



# La salud bucal de mi paciente: qué no debo olvidar, qué no debo hacer

Ana María Biondi, Eduardo Bava, Silvina G. Cortese  
Odontología Integral Niños  
Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires



Caries:

Solo evitar golosinas?

Como podemos ayudar los pediatras?

# EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN EL PAÍS

En los niños de 2 años de edad el promedio de dientes cariados en la ciudad de Buenos Aires es igual a:

1. 0

2.  $\geq 1$

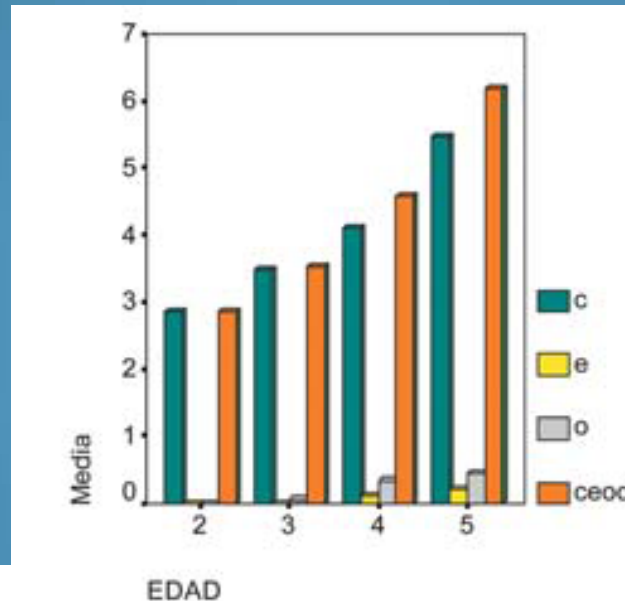
3.  $\geq 2$

4.  $\geq 3$

5.  $\geq 4$

# Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Piovano S , Bordoni N, Doño R, Argentieri A, Cohen A, Klemonsks G, Macucho ME, Pedemonte Z, Pistoichini A, Squassi A



2 años: 2.8 piezas cariadas  
 5 años, 5.5 piezas cariadas  
 22,4% estaba libre de caries.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	
	Estadístico	Estadístico	Error típico
c	848	4,58	,14
e	848	,14	,02
o	848	,35	,04
ceod	848	5,10	,15
N válido (según lista)	848		

22,4 % estaba libre de caries

**Cuadro 1: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 1996**

Emergente CPOD 5 9 países	De crecimiento CPOD 3-5 15 países	De consolidación CPOD < 3 8 países
Belice El Salvador Guatemala Haití Honduras Nicaragua Paraguay Perú República Dominicana	Argentina Brasil Bolivia Chile Colombia Costa Rica Ecuador México Panamá Puerto Rico Perú Suriname Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Dominica Estados Unidos de América Guyana Jamaica

Fuente: Publicación Científica y Técnica No. 615 de la OPS.

**Cuadro 2: Cuadro de la clasificación de la salud bucodental, alrededor de 2005**

Emergente CPOD 5 2 países	De crecimiento CPOD 3-5 7 países	De consolidación CPOD < 3 29 países
Guatemala  Santa Lucía	Argentina  Bolivia Chile Honduras Panamá Paraguay República Dominicana	Anguila Araba Bahamas Barbados Belice Bermuda Brasil Canadá Colombia Costa Rica Cuba Curazao Dominica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Granada Guyana Haití Islas Caimán Islas Turcas y Caicos Jamaica México Nicaragua Perú Suriname Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela

Fuente: Publicación Científica y Técnica No. 615 de la OPS.

Enfermedad de origen bacteriano en la cual los agentes causantes son constituyentes normales de la microflora que provocan enfermedad solo cuando su número y virulencia cambian en respuesta a condiciones ambientales.



12-14 meses



24 meses

La evidencia sugiere que las intervenciones educativas y preventivas durante los primeros años de vida son críticas



# Alimentación



- Estimular la lactancia natural
  - Después del año destete nocturno
    - Mas de 7 veces x día asociada a SEEC
  - Introducir taza o vaso una vez que el niño se mantenga sentado (6 meses)
  - Desaconsejar mamadera o vasos con pico al año
- Principal bebida: Leche materna o de fórmula
  - Mamadera con agujero pequeño en que la leche no gotea al ponerla boca abajo.
    - Permite al niño hacer un eficiente “trabajo” de succión.
    - No ofrecer mamaderas en la cuna, cochecitos o asientos en autos
- Controlar los momentos de alimentos azucarados.
  - Las preferencias por los sabores dulces están firmemente establecidas al año y se mantendrán durante toda la infancia
  - Instruir a la madre para que no adicione azúcar a la leche ni a la fruta natural, evitar los postre de preparación comercial y las bebidas azucaradas
- Entre comidas: Agua hervida fresca
- Durante comidas: Agua hervida fresca/Jugos diluidos

# Higiene

- Realizar la limpieza preferentemente con gasa o algún tejido blando *2 veces al día* con agua potable o filtrada o hervida



# Higiene

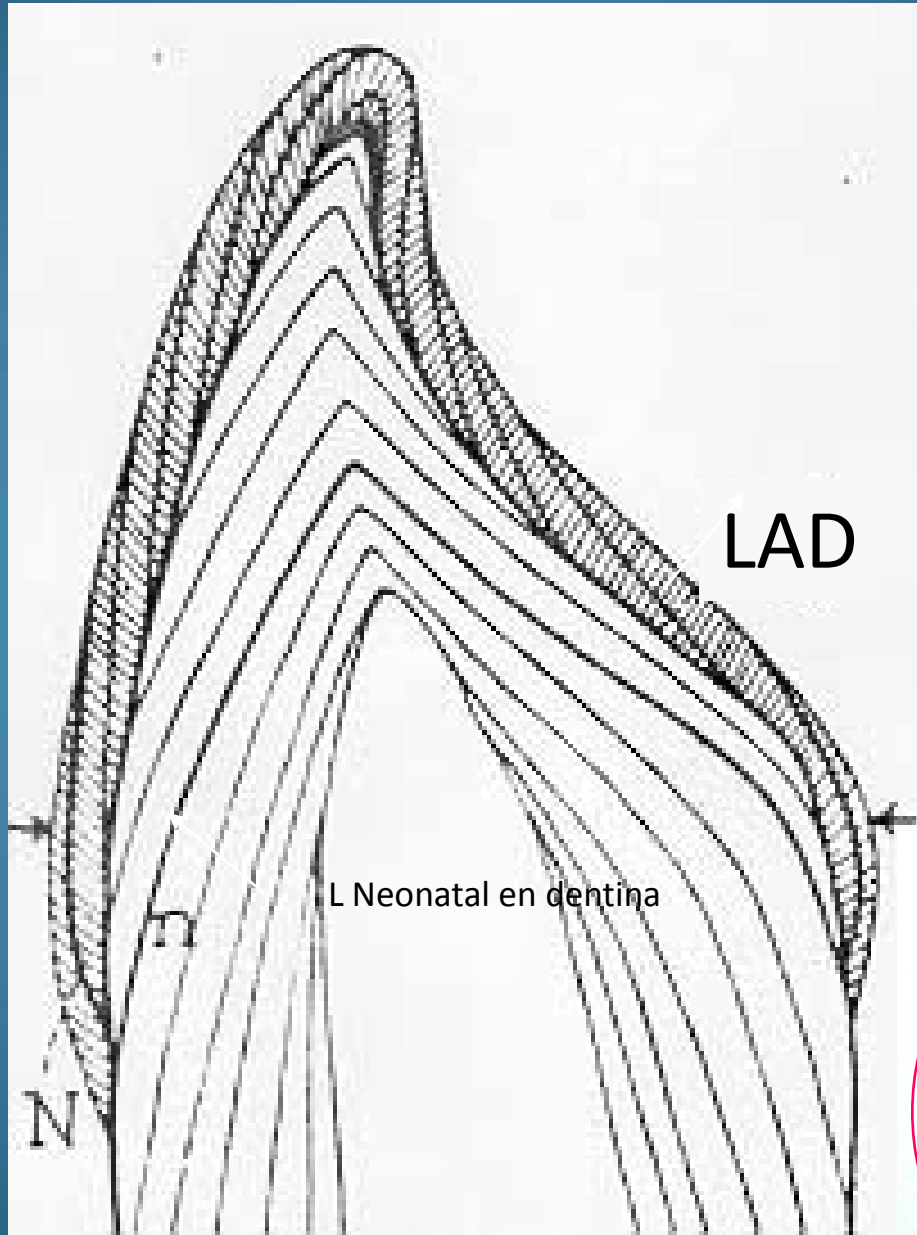
- Se debe iniciar el uso de cepillo con la erupción de los primeros molares incluyéndolo en las rutinas de higiene diaria
  - Cabeza pequeña y mango largo con cerdas suaves y redondeadas
  - Técnica horizontal



# Erupción dentaria

- Importancia de la erupción y salud de las piezas primarias.
- Puede conducir a una zona localizada de molestias, irritabilidad y excesiva salivación.
  - Tratamiento es sintomático
    - Mordillos o telas (fríos, no freezados)
    - Masajes manuales
    - No usar anestesia tópica
    - Analgésicos
- Asesorar sobre uso de chupetes





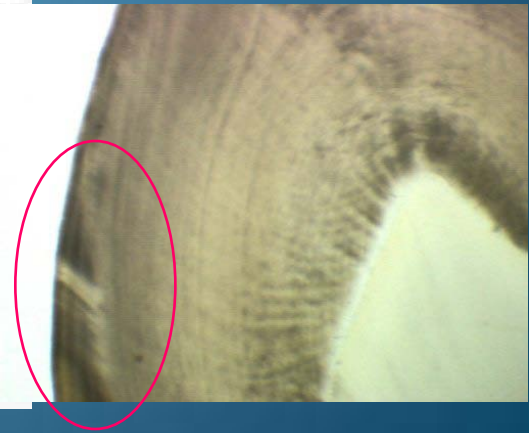
L Neonatal en esmalte

L Neonatal en dentina

LAD



L Neonatal en esmalte



# S-ECC (caries severa de la infancia)

- Cualquier signo de caries en superficies libres en < de 3 años.





