

## PERIODOS DE TRATAMIENTO EN EL PACIENTE NIÑO

LUCÍA VICTORIA BERNAL DE JARAMILLO\*, DIANA MARÍA GAVIRIA LONDOÑO\*\*

**RESUMEN:** BERNAL DE J. LUCÍA V. Y DIANA M. GAVIRIA L., Períodos de Tratamiento en el Paciente Niño, Rev Fac Odont Univ Ant, 11(2):29-32, 2000.

*En la literatura, y específicamente en nuestra Facultad, tenemos una guía secuencial, lógica y completa para tratar al paciente adulto, pero carecemos de unos lineamientos generales y secuenciales cuando nuestro paciente es un niño.*

*Con esta revisión bibliográfica de los Períodos de Tratamiento en el Paciente Niño pretendemos llenar ese vacío existente. Se hace gran énfasis en la parte de prevención, pues es una herramienta que se encuentra disponible para todos los educadores, los padres y para sus hijos. Con una buena prevención es menor la necesidad de intervenir en etapas avanzadas y se evita un costo biológico muy importante que se debe pagar cuando se deja sin control el proceso de la enfermedad.*

**Palabras claves:** Riesgo de Caries, Higiene Oral.

**ABSTRACT:** BERNAL DE J. LUCÍA V. AND DIANA M. GAVIRIA L., Treatment periods in the child patient, Rev Fac Odont Univ Ant, 11(2):29-32, 2000.

*In the literature and mostly in our Faculty we have a systematic, logical and complete sequence for treating the adult patient, but we don't have any for treating the child patient. Our purpose with this review is fill the lack of the treatment stages for the child patient. Our main objective is in the prevention for dental caries, because is a very important tool for parents, childs and clinics. With a very good prevention there is no need of intervention during future stages of treatment, being sure that we made a very succesful control of dental caries and periodontal disease.*

**Key words:** Caries Risk, Oral Health.

### PERIODO HIGIÉNICO

Los objetivos de este período son:

#### A. EDUCACION

- Enseñar y motivar a la madre o adulto responsable del niño los métodos de higiene oral adecuada para cada edad del niño. En odontología pediátrica nuestro blanco o grupo principal para los programas de educación de la salud bucal son los padres, ya que el niño estará constantemente orientado por ellos y no solamente por el odontopediatra en una o dos sesiones cada seis meses (1)(2).

Este blanco también debe incluir a las gestantes a quienes se aconseja una consulta prenatal, haciendo énfasis en el inicio del cuidado de la salud oral durante el primer año de vida del niño, la higiene de la encía del bebé y los dientes recién erupcionados (3).

El odontólogo debe:

- Motivar al paciente pediátrico para la autorrealización de las prácticas de higiene oral.
- Supervisar a los padres y al niño en estas prácticas.

- Estimular al niño y a los padres en la adquisición de las destrezas sobre los métodos de higiene oral.
- Preparar al niño para el ambiente del consultorio odontológico.

### RECOMENDACIONES PARA LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS

La meta de la educación es mantener los pacientes en la categoría de bajo riesgo y espaciar las visitas al consultorio.

La educación permite que los pacientes asuman la adecuada responsabilidad para su higiene oral y le provee conocimientos y destrezas para mantener la salud y prevenir la enfermedad.

Los padres, las personas bajo cuyo cuidado están los niños, los niños preescolares y de mayor edad, deben ser asesorados acerca de la transmisión directa e indirecta del *Streptococcus Mutans*(4).

#### 1. Recomendaciones para lactantes

Debido al permanente contacto físico de la madre y su bebé, se aumenta el riesgo de transferencia materna del *Streptococcus Mutans Salivar*, siendo esta colonización inicial llamada "ventana de

\* Odontóloga. Especialista en Odontología Integral del Niño. Profesora de Cátedra, Facultad de Odontología, U. de A.

\*\* Odontóloga. Especialista en Odontología Integral del Niño. Profesora Asistente, Facultad de Odontología, U. de A.

infección", durante un rango de edad muy definido entre los 6 y los 7 meses de edad cuando erupciona el primer diente. Hay una segunda ventana de infección entre los 6 y los 12 años cuando empieza la erupción de los dientes permanentes. Entre los 2 y los 6 años, cuando erupciona el último molar deciduo y el primer molar permanente, el niño presenta menos susceptibilidad de adquirir el *Streptococcus Mutans*(5).

