavidad de acceso endodóntico.
4. Se elimina la pulpa cameral con una broca redonda nueva numero 6 o 8 a baja velocidad o con una cuchareta.
5. Se controla la hemorragia mediante presión con bolitas de algodón durante 5 minutos para que la pulpa radicular deje de sangrar.
6. Luego se coloca otra bolita de algodón impregnada con Formocresol.
7. Se retira el algodón con Formocresol y se seca la cavidad con otro algodón seco.
8. Se rellena la cámara pulpar con oxido de cinc-eugenol.
9. Se puede restaurar el diente inmediatamente con amalgama, ionomero de vidrio o preferiblemente una corona de acero cromado.

Pulpectomía

Cuando existe una pulpitis irreversible o se produce una necrosis pulpar se debe hacer una Pulpectomía p proceder a la extracción del diente.

Indicaciones:

- Signos de necrosis pulpar
- Pulpa hiperémica
- Signos radiográficos de afectación de la furca.

Método

1. Anestesia local y dique de goma.
2. Radiografía de aleta o periapical reciente en la se vean los ápices del diente.
3. Se elimina toda la caries del diente con una broca redonda, una vez que se ha accedido a la cámara pulpar se completa con una broca redonda grande.
4. Se desbrida la cámara pulpar y se instrumenta solo un 75% de la longitud estimada de los conductos, se irrigan los conductos con solución salina y se instrumenta hasta una lima tres números mayor que la inicial. Se limpian los conductos y se secan con puntas de papel.
5. Una vez limpios los conductos deben ser rellenados con oxido de cinc-eugenol o hidróxido de calcio.
6. Se rellena la cámara pulpar con IRM y se restaura el diente con una corona de acero cromado.

Cameron, A., y Widmer, R. Odontología pediátrica. Versión en español de la obra en inglés Handbook of Pediatric Dentistry. Madrid: Hardcourt S.A.

Prótesis dentales infantiles

Están indicadas para reemplazar la pérdida o ausencia congénita de dientes temporales o permanentes jóvenes, en casos de displasia ectodérmica, anodoncia idiopática, osteogénesis imperfecta, traumatismo y caries rampante. Últimamente el problema causado por la caries del biberón (síndrome del biberón) en niños menores de tres años ha requerido muy especialmente la atención del odontólogo. El síndrome del biberón se caracteriza por caries rampante en todos los dientes temporales superiores y en algunos casos también en los molares inferiores . La condición es causada por el contacto directo de los dientes

temporales con azúcar, sirope, miel de abejas, aguadulce, agua azucarada, leche con azúcar y jugos de frutas, tomados en biberón especialmente durante la noche . Recientemente se ha comenzado a prestar atención a cierto tipo de caries rampante causada, bajo ciertas condiciones, por la leche materna. Debido a su corta edad, estos niños no cooperan en los tratamientos de rutina en el consultorio dental, por lo que deben ser intervenidos bajo anestesia general.

Actualmente se le da gran importancia a la pérdida prematura de los dientes temporales ya que provoca serios problemas tales como pérdida del perímetro del arco dental, inclinación de piezas, pérdida de la dimensión vertical cuando se trata de molares, mordidas cerradas en caso de incisivos, trastornos psicológicos y problemas del lenguaje. Además, hay disminución de la superficie masticatoria, lo que afecta la buena nutrición del niño, ya que este escoge su comida de acuerdo a su capacidad de masticación, lo que generalmente se traduce en una papilla rica en hidratos de carbono fermentables, que además predispone a caries y mala condición periodontal.

Hábitos orales indeseables

La pérdida prematura de dientes ya sean temporales o permanentes pueden alterar el desarrollo de la oclusión, así como la personalidad del individuo. La ausencia de incisivos superiores hace que el niño explore con la lengua el espacio edéntulo, pudiendo provocar una protrusión maxilar o una lengua protráctil, la cual a su vez promueve el establecimiento de un patrón infantil de deglución, con alteración de la actividad de los músculos orbicularis oris y buccinadores y la consiguiente maloclusión (labioversión de incisivos y mordida abierta en diversos grados).

Además, cuando se pierden las molares temporales, la lengua se expande invadiendo las áreas edéntulas con la posible malposición de las premolares al erupcionar. La succión del labio y la mordida de las mejillas también pueden alterar la posición de los dientes en erupción.

