

Caries de primera infancia

RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

MARIANA | DOMINGUEZ

DEDICADO

A mis hijos Valentina, Delfina, Fermín y Trinidad que son la luz de mis ojos y a Mario mi esposo, compañero que me impulsó a realizar ésto, sin él no lo hubiera podido hacer, gracias, mil gracias, los amo a los cinco con toda mi alma.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer de corazón a todas aquellas personas que me ayudaron durante todos estos años, que hicieron posible realizar un sueño, mi sueño, ser odontopediatra.

A la Directora de la carrera, Stella, a Marta por su apoyo y cariño, mi director Sergio y mi co-directora Miriam, gracias por su ayuda, comprensión, y enseñanzas que me dieron.

A mis compañeros de cursada que me aceptaron como a una mas siendo yo sola la única que no pertenecía a la cátedra y me integraron desde el día uno.

A Majo, que esta especialidad luego de muchos años nos reencontró, y actualmente nos permitió trabajar juntas, nuevamente, gracias por tu apoyo y ayuda.

A mis compañeras del Hospital, Las Sbarritas, gracias por el aguante.

A Sandra, diseñadora y amiga de tantos años que me ayudó en este proyecto, y por último a mi familia, mis 4 hijos, a Mario, mis padres que sin ellos no podría haberlo hecho ya que cuidaron a los chicos y por el apoyo incondicional, sin ellos no hubiera sido realidad.



01.

RESUMEN

La **caries dental** según la O.M.S es un proceso patológico y localizado de origen externo, que se inicia luego de la erupción de las piezas dentarias, determinando un reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hacia una cavidad. Ésta es una de las afecciones más frecuentes en niños hasta el punto que el aumento de su prevalencia en muchos países es motivo de gran preocupación.

La presencia de una o más cavidades en niños menores de 72 meses se denomina **caries de primera infancia** (CPI). Actualmente es considerada un problema de la salud pública que afecta a infantes de todo el mundo.

La complejidad del proceso de caries dental en niños involucra factores socioeconómicos y culturales tales como la pobreza, condiciones de vida precaria, bajo nivel educativo de los padres, estilos de vida y limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios de la salud bucal. Este tipo de patología considerada de carácter prevenible. La salud bucal de los niños, en particular de aquellos en edad preescolar, marca un importante reflejo de inequidades en salud en la pública, constituyendo el grupo con mayores necesidades insatisfechas en salud bucal. La prevalencia de esta patología (CPI) es muy variable en los diferentes países del mundo en función de los factores culturales y étnicos.

La Caries de Primera Infancia es una patología que en la actualidad afecta a más de 600 millones de niños en el mundo. Tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pequeños y de su familia. En países en desarrollo la frecuencia varía entre 1 y 17% en niños preescolares, en países en vías de desarrollo la frecuencia a veces supera el 70%. (La Declaración de Bangkok de la IAPD, Caries de la primera infancia 2020).

Aunque la prevalencia de experiencias de caries en general ha sufrido una reducción en los últimos 50 años en la población de EEUU, la caries de biberón todavía es prevalente en niños de otros países. Se encontró una prevalencia del 31,8% en niños afroamericanos, un 82,8% en tailandeses, un 31,1 % en Brasil. (Bezerra da Silva, 2007). De este total, 18,7% son representados por caries de la primera infancia.



02.

DEFINICIÓN DE TIF

Este **trabajo integrador final** consiste en:

- la descripción de la enfermedad caries presente en el paciente,
- la profundización en la búsqueda de los factores de riesgo,
- la utilización de diferentes índices que permita desarrollar metodologías específicas con la indagación científica y clínica. Así determinar el estado bucal del paciente y establecer un plan de tratamiento integral personalizado, para la resolución de la enfermedad mediante la implementación de prácticas clínicas preventivas y curativas, para una paciente tratada en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNLP en la carrera de Especialización en Odontopediatría.

03.

INTRODUCCIÓN Presentación del problema

Como sabemos la caries dental resulta del desequilibrio existente entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante. Es una de las enfermedades crónicas más habituales en infantes, ya que es 5 veces más común que el asma, 7 veces más que la fiebre y 14 veces más que la bronquitis crónica. (Cardozo, Beatriz Juana, 2015).

Uno de los retos de la salud pública bucal es el conocimiento actualizado de las cifras sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades y alteraciones buco dentales en las poblaciones.

El contar con la información actualizada es un aspecto de suma importancia que nos ayuda a mejorar la salud de la población a través de políticas y programas de salud pertinentes, así como para realizar evaluaciones del impacto de éstas. Según diferentes reportes epidemiológicos, la prevalencia de caries de primera infancia es de aproximadamente 70% en países en vía de desarrollo, y del 1% al 12% en países desarrollados. (Chavarría, N., 2013). Por ello es de gran relevancia conocer la situación particular de este grupo de niños, para ser tomada en cuenta por los planificadores de salud, debido a que por su vulnerabilidad y dependencia de los adultos, se requieren medidas especiales que aseguren que las necesidades de salud de los niños sean detectadas e intervenidas a tiempo.

La evidencia epidemiológica sugiere la existencia de diferentes variables asociadas a la caries dental como por ejemplo edad, sexo, etnicidad, actitud de la madre, presencia de defectos de desarrollo del esmalte, placa bacteriana, atención dental, presencia de dolor, así también como diversos indicadores de posición socioeconómica.

Todo lo anteriormente mencionado se evaluará en una niña, que acudió a la consulta por presencia de caries. Se determinará el nivel de riesgo y la presencia de actividad con el propósito de tratar de resolver su patología y llevar tanto a ella como a su familia a un bajo nivel de riesgo y lograr un cambio a nivel bucal en relación a distintos factores (dieta, higiene, entre otros).



OBJETIVOS

Objetivo General

- Profundizar sobre los aspectos generales y específicos de Caries de Primera Infancia en relación a un caso clínico valorando un aporte original al tema en estudio.

Objetivos Específicos

1 Determinar y caracterizar la patología caries en relación a su localización, piezas dentarias afectadas y tipo de caries.

Detectar factores de riesgo en relación a la dieta, higiene, entorno familiar y uso de medicamentos.

2

3 Desarrollar un proceso de innovación o sistematización de conocimientos de acuerdo a la búsqueda bibliográfica en el tema de caries de primera infancia en la atención de la clínica integral.

4 Establecer y ejecutar una historia clínica específica y detallada.

5 Realizar los índices necesarios.



05.

DIAGNÓSTICO

Se abordará un **caso clínico** de una paciente de 4 años y 11 meses de edad que se presentó con policaries a la consulta, con un estado bucal deficiente e higiene defectuosa.

06.

MARCO TEÓRICO

Según la O.M.S. el **concepto de enfermedad** es la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas en general conocidas, manifestado por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. (Manual de Capacitación NPHW, módulo 1, 2015).

En este sentido, define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones en si.

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial que comparte numerosos aspectos etiológicos (Bordoni, 2010), en la actualidad es una de las afectaciones más frecuentes hasta el punto que el aumento de su prevalencia en muchos países es de gran preocupación.

La palabra caries proviene del latín, "carĭes"; su significado es podredumbre, dicha patología produce la destrucción de la superficie dentaria. Es una de las enfermedades más frecuentes del hombre, y ha experimentado un rápido incremento a la continua transformación del modo de vida y de la alimentación.

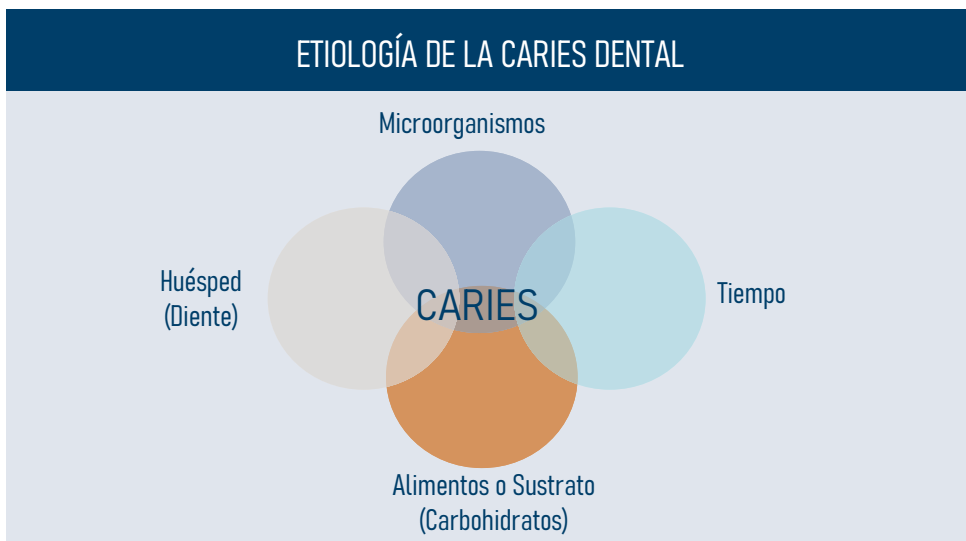
La definición de caries ha mostrado grandes diferencias, enfoques a lo largo del tiempo, analizada desde el punto de vista morfológico, es una patología que produce la destrucción de la estructura del diente.

Desde el punto de vista sociológico es una enfermedad bio social dependiendo de la calidad y condiciones de vida de un determinado grupo poblacional, y también se la considera como una enfermedad infecciosa dependiendo de una dieta, rica de azúcar, entre otras características.