# S EEC

- El tratamiento restaurador no es efectivo para controlar la enfermedad ya que existe una alta tasa de recurrencia (40% durante el primer año)
- La mejor estrategia es la prevención y preservación de los tejidos dentarios





## Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia.

Almeida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV.

Pediatr Dent. 2000 Jul-Aug;22(4):302-6.

- Independientemente del aumento de medidas preventivas implementadas en niños que desarrollaron EEC , este estudio concluyó que este grupo de niños **está altamente predispuesto a una mayor incidencia de caries en años sucesivos.**

## Transmisión



Vertical: El mayor reservorio a partir del cual los bebés adquieren Los SM proviene de sus madres. Las cepas de SM aisladas de las madres y los bebés tienen similar o idénticos perfiles de bacitracina y de ADN

N = 34	DNA Fingerprints of Infant	
	Match	No Match
Mother's Strains	24 (71%)	10 (29%)

*Li and Caufield, JDR, 1995*

- La educación y la intervención temprana permitirán de una manera sencilla, no invasiva y económica la prevención de la caries temprana teniendo en cuenta que la terapéutica restauradora es una práctica irreversible que deja la pieza dentaria más susceptible a la fractura y a la caries recurrente, especialmente en los niños en los cuales las restauraciones presentan bajos valores de longevidad.

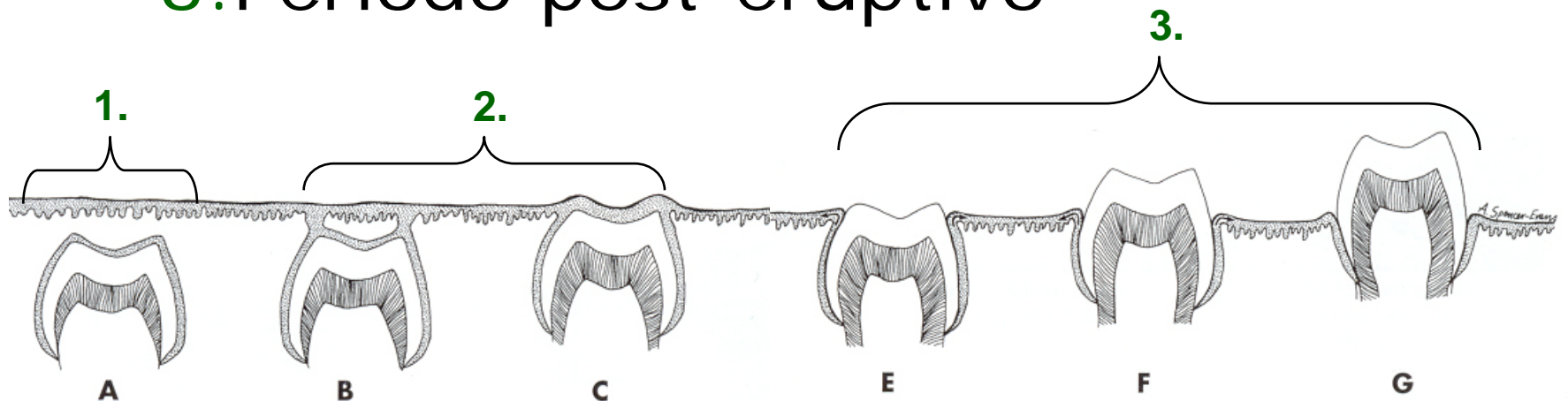
# Cuál de estas afirmaciones es verdadera?

1. La ingesta de Flúor durante el periodo de formación dentaria hace los dientes más resistentes al ataque por la caries.
2. Los dentífricos fluorados constituyen la medida preventiva más importante
3. Todos los niños deben recibir fluoruros sistémicos a partir de los 6 meses de edad
4. El uso de pasta dental debe iniciarse a partir de los 4 años de edad
5. Las aguas minerales tienen concentraciones mínimas de Flúor

# Refuerzo del huésped

## Estructural: Fluoruros

1. Período de mineralización
2. Período pre-eruptivo
3. Período post-eruptivo



- Se determinó que sólo mínimas cantidades de fluoruro son requeridas en una solución con calcio presente a pH 4,2 para reducir notablemente la velocidad de disolución del esmalte

Manley y Harrington, 1959; Larsen y otros, 1976.

- "lo que parece ser importante en la reducción de la solubilidad del esmalte es la actividad del ión fluor en el fluido oral en lugar de un alto contenido de fluoruro en esmalte"

Fejerskov et al., 1981

# Fluoruros

- Las decisiones vinculadas a la administración de fluoruros por vía sistémica están basadas al riesgo individual y a las necesidades de cada paciente.

**Cuadro 4-10. Suplementación sistémica de fluoruro recomendada según contenido en el agua de consumo**

Edad	< 0,3 ppm	0,3-0,6 ppm	> 0,6 ppm	Nivel de evidencia y grado de recomendación (CDC, 2001)
< 6 meses	0	0	0	
6 meses a 3 años	0,25 mg	0	0	II-3 C
3 a 6 años	0,50 mg	0,25 mg	0	II-3 C
> 6 a 16 años	1 mg	0,50 mg	0	I- A

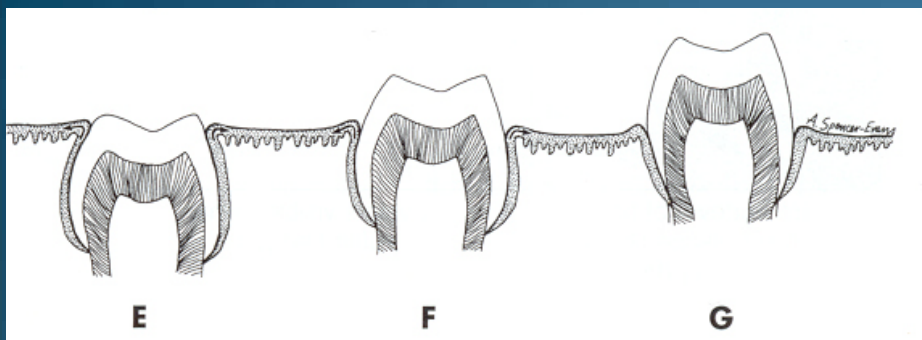
En relación al uso de fluoruros sistémicos individuales el Nivel de Calidad de Evidencia Científica es 2 y su recomendación es C (B). Con respecto a su uso en embarazadas su nivel de recomendación es E, por lo que se aconseja su exclusión.

El efecto sobre piezas primarias es incierto



# Aguas minerales

<b>Aguas minerales</b>	<b>Declarado</b>	<b>Encontrado</b>
<b>Cellier</b>	<b>0,60</b>	<b>0,84</b>
<b>Eco de los Andes</b>	<b>ND</b>	<b>1,19</b>
<b>Evian</b>	<b>ND</b>	<b>0,21</b>
<b>Glaciar</b>	<b>ND</b>	<b>1,13</b>
<b>Mar del Plata</b>	<b>0,6</b>	<b>0,40</b>
<b>Perrier</b>	<b>ND</b>	<b>0,19</b>
<b>Cimes</b>	<b>ND</b>	<b>1,14</b>
<b>San Francisco</b>	<b>ND</b>	<b>1,00</b>
<b>Sierra de los Padres</b>	<b>&lt;1,5</b>	<b>1,87</b>
<b>Villa del Sur</b>	<b>0,7</b>	<b>1,12</b>
<b>Nestlé</b>	<b>0,5</b>	<b>0,51</b>
<b>Villavicencio</b>	<b>1,37</b>	<b>1,53</b>



## Mecanismos de Acción

- Aplicación
1. En el diente Profesional
  2. Sobre el diente Domiciliaria
  3. En la bacteria



Uso domiciliario:

Baja concentración-Alta  
Frecuencia

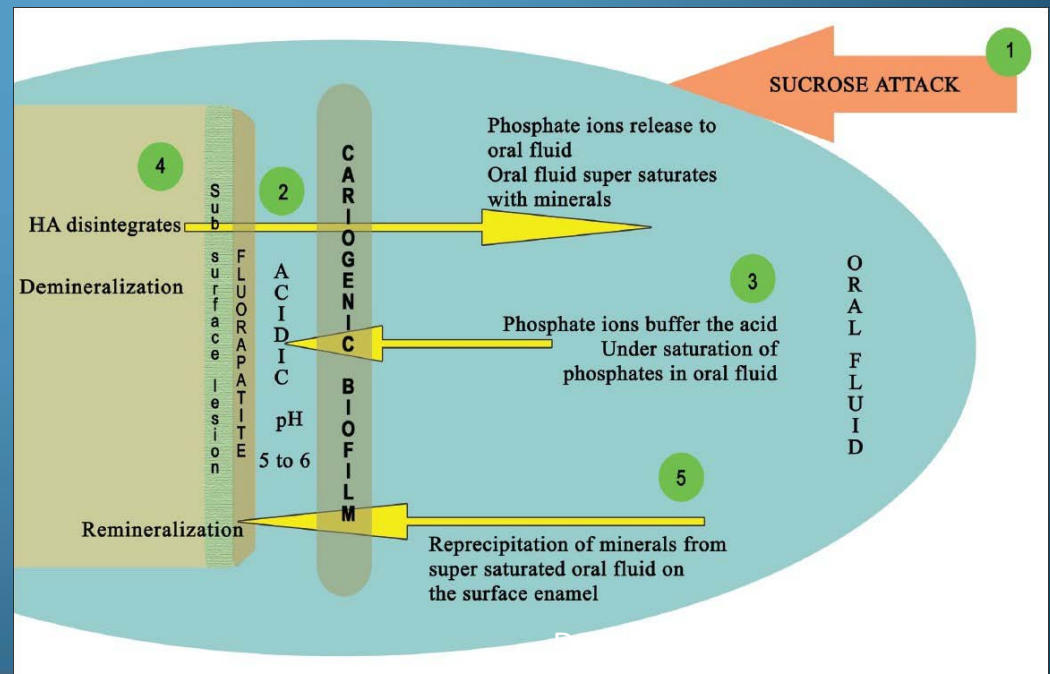
Enjuagatorios, pastas dentales

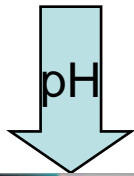


Aseguran cantidades continuas de Fluor en fluidos orales y  
placa que favorecen los procesos de remineralización  
dentaria