Teniendo en cuenta lo anterior, debemos implementar las siguientes recomendaciones:

- \* Se debe comenzar la higiene oral desde el nacimiento y hacerla parte de la rutina del baño diario. Con una gasa humedecida en agua hervida se masajea dentro de la boca en carrillos, lengua, paladar y rodetes de encías.
- \* No utilizar crema dental hasta aproximadamente el año y medio de vida o hasta que el niño sea capaz de salivar, para evitar los efectos sistémicos negativos por la ingestión de flúor tópico.
- \* Cuando erupcionen los primeros dientes iniciar inmediatamente su cepillado, con un cepillo pequeño y de cerdas suaves (6).

Se recomienda una asesoría adicional a los padres y a las personas que cuidan a los niños lactantes acerca de las prácticas de alimentación con biberón:

- \* Se debe empezar a introducir el uso de vaso para que el niño ingiera líquidos y reemplace el tetero, idealmente alrededor del primer año de vida.
- \* Durante las siestas y la noche, alrededor del año de vida, utilizar solamente agua en el biberón.
- \* Retirar el uso del biberón cuando el bebé esté próximo a cumplir el primer año de vida.
- \* Los jugos y bebidas diferentes a la leche deben darse en vaso o pocillo, no en el tetero, para facilitar la suspensión del tetero, entre los 6 meses y el primer año de vida, y su reemplazo por el vaso.

## 2. Recomendaciones para preescolares y niños mayores:

- \* Cepillado dental, adecuando el tamaño del cepillo al tamaño de la cavidad oral.
- \* La cantidad de crema dental utilizada debe ser la mínima. La ADA recomienda el tamaño de arveja, equivalente al tamaño de la uña del dedo meñique del niño. El cepillado debe hacerse bajo supervisión constante de los padres para evitar la ingestión de la crema dental (4, 7).
- \* Introducción del uso de la seda dental cuando empiecen a existir contactos dentales.

## B. DETECCIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE CARIES

Se ha encontrado que aumentos grandes en el recuento de *S. Mutans* en la microflora de la placa dental y saliva se asocian a la presencia de caries dental. Por esto se ha utilizado la medición de los niveles de este microorganismo en saliva como diagnóstico de susceptibilidad y manejo del paciente-riesgo (8).

Además, los *S. Mutans* se pueden considerar como bacterias endémicas en Colombia (9). Por tanto, se hace necesaria la detección de los recuentos salivares de este microorganismo, mediante pruebas de microcultivos que poseen varias casas comerciales o con una técnica de cultivo tradicional, utilizando el medio de cultivo selectivo de Agar Mitis Salivarius con bacitracina en diluciones de  $10^6$  y  $10^5$  (9).

Teniendo en cuenta que la caries puede ser causada por múltiples factores, se necesita realizar la valoración apropiada de los factores de riesgo a los cuales está expuesto el paciente. Para conocer el riesgo de que aparezca la enfermedad y tener mayor confiabilidad en la predicción, se deben correlacionar varias pruebas de susceptibilidad (10, 11, 12, 13) y complementar con un examen clínico que incluya la historia pasada de caries, la dieta, la presencia de lesiones blancas, índice de higiene oral y anatomía de arcos y dientes.

El riesgo de caries también se aumenta en niños con ciertas condiciones sistémicas que pueden producir xerostomía, como la ingesta de ciertas drogas (anfetaminas, anticolinérgicos, antidepresivos, antiparkinsonianos, analgésicos, narcóticos, etc.), terapias con radiación para cáncer de cabeza y cuello, niños con síndrome de Sjögren y deshidrataciones causadas por diabetes, leucemia o anemia perniciosa. A estos pacientes se les puede recomendar goma de mascar con xilitol, la cual estimula la saliva y neutraliza los ácidos de la placa dentobacteriana (4, 14).

## C. CONTROL DE LA INFECCIÓN

1. Restaurar las lesiones cariosas existentes que han penetrado a dentina: este debe ser el primer paso antes del uso del agente antimicrobiano, ya que con este último se eliminaría la flora normal superficial y así los microorganismos residentes en las zonas de áreas protegidas, como las lesiones cariosas o las fosas y fisuras infectadas, van a quedar libres para crecer fuera de las cavidades y colonizar el diente, ya que no encuentran competencia en las superficies dentales, evitando así una superinfección con *S. Mutans* (14). En casos de múltiples lesiones cariosas, incluyendo la caries rampante, se obturarán con material de restauración

temporal, para evitar la colonización de las márgenes de las nuevas restauraciones con *S. Mutans* y la producción de caries recurrente (15). Cuando hay sólo un pequeño número de lesiones cariosas, las restauraciones se realizan con material definitivo.