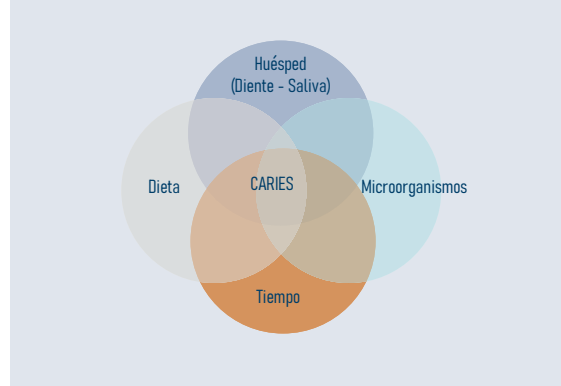
Es una enfermedad infecciosa crónica, no transmisible, aunque si en esta hay una transmisión de la microbiota necesaria para el desarrollo de dicha enfermedad, estas bacterias interactúan con la biopelícula adherida a la superficie dentaria y causa la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por ácidos de los depósitos microbianos adheridos al diente. La odontología ha caminado conjuntamente con la ciencia de salud y la medicina tratando de inculcar la importancia de la concienciación de lograr o conseguir un diagnóstico temprano de la enfermedad. Hoy en día es de gran importancia entender que un diagnóstico oportuno de las lesiones cariosas y otras enfermedades bucales, permite actuar de forma preventiva mejorando la salud y la calidad de vida del individuo, lo que lleva a poder actuar antes que se produzcan consecuencias mayores, y tratar de realizar y actuar de forma preventiva mejorando la salud.

Es importante realizar un examen adecuado y minucioso, utilizando todos los métodos de diagnóstico que sea posible, para obtener y registrar los procesos cariosos existentes y ver el grado de estadio de desarrollo de cada proceso para poder resolverlo lo mas eficazmente posible y lograr realizar un buen plan de tratamiento.

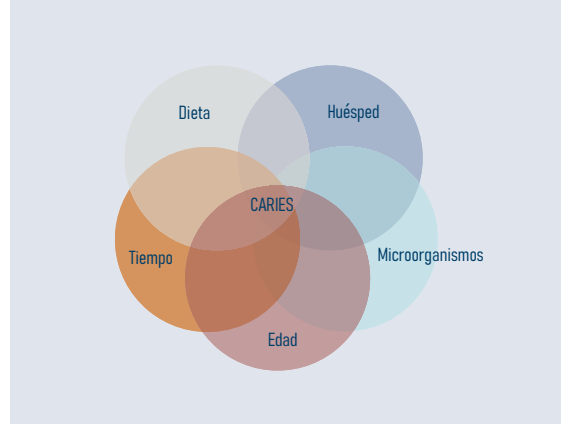
En cuanto a su etiología fue cambiando de una teoría muy sencilla en la cual se involucran o relacionan solo pocos factores a teorías más complejas (gráficos 1,2 y 3) en las cuales los factores son de origen multifactorial.

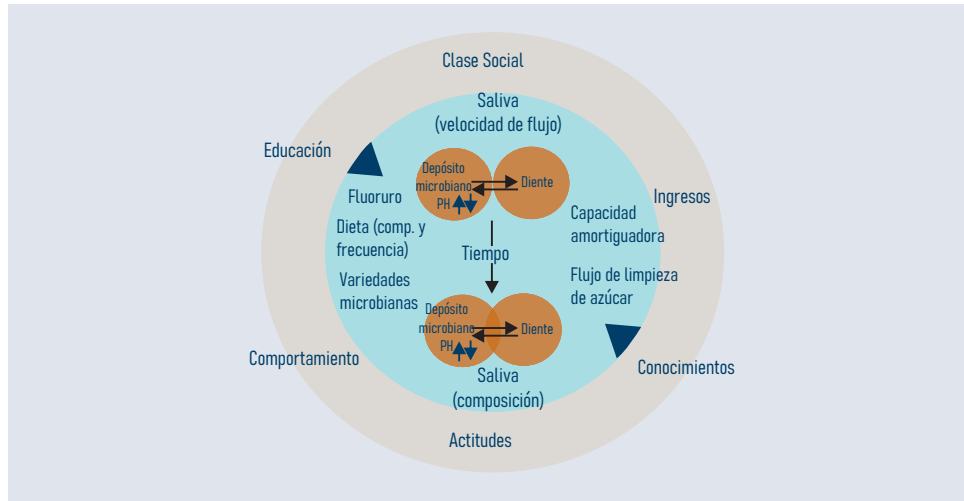


MODELO DE KEYES MODIFICADO O ESQUEMA TETRAFACTORIAL DE NEWBRUN, 1978.



GRÁFICA PENTAFACTORIAL (URIBE-ECHEVARRÍA Y PRIOTTO, 1990).





profilácticas, lograr la re mineralización de estas manchas y lograr preservar la estructura dental, retardando o eliminando la necesidad de realizar una restauración. Los métodos de diagnóstico, ya sea clínico visual y visual-táctil son los más utilizados en la actualidad. Existen numerosos sistemas y criterios para la identificación de las diferentes fases del proceso del desarrollo de la caries, entre ellos tenemos: ERK (Ekstrand, Ricketts, Kidd criteria), sistema ICDAS (International Detection and Assessment System), el Nyvad y el sistema DSTM (Dundee Threshold Method for Caries Diagnosis). Los criterios usados dentro estos sistemas se muestran en la siguiente tabla (Según Lea da Silva).

Por lo tanto, la caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de tejidos duros dentarios provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental, asociada todo esto a distintos factores (presencia de bacterias cariogénicas, susceptibilidad genética, y diferentes condicionantes biológicos o ambientales). Cada uno de estos factores van a incidir de forma positiva o negativa y, así, podemos observar pacientes con un riesgo microbiológico alto pero con características salivales o ambientales favorables, por lo que el riesgo a poseer caries comienza a disminuir o bajar. (Barberia Leache Quesada, 2001). Como se sabe, el proceso carioso se inicia con una disolución mineral de la superficie, este proceso es una fase subclínica, o sea, no se puede observar a simple vista. Cuando esta progresa, la lesión comienza a hacerse visible y aparece la mancha blanca, lesión inicial. Si ésta es detectada precozmente es posible, con medidas

Sistema ERK	Sistema ICDAS	Criterio de Nyvad	Sistema DSTM
Ninguna sutil alteración en la translucidez del esmalte posterior al secado prolongado con aire (>5 seg).	Diente integro	Diente integro	Superficies intactas
Opacidad o pigmentación difícilmente visible en la superficie mojada, pero notable posterior al secado con aire.	Primera alteración visible en esmalte	Activa (superficie intacta)	Lesión de pigmentación blanca
Opacidad o pigmentación notable sin secado con aire.	Alteración distinta visual en esmalte visible en esmalte	Activa (discontinuidad de la superficie)	Lesión de pigmentación oscura
Cavidad localizada en el esmalte opaco o pigmentado y/o sombreado de la dentina subyacente.	Cavidad localizada en esmalte	Activa (superficie cavitada)	Cavidad en esmalte
Cavidad en esmalte opaco o pigmentado exponiendo la dentina.	Sombreado de la dentina subyacente	Inactiva (superficie intacta)	Lesión en dentina (no-cavitada)

	Cavidad evidente con dentina visible	Inactiva (discontinuidad de la superficie)	Dentina cavitada involucramiento pulpar
	Cavidad extensa evidente con dentina visible	Inactiva (superficie cavitada en dentina)	Inactiva (superficie cavitada en dentina)
	Caries secundaria	Caries secundaria	Caries secundaria

Según Greene Black, padre de la odontología, propuso una clasificación de las cavidades dentales que ha sido universalmente aceptada. Esta clasificación, se basa en la localización, el grado de afectación del tejido dentario, la pieza afectada y la evolución de la lesión cariosa.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES CARIOSAS	Clase I: Molares o premolares. Localizadas en zona de fosas y fisuras.
	Clase II: Dos o más superficies de una pieza. Suelen realizarse cuando existen caries proximales en molares y premolares.
	Clase III: Incisivos y caninos: cuando hay una lesión que afecta a las superficies proximales de esas piezas y el borde incisal no está afectado.
	Clase IV: Incisivos y caninos, borde incisal. Cuando hay una lesión que afecta a las superficies proximales de esas piezas y el borde incisal está afectado.
	Clase V: Superficies lisas vestibulares o palatinas, son la caries llamadas de cuello o abrasiones del esmalte.
	Clase VI: Este tipo no es tan recogido por Black, hace referencias a las lesiones que afectan a las cúspides de un diente posterior o a la superficie incisal de un diente anterior.

Otra clasificación fue realizada por Mount y Hume (1997, 1998) ha ideado un sistema para la clasificación de las cavidades que vincula la localización, el tamaño y la susceptibilidad.

Reconoce **tres localizaciones:**

- A) puntos y fisuras, **zona 1,**
- B) aéreas de contacto o proximales, **zona 2,** y
- C) aéreas cervicales, **zona 3.**

El **tamaño de de la lesión** es considerada como:

- 1) lesión inicial, con posibilidad de remineralización profesional,
- 2) lesión de caries, más allá de la remineralización,
- 3) cúspides socavadas por caries o posible fracturas cúspidea debido a caries y,
- 4) pérdida de la cúspide o del borde incisal.

La clasificación de las cavidades reúne ambos criterios construyendo un índice compuesto que fue revisado incluyendo la categoría de no hay cavidades expresada con el cero (Mount et al., 2006; Chalmers, 2006).

SEGÚN EL TAMAÑO SE DIFERENCIAN 5 NIVELES	0) Lesión activa sin cavidad que representa la etapa inicial de la desmineralización, como la mancha blanca. No requiere tratamiento restaurador. El tratamiento recomendado es la re mineralización y/o sellantes.
	1) Lesiones con alteración superficial que ha progresado y donde la re mineralización resulta insuficiente y se requiere tratamiento restaurador, con técnica mínimamente invasiva.
	2) Lesión moderada con cavidad localizada , la que ha progresado a dentina sin debilitar la cúspide. Requiere tratamiento restaurador.
	3) Lesión avanzada con cavidad que ha progresado en dentina produciendo debilitamiento de la cúspide. Requiere tratamiento restaurador.
	4) Lesión avanzada con cavidad que progresa al punto donde hay destrucción de una o más cúspides. Requiere tratamiento restaurador, es una cavidad extensa para restauración indirecta para el restablecimiento de la función y el reforzamiento de la estructura dental remanente.