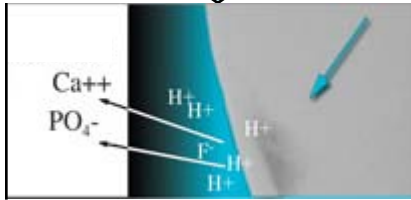


- La saliva es un reservorio rico en calcio, fosfato y fluoruros. Existe un equilibrio dinámico entre el contenido mineral del diente y el de la saliva.
- A pH neutro, el cristal de HA se disuelve mínimamente y libera el calcio, el fosfato e iones oxhidrilo en la solución
- A pH ácido, los iones de fosfato y los iones oxhidrilo de la saliva reaccionan con los iones de hidrógeno en la interfase diente-biofilm, formando fosfatos ácidos y agua.
- La saliva neutraliza la acidez pero queda 'subsaturada' con respecto a los iones fosfato de la HA.
- Esto conduce a la 'disolución' de cristales de HA en un intento de resaturar la saliva.

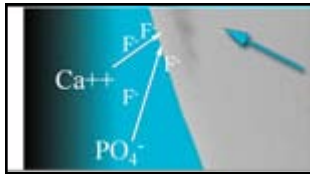
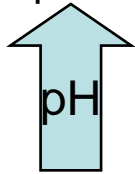




(5.5)



disolución parcial de la HA



precipitación de los minerales perdidos

+



FA (4.5)

Si desciende entre 4.5 y 5.5

Pierde minerales: HA y formación de FA  
La FA no se desmineraliza : < **Desmineralización**

> Supersaturación con FA: > **Remineralización**

Apoyados por más de medio siglo de investigación, los beneficios de las pastas dentales están firmemente establecidos. Los estudios clínicos son de alta calidad y otorgan clara evidencia sobre su eficacia en la prevención de la caries

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A *Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003

Nivel de Evidencia 1

Recomendación A

# Concentración y estabilidad del fluoruro en dentífricos en venta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Cury J.A., Tabchoury C.P.M, Piovano S. Bol AAON, 2006

- El **objetivo** de este trabajo fue analizar la disponibilidad y estabilidad de los fluoruros contenidos en los dentífricos luego de 12 meses de su adquisición.
- **Materiales y Métodos:** Dieciocho marcas comerciales fueron adquiridas en supermercados, farmacias y comercios dentales. De cada marca fueron adquiridos tres tubos en locales de venta diferentes. Los análisis fueron realizados cuando los dentífricos fueron comprados (muestras frescas) y después de un año de almacenamiento a temperatura ambiente. Fueron determinadas las concentraciones de fluoruro total (FT), fluoruro soluble total (FST), fluoruro como ion fluoruro (F<sup>-</sup>), fluoruro como ion monofluorfosfato (MFP) y fluoruro insoluble (Fins).
- **Resultados:** Todos los dentífricos mostraron concentraciones similares de FT en las muestras frescas y post un año. Luego de un año de almacenamiento a temperatura ambiente algunos dentífricos mostraron concentraciones decrecientes de FST y cantidades crecientes de Fins.
- **Conclusión:** Aunque todos los dentífricos cumplen las normas respecto a la concentración de FT, en el período evaluado en este trabajo, algunos dentífricos mostraron fluoruro no estable en el producto.

# Dentífricos con concentraciones reducidas no son tan efectivos

Koch G et al. *Swed Dent J* 1982

Mitropoulos CM et al. *Community Dent Health* 2003



□ 500 ppm de fluor





# Reducir la cantidad representa una mejor estrategia que disminuir la dosis



Usar pasta en mayores de 2 años

El dentífrico *fluorado* (1000 ppm) podrá usarse untado solo en la última higienización, si el niño no utiliza flúor sistémico (agua de abastecimiento público/agua mineral sin flúor especialmente en niños con moderado o alto riesgo de caries

- Los métodos sistémicos son actualmente cuestionados considerándose en la actualidad que el mayor efecto de los fluoruros es pos-eruptivo.
- Es sabido que el mayor efecto de los fluoruros sistémicos es el tópico.
- Sin embargo la evidencia no debe ser interpretada como un indicador que los métodos sistémicos no son relevantes ya sea a nivel individual o comunitario

# Primer Visita

- 4 a 6 meses después de la erupción de las primeras piezas dentarias
- Educar para prevenir



- Identificar situaciones de riesgo

- Alimentación

- Higiene

- Fluoruros

- Erupción dentaria



Andrea tiene 11 años y consulta reiteradamente por dolor de oídos presentando otoscopía normal:

1. Indico AINES
2. Pienso que puede tener una infección dentaria
3. Pregunto si existe algún motivo por el cual no quiere ir al colegio
4. Pregunto si aprieta mucho los dientes
5. Solicito estudios complementarios

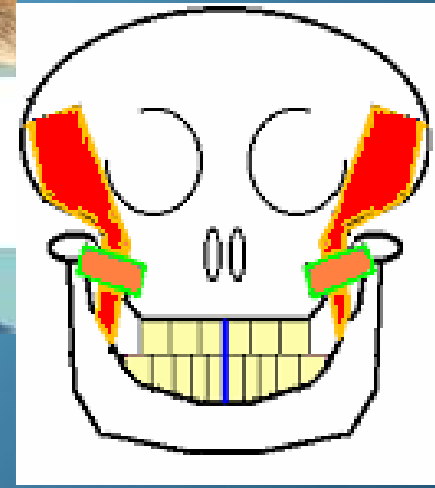
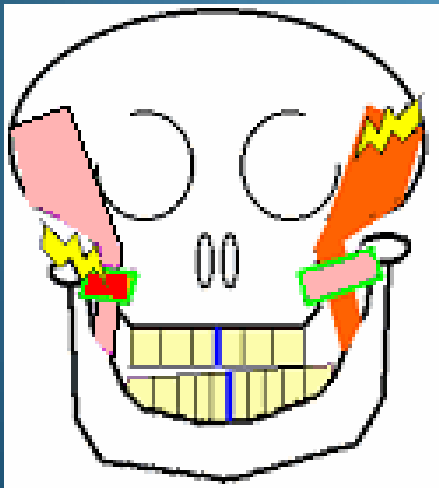
**BRUXISMO:**

**MI HIJO TIENE PARÁSITOS?**

**ES HEREDITARIO?**

# Bruxismo y otros hábitos

## ¿Fisiológico o parafuncional?



Los hábitos orales incluyen entre otros:

- la succión (digital o chupete)
- mordisqueo y/o succión labial
- ónicofagia
- **bruxismo**
- autoinjurias
- respiración bucal
- y empuje lingual.





# Parafunción

- Actividad de un sistema que no tiene propósitos funcionales



# Bruxismo

- Acto de apretar y/o refregar los dientes



## Síntomas:

- Rechinamiento
- Dolor muscular
- Otagias

## Signos:

- Facetas de desgaste
- Ruido o salto articular

## Apretamiento - Rechinamiento



parafunción



parasomnia

Duración

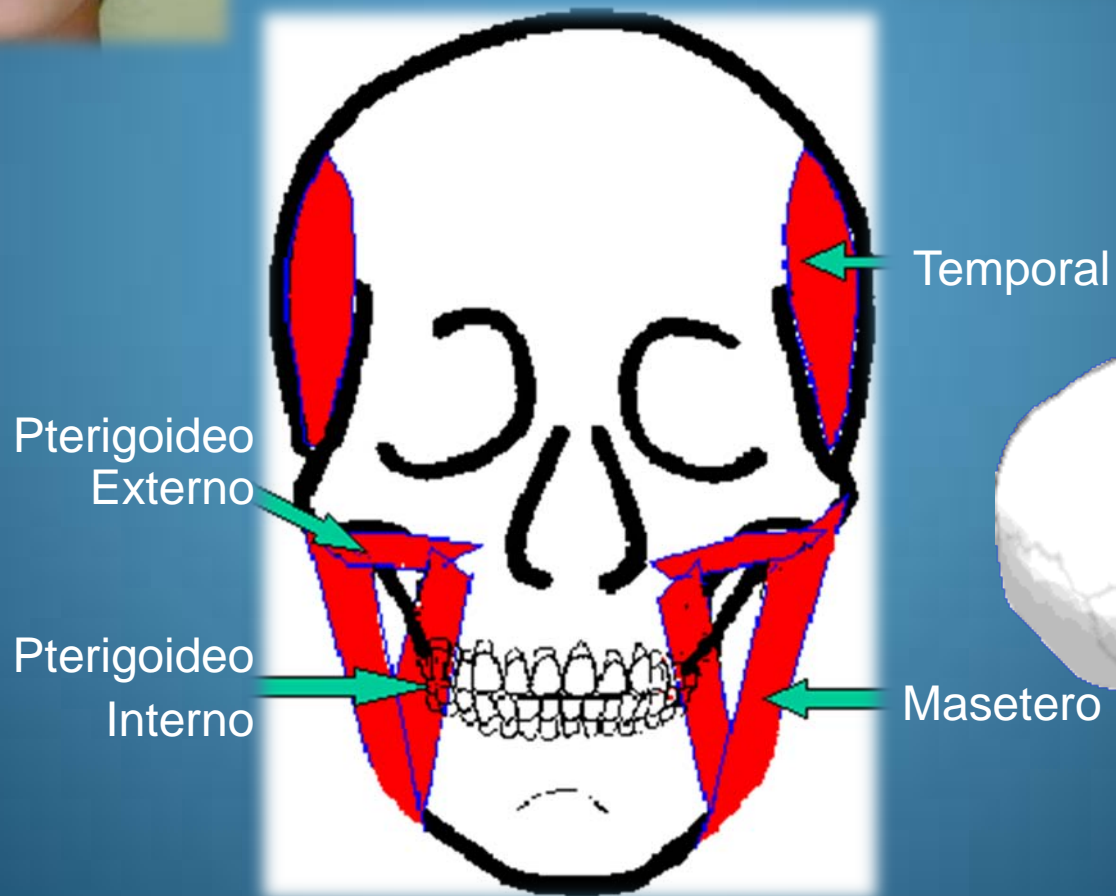
Frecuencia

Intensidad



**TTM**





La presencia de un niño con otalgia uni o bilateral, con otoscopía normal, debe orientar hacia una disfunción de la ATM, que afecta con mayor frecuencia a niños entre 10 y 15 años