En este período también deben realizarse las endodoncias requeridas por el paciente y las extracciones indicadas por caries, para eliminar los focos infecciosos.

2. Aplicación de sellantes de fosas y fisuras: deben sellarse los dientes que por su anatomía e historia de caries del paciente sean susceptibles de adquirirla. En general, los primeros molares permanentes y los molares deciduos con anatomía irregular son los candidatos ideales para recibir un sellante de fosas y fisuras (4, 14, 16, 17).
3. Agentes antimicrobianos: se utiliza un régimen a corto tiempo de un agente antimicrobiano como la clorhexidina. Esta es altamente efectiva en disminuir los niveles de *S. Mutans* en la boca, ya que es una biguanidina fuertemente catiónica que se adhiere a casi todas las superficies orales, las cuales están cargadas negativamente, brindándole substantividad al medicamento. Substantividad es la capacidad que posee el medicamento de permanecer suficiente tiempo en contacto con la membrana celular del microorganismo, lo cual permite permeabilizarla y ocasionar su destrucción. Además de este efecto bactericida, el efecto antiplaca de la clorhexidina está reforzado por la actividad bacteriostática del medicamento, al irse liberando lentamente por algunas horas. Los niveles bacteriostáticos interfieren con la función de la membrana celular, incluyendo transporte de sustratos y mantenimiento de la concentración de iones.

El régimen más utilizado es el enjuague diario de clorhexidina al 1% por 5 minutos y durante 15 días consecutivos, hecho después del último cepillado, en las horas de la noche (4, 14, 18, 19). Esto se puede hacer desde el momento en que el niño sea capaz de realizar enjuagues.

#### D. FLÚOR

El flúor posee tres mecanismos básicos de acción para el control de la caries: forma cristales de carbonato resistentes al ácido en el proceso de desmineralización, facilita la remineralización y es un poderoso agente bactericida para el *S. Mutans* y otros microorganismos productores de ácido (14).

De acuerdo con la evaluación clínica y bacteriológica y el riesgo de caries encontrado, se recomiendan los siguientes regímenes de flúor (4, 14, 20):

**NIÑOS CON BAJO RIESGO** (sin lesiones cariosas en el último año, con fosas y fisuras selladas o coalescentes, buena higiene oral, uso adecuado de flúor y visitas regulares al odontólogo): la terapia en el consultorio consiste en una aplicación semestral de fluoruro de sodio acidulado al 1.1% ó 1.24% y prescribir para su higiene oral el uso de dentífricos con flúor 3 veces al día.

**NIÑOS CON RIESGO MODERADO** (con una lesión de caries en el último año, fosas y fisuras profundas, higiene oral adecuada, inadecuada ingestión de flúor, manchas blancas y/o radiolucidez interproximal, visitas irregulares al odontólogo, tratamiento ortodóncico): la terapia en el consultorio consiste en tres aplicaciones anuales de fluoruro de sodio acidulado al 1.1% ó 1.24% y prescribir para su higiene oral en casa el uso de dentífricos con flúor 3 veces al día y enjuagues con flúor una vez al día durante un minuto, en niños mayores de 6 años; hasta que el paciente pueda clasificarse como de bajo riesgo.

**NIÑOS CON ALTO RIESGO** (con más de 2 lesiones de caries en el último año, caries pasadas de superficies lisas, elevado recuento de *S. Mutans*, fosas y fisuras profundas, sin exposición o muy poca al flúor sistémico o tópico, higiene oral mala, ingestión frecuente de azúcar fermentable, visitas irregulares al odontólogo, inadecuado flujo salivar, alimentación con tetero o alimentación materna inapropiada): la terapia en el consultorio consiste en cuatro aplicaciones anuales de fluoruro de sodio acidulado al 1.1% ó 1.24% y prescribir para su higiene oral el uso de dentífricos con flúor 3 veces al día, enjuagues con flúor una vez al día durante 3 minutos en niños mayores de 6 años, hasta que el paciente pueda clasificarse como de bajo riesgo (4).