Aún no existe un método ideal que pueda ser aplicado en todas las situaciones con éxito y seguridad. A pesar de los nuevos métodos, la inspección visual sigue siendo el método de elección. Con el uso de la ciencia de forma apropiada y con prácticas preventivas, la caries dental puede ser prevenida, diagnosticada en forma temprana ,o aún controlada, por eso es tan importante el conocimiento de esta enfermedad bucal.

Cuando esta patología afecta a niños menores de 72 meses se denomina **caries de primera infancia (CPI)**, este tipo de caries actualmente se considera un problema para la salud pública ya que afecta a los infantes de todo el mundo. (Elisa O. da Sánchez, 2010).

Se caracteriza por ser una patología de aparición súbita, que altera las piezas dentarias de los niños dentro del rango de edad nombrado anteriormente.

Generalmente afecta varios dientes, es de rápida evolución y destruye la corona del diente, y presenta un patrón de instalación dental definido respetando la secuencia eruptiva. Las piezas dentarias afectadas por esta patología presentan un aspecto variado, desde pequeñas desmineralizaciones hasta la pérdida de toda la estructura coronaria. Las piezas mayormente afectadas son los incisivos superiores ya que el flujo salival en esa zona es menor, el sellado labial también es menor ya que aun no está desarrollada la musculatura, y todo esto promueve a que la saliva que rodea a estas piezas se "evapore" y las piezas dentarias no posean una humedad adecuada.

Otro factor a tener en cuenta es la punta del biberón la cual produce un boqueo en el acceso de la saliva en la zona de los incisivos.

A lo largo de los años o a medida que las investigaciones evolucionaron, fue llamada de varias maneras, “caries de biberón”, “caries de lactante”, “caries de la botella de crianza”, entre otros, luego se vio que era un proceso multifactorial que no sólo dependía de la toma de mamadera y se la denominó caries de primera infancia (CPI); es un proceso dinámico que se desarrolla en el diente en íntimo contacto o relación con los depósitos microbianos causantes de la enfermedad, lo que conlleva a la pérdida de minerales y una progresiva destrucción localizada de los tejidos duros del diente.

En 1962 se las llamó **Caries de Biberón**, este término lo estableció Elías Fass para describir el proceso de caries en el infante, relacionando sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo. Este término con el correr de los años fue modificado hasta que en 1994 se las denominó **Caries de Primera Infancia (CPI)** por ser una denominación más específica, ya que no sólo se la vincula con el uso del biberón como factor único etiológico.

Como se dijo anteriormente, una de las primeras causas estudiadas en lo que se refiere CPI fue la lactancia, atribuyéndole primeramente su etiología. El amamantamiento de los niños es de suma importancia, sabiendo que aproximadamente el 71% de las madres amamantan hasta los 3 meses de edad, el 47% hasta los 6 meses y un 24% hasta el año del bebé. Su etiología como se dijo no es la lactancia sino que se vio que en un individuo hay más microorganismos que habitantes en todo el planeta Tierra. (Slavkin 2000).

Con relación a la microbiota bucal cariogénicas, se debe ver el papel fundamental de los **Streptococos** del grupo mutans en lo que se refiere a la iniciación de caries dental. Esos microorganismos, acidogénicos, (producen ácidos), sobreviven en un pH ácido, se transmiten verticalmente de los cuidadores, generalmente la mamá de los niños, por medio de contacto directo o

indirecto transmisión horizontal, por otros miembros de la familia, o por otros niños.



Los niños comenzaron a ser comprendidos sólo a comienzo del siglo xx, cuando sus experiencias y conductas fueron analizadas por primera vez.

La familia fue y continúa siendo una unidad fundamental, y tiene como función principal facilitar el crecimiento y desarrollo físico, psíquico y emocional del niño. Anteriormente se los consideraba una carga y se justificaba su abandono, castigo, aún a veces su asesinato. Al avanzar y evolucionar, el hombre adoptó la posición erecta y la mujer comenzó a tener a sus niños en brazos, a dedicarse a su cuidado, con un sostén activo, y creando un vínculo estrecho entre madre-hijo que se mantiene en la actualidad. (Fernández de Preliasco, 2009). En los siglos XVII y XVIII cambió la actitud de los padres hacia los hijos y sobre la forma de su crianza, mientras que en los siglos XV y XVI la relación de los niños y sus progenitores era totalmente distante, no había un vínculo de cariño, afecto; era condenable las muestras de afectos ya que se consideraba que estas muestras de amor servían para malograr al pequeño.

El contacto inicial con sus padres y mayormente con su madre es fundamental y esencial para la creación de un vínculo. Éste se crea cuando existe una buena relación madre-hijo que se realiza a través de la alimentación, o sea a través de la boca y los contactos corporales. Esta situación, el amamantamiento, es repetida de seis a doce veces diarias durante el primer mes de vida; al mismo tiempo, con el se va generando confianza en el bebé. Por lo tanto la llegada del bebé a una familia marca un antes y un después en la vida de cada uno de nosotros, siendo esto uno de los capítulos más importantes de nuestras vidas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna es necesaria siempre que se pueda, iniciarla en la primera etapa, posterior al nacimiento del bebé, y tratar que sea exclusiva hasta los seis meses de edad, luego bajo la supervisión del médico pediatra se deben ir incorporando alimentos sólidos, conjuntamente con la lactancia, la cual debería extenderse hasta los dos años de edad.

Cuanto más tiempo la madre mantiene la lactancia materna, mejor será para la criatura, ya que el valor nutricional de la leche materna es insustituible en todos los aspectos, principalmente por su gran CALIDAD.



Hay madres que deciden amamantar hasta edades muy avanzadas, ya que estos niños por lo menos realizarán de 2 a 3 mamadas diarias, muchas veces duermen con su madre tomando continuamente el pecho durante toda la noche; estos niños tienen altas probabilidades de desarrollar caries. Esto no quiere decir que hay que estimular a la eliminación de la lactancia ya sea natural o artificial, sino que se debe, posteriormente a la erupción de las piezas dentarias, higienizar mecánicamente los dientes del pequeño.

Es de gran necesidad instruir, informar y estimular a las mamás a realizar la lactancia, sea cual sea, en forma correcta, eficiente.

Es fundamental orientar a las madres que la leche materna es capaz de hidratar a su hijo por eso su gran importancia, además de ser el mejor alimento ya que provee energía, nutrientes para el desarrollo y crecimiento del recién nacido, protegerlo de infecciones, acondicionar el tracto gastrointestinal, siendo imprescindible para el desarrollo psíquico y afectivo del bebé, favorecer el desarrollo de la oclusión y evitar la aparición de hábitos nocivos de succión.

Con la lactancia el niño recibe grandes concentraciones de inmunoglobulinas, factores de protección y de ácidos grasos esenciales que favorecen a su adaptación al medio y un rápido crecimiento de estructuras y tejidos nerviosos. Con las mamadas frecuentes, consigue un contacto reiterado con su madre que también es esencial para el desarrollo. La leche materna cambia y se va adaptando a las necesidades del bebé. El niño recibe gran contenido de proteínas, aminoácidos esenciales de inmunoglobulinas y factores de protección que colaboran con su crecimiento y maduración extrauterina.

La leche materna no es sólo un líquido sino que es considerado un tejido vivo, contiene células provenientes de la sangre materna, linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales en concentración aproximada a 4000mm³.



La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasa, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas, las cuales se encuentran en concentraciones ideales para el desarrollo del niño.

Las Ig son las responsables de la inmunidad humoral.

En el calostro las Ig A y M tienen concentraciones muy altas que luego disminuyen a los 4 o 5 días cosa que no ocurre con la Ig. G. (Fernández de Preliasco, 1995)

La lactancia aporta al niño todas las sustancias nutritivas que le permiten cubrir sus necesidades, es un alimento completo, le otorga protección, controla agentes patógenos presentes en el entorno inmediato al recibir de su madre anticuerpos, proteínas y células inmunitarias.

En 1990 en forma conjunta la O.M.S y la UNICEF concluyeron en estimular y fomentar la lactancia materna, tratando que sea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, como se dijo anteriormente, ya que se considera mejor que las fórmulas comerciales; es bacteriológicamente segura, contiene diferentes factores anti infecciosos, es menos alergénica, el niño posee menos posibilidades de sobre alimentación, promueve el correcto desarrollo de la mandíbula, estimula la relación madre-hijo, etc. (Rotemberg Wilf, 2010). Esta organización (O.M.S) definió a la lactancia exclusiva como aquella alimentación basada en su totalidad en la ingesta de leche materna sin el agregado de otro alimento o bebidas ni agua.

Encontramos DIFERENTES TIPOS DE LACTANCIA:

- lactancia exclusiva
- lactancia materna predominante
- lactancia materna parcial
- lactancia materna simbólica

La leche materna tiene un efecto anticariogénico, ya que cubre a las superficies dentarias y reduce la retención de azúcares y de la placa bacteriana, al cambiar la actividad de la superficial del esmalte. Las grasas además pueden tener efectos tóxicos sobre las bacterias orales y disminuye la solubilidad de los azúcares.

El efecto de la leche se le atribuye a la caseína, una fosfoproteína que tiene la capacidad para disminuir la actividad glucosil transferasas, los péptidos de la caseína se incorporan a la película adquirida reduciendo las propiedades adherentes del ***Streptococos mutans***.



La **lactancia materna** puede ser **exclusiva**, ésta consiste en la no administración de ningún otro alimento salvo la leche materna, ni agua, ni ningún otro tipo de bebidas. Generalmente este tipo de lactancia es hasta los cuatro meses de edad del bebé.

Otro tipo de lactancia es la **lactancia materna predominante**, en ésta, la fuente principal de nutrición es la leche de la madre, pero aquí el bebé adquiere agua o algún tipo de bebida.