Ante la consulta por un niño de 5 años que la mamá refiere que hace ruido fuerte con los dientes mientras duerme, igual que ella, respondo:

1. Es normal en los chicos, no tenés que preocuparte
2. El odontopediatra puede hacerle “una plaquita”
3. Vamos a hacer un análisis para descartar que no tenga parásitos
4. Le explico que es hereditario
5. **Averiguo si tiene dificultades para dormir**

# A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism

Journal of Orthodontics June 2013 vol. 40 no. 2 163-171



Existen pruebas convincentes de que el bruxismo del sueño puede ser inducida por la acidificación esofágica.

Las perturbaciones en el sistema dopaminérgico central también están implicados en la etiología del bruxismo

Investigation on pinworm infection and relative factors on prevalence among urban and rural preschool children in Xianyang City

Zhao LP, An R, Shi XL, Wang L, Li YK

Chinese Journal of Parasitology & Parasitic Diseases 2013, 31(4):262-263

- N= 886, edad 3-7 años
- Oxiuros 11.2% (99-886).
- Los principales síntomas de la infección por oxiuros incluyen prurito y bruxismo.
- *Multivariate logistic regression analysis showed that the hygiene habits such as washing hands before eating (OR = 0.180), drinking unboiled water and eating non-cooked food (OR = 2.473), cleaning perianal region frequently (OR = 0.836), cutting nails frequently (OR = 0.450), drying the quilt regularly (OR = 0.224) and health education (OR = 0.639) were the influence factors on pinworm*

# Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica Parasitosis intestinales



## Oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*)

No está demostrada su relación con síntomas que tradicionalmente se relacionan con oxiuriasis como bruxismo, enuresis nocturna o prurito nasal.



# Compromiso emocional

Diversos trabajos establecieron una relación directa entre alteraciones emocionales:



ansiedad  
depresión  
agresividad  
estrés



y la presencia de bruxismo.

# Estrés



- Examinando los niveles de catecolaminas en niños de 6 a 8 años con y sin bruxismo, concluyen que la epinefrina y la dopamina tienen una fuerte y significativa relación con el bruxismo.
- Estos datos proveen la información para soportar el concepto que el estrés emocional es un factor importante en el desarrollo del bruxismo.

# Conducta:



Según las características abajo descritas marque una cruz en la que mejor represente a su hijo (solo una)

calmo	Se considera un chico tranquilo	
ansioso	Se muestra preocupado o tenso ante posibles eventos como pruebas escolares, paseos, etc	
activo	Actividad física normal, es participativo en el ambiente familiar y fuera de él	
hiperactivo	Difícil de ser controlado por los padres y maestros, con elevada actividad física	

Ansiosos: B 25%; NB 3%

Test de Fisher:  $P < 0.0001$

## Significativa presencia de niños ansiosos entre los bruxómanos



Lobbezoo, F., Visscher, C. M., Ahlberg, J. Manfredini, D.  
**Bruxism and genetics: a review of the literature.**  
Journal of Oral Rehabilitation, 41: 709–714. Sep. 2014

- Incluyó 10/32 publicaciones
- 9 de ellos concluyeron que el bruxismo podría ser en parte determinado genéticamente.



El bruxismo manifiesta una disfunción del sueño fisiológico presentándose sobre todo durante el sueño ligero y también durante la fase REM.



Macaluso GM, Guerra P, Di Giovanni G, Boselli M, Parrino L, Terzano MG. Sleep bruxism is a disorder related to the periodic arousals during sleep. J Dent Res 1998; 77: 565-573.

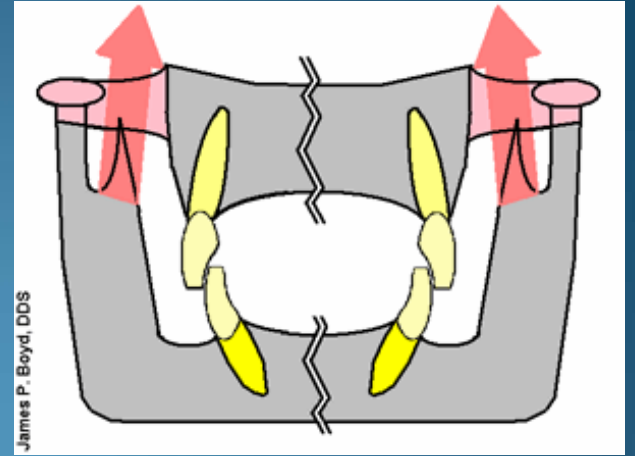
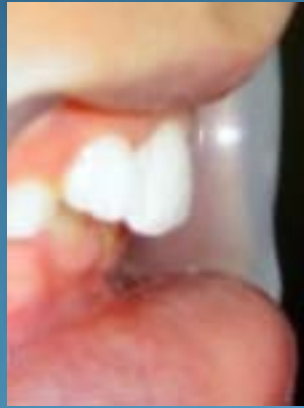


- Existe correlación entre disfunciones respiratorias del sueño y bruxismo.
- El bruxismo disminuye después de las cirugías de HAVA (25 a 7%).
- Los ORL deben ser conscientes que esta perniciosa alteración del sueño está asociado con la obstrucción de la vía aérea y deben considerarlo cuando evalúan HAVA

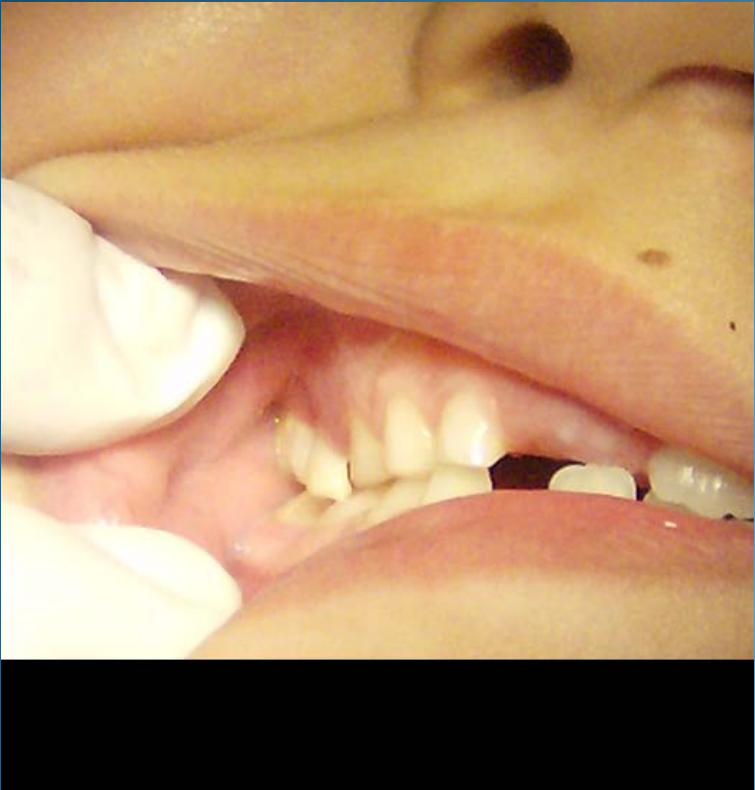
496  
preescolares  
(Brasil)

25,6% Bruxismo  
4,83% OSAS

Asociación entre  
Bruxismo y OSAS  
( $p < 0.001$ )

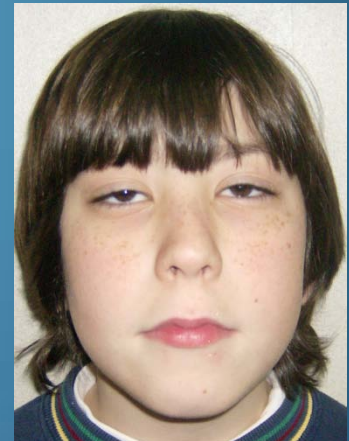






Se observó mayor prevalencia de bruxismo en niños con dentición primaria, vinculándose en ambas denticiones con:

- respiración bucal
- otras alteraciones del sueño
- dificultades de alimentación
- dolor de cabeza o/y oídos.