#### PERÍODO REVALUATIVO

Las visitas de control son importantes no sólo para la evaluación de la actividad cariogénica, sino también para evaluar los patrones de erupción, el desarrollo de la oclusión, las necesidades de intervención en la dentición mixta y la evaluación de los tejidos blandos. También es importante hacer una evaluación de la higiene oral y su refuerzo (21), además de reevaluar la motivación del paciente y sus padres hacia el tratamiento.

#### PERÍODO CORRECTIVO INICIAL

Los objetivos de este período son:

- \* corrección de mordidas cruzadas
- \* control de hábitos con aparatología
- \* corrección de la desviación de la línea media dentaria
- \* inicio de guía de erupción
- \* recuperación y mantenimiento de espacio

- \* control de erupción ectópica
- \* eliminación de interferencias oclusales
- \* ortodoncia prefuncional
- \* eliminación de supernumerarios
- \* coronas de acero y operatoria compleja

## PERÍODO CORRECTIVO FINAL

Son objetivos de este último período:

- \* corrección de maloclusiones esqueléticas
- \* cirugías mucogingivales
- \* continuar el control del espacio y la guía de erupción
- \* control de problemas de ATM.

## CORRESPONDENCIA

Lucía Victoria Bernal de Jaramillo

E-mail: [mariajillo@geo.net.co](mailto:mariajillo@geo.net.co)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Botero, Alejandro. Períodos en el tratamiento del paciente adulto. Facultad de Odontología, U. de A., MO-190, 1976.
2. García-Godoy, F. La salud como parte del proceso de sociabilización. Acta Odontol. Pediat. 1986, 7(1): 11-13.
3. Tillis, B. National children's dental health month: keystone of preventive dentistry. NYSDJ. 1993, 59(2): 6-7.
4. Caries diagnosis and risk assesment. A review of preventive strategies and management. J.Am.Dent.Assoc.. 1995, 126 (Special Supplem): 1-24.
5. Antony, Y. et al. Sibling versus maternal *S. Mutans* levels as related to dental caries. J. Clin. Pediat. Dent. 1997, 21(2): 145-150.
6. Serino, Robert et al. Introduction infant and early childhood oral health care. NYSDJ 1997, 4-5.
7. Bentley, E.M. et al. Factors influencing the amount of fluoride toothpaste applied by the mothers of young children. Brit. Dent. J. 1997, 183(11/12): 412-414.
8. Haussen, H. Caries prediction-State of the art. Comm. Dent. Oral. Epidemiol. 1997, 25: 87-96.
9. Sierra, L. y col. Correlación de las pruebas de susceptibilidad a la caries. Rev. Facultad de Odontología U. de A. 1995, 6(2): 21-27.
10. Tinanoff, N. Evaluación inicial y prevención del riesgo de caries dental. Clínicas Odontológicas de Norteamérica, 1995, 4: 705-717.
11. Thylstrup, A. et al. Textbook of clinical cariology, 1994, p. 61. Munksgaard, Copenhagen.
12. O'Sullivan, D. et al. Caries experience and mutans streptococci as indicators of caries incidence. Pediat. Dent. 1996, 18(5): 371-374.
13. Molina, N. et al. Streptococcus mutans y prevalencia de caries en una población escolar. Práctica Odontológica, 1996, 17(8): 19-24.
14. Anderson, M.H. et al. Treating dental caries as an infectious disease. Oper. Dent. 1991, 16:21-28.
15. Krasse, B. Biological factors as indicators of future caries. Int. Dent. 1988, 38: 219-225.
16. Ripa, L. Occlusal sealants: rationale and review of clinical trials. Int. Dent. J. 1980, 30: 127.
17. Simonsen, R.J. Criterios de selección para el sellante de cavidades y fisuras en la práctica privada.. Educación Continua, 1985, 1(4): 15-21.
18. Newbrun, E. Preventing dental caries: breaking the chain of transmission. J.Am.Dent.Assoc. 1992, 123(5): 68-73.
19. Thylstrup, A. et al. Textbook of clinical cariology, 1994, p. 61. Munksgaard, Copenhagen.
20. Newbrun, E. Preventing dental caries: breaking the chain of transmission, J.Am.Dent.Assoc. 1992, 123(6): 55.
21. Boggs, A.M. Recall intervals: effect on treatment needs, a retrospective study. J.Clin. Pediat. Dent. 1996, 20(2): 119-122.