Y por último, encontramos la **lactancia materna parcial**, consiste en la toma de un biberón de leche y ésta puede ser alta, media y baja según la cantidad de biberones que se le suministra al niño.

DISTINTOS TIPOS DE LACTANCIA SEGÚN LA FRECUENCIA DE TOMAS

Lactancia a demanda, la cual se le da el pecho al niño sin límites tantas veces como lo pida, y no habiendo relación entre el tiempo e intervalos entre las tomas.

Lactancia irrestrictiva, en ésta se dan más de 10 episodios de succión en todo el día.

Lactancia controlada, aquí tanto las tomas, los períodos de descanso están estipulados y se cumplen hasta las horas de sueño.

Lactancia a semi demanda, aquí la lactancia es una mezcla entre la lactancia irrestrictiva y la lactancia controlada.

Lactancia mixta, este tipo de lactancia se da cuando por causas laborales y por otra circunstancia la mamada natural es reemplazada por la toma de algún biberón, sólo una o dos tomas y luego sigue con su lactancia natural.

Este tipo de lactancia puede clasificarse en:

- **LACTANCIA COINCIDENTE**: es cuando la alimentación materna no es suficiente, aquí siempre primero se le da el pecho al niño para que no pierda el hábito ni la fuerza de succión y producir el vaciamiento de la mama y luego se complementa con la toma del biberón.
- **LACTANCIA ALTERNANTE**: es por causas laborales por ejemplo, se alterna la toma de mamadera y luego se le da el pecho.

En caso de no poder realizar una lactancia materna se puede optar por una **lactancia artificial**. (Ruiz, M., 2014)

Este tipo de lactancia también llamada leches de fórmulas, es una gran alternativa cuando la alimentación a pecho no es posible o bien la madre decide libremente por esta opción. La leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la materna, se intenta de incorporar todos los nutrientes presentes en ella. Actualmente la única función que no cumple la leche de fórmula es la función inmunológica (de defensa) presente en la leche materna.

En el comercio se encuentra tres tipos de leche de fórmula:

- de inicio,
- de continuación,
- de crecimiento.

Las ventajas de este tipo de lactancia son:

- 1. El niño tarda más tiempo en digerir, por lo que la sensación de saciedad es mayor.
- 2. Se puede controlar la cantidad de leche consumida.
- 3. Mayor libertad de la madre.
- 4. El destete es más fácil.

Es muy importante que las fórmulas reúnan criterios de seguridad: ser capaz de cubrir las necesidades del niño a cada edad, ser isotónicas, poseer oligosacáridos o disacáridos para no aumentar la osmolaridad, no tener más grasa de lo debido, debe ser proporcional al 50% de la energía.

El costo de este tipo de leches es mucho mayor que el de la artesanal por eso sólo es de elección en los primeros meses y luego es reemplazada por la leche de vaca.

En lo que se refiere al contenido de lactosa, se observa que la leche humana contiene 7 gr por cada 100ml, y menor cantidad de calcio, fósforo, proteínas y otros minerales en comparación con la leche bovina.

La leche en polvo presenta una composición muy parecida a la de la leche materna.

Por otro lado la leche bovina posee menos cantidad de lactosa, 4 gr cada 100 ml y alta concentración de proteínas, fósforos, calcio, sodio, potasio y magnesio lo que reduce la solubilidad del esmalte, con esto se ve que la leche presenta mayor potencial cariogénico en condiciones dietéticas no usuales.

La leche bovina es casi siempre dada a los niños con el agregado de chocolate, nestun y carbohidratos

como azúcar, miel lo que produce un terrible aumento de su poder cariogénico. En la mayor cantidad de los casos la leche funciona como vehículo para otras sustancias cariogénicas en alta frecuencia y cantidad favoreciendo la colonización de bacterias productoras de caries.

Bajo óptimas condiciones dietéticas, los diferentes tipos de leche no son cariogénicas, desempeñando un efecto protector contra la aparición de lesiones de caries. Este efecto protector se debe a la presencia de fósforo, caseína, fosfoproteínas y factores antimicrobianos, que participan del proceso de remineralización y tiene acción antimicrobiana. La caseína luego de la hidrólisis producidas por proteínas bucales proteolíticas, forman o generan aminoácidos y péptidos con potencial para elevar el PH de la placa, previniendo la desmineralización del esmalte. A parte también es de gran importancia que el *S. mutans* no metaboliza la lactosa de forma tan eficiente como lo hacen con la sacarosa. Por todo lo anteriormente hablado se ha notado una tendencia mundial que preconiza la atención odontológica de los niños desde temprana edad.

Tratándose de niños con caries (CPI), con condiciones dietéticas usuales, los dientes están continuamente expuestos a la leche, generalmente endulzada y retenida en la cavidad bucal, por períodos largos, mayormente por

la noche, cuando el flujo salival disminuye. La exposición a la lactosa puede ayudar a la fácil adaptación del microbiota, porque ésta se metaboliza de forma más eficaz, produciéndose ácidos que debido al alto tiempo que está en contacto, favorece a la aparición de lesiones cariosas. Ambos tipos de lactancia siempre son más frecuentes durante la noche donde hay disminución del flujo salival y de la frecuencia de la deglución y de los movimientos musculares bucales, lo cual propicia el estancamiento de la leche materna en la cavidad bucal.

Al utilizar la lactancia artificial comienza el uso de tetinas y biberones de los cuales se encuentran diferentes formas en el comercio, por eso es muy importante el asesoramiento del odontólogo acerca de cuál elegir para no alterar el mecanismo de succión, no alterar los estímulos para el desarrollo de la mandíbula, músculos, labios y lengua, que posteriormente traerán problemas de oclusión y desarrollo.

La elección de tetinas es de gran importancia, para el correcto desarrollo y alimentación del bebé. Al elegir tetinas redondas con orificios de salida amplios conlleva a un mal movimiento de succión, o sea se produce una falta de estímulos para el desarrollo de la mandíbula, esto se da porque el niño se alimenta sin realizar esfuerzo y también se produce una reducción en el tiempo del amamantamiento y esto produce una falta o reducción del desarrollo antero posterior de la mandíbula porque el movimiento lingual es débil; por lo dicho anteriormente la elección de estas tetinas no es la correcta. Con la elección de estas tetinas la leche queda en la zona anterior de la cavidad bucal lo que no sucede con la lactancia natural donde la leche queda en la parte posterior de la boca cuando se realiza el movimiento de ordeño. Cuando la lactancia natural no es posible se debe tratar que el uso del biberón sea lo más parecido al momento de dar el pecho, por eso hay que tener en cuenta la ubicación, posición del niño en este momento que debe ser semi inclinada y la tetina de elección debe ser las tetinas anatómicas con el orificio en la parte superior, mirando el paladar y obviamente teniendo en cuenta el tamaño de la misma.

Con la tetina el bebé debe realizar el trabajo de ordeñamiento que se realiza en la lactancia materna por medio de la cual se realiza un trabajo muscular muy importante.
(Jb Morillo, 2010)



También se produce una disminución de la dilución y de la capacidad tampón de la saliva, con poca o ninguna eliminación de los carbohidratos fermentables, mayormente en los casos en que la leche es endulzada.

Por lo visto anteriormente se observa que no solo la dieta es importante para la salud en general sino también para la salud oral de los pequeños. Si no se sigue una dieta adecuada, balanceada, indicada siempre por el pediatra es muy probable y factible que se desarrolle caries. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, en el caso de los niños es fundamental lograr una buena adquisición de hábitos alimenticios acordes para poder prevenir la aparición de esta patología (CPI). En los niños existe especialmente una relación de riesgo entre la presencia de desnutrición con el desarrollo de caries dental. Los alimentos constituyen una mezcla química de sustancias orgánicas e inorgánicas que proveen al cuerpo humano los nutrientes necesarios para un buen desarrollo, crecimiento y buen funcionamiento. Los carbohidratos son considerados actualmente el pilar de la alimentación equilibrada y saludable, seguidos de las grasas, cuyo consumo se ha disminuído en un pro de la prevención de diferentes patologías, entre ellas cardiovasculares, y por último las proteínas.

Ante esto es necesario mencionar que Argentina se encuentra entre los países de mayor consumo mundial de bebidas azucaradas y alimentos ultra procesados (según tratado de obesidad de Unicef, abril 2019). De esto podemos mencionar que nuestro país junto con México y Chile, muestran la venta de los productos ultra procesados per cápita más alto de la región: Argentina (194,1Kg), México (164,3), y Chile (125,5). En cuanto a lo que se refiere al consumo de bebidas gaseosas, Argentina lidera con 131 l per cápita anuales y se vio que aquí se duplicó el consumo de gaseosas y jugos en polvo en los últimos 20 años (pasando de medio a un vaso de gaseosa por día por habitante, disminuyendo el consumo de frutas al 41% y el de hortalizas a un 21% en el mismo período. Por lo que vemos es de suma importancia evaluar los hábitos alimenticios que, obviamente, tiene íntima relación con las costumbres y creencias familiares y de la sociedad.

El consumo frecuente y elevado de bebidas edulcoradas con azúcar y la falta de cepillado dental son los factores asociados al desarrollo de caries. (Tratado de obesidad de Unicef. 2019).

Como se dijo más arriba Argentina se encuentra entre uno de los países de mayor consumo de jugos y gaseosas y actualmente se incorporó la toma de bebidas a base de soja, muy endulzadas, y que los pediatras muchas veces los dan como sustituto de leche, además de jugos preparados, alimentos envasados y dieta rica en almidón que es de gran consumo. Los niños generalmente eligen su alimento según color, sabor y textura sin saber las características que ellos poseen y son la mayor parte de las veces inadecuados por no poseer la cantidad de nutrientes necesarios y terminan siendo perjudiciales para la salud.