**Muestra**  
N= 134 Edad  $12 \pm 3$  (moda 14)  
Compromiso emocional 52,19%

**Con disfunciones y/o  
parafunciones: 96,09%**

Sin Disfunciones ni parafunciones:  
3,91%



**Disfunciones 78,35%**  
Deglución disfuncional 47,71%  
Respiración bucal o mixta 44,67%  
Masticación unilateral o anterior 29,44%

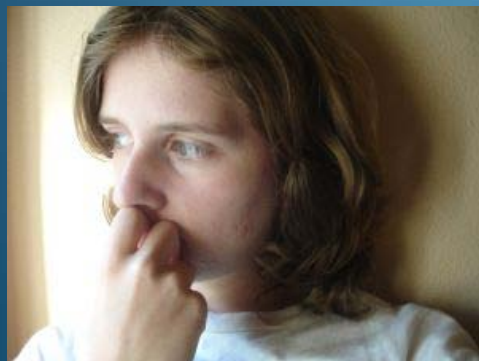


**Parafunciones 80,59%**

**Bruxismo 74,11%**

Mascar chicle 55,32%  
Onicofagia 47,71%  
Mordisqueo 27,91%  
Jugueteo mandibular 22,33%  
Succión 14,21%

Pudieron asociarse los síntomas de TTM con las disfunciones y las parafunciones, observándose alta prevalencia de ambas



# Complicaciones

Oral Health Policies American Academy of Pediatric Dentistry, 2007

- Desgaste dental
- Cefaleas
- Disfunción de ATM
- Dolor de músculos masticadores

Weideman CL, Bush DL, Yan-Go FL, et al. The incidence of parasomnias in child bruxers versus nonbruxers. *Pediatr Dent* 1996;18:456-460

# Frequency of Oral Habits, Dysfunctions, and Personality Traits in Bruxing and Nonbruxing Children: A Comparative Study

Cranio, Volume 31 Issue 4 (October 2013), pp. 283-290

Cortese S, Fridman D, Farah C, Bielsa F, Grinberg J, Biondi A

Edad media : 13.1 años, DS 1.6. 44% masculinos.

Entre bruxistas y no bruxistas no hubo diferencias en relación a edad ( $p=0.96$ ) ni sexo, ( $p= 0.14$ ) aunque los bruxistasA mostró 72.7% de femeninos

## Bruxismo:

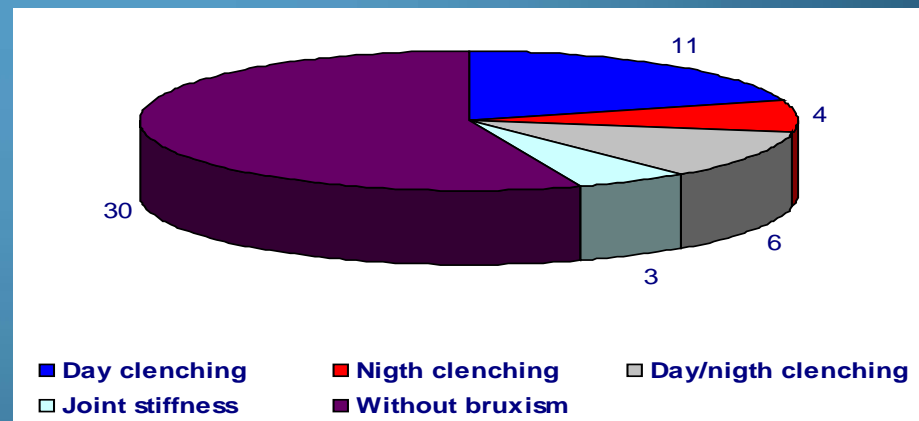
44.44% de los niños

7.4% nocturno

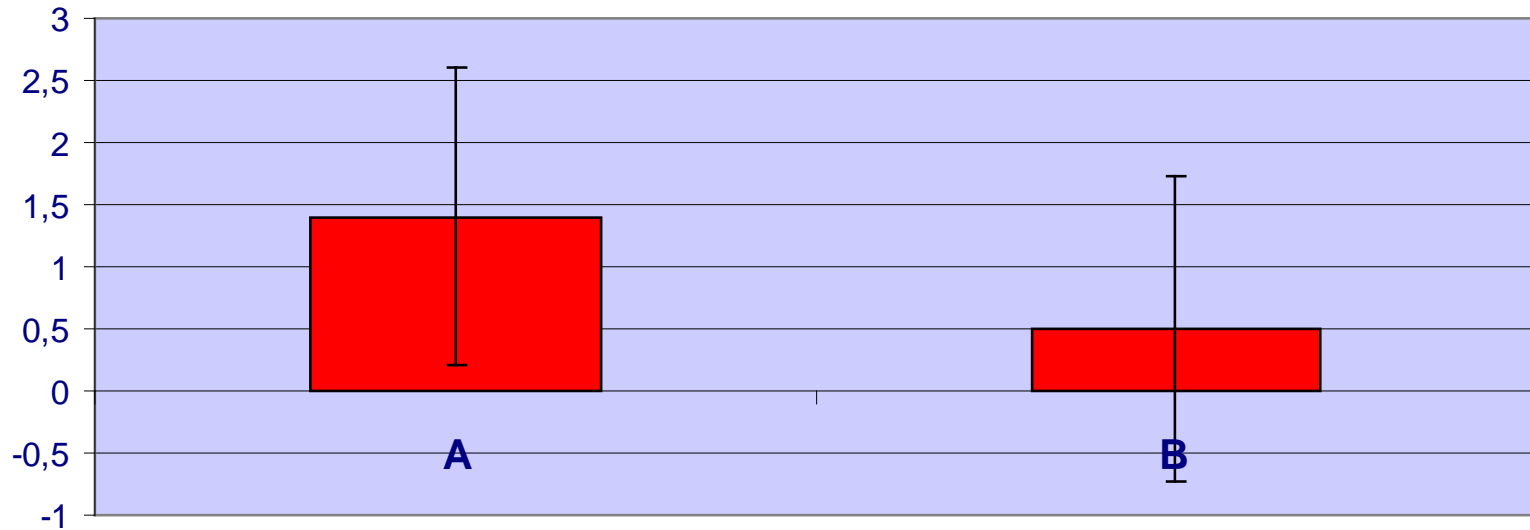
20.3% diurno

11.1% ambos.

5.5% dolor y/o rigidez mandibular matinal.