Cuando hay pérdida múltiple de molares temporales, se altera la relación de la línea media pudiendo establecerse una mordida cruzada, al buscar la mandíbula una posición más confortable. En general, si se pierden las molares primarias antes de que las sucesoras permanentes estén listas para erupcionar, el resultado podría ser

inclinación y migración de las piezas vecinas y falta de desarrollo del hueso alveolar en el área del diente perdido.

Consideraciones psicológicas

Mucho se ha dicho sobre el manejo del niño en el consultorio dental, pero muy a menudo se olvida lo que él puede sentir acerca de su apariencia. Hay niños que no se alteran en lo más en lo más mínimo si pierden algún diente, pero hay otros sumamente sensibles, sobre todo si son mujeres, a quienes la pérdida de incisivos, principalmente, les causa verdaderos trastornos psicológicos, máxime si sus compañeros o amigos les hacen burla.

Efectos en el lenguaje

Generalmente la pérdida de dientes anteriores no causa problemas de fonación. Sin embargo, en la época del desarrollo del lenguaje, podría interferir con la correcta posición de la lengua y la consiguiente dificultad en la pronunciación de ciertas consonantes.

De acuerdo con los problemas antes apuntados es conveniente entonces indicar prótesis totales o parciales en estos niños, ya que dichos aparatos además de restaurar la función masticatoria actúan también como mantenedores de espacio, sobre todo antes de la erupción y colocación de las primeras molares permanentes. Han sido utilizadas con éxito en niños de hasta dos o tres años de edad. Según Finn, Lindhal aconseja una edad mental de dos años y medio como prerrequisito para la utilización de dentaduras parciales en niños.

Resumiendo, las prótesis dentales están indicadas en niños cuando haya ausencia o pérdida total o parcial de dientes, en pérdida múltiple de molares temporales y en pérdida de incisivos primarios después de los cuatro años, cuando esto provoque hábitos orales perniciosos, traumas psicológicos, defectos del lenguaje o simplemente por estética.

También en niños con labio y paladar hendido las prótesis son de una valiosísima ayuda tanto para la correcta pronunciación de los sonidos, cuanto para el mejoramiento de la apariencia física.

Examen clínico

Antes de intentar la construcción de una prótesis parcial o total se requiere un minucioso examen y diagnóstico que precedan al plan de tratamiento. Este examen nos dará no sólo una idea de la condición oral del niño, sino también del tipo de aparato a colocar. Se decidirá en este momento la clase de tratamiento que se le dará a las piezas remanentes afectadas, ya sea exodoncia, pulpoterapia, coronas, amalgamas o resinas. Asimismo se hará un minucioso examen de los tejidos blandos.

Examen radiológico

Se debe tomar un juego completo de radiografías periapicales. Lo ideal es una radiografía panorámica que permita apreciar el estado de desarrollo de las piezas sin erupcionar y la secuencia de la erupción, para así calcular cuánto tiempo va a permanecer en boca la prótesis (de 6 a 8 meses como mínimo).

Confección

Una vez elegida la cubeta indicada, se alivian los bordes con cera y se le explica al niño lo que se le va hacer. Si existiera reflejo nauseoso se le indica un enjuagatorio con agua tibia y un poco de anestésico tópico. Luego se toman las impresiones con alginato y se registra la mordida con cera previamente calentada y reblandecida. Retiradas las impresiones, se procede a su vaciado en yeso de piedra para obtener los modelos de trabajo.

El proceso de articulación de los dientes, encerado, enfrascado, cura y pulido es semejante al de cualquier prótesis de acrílico. En el caso no muy frecuente en niños de dentaduras artificiales totales, el procedimiento a seguir es igual que en el adulto:

impresiones preliminares con alginato, cubeta individual, recorte muscular, impresiones definitivas con pasta zinquenólica, modelos de yeso, rodetes de cera, toma de mordida en céntrica y dimensión vertical, articulado de dientes, prueba estética y procedimientos de laboratorio.