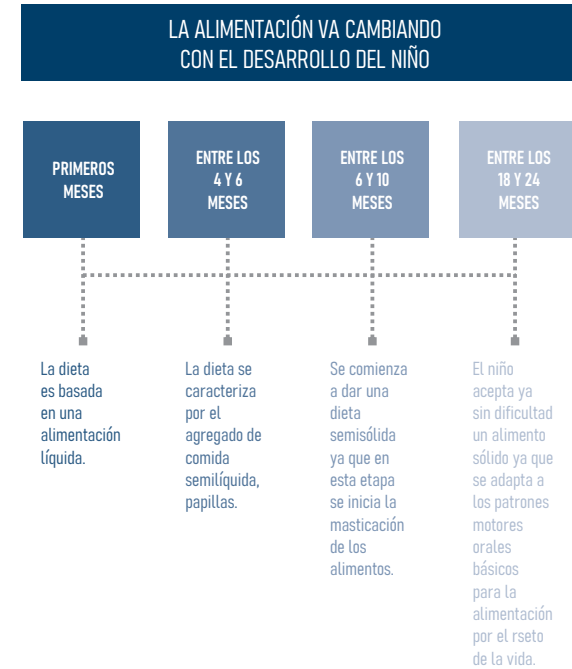
Según la O.M.S. se considera que la alimentación en los primeros meses de vida son fundamentales para su buen desarrollo, según diferentes estudios se vio que en este país el amamantamiento del recién nacido se cumple en la mayoría de los niños resultando óptima para el crecimiento y desarrollo del bebé.

Hoy en día hay un **nuevo sistema de alimentación, el “BaBy-Led Weaning** que significa, alimentación dirigida\regulada por el bebé, tiene como objetivo que los padres vayan dándole al niño, poco a poco, trocitos de los alimentos que coma habitualmente la familia, siempre que sea comida saludable para que el pequeño lo sujete con la mano para experimentar distintas texturas y al masticarlo se favorecerá que se fortalezcan todos los músculos de la boca. Inicialmente tomará muy poco hasta que se irá acostumbrando y comerán cantidades mayores. Esto no quiere decir que no se les debe dar puré, sino que a éste se le agregará la incorporación de los otros alimentos.

Este sistema no debe incorporarse antes de los 6 meses y puede introducirse siempre que el lactante haya adquirido ciertas competencias motoras y cognitivas. Uno de los objetivos del “Baby-Led Weaning es conseguir que la alimentación sea a demanda de las necesidades del niño. Con este sistema el bebé toma un rol más activo, favoreciendo que pueda regular las cantidades de alimentos que ingiere y desarrolle sensaciones de saciedad, ayudando a prevenir el desarrollo de la obesidad. Además ayuda a fomentar una mayor aceptación de los alimentos normales de la familia con una variedad de texturas y sabores y a conseguir un mayor consumo de alimentos y promover hábitos de alimentación saludable en edades tempranas (siempre y cuando la familia posea hábitos saludables).

La difusión de este sistema surge a raíz de la recomendación de la O.M.S de tratar de retrasar la introducción de una alimentación complementaria hasta los 6 meses, en el momento que el lactante alcanza hábitos importantes en su desarrollo lo que haría posible que se alimente por sí mismo.

Uno de los alimentos más perjudiciales son los carbohidratos ya que son la fuente de energía principal para las bacterias orales, mayormente los que se asocian con una disminución del PH.



Se vio que una dieta rica en carbohidratos frecuentes, asociada a malos hábitos higiénicos y falta a la exposición de fluoruros es un factor pre determinante para el desarrollo de caries dental.

Los chicos con CPI, que consumen azúcares en muchos momentos del día no solo en fluídos dados en biberón sino también en otros alimentos azucarados sólidos, poseen un factor de riesgo importantísimo para el desarrollo de esta patología.

Durante el día es aconsejable evitar el “picoteo” entre las comidas que es lo que hace generalmente el niño y limitar el consumo de azúcares, si el niño lo hace, sería mejor que lo realice cuando come ya que ahí se produce un aumento del flujo salival y permite un rápido aclaramiento oral. Este período de aclaramiento dependerá de la consistencia de los alimentos y la solubilidad de las partículas entre otras características como la masticación, cantidad, características salivales, etc. Por eso hay que tener en cuenta que la Academia Americana de Odontopediatría, recomienda la primer visita dentro de los seis meses de la aparición del primer diente y no más allá del año de edad. (Biondi A., 2010)

Hay diferentes teorías sobre este tema, algunas manifiestan que la visita se realice durante el embarazo, donde la madre recibirá su propio tratamiento y podrá ser entrenada para la prevención de la salud bucal del bebé al nacer. La etapa óptima del embarazo para la visita sería durante el tercer mes de gestación, y que sean ambos padres, de ser posible, los entrevistados y revisados. En esta entrevista se les dará pautas de higiene, prevención, asesoramiento dietético, indicaciones de tetinas y, sobre todo, los recaudos en la transmisión bacteriana intrafamiliar.

Hoy en día es de gran importancia, y muy tenido en cuenta, los **1000 días del bebé**; cuando se habla de ésto se refiere a tres períodos, 270 días desde el día de la concepción hasta el nacimiento, más 365 días del primer año de vida y 365 corresponden al segundo año. Este espacio tiende a representar en

momento más importante en la vida de una persona, por ser la ventana crítica en el desarrollo de toda nuestra vida y que brinda una oportunidad única para que los niños obtengan los beneficios nutricionales e inmunológicos que va a necesitar el resto de sus vidas. Esos 1000 días a los cuales nos referimos es el momento de las oportunidades, ya que se desarrollara la inteligencia futura y se forman los hábitos alimenticios perdurables.



Este período logrará definir la salud nutricional del bebé para el resto de su vida, una alimentación buena en esos mil días críticos será un seguro de salud para la vida futura.

La consulta del lactante no es tarea fácil hay que tener un conocimiento del perfil psicológico correspondiente a la edad. (F. Correa, 2010)

Este perfil es importante conocer los factores psicológicos de los pacientes para favorecer la atención, durante el embarazo los factores endócrinos se manifiestan tempranamente, produciéndose trastornos emocionales como el llanto, fragilidad, vulnerabilidad, etc.

Durante el primer año se registra un importante desarrollo psicológico que acompaña el crecimiento físico; el niño tiene total dependencia del adulto, es un tiempo de lactancia exclusiva y de una relación y contacto con su madre inigualable. Al aparecer el primer diente marca el fin de una etapa oral de succión; la aparición del balbuceo en los primeros seis meses de vida, controla sus movimientos, sostener la cabeza, hay un aumento de salivación y mordisqueo; al avanzar la edad comienzan los juegos, el querer comer solo, sonrisas, gateo y la marcha al final del primer año. Luego entre los 12 y 24 meses se incorpora la marcha, reconoce su entorno, y el leguaje de cinco palabras, crece rápidamente, trepa, usa la cuchara, vaso, dibuja en forma sencilla, garabatos, comienza a vestirse guardar y ordenar. A partir de los 2 a 5 años comienza la etapa preescolar, desarrollo físico intelectual y social.

También en la primera consulta es muy importante informar la posible transmisión bacteriana intrafamiliar, ventana de infectibilidad. (González, C., 2015)

En 1975 se descubrió el pasaje de la flora microbiana entre los miembros de una misma familia, se confirmó científicamente los criterios de tipificación bacteriológica, mostrando perfiles idénticos, microbios e igual patrón de ADN entre sus miembros. (Enrique Wilf, 2010)

El más acidogénico de los microorganismos que el adulto transmite al niño es el ***Streptococcus mutans***, uno de los microorganismos más importantes en la formación de caries, debido a que este microorganismo necesita de una superficie dura para colonizar, su presencia se torna riesgosa a partir de la erupción del primer diente.

La saliva es el vehículo de transmisión, es así que los besos en la boca, las gotitas de flugger, probar comida del niño con el mismo cubierto o limpiar con la boca de la madre el chupete se transforma en un factor de riesgo para los niños. El organismo principal asociado con la caries dental es el ***Streptococos mutans***, el cual se transmite verticalmente de la madre\cuidador principal del niño a través de la saliva. Esta bacteria coloniza la cavidad bucal luego de la erupción de la primera pieza dental. (Alonso, M., 2009)

La cavidad bucal es la porción inicial del aparato digestivo, está expuesta a una gran sobrecarga antigénica externa que proviene especialmente de la dieta, pasaje de aire y agua entre otros; además de tener una función afectiva mediante la cual el niño se relaciona en los primeros años de vida (relación cercana con la madre) y también mediante ésta presenta un conocimiento del mundo externo en forma oral, todo esto está favorecido por la cantidad de receptores sensoriales periféricos que posee.

Al presentar gran cantidad de receptores se produce una adaptación del sujeto al medio ambiente y por otro lado interviene en la regulación del equilibrio dinámico del medio interno u homeostasis. Desde el momento que nace el bebé hasta los dos años de edad, el niño depende de su madre ya sea para el cuidado y protección estando fuertemente unido o relacionado a ella. (Rotemberg Wilf, 2010)

Al emerger las piezas dentarias se agrega un nuevo hábitat, la superficie dentaria es única entre todas las superficies corporales, por ser una superficie no descamativa y por aparecer en la cavidad bucal durante el primer año de vida. En la cavidad oral hay una gran ecología, que comprende las relaciones entre los microorganismos y el ambiente, o sea, la boca es el ambiente y sus diferentes propiedades intervienen en la composición y la actividad de los microorganismos que encontramos en ella. (Ruiz, M., 2014)



Con todo esto vemos que la boca es un ecosistema abierto y dinámico, la cual está sometida a múltiples factores que condicionan las características y la composición microbiana.

El ecosistema de la boca está formado mayormente por bacterias, las cuales se relacionan entre sí, éstas son diferentes de persona a persona, incluso en el mismo individuo, en el mismo día. Esta cavidad está bañada por saliva continuamente, presenta una temperatura de 35 a 36 grados y un pH de 6,75 -7,25, características que favorecen al desarrollo de bacterias en este medio.

La microbiota es muy variable, se encuentran y desarrollan miles de microorganismos, algunos de los cuales están en gran cantidad pero no son capaces de desarrollar enfermedad mientras esté en equilibrio.