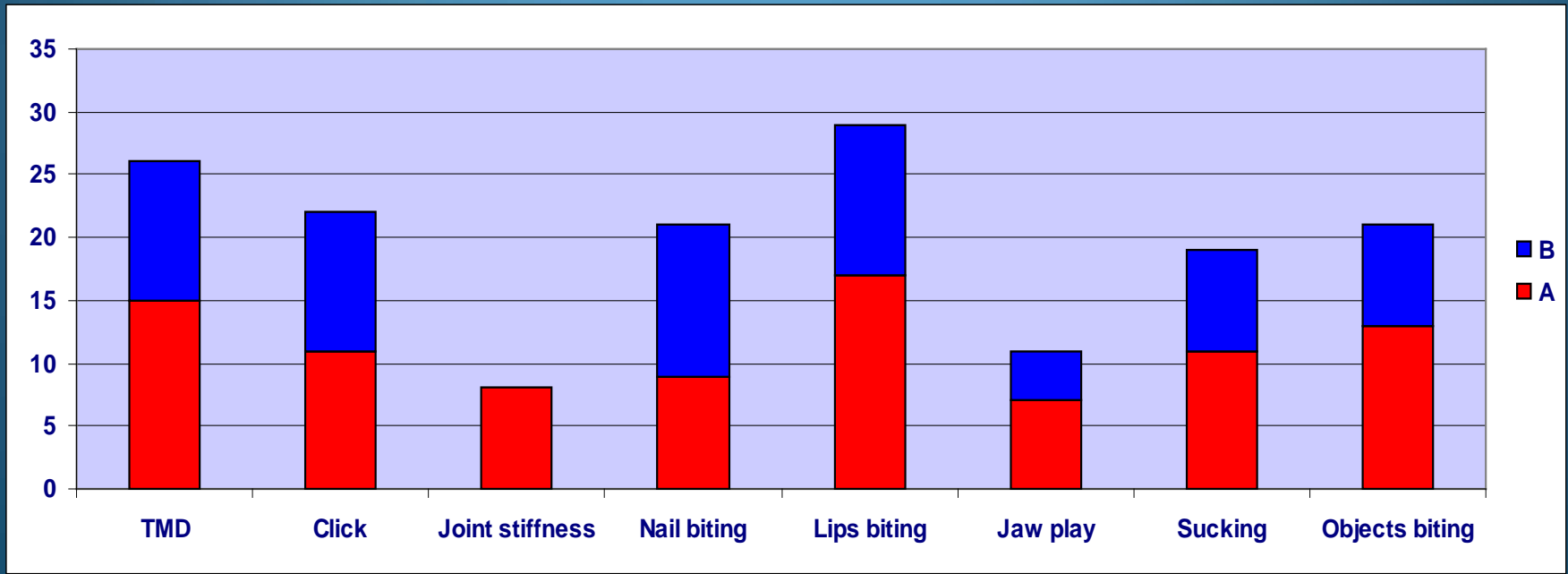


## Hours chewing gum

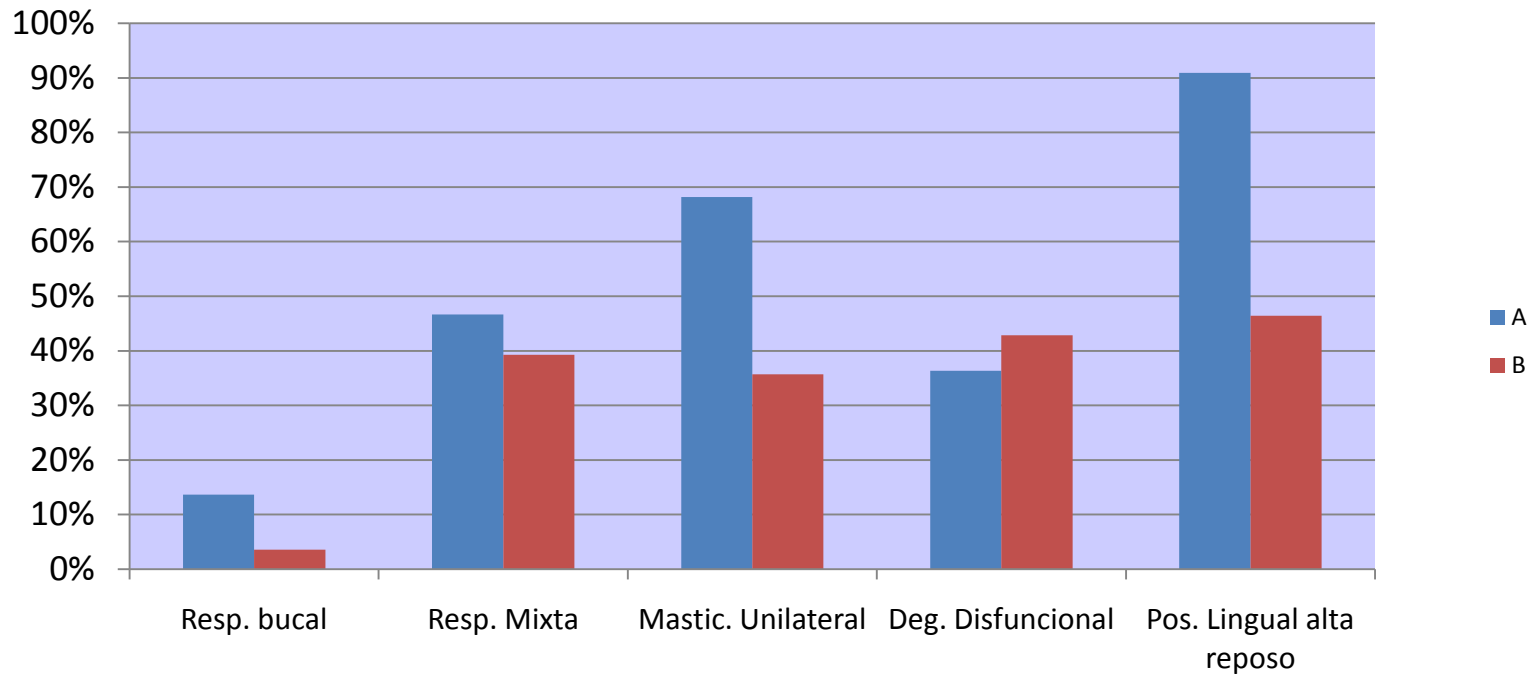


- En el grupo A (bruxistas) fueron más frecuentes los hábitos de mascar chicles ( $p=0.009$ ), mordisqueo de labios y carrillos ( $p=0.02$ ) y mordisqueo de objetos ( $p=0.037$ )

- Fue significativa la presencia de TTM en el grupo A (bruxista) ( $p=0.05$ ) OR 2.87 (0.95-8.74).







- Se hallaron diferencias significativas en A para masticación unilateral ( $p=0.04$ ) y posición lingual alta en reposo ( $p=0.002$ ), sin hallazgos en otras variables analizadas.



# Abordaje terapéutico

- Los síntomas reconocidos en los niños pueden persistir en la adultez.
- No existe tratamiento específico y cada sujeto debe ser individualmente evaluado y tratado.
- Son usadas tres alternativas terapéuticas: odontológica, farmacológica y psicoconductual.
- Educación
- Intermediarios oclusales
- Técnicas psicológicas
- Medicación

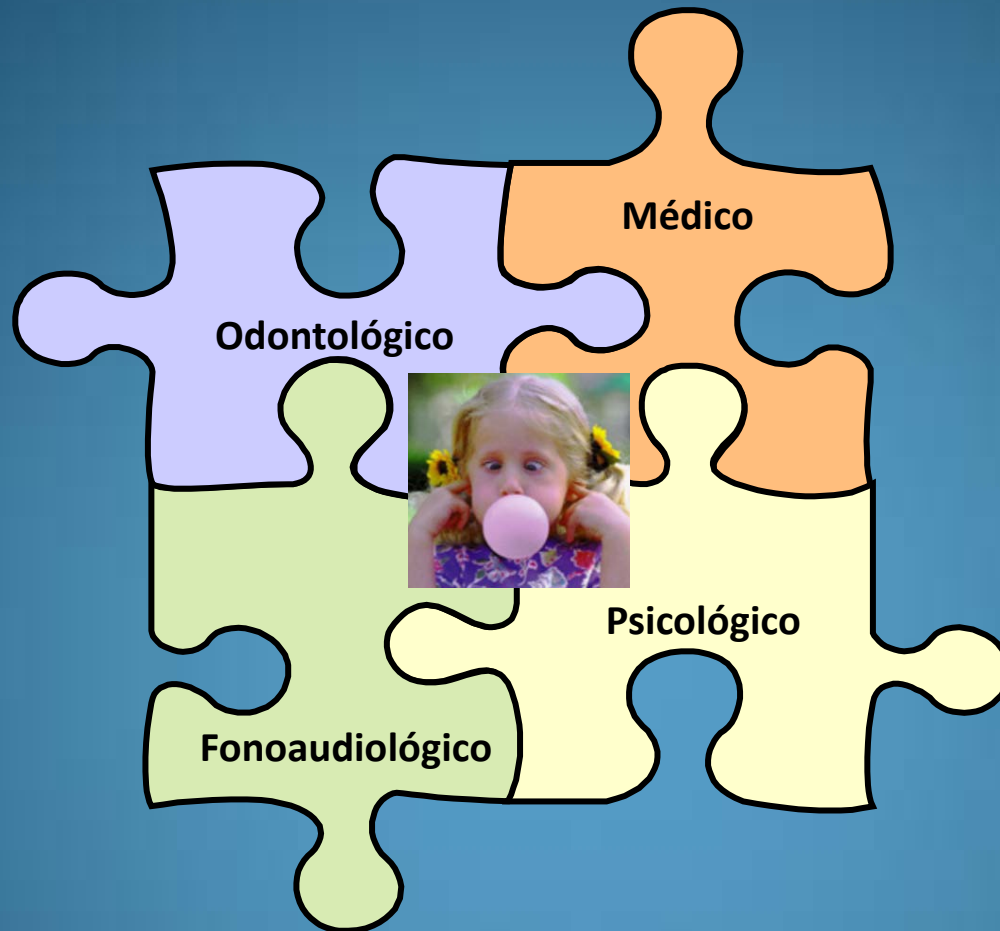
*Clinical Guidline on Acquired Temporomandibular Disorders in Infants, Children, and Adolescents. American Academy of Pediatric Dentistry, 2010*

*Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. REVIEW ARTICLE. Sleep Med Rev. 2000 feb;4(1):27,43.*

# Intermediarios oclusales

- Disminuir la contracción muscular protectora
- Modificar la posición condílea
- Aumentar la dimensión vertical
- Recordatorio para actividades parafuncionales e inhibidor de la actividad del SNC
- Efecto placebo





- Múltiples perfiles pediátricos.
- No confundir signos fisiológicos con patológicos.
- Abordaje integral e individualizado.
- Oportunidad de tratamiento.

En la Guardia:  
Qué hago con los dientes  
avulsionados?

Nicolás de 8 años sufrió un traumatismo en su casa. La mamá recoge el diente y llama inmediatamente al pediatra relatando que "se le salió un diente de adelante."



# Que recomendación daría a la mamá?

- 1- Que concurra de inmediato a su consultorio
- 2- Que concurra de inmediato a una guardia odontológica
- 3- Que la mamá tome el diente por la corona, lo reubique en su alveolo y concurra inmediatamente al odontopediatra
- 4- Que coloque el diente en agua y pida una cita con el odontopediatra
- 5- Que lave el diente con agua y lo reubique en su alveolo

Frente a un traumatismo (accidente)

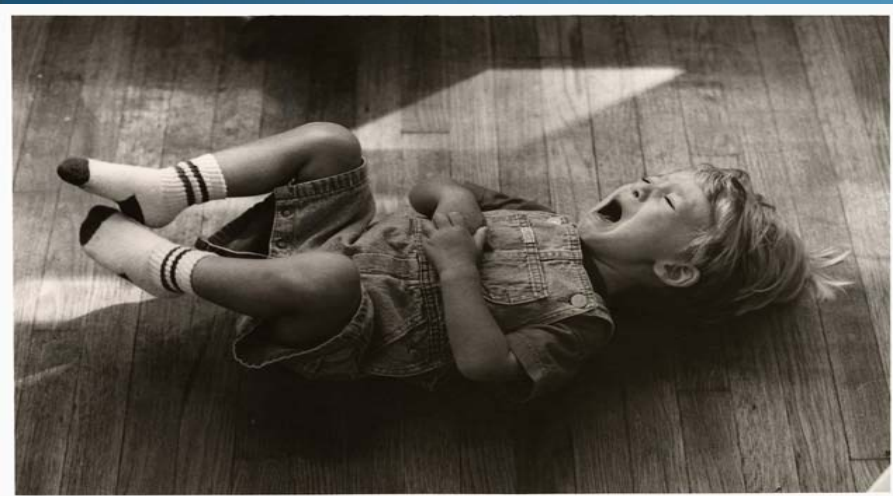


Tratamiento de urgencia





# Situación odontológica especial





# Etiología

## Preescolares

- Caídas
- Golpes durante juegos
- P.C o convulsiones
- Abuso infantil
  - 25.2 %

## Escolares

- Accidentes automovilísticos
- Caídas
- Peleas
- Deportes
- Trastornos convulsivos
- Desconocida

## Adolescentes

- Accidentes de tránsito
- Caídas
- Deportes
- Violencia física

# Epidemiología

## PRIMARIOS

- Incidencia: 4-40%
- Localización:  
Sector anterior  
ICS
- Edad: Entre 1½ y 2½ años
- Sexo: Varía de acuerdo a edad
- Tipo:  
74 % luxaciones

## PERMANENTES

- Incidencia: 10-40%
- Localización:  
Sector anterior  
ICS
- Edad: 8-11 años
- Sexo: masculino
- Tipo:  
fractura coronaria

El 60% de la población sufrirá de algún traumatismo durante su vida

3 de cada 4 traumatismos reportados suceden en la infancia

Al menos 3 billones de personas en el mundo han padecido algún trauma

Andreasen JO, Ravn JJ. The effect of traumatic injuries to primaryteeth on their permanent successors. A clinical and radiographicfollow-up study of 213 teeth. Scand J Dent Res 1971;79:284-94.