Dientes artificiales

Aunque hay casas extranjeras que fabrican dientes temporales, en nuestro medio no se encuentran, por lo que deben ser hechos por el odontólogo, ya sea tomando impresiones de modelos de yeso de otros niños para vaciadas en acrílico blanco de curado rápido, desgastando y modelando un juego de dientes artificiales de adulto (los más pequeños y blancos que se encuentren) o usando coronas prefabricadas de policarbonato, como incisivos, y de acero inoxidable, como molares.

Diseño

Depende de la edad del paciente y del número de dientes presentes en la boca. Cuando quedan pocas piezas, es necesario crear retenciones adicionales para los ganchos, como coronas o bandas con alambre soldado en la superficie vestibular (5). Si hay amalgamas clase V, se pueden hacer abultadas o en caso de resinas clase V, hacerles unos surcos.

Como la dentición de los niños, ya sea temporal o mixta, está en proceso de cambios rápidos, las dentaduras artificiales deben diseñarse de tal modo que permitan modificaciones, cuando erupcionen los dientes permanentes. La porción distal del aparato debe terminar en la zona donde va a erupcionar la primera molar permanente. A la edad de cuatro años o más, hay generalmente un abultamiento sobre la molar unerupta que sirve de guía para el diseño y construcción de las prótesis. Cuando la molar de los seis años va a erupcionar, la prótesis debe ser desgastada para evitar interferencias. Cuando ya ha erupcionado, el aparato debe ser modificado, agregándole descansos oclusales en la fosa central por lingual o en porción mesiobucal de la molar;

así se evita que la prótesis se hunda en el área del segundo molar temporal, provocando la inclinación mesial o lingual de la pieza.

El área lateral también debe diseñarse de tal modo que permita desgastes en la porción en contacto con distal del canino temporal cuando los incisivos permanentes estén erupcionando, a fin de que dicha pieza pueda desplazarse hacia distal para darles acomodo en el arco dental.

Las prótesis dentales en los niños deben ser eliminadas o sustituidas por otras cuando pierdan estabilidad y retención debido al crecimiento y desarrollo de los arcos alveolares.

Tipos de dentaduras artificiales

Pueden ser totales o parciales. Las totales se hacen de material acrílico y las parciales pueden ser de acrílico, de acrílico con ganchos forjados de alambre o de metal fundido, y de acrílico con estructura metálica.

En nuestro medio el tipo más usado es la prótesis parcial de acrílico con ganchos de alambre, por ser la más fácil de modificar y la más económica. Se puede emplear alambre cilíndrico de 0,028 de pulgada (0,7 mm) para los ganchos y cuando se trate de una prótesis inferior es aconsejable reforzada por lingual con alambre 0,032, teniendo cuidado de que quede a unos 2 mm de distancia del tejido blando, para que no vaya a interferir con la erupción de los incisivos permanentes.

Ganchos

Los más usados en prótesis para niños son los ganchos circulares o ganchos C, los Adams y los de la bola retentiva. El gancho Adams da muy buena retención y está indicado en piezas expulsivas y en molares permanentes en proceso de erupción.

Cuando se use el

gancho de bola retentiva, los dientes entre los cuales se coloca, deben tener soporte por mesial y por distal, para que no se separen.

Ventajas de las dentaduras artificiales

Mantienen el espacio, previenen la formación de tejido fibroso en las encías el cual podría interferir con la erupción de los permanentes, estimulan la erupción de los dientes permanentes, previenen la extrusión de las piezas antagonistas, restauran la función masticatoria y mantienen el balance facial.

Desventajas

La falta de colaboración del paciente y de sus padres pueden hacer que el tratamiento fracase, ya sea por mala higiene oral que aumentará la retención de restos alimenticios y por ende, la incidencia de caries en los dientes permanentes en erupción o por falta de uso del aparato.

Indicaciones al niño y a los padres

Una vez colocada la prótesis en boca y después de enseñarle al niño a ponérsela y quitársela delante de un espejo, se le darán instrucciones tanto a él como a sus padres sobre el cuidado del aparato, insistiendo en la necesidad de una higiene oral estricta, atenta vigilancia de las piezas de soporte y visitas periódicas al odontólogo, para observar los cambios estructurales de la boca, las interferencias con la erupción y la posibilidad de modificación o eliminación del aparato.

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v3n2/Art%204.pdf>. "DENTADURAS ARTIFICIALES PARA NIÑOS". Fernández, A. Recuperado el 11-03-2011.