Los **Streptococos** son los microorganismos que se encuentran en mayor cantidad, y hasta los seis meses de edad los microorganismos se caracterizan por ser G+ aeróbicas, con predominio de cocos.

Al aparecer los dientes, comienzan a aparecer diferentes "microambientes" que antes no existían, al crecer el bebé y aumentar el tiempo se comienza a ver numerosas especies de microorganismos y la posterior formación del biofilm. (Ruiz, M., 2014)

Las bacterias que se encuentran en la saliva se las puede considerar **bacterias planctónicas**, ya que son bacterias que flotan en una fase líquida.

Aquellas que se encuentran sobre una superficie dura, superficie dentaria, forman una película gelatinosa adherente denominada **placa bacteriana o placa dental**, la cual es el principal agente etiológico de la caries dental. El concepto y la apariencia de la placa bacteriana ha ido variando a lo largo de la historia.

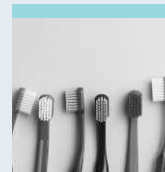


En la cavidad bucal se encuentran 8 serotipos de **streptococos** designados por letras de la A a la H, siendo éstas las que tienen mayor relación con la caries dental, aunque se encuentran desde el nacimiento en la boca.

Para el desarrollo de las bacterias también interviene otro factor, el agua. Dentro de la cavidad bucal este factor está presente y en gran cantidad, la saliva, donde las bacterias sufren un gran desarrollo al cambiar el pH de este medio y la temperatura, caso que ocurre continuamente con la alimentación y la ingesta de líquidos en diferentes temperaturas cambiando al medio dejándolo óptimo para el desarrollo de estas bacterias.

El momento oportuno en el cual ingresan dichos microorganismos para colonizar es infectar mediante estas vías, se conoce con el nombre de **ventana de infectividad**. (Enrique Rotemberg Wilf, 2010)

Al nacer el bebé presenta la boca estéril pero puede contaminarse durante el parto, por eso es muy importante fomentar la higiene bucal desde la aparición de la primer pieza dentaria. Con ésta se marca el fin de la etapa oral de succión. Hay diferentes técnicas de higiene, se puede utilizar los dediles de silicona, el uso de gasas, que además de la limpieza con esto se realiza un masajeo de las encías.



El cepillado dental debe ser realizado por el adulto, quien debe recurrir a técnicas sencillas y cepillos simples, en forma sistemática para realizar la limpieza de toda la boca sin dejar nada sin cepillar o limpiar.

El fundamento de la higiene dental es la eliminación de la placa bacteriana que se deposita en las superficies dentarias y en los tejidos blandos del diente. Además de la higiene dental también es muy importante la limpieza de tetinas, manos, chupetes, juguetes u otros objetos que el niño suele llevar a su boca por ser agentes transmisibles de microorganismos, ya que en esta etapa, el niño pequeño lleva a su boca diversos objetos que se encuentran a su alrededor, ya que por ella se alimenta y demuestra el afecto, conoce el mundo externo.

Como se dijo anteriormente es muy importante el concepto epidemiológico de riesgo que implica las probabilidades que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad o un cambio en el estado de salud en un período específico y en una comunidad o grupo familiar. (Rotemberg Wilf, 2010)

La dieta tiene vital importancia en este tipo de patología, cualquier líquido azucarado se comporta como sustrato cariogénico del ***Streptococos mutans*** colonizado, obrando de la misma manera las gaseosas, leche de soja, té con azúcar, jugos de frutas.

La ingesta de estos alimentos indica que a mayor frecuencia hay un aumento en el riesgo.

Como nombrados anteriormente las bebidas carbonatadas y jugos la mayoría presentan un PH ácido, y éstas se caracterizan por presentar sacarosa como edulcorante, siendo esto un factor de riesgo adicional de erosión dental y de caries preocupando las cantidades que se consumen actualmente y desde una corta edad.

Los jugos comerciales y las bebidas habitualmente consumidas presentan gran acidez, por ejemplo:

Coca cola	3.02
Seven Up	2.23
Sprite	2.11
Fanta naranja	3.06
Mirinda	3.10
Ades naranja	3.20
Ades mandarina	4.01
Ades natural	7.03
Cepita naranja	3.94
Cepita Pomelo	3.38

Presentan un pH ácido y es de gran preocupación para el odontopediatra, por eso es importante asesorar al paciente para tratar de limitar el daño producido por éstas.

En cuanto a la alimentación es importante la ubicación del bebé ya que la posición de cúbito dorsal en la que el lactante permanece muchas horas, hace que el líquido siruposo se ubique en las caras vestibulares de los dientes anteriores permaneciendo allí por un largo tiempo. En estas zonas el flujo salival es menor que en otras partes de la boca, por eso el despeje se hace más lentamente que en otras. En esa edad la higiene bucal generalmente es escasa por falta de conocimiento de los padres y falta de información dada por el pediatra y la no derivación oportuna al odontólogo, siendo esta medida, la higiene, la medida más sencilla y eficaz para interferir en el proceso.

Otros factores de riesgo que se deben tener en cuenta también es la falta de conocimiento, factores étnicos por las costumbres que pueden llegar a tener, problemas durante el embarazo y parto, y el sueño del niño. Algunos factores favorecen o aumentan la susceptibilidad de algunos niños al desarrollo de caries.

Entre estos factores encontramos: problemas durante el embarazo, factores genéticos, desnutrición, alteraciones de sueño, presencia de hipoplasias y condiciones socioeconómicas y culturales. En lo que se refiere a los problemas durante el embarazo lo que más preocupa es la hipo calcemia en el feto que puede producir luego CPI; ésto se puede producir cuando durante el embarazo hay sangrado vaginal, contracciones en etapas tempranas, diferentes infecciones ya sea de origen bacteriano o viral, diabetes, etc. Ésto conlleva a que se produzca alteraciones en el desarrollo del esmalte.

Los factores genéticos también son considerados ya que aumentan o disminuyen la susceptibilidad o la resistencia a las caries. Diferentes autores, entre ellos Abbasoglu y cols, en 2015, verificaron que este tipo de caries están asociadas a las diferentes variaciones genéticas en genes que codifican la formación del esmalte y de la respuesta inmune.

Otro factor importante es la desnutrición ya que ante ésta lo que puede haber es un retardo en la erupción y así alterar o modificar la composición del diente primario, así esto produce un aumento a la

prevalencia de desarrollar caries; también al haber desnutrición hay alteración en la composición salival y así está limitado los efectos protectores contra el desarrollo de caries que ésta posee; durante el sueño cuando se producen alteraciones, ya sea de dormir poco o de forma intermitente esto lo que favorece es la alimentación nocturna, ya sea mamadera, lactancia natural, ingesta de jugos o de sólidos así se intenta con esto que el niño consolide el sueño y durante la noche no se realiza la higiene adecuada.

La hipoplasia es un defecto estructural del esmalte dental la cual puede aumentar el riesgo a desarrollar caries, ya que esta estructura dentaria está afectada. Esto se puede dar por factores hereditarios, problemas prenatales, perinatales o postnatales, trastornos metabólicos y toxicidad química. Esta patología es frecuente en dientes temporales; su prevalencia es del 13 al 39% en bebés nacidos a término y del 62% en niños prematuros. Al haber alteración del esmalte por tener irregularidades esto favorece a ser un nicho de retención de microorganismos y carbohidratos fermentable, facilitando la colonización por el ***Streptococos mutans***.

Otro factor de riesgo importante es la condición económica y cultural de los pacientes: la CPI presenta una relación fundamental con la alimentación y con la higiene bucal, la contribución de sus padres es fundamental y los factores psicosociales de toda la familia son de suma relevancia. Se sabe que cuanto menor sea el nivel educacional de los papás y cuanto mayor sea el índice de caries de las madres y/o cuidadoras mayor es la severidad de caries. Se sabe que es mayor el riesgo de la ocurrencia de caries en familias de bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educacional. Esto se da en función a que las madres con bajo nivel socioeconómico presentan mayor dificultad para su propio cuidado y eso se ve en los cuidados de su hijo, evidenciando el papel de las barreras económicas y de los patrones precarios de la salud de la mamá en relación a la salud bucal de sus hijos.

En cuanto al **diagnóstico y tratamiento** hay que considerar diferentes factores como por ejemplo, edad dentaria del niño, piezas comprometidas y la cantidad de superficies afectadas.