# Lesiones que afectan a:

- Tejidos de sostén del diente
- Tejidos duros del diente
- Tejido óseo
- Tejidos blandos

# Traumatismos dentición primaria

- Cuando un diente primario se lesiona



- La estrategia de tratamiento es dictada por las secuelas del diente permanente

S  
e  
c  
u  
e  
n  
c  
i  
a  
s

Alteraciones coronarias

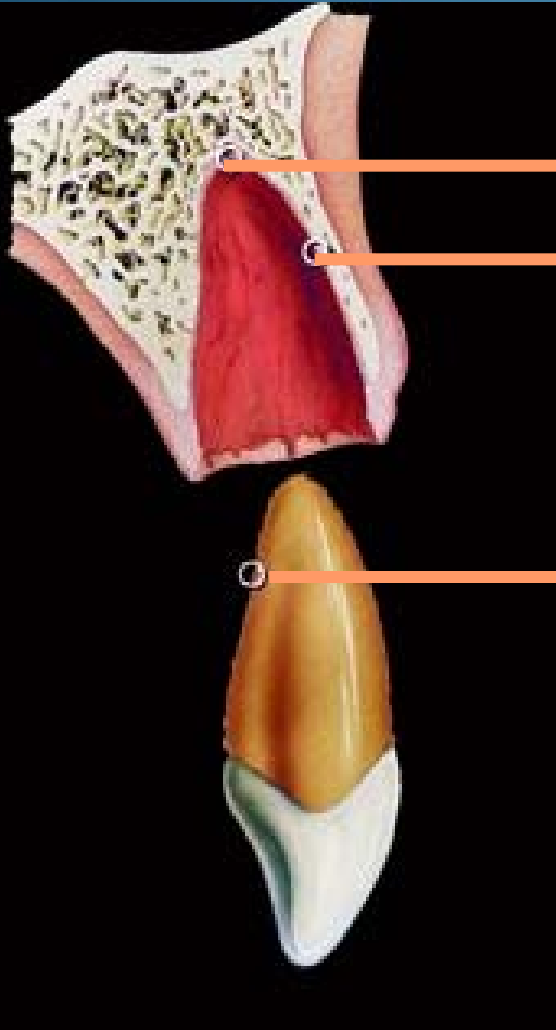
Alteraciones en la secuencia eruptiva

Alteraciones del desarrollo radicular

Alteración del desarrollo dentario

**Mayor riesgo:**

- Intrusión
- Avulsión
- Fractura alveolar



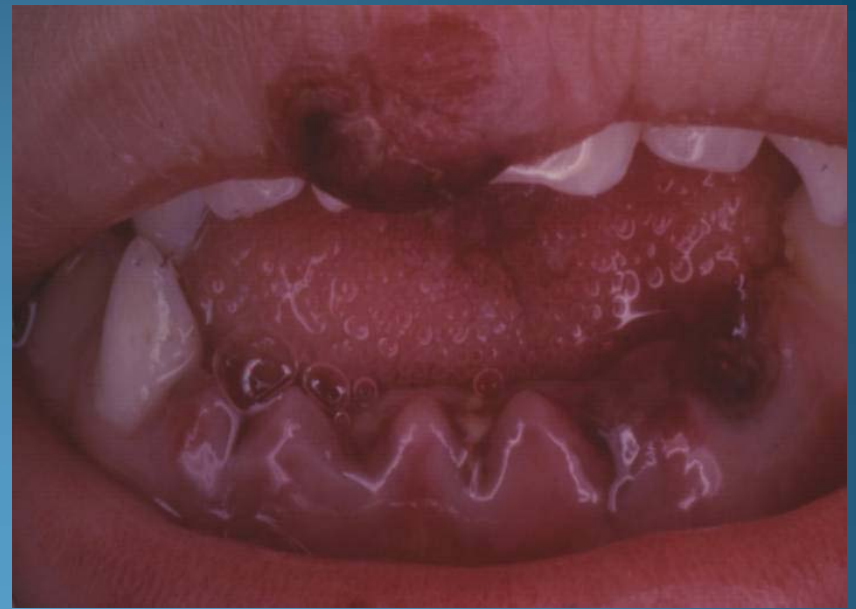
Ruptura del paquete vasculonervioso

Desprendimiento del LP

Exposición radicular completa / Alvéolo probablemente afectado



# Avulsión de dientes primarios



**NO REIMPLANTAR!**

Control de la Oclusión



# AVULSION DIENTES PERMANENTES

- Desplazamiento completo del diente de su alveolo
- Urgencia en odontopediatría
- Lesión grave
- Pronóstico: depende de tiempo transcurrido y decisiones en el momento del traumatismo
- Tratamiento de elección: reimplante inmediato, ferulización 15 días, vacuna antitetánica y ATB

International Association of Dental Traumatology.DENTAL TRAUMA GUIDELINES.Revised 2012

[http://www.aapd.org/media/Polices\\_Guidelines/E\\_Avulsion.pdf](http://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/E_Avulsion.pdf)



# AVULSION DE DIENTES PERMANENTES





PREVALENCIA

0,5-3%

Andreasen JO, Andreasen FM. Avulsions. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, editors. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*, 4th edn. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2007. p. 444–88.3



PIEZAS MÁS  
AFECTADAS: ICS

Marcenes W, Murray S. Changes in prevalence and treatment need for traumatic dental injuries among 14-year-old children in Newham, London: a deprived area. *Community Dent Health*. 2002;19:104-8.



**International Association  
of Dental Traumatology**

# DIRECTRICES PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DENTALES

[http: // www. iadt-dentaltrauma.org](http://www.iadt-dentaltrauma.org)

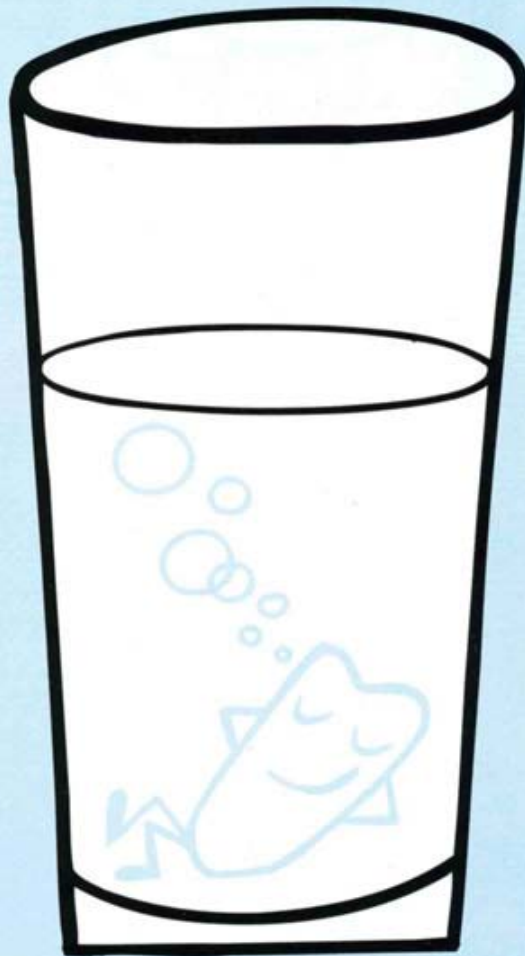
# Medios de transporte

- Diente transportado en medios adecuados:  
ph (6.6-7.8) y osmoloridad (230- 400 mosmol/kg)
  - Solución salina equilibrada de Hank
  - Leche
  - Solución salina
  - Saliva



Day P, Duggal M. Interventions for treating traumatised permanent front teeth: avulsed (knocked out) and replanted. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **20**:CD006542. Review.

Si no te fuera posible recolocar el diente, guárdalo en un vaso lleno de leche, o suero fisiológico.



Acude urgentemente al dentista, preferiblemente antes de una hora. En último extremo podrías llevarlo dentro de tu boca junto a la mejilla.



International Association of Dental  
Traumatology  
DENTAL TRAUMA GUIDELINES  
Revised 2012

- Protocolo para reimplante de piezas permanentes avulsionadas
- Indicaciones al paciente
- Controles clinico-Rx y seguimiento
- Manejo de las posibles complicaciones