Objetivos

General: Rehabilitar la función oral del paciente.

Específicos:

1. Investigar y documentar el tema de métodos de rehabilitación de caries en la temprana infancia.
2. Diagnosticar el caso específico del paciente.
3. Indicar, recomendar y realizar el tratamiento debido para el caso en estudio.

Reporte del caso

Descripción del paciente

ANAMNESIS

Nombre: C.A.B.C.	Cedula: Menor de edad	
Fecha de Nacimiento: 22-10-2006	Edad: 4 años y 4 meses	
Dirección: Naranjo, Alajuela.	Teléfono: 86088941	
Nombre de la Madre: T. C.C.		Ocupación: Ama de casa

MOTIVO DE CONSULTA

"Revisión dental"

RIESGO DE SALUD GENERAL

APF: La madre refiere padece de Artritis reumatoide

APP: Asma

AA: no refiere

AQ: No refiere

Estado actual, el paciente se encuentra sano, sin ninguna enfermedad.

Alimentación

Carnes, vegetales, carbohidratos, chicles y chocolate algunas veces

Frutas y confites todos los días.

Análisis:

- 1- **Índice de placa:** 48%
- 2- **Tipo de dentición:** Temporal
- 3- **Examen de tejido duros y blandos:** Tejidos Sanos

Pieza	Ex Clínico	Ex Radiográfico	Dx
5.5	Caries fosa distal	Zona radiolusida en distal	Caries oclusal
5.4	Caries fosa distal	Zona radiolusida en distal	Caries oclusal
5.3	Caries Vestibular y palatina	Caries vestibular y Palatina	Caries
5.2	Resto radicular	Resto radicular	Resto radicular
5.1	Caries	Zona radiolusida en mesial	Caries
6.1	Caries	Zona radiolusida en mesial	Caries
6.2	Caries Vestibular y palatina	Caries vestibular y Palatina	Caries
6.3	Sana	No se observan patologías	sana
6.4	Sana	No se observan patologías	sana
6.5	Caries oclusal	Caries oclusal	Caries

7.5	Caries Oclusal extensa	Perdida de tejido extensa	Caries
7.4	Caries oclusal extensa	Perdida de tejido extensa	Caries
7.3	Sana	No se observan patologías	sana
7.2	Sana	No se observan patologías	sana
7.1	Caries en pared mesial	Zona radiolucida en mesial	Caries
8.1	Caries en pared mesial	Zona radiolucida en mesial	Caries
8.2	Sana	No se observan patologías	sana
8.3	Sana	No se observan patologías	sana
8.4	Caries oclusal extensa	Perdida de tejido extensa	Caries
8.5	Caries oclusal extensa	Perdida de tejido extensa	Caries

Diagnóstico definitivo

Paciente masculino de 4 años y 4 meses sano, en dentición temporal, presenta caries extensas y fistulas a nivel de 5.3, 7.5, 7.4, 8.4 y 8.5. Se deben extraer 5.2, 5.1 y 6.1 y luego reponer estos mediante una prótesis.

Pronóstico

Dadas las características cooperadoras de la madre del paciente y de el mismo el caso tiene un buen pronóstico general.

Fotografías iniciales









Radiografías iniciales



Plan de tratamiento

Resina clase I en pieza: 6.5

Resina clase II en piezas: 5.5, 5.4.

Resina clase III en las piezas: 7.1 y 8.1.

Pulpotomía y corona de acero cromado en las piezas: 5.3, 7.5, 7.4, 8.4 y 8.5.

Exodoncias en piezas: 5.2, 5.1, 6.1.

Pulpectomía y corona de resina en 6.2

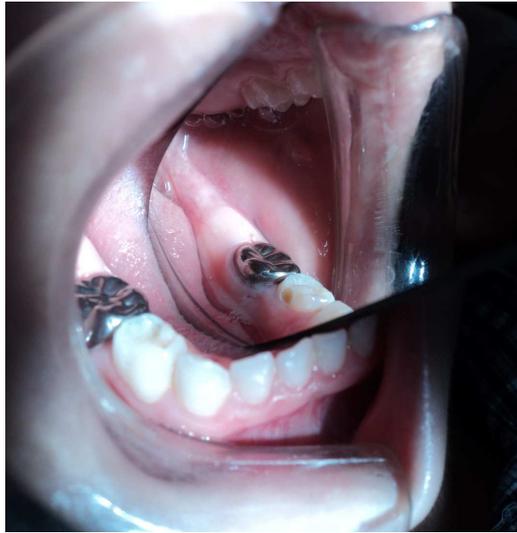
Prótesis parcial infantil para reponer piezas 5.2, 5.1 y 6.1.