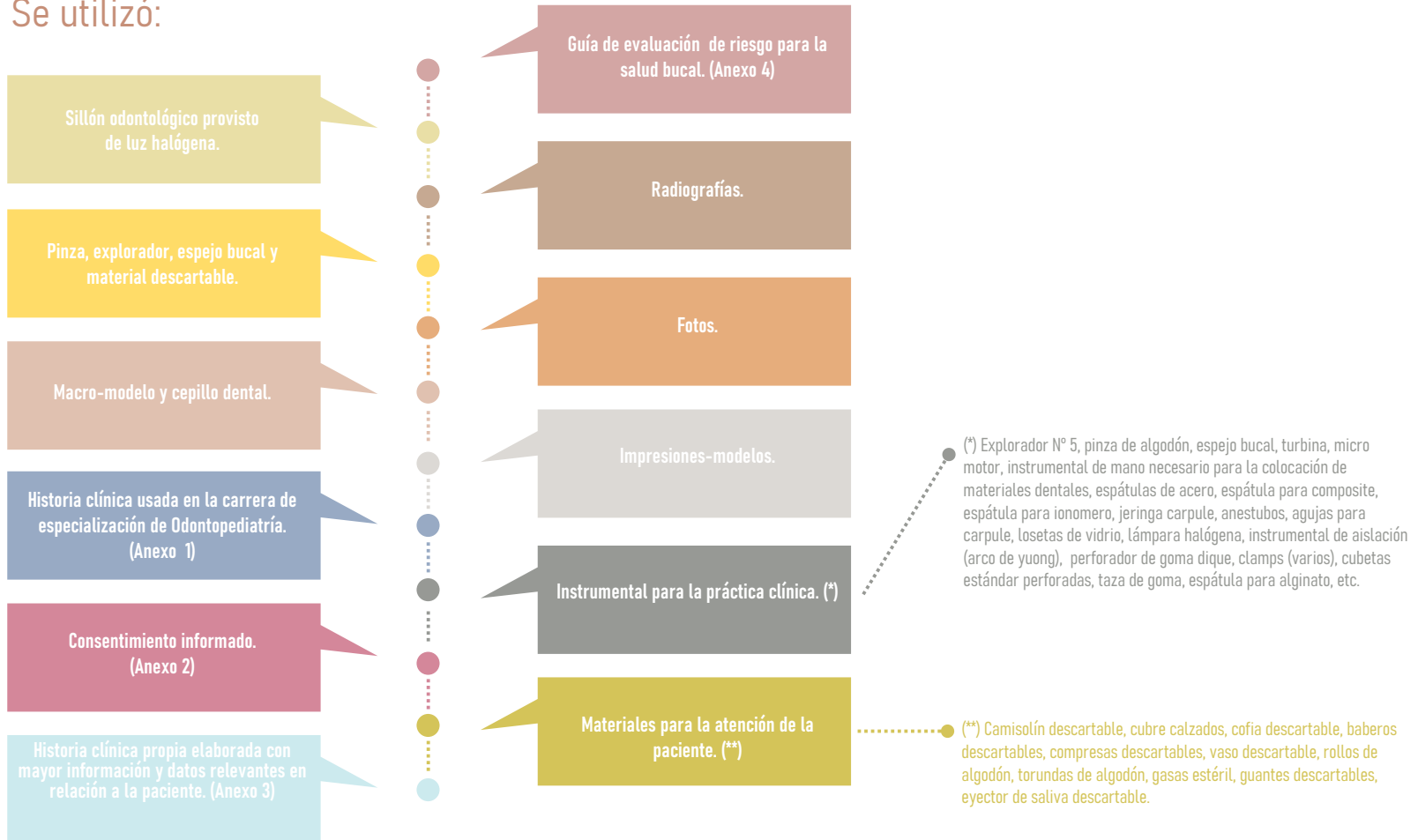
En el tratamiento de las CPI el Odontopediatría juega un papel muy importante en el diagnóstico precoz y en el área de información y prevención, la cual es la base de la Odontología.

07.

MATERIAL Y MÉTODO

La **metodología** empleada será de tipo observacional, descriptivo retrospectivo, partiendo de un caso clínico
.Se realizará un relevamiento de datos a través de la historia clínica y estructuración de la situación odontológica inicial mediante el uso de índices para poder caracterizar el riesgo y/o actividad de la paciente.

Se utilizó:



La paciente acude a la Facultad de Odontología acompañada por un familiar preocupado por el estado de salud bucal que presenta la pequeña.

Para una evaluación inicial, previa motivación, se realizó la historia clínica utilizada en la Carrera de Especialización de Odontopediatría, el consentimiento informado y se determinó el estado bucal mediante la exploración clínica. Se tomaron las radiografías necesarias, se solicitó una Rx panorámica y la elaboración de una historia de dieta de tres días.

Posterior a esto se desarrolló una historia clínica con datos relevantes relacionados a:

- En cuanto a la caries se verá: Tipo (según diferentes clasificaciones: Black, Mount y Hume), según su localización de superficies lisas y de fosas y fisuras, según tejido afectado (esmalte, dentina y pulpa), según su avance (aguda y crónica), según piezas afectadas incisivos, caninos y molares primarios y poder evaluar que piezas fueron afectadas y cantidad. Realizando luego el índice de necesidad de tratamiento.
- Según los factores de riesgo: evaluar dieta, realizando una historia de dieta, realización del índice de dieta, elaborado, evaluar momentos de azúcares, frecuencia y tipo, estudiar la alimentación desde el nacimiento hasta la actualidad pasando por la lactancia, tipo frecuencia y duración, papilla, alimentación sólida y líquidos ingeridos. Obtención de información en cuanto a higiene si hay presencia o no, la utilización de pasta dental (fluorada o no), cepillo tipo, frecuencia de cepillado, y presencia o no de placa bacteriana y evaluarlo con la realización del índice de O laery.



- Establecer el uso de medicamentos diurnos y nocturnos, ver frecuencia y tipo.
- Y por ultimo, estudiar el entorno familiar: nivel educativo de la madre, educación para la salud, ventana de infectividad y evaluar estado bucal de la madre. (Anexo 3)

Luego se desarrolló un plan de tratamiento personalizado adecuada a la paciente.

Se presentó a la clínica de la Facultad de Odontología de La Plata, la paciente Cielo Celeste M., de 4 (cuatro) años de edad. Concurrió acompañada de su madre y sus dos hermanos, uno mayor y uno menor a ella. Se comenzó la consulta con una charla con su madre así se procedió a realizar la historia clínica utilizada en la carrera de especialización en odontopediatría (Anexo 1). La paciente acudió con un estado bucal malo a simple vista. Con el interrogatorio se vió que la niña vive con su madre, de origen extranjera y sus dos hermanos, manifestó que vive en un terreno con otro grupo de familias, en las afueras de Capital Federal, la madre no dio ningún tipo de información acerca del padre de la niña. Cielo concurre al jardín de infantes; en cuanto a su salud general se atiende en un centro de salud de la zona en la que reside. Se le informó cómo será la atención y se procedió a firmar el consentimiento informado, el cual fue aceptado por su madre. (Anexo 2). Se observó que Cielo es una niña muy callada, tímida, miedosa, por lo cual cuesta muchísimo la llegada a ella y poder crear un vínculo. Se ve que presenta una gran inhibición social y de tener ganas de pasar desapercibida, ya que se encierra en sí misma o sólo crea una relación con su madre y hermanos. La madre relata que Cielo, en el jardín, no tiene una buena integración con sus compañeros.

Durante la consulta la paciente estaba tensa, inquieta y no le gustó estar en la clínica, manifestó deseo de retirarse reiteradas veces. El miedo que presentó, trajo aparejado una gran dificultad en la relación paciente -odontólogo y por ende este temor afectó el desarrollo y limitó sus experiencias, ya que estuvo en un estado de tensión permanente.

ANTES DE REALIZAR EL EXAMEN BUCAL
SE TOMARON LAS FOTOS DE FRENTE Y PERFIL



Fotos 1 y 2



Fotos 3 y 4

LUEGO DE UNA MOTIVACIÓN SE TOMARON
LAS FOTOS DE LA BOCA DE LA PEQUEÑA



Foto 5

Foto 6



En el interrogatorio la madre manifestó que Cielo concurría al odontólogo, hecho que en su boca no se veía reflejado. Al indagar sobre el nacimiento se vió que el parto fue normal, sin inconvenientes y que la alimentación había sido natural y complementada con biberón hasta larga edad. La pequeña no tiene antecedentes de enfermedades, ni alergias, ni de internaciones. En cuanto a la alimentación, manifestó que no es muy variada, con varios momentos de azúcares y a todo se le suma la mala higiene y la nunca incorporación de sustancias fluoradas. Es así que se procedió a realizar un estudio exhaustivo sobre la dieta de la paciente: La madre comunicó que la niña tuvo una lactancia materna hasta los 2 años $1\frac{1}{2}$ aproximadamente, siendo ésta a demanda, que recuerda que era a cada rato, y por las noches Cielo dormía casi toda la noche tomando pecho y luego hasta los 3 años y $1\frac{1}{2}$ le dió biberón con leche de vaca sin el agregado de azúcares, comentó que a veces le colocaba chocolate y que las tomas eran aproximadamente de 3 a 5 maderas diarias, y por la noche también lo hacía, dándole antes de dormir, y entre horas le daba, dependiendo del día, entre 2 a 3 biberones.

En cuanto a agregados a otros líquidos en el biberón, la madre comentó que Cielo tomaba jugos preparados desde pequeña, y de vez en cuando tomaba gaseosa. Comentó que no es de tomar agua ya que no le gusta.

En cuanto a la dieta se evaluó: en el desayuno Cielo desayunaba, según lo comentado por su madre, mate cocido con 2 a 3 cucharadas de azúcar acompañado con pan con dulce, entre horas generalmente, ella le da "chizitos de colores" o, a veces, pedacitos de pan con dulce y manteca cuando tenía.

En cuanto a la bebida entre horas dijo que sí era de tomar y que cuando lo hacía, tomaba jugo preparados; igual durante las comidas, ella calculaba que se tomaba entre 5 a 6 vasos diarios.

En el almuerzo manifestó que comían guisos con fideos, arroz, de vez en cuando polenta y que a veces le agregaba carne o pollo.

La merienda era similar al desayuno y en la cena, la mamá comenta, que también se basaba en guiso y sopas. Se le preguntó a la mamá si recuerda cuando fue el primer contacto de la niña con el azúcar y ella dijo recordar que fue aproximadamente a los 9-10 meses que le dió caramelos masticables en pedacito y que en cuanto a jugos fue entre los 7 u 8 meses, igual que en este período le dio pan con dulce ya que a veces no podía comprar galletitas para darle a la niña. Se le preguntó quien se lo dio a la pequeña y ella dijo haber sido ella y que al tener un hermano mayor le daba de probar su pan con dulce cuando el comía.

Al indagar sobre lactancia manifestó lo antes comentado lo que se le preguntó si la niña recibía algún tipo de higiene, que se comenzó a higienizar la boca, de vez en cuando a partir de los 3 añitos y que lo hacía generalmente en la mañana y al mediodía. Se trató de averiguar si Floris, la madre de Cielo, había incorporado fluoruros durante el embarazo, si tomó algún tipo de medicación, manifestando que no lo había consumido, en cuanto a la higiene se preguntó si durante el embarazo ella había recibido información acerca del cuidado bucodental de ella y del bebé y manifestó NO haber recibido nada.