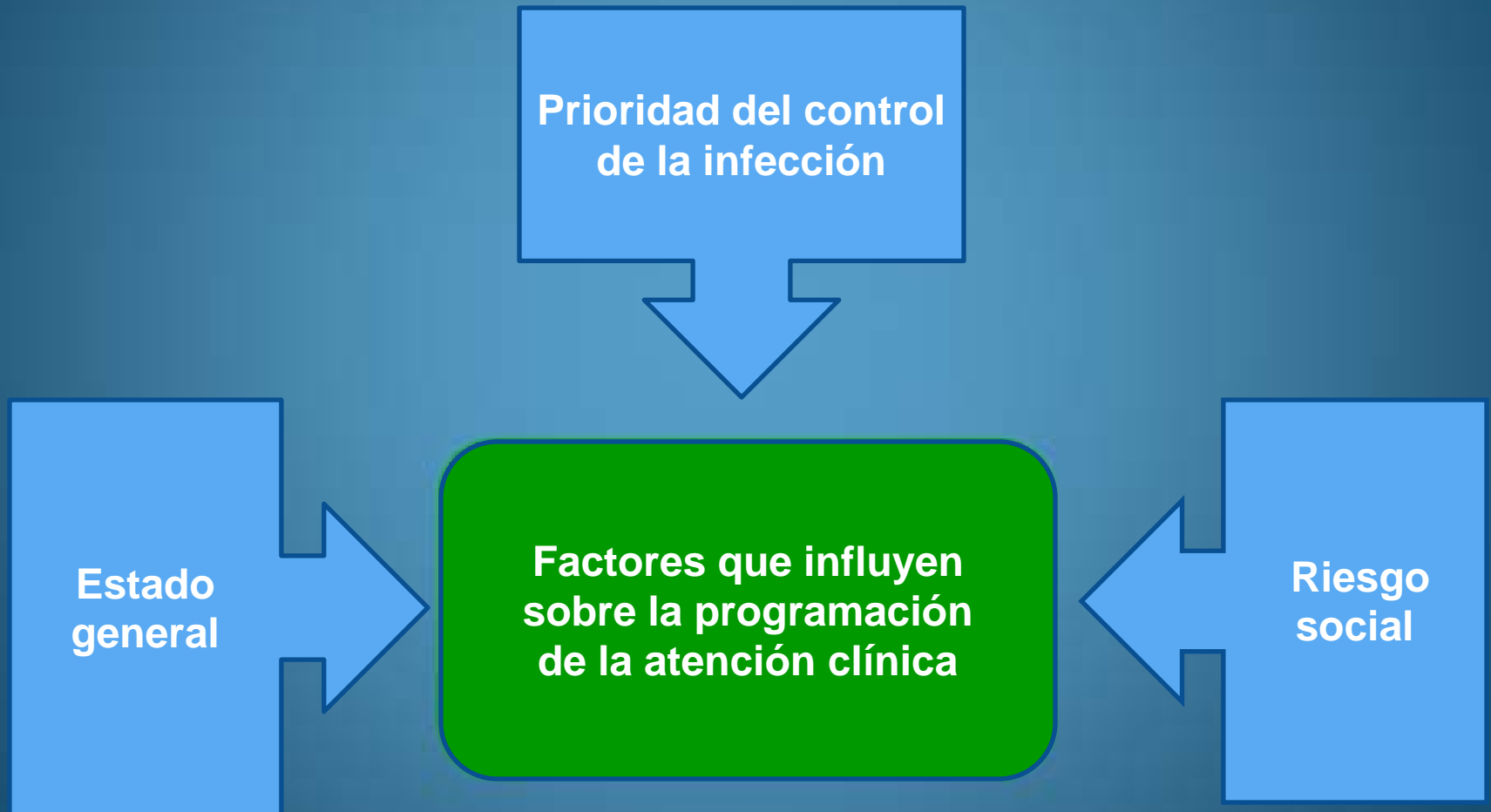
# Signos bucales de enfermedades sistémicas

Odontología en el niño  
inmunosuprimido

# Cual de las siguientes afirmaciones es verdadera:

- 1-El pediatra debe modificar el tratamiento cuando aparecen manifestaciones bucales
- 2-Derivar al odontopediatra cuando el paciente refiere dolor dentario
- 3-No derivar y que la familia decida si hace la consulta con el odontopediatra
- 4-Realizar interconsulta con odontopediatría lo más temprano posible
- 5-Solo derivar si hay signos bucales

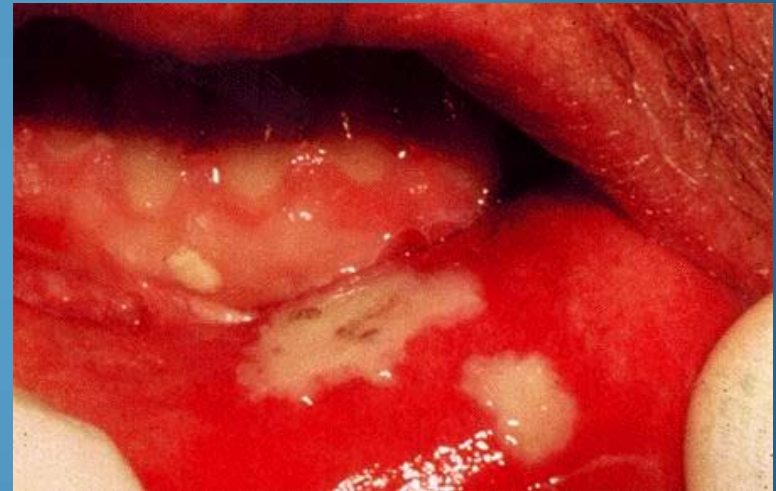
# Pacientes odontopediátricos con compromiso médico



# Alteraciones nutricionales

➤ Déficit vitaminas: A, B2, B3, C, Ac Fólico y Zinc

- Ulceraciones
- Queilitis angular
- Estomatitis
- Candidiasis
- Alteraciones del gusto
- Glositis
- Fisuras labios



Touger-Decher R, Mobley CM. Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. J Am Diet Assoc. 2003; May;103(5):615-25.

# Alteraciones hematológicas

- Anemia
- Trastornos de la hemostasia
  - *Ulceraciones*
  - *Equimosis*
  - *Gingivitis*
  - *Periodontitis*
  - *Hemorragias*

Martínez DSM, Villagrán UJ, Ajqui RR, Cervantes CK. Oral manifestations of Langerhans cell histiocytosis (LHC): Review of scientific literature and case report. Rev.Odont.Mex. Vol16, Nun 2, Abril-junio 2012, 123-130

# Anemia

## Manifestaciones bucales:

- Palidez mucosa
  - Sensación quemante
  - Eritema
- Hemorragias gingivales
- Glositis atrófica
- Candidiasis
  - Queilitis angular



# Alteraciones endócrinas

## ➤ Diabetes Mellitus

- *Engrosamiento parótidas*
- *Engrosamiento gingival*
- *Candidiasis*
- *Enfermedad periodontal*



Martínez, A; De la Cuadra, A; Donoso, J. Manifestaciones orales en pacientes diabéticos tipo I y II. Oral lesions in diabetic patients type I and II. *Odontol. chil*; (1994); 42(1):36-43.

Vernillo, A. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. 2003, obtenible en American Dental Association: [http://jada.ada.org/cgi/content/full/134/suppl\\_1/24S](http://jada.ada.org/cgi/content/full/134/suppl_1/24S)

# Alteraciones digestivas

## ➤ Enfermedad por reflujo gastroesofágico

### ■ *Erosión del esmalte*



Oginni A, Agbakwuru E, Ndububa D. The prevalence of dental erosion in Nigerian patients with gastro-oesophageal reflux disease. BMC Oral Health.2005; (5):1 -6.



# Enfermedades oncológicas

- El cáncer es la segunda causa de muerte en población infantil entre 1-14 años en los países desarrollados.
- 40% pacientes con diagnóstico de cáncer desarrolla manifestaciones bucales debido a los tratamientos recibidos.

- Leucemias
  - leucemia linfoblástica aguda
- Tumores del sistema nervioso central
- Linfomas
- Sarcomas de tejidos blandos
- Tumores renales

# Niños con tratamiento oncológico



# Niños bajo tratamiento con quimioterapia

- Mucositis con ulceración
- Hemorragias
- Infecciones



Sabater Recolons M.M., Rodríguez de Rivera Campillo M.E., López López J., Chimenos Küstner E. Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico: Pauta de actuación odontológica. Av Odontoestomatol. 2006; 22(6):335-342.

# Niños bajo tratamiento con radioterapia

- Alteración de estructuras dentarias
- Alteración de glándulas salivales
- Alteraciones de la mucosa bucal
- Osteorradionecrosis
- Trismo

Epstein JB, Silverman S Jr, Paggiarino DA, Crockett S, Schubert MM, Senzer NN, et al. Benzydamine HCl for prophylaxis of radiation-induced oral mucositis: results from a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Curr Oncol Rep.* 2002; 4(1):65-66.

# Niños con insuficiencia renal crónica y/o trasplantados

- Hipoplasia del esmalte
- Retardo en la erupción dentaria
- El pH salival elevado los protege de la incidencia de caries
- Estomatitis urémica
- Gingivitis



Jeffrey M Casiglia. Oral manifestations of systemic diseases.  
Extraído de: <http://emedicine.medscape.com/article/1081029-overview>.

Farge P, Ranchin B, Cochat P. Four-year follow-up of oral health surveillance in renal transplant children. *Pediatr Nephrol* 2006;21:851-5.

En vigilancia de la salud bucal durante 4 años de de pacientes con trasplante renal, encontraron significativa mejoría de la misma, observando que la educación estimula la demanda espontanea.

# Pacientes con VIH

- La presencia de lesiones bucales representan un indicativo importante del progreso de la enfermedad
- Se sugiere una evaluación exhaustiva y periódica de la cavidad bucal

Oral Symptoms of HIV/AIDS Infection in Children and Adolescents: Clinical Characteristics, Epidemiology, and Treatment Guidelines.  
Manifestaciones orales de la infección por VIH/sida en niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiología y pautas de tratamiento. Univ Odontol. 2011 Ene-Jun; 30(64): 37-50.



# CONCLUSION

Destacar la importancia de una evaluación temprana de patologías orales y de implementar medidas preventivas para el mantenimiento de la salud buco dental en pacientes medicamente comprometidos.

**Trabajar juntos ..... Es mejor !!!**



# 6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center  
Ciudad de Buenos Aires



- Piovano S , Bordoni N, Doño R, y col. Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) • Año 2008 Vol. 23 • N° 54/55
- Almeida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia *Pediatr Dent*. 2000 Jul-Aug;22(4):302-6.
- Tubert-Jeannin S, Auclair C, Amsallem E, et al. Fluoride supplements (tablets, drops, lozenges or chewing gums) for preventing dental caries in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art.
- Cortese S., Biondi A. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(2):134-138
- Clinical Guidline on Acquired Temporomandibular Disorders in Infants, Children, and Adolescents. American Academy of Pediatric Dentistry, 2010
- International Association of Dental Traumatology Dental Trauma Guidlines. Revised 2012
- Jeffrey M Casiglia. Oral manifestations of systemic diseases. Extraído de: <http://emedicine.medscape.com/article/1081029-overview>.