Evolución del caso

Cita # 1: Se realizaron extracciones de las piezas 5.2, 5.1, 6.1. Se colocó anestesia al 2% utilizando aguja corta, se hizo la sindesmotomía y se luxaron las piezas con elevador recto y se extrajeron las piezas.



Cita #2: Pulpotomía y corona de acero cromado en pieza 8.5, anestesia mandibular al 2%, dique de goma, se hace eliminación del techo pulpar y tejido cameral, se aplica Formocresol, se coloca oxido de cinc y eugenol, se prepara la pieza y se escoge el tamaño de la corona: una corona E inferior izquierda, se ajusta la corona y se le da contorno, se cementa la corona con vidrio ionomero de autocurado.



Conclusiones

Como en todas las áreas de la salud la clave está en la prevención y para prevenir la incidencia de caries de la temprana infancia debemos informar y educar a nuestra población, más que todo a los padres de familia o encargados de cuidar a los niños ya que estos están en constante riesgo dadas sus características y por los factores que ya analizamos anteriormente.

Cambios en los factores de riesgo como la dieta son muy importantes para combatir esta enfermedad, así mismo la higiene de nuestros pacientes juega un papel principal para revertir o erradicar este problema.

Recomendaciones

1. Rehabilitar zona de incisivos anteriores superiores mediante prótesis infantil.
2. Realizar Pulpotomía y corona de acero cromado en piezas 8.4, 7.4 y 7.5.
3. Eliminar caries de las piezas que lo requieran y hacer restauraciones.
4. Mantener un chequeo dental constante del paciente a fin de ver cómo evoluciona el caso.

Bibliografía

1. Cameron, A., y Widmer, R. Odontología pediátrica. Versión en español de la obra en inglés Handbook of Pediatric Dentistry. Madrid: Harcourt S.A.
2. Espasa, E., Boj, J.R. (2004). Odontopediátria. Barcelona: Masson, S.A.
3. Mc Donald, R., Avery, D. (1998). Versión en español de la obra original en inglés Dentistry for the Child and Adolescent. Barcelona: Harcourt Brace.
4. Pinkham, J.R. (1998). Odontología pediátrica. Estados Unidos: Mc Graw-Hill
5. Simoni, S. (2008) Caso clínico: "Rehabilitación oral en un niño de 3 años y 2 meses con caries de la temprana infancia asociada a uso prolongado del biberón". Tesis de licenciatura no publicada, ULACIT, San José, Costa Rica.
6. <http://www.revistavisiondental.net/articulocariesdeinfanciatemprana.htm>. Caries de la infancia temprana Una nueva clasificación de caries dental en infantes. Recuperado el 5 de Marzo el 2011
7. <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>. Caries de la infancia temprana. Noriega, M.J., Karakowsky, L. Recuperado el 6 de marzo del 2011.
8. Miller, S. (2009) Artículo científico: "Restauración protésica para un niño de tres años y ocho meses". Artículo científico no publicado, ULACIT, San José, Costa Rica.
9. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/sellantes_fosas_fisuras.asp. "LOS SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO PREVENTIVO O TERAPÉUTICO" REVISIÓN DE LA LITERATURA". Gil, M. Sáenz, M. Hernández, D. González, E. Recuperado el 15-03-2011.
10. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v3n2/Art%204.pdf>. "DENTADURAS ARTIFICIALES PARA NIÑOS". Fernández, A. Recuperado el 11-03-2011.
11. <http://www.odontomarketing.com/bocasana04.htm>. "Los sellantes de fosas y fisuras". Recuperado el 22-03-2011.
12. <http://www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/09b32c804f3dbd428473af58efe3d181/manualfluorurosdentales.pdf?MOD=AJPERES>. "Manual para el Uso de fluoruros dentales en la República Mexicana". Recuperado el 16-03-2011.