LUEGO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA,
SE SOLICITÓ LA TOMA DE UNA RX PANORÁMICA



Foto 7

SE REALIÓ UN ASESORAMIENTO DIETÉTICO
Y LUEGO SE PROCEDIÓ A LA TOMA DE IMPRESIONES



Foto 8



Foto 9



Foto 10

Se continúa realizando los índices odontológicos a la paciente. El primero en realizar es el **ceod**.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL INDICE CPO-D:

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados.

INDICE ceo-d:

Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición decidua en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes Primarios cariados, extraídos y obturados. El CPOD describe numéricamente los resultados del ataque de caries en las piezas dentarias permanentes de una persona, una población.

Es el indicador Odontológico más utilizado a través del tiempo, facilitando la comparación epidemiológica entre poblaciones de diferentes zonas, países y en diferentes épocas como así mismo evaluar la aplicación de las diferentes medidas y métodos de prevención frente a esta patología.

El **C** se refiere al número de dientes permanentes que presenta lesiones de caries no restauradas.

El símbolo **P** se refiere a los dientes permanentes perdidos.

El símbolo **O** se refiere a los dientes restaurados.

El símbolo **D** es usado para indicar que la unidad establecida es el diente, o sea, el

número de dientes permanentes afectados, en vez de superficies afectadas o número de lesiones de caries existentes en la boca.

NIVELES DE SEVERIDAD:

- Menos de 0.1\1.2\2.6• se considera riesgo bajo

- 2.7\4.4• riesgo moderado

- 4.5\6.5 o mayor• riesgo alto

INDICE Ceo:

Cuando el estudio es realizado en una población de niños que presentan dentición mixta, se utiliza el índice Ceo para describir la prevalencia de caries en los dientes temporarios.

El símbolo **C** significa el número de dientes temporarios presentes con lesiones cariosas y no restauradas.

El símbolo **e** significa el número de dientes temporarios con extracción indicada.
El símbolo **O** representa el número de dientes temporarios obturados.

LOS DIENTES PRIMARIOS

Los criterios de clasificación son los mismos de los dientes permanentes.

REGLAS ESPECIALES

Un diente es considerado como erupcionando cuando cualquier porción de su superficie estuviese expuesta en la cavidad bucal y pudiese ser tocada por el explorador.

Un diente es considerado presente, aun cuando la corona está totalmente destruida, quedando solamente las raíces.

Los dientes supernumerarios no son clasificados.

Si un diente temporal está retenido y su sucesor permanente está presente, se clasifica solamente el permanente.

El paciente con Ortodoncia fija queda excluido del estudio Epidemiológico.

Los terceros molares no se consideran en este estudio.

En caras proximales la caries se puede determinar por cambio de coloración.

PROCEDIMIENTOS EN EL EXAMEN ceod

En el proceso de examen, el examinador inspecciona visualmente, y con la ayuda del explorador, las caras oclusales, vestibulares, distal, lingual y mesial, de todos los dientes presentes en boca. Este examen se realiza con la ayuda del explorador y el espejo bucal.

Luego se realiza los índices de O'leary y el índice de Loe y Silnes.

Es de vital importancia en las revisiones odontológicas la detección y cuantificación de placa bacteriana para poder dar recomendaciones terapéuticas con el objeto de facilitar la remoción por parte del paciente. Estas recomendaciones están dirigidas sobre todo a conseguir un control eficaz de la placa mediante instrucciones de higiene oral, y de este modo evitar la aparición de caries y enfermedades periodontal.

Los índices de placa constituyen un indicador para cuantificar la placa bacteriana, puesto que a mayor cantidad de placa bacteriana, mayor será el índice y se asocia asimismo con una higiene deficiente de los pacientes que se debe corregir.

Entre los índices de placa más utilizados, tanto a nivel epidemiológico como clínico, se encuentran el de Silnes y Loe y el de O'Leary.

DESARROLLO

1. Identificación de placa bacteriana:

Reveladores de placa

La placa bacteriana se detecta con espejo y sonda exploradora cuando se presenta en grandes cantidades. En caso de estar presente en pequeñas cantidades es posible identificarla mediante la utilización de los reveladores de placa. Asimismo, los reveladores de placa ayudan a la motivación del paciente para mejorar el control de placa bacteriana a través de las instrucciones de higiene oral que el profesional le mostrará.

Los **reveladores de placa**, a grandes rasgos, pueden ser:

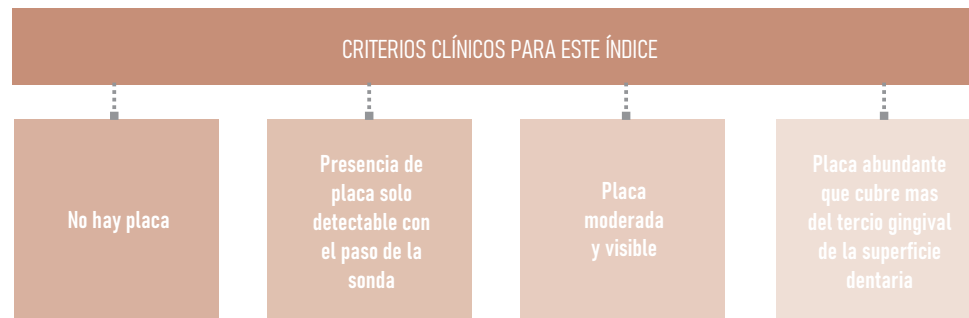
- **LÍQUIDOS:** Se aplican con un algodón. Suelen contener eritrosina. Deben permanecer unos segundos en contacto con la placa dental para quedar fijada de manera que tras un buche con agua para eliminar excesos podamos observar la placa ya tenida sobre las superficies dentarias.
- **EN PASTILLAS:** El paciente disuelve la pastilla durante unos minutos en la boca. El colorante más utilizado es la eritrosina. Una vez aplicado el revelador, se mostrara al paciente con un espejo para que sea consciente y tenga una mayor motivación de cara al tratamiento y el mantenimiento de una adecuada higiene bucal.

Una vez aplicado el revelador, se mostrara al paciente con un espejo para que sea consciente y tenga una mayor motivación de cara al tratamiento y el mantenimiento de una adecuada higiene bucal.

2. Cuantificación de la placa bacteriana: Índices de placa

▪ ÍNDICE DE PLACA DE SILNESS Y LOE

- Para aplicar este índice no es necesaria la aplicación previa de un revelador de placa, basta con la utilización de sonda de exploración y espejo.
- Para cada diente se establece una codificación en función de la cantidad de placa que posea. Se exploraran todas las superficies del diente: vestibular, palatino/lingual, mesial y distal.



El **cálculo del índice** se obtendrá de la siguiente manera:

- ➔ Suma de todos los criterios en cada diente
- ➔ Número de superficies exploradas (no dientes x 4)

▪ ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY

Para el cálculo de este índice, a diferencia del anterior, sí que es necesario aplicar previamente un revelador de placa. Además, en este caso, se valora solo la presencia o ausencia de placa, sin hacer una cuantificación de la misma.

- En un odontograma, se colorearan las superficies en las que se encuentre placa bacteriana, para a continuación realizar un cómputo global.

El **índice se calcula** del siguiente modo:

- ➔ No de caras con placa
- ➔ No total de caras exploradas (no de dientes x 4)

El resultado se multiplica por 100.

En cuanto a los resultados de estos índices Cielo presenta un índice de O'Leary de 74/100 y el de placa dió 1,04.

■ **ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

Éste fue otro índice utilizado.

CRITERIO INTDC	VALOR	TRATAMIENTO INDICADO
Boca sana con cobertura preventiva	00	Ninguno
Boca sana sin cobertura preventiva	01	PPB (Programa preventivo básico) 1
Superficies obturadas + mancha blanca	02	PPA (Programa preventivo adicional) 2
Superficies cariadas 1 cuadrante	03	Inactivación de caries rehabilitación
Superficies cariadas 2 cuadrante	04	Inactivación de caries rehabilitación
Superficies cariadas 3 cuadrante	05	Inactivación de caries rehabilitación
Superficies cariadas 4 cuadrante	06	Inactivación de caries rehabilitación
Lesión pulpar 1 cuadrante	07	Tratamiento pulpar o extracción
Lesión pulpar 2 cuadrante	08	Tratamiento pulpar o extracción
Lesión pulpar 3 cuadrante	09	Tratamiento pulpar o extracción
Lesión pulpar 4 cuadrante	10	Tratamiento pulpar o extracción
Superficies perdidas 1 cuadrante	11	Rehabilitación protética o control de espacio
Superficies perdidas 2 cuadrante	12	Rehabilitación protética o control de espacio
Superficies perdidas 3 cuadrante	13	Rehabilitación protética o control de espacio
Superficies perdidas 4 cuadrante	14	Rehabilitación protética o control de espacio

En Cielo el valor de este índice fue de **12** ya que la niña necesita un plan preventivo intensivo, tratamientos pulpares, extracciones, rehabilitación protética en 2 cuadrante y control de espacio.

Con el correr de las citas se volvieron a realizar los índices un mes después de la primera consulta y los valores bajaron **al 23/100 el primero y a 0,4 el segundo**. Se vio que las pautas de higiene habían dado resultado.

Se continuó con el plan de tratamiento y se procedió a realizar las restauraciones posibles, la niña es muy miedosa, es así que se decidió utilizar una técnica a traumática. Se utilizó el material Brix 3000, gel para remoción a traumática de lesiones cariosas. Este producto comprende una actividad enzimática de 3000 U/mg, en donde la papaína se encuentra bioencapsulada por un proceso de emulsión Buffer encapsulante que inmoviliza y que le confiere estabilidad, lo cual aumenta la actividad enzimática del producto final exponencialmente con respecto al estado de la técnica actual. Con este producto se logra una mayor efectividad proteolítica para remover fibras de colágeno en tejido cariado, una menor disolución del principio activo por los fluidos bucales, una mayor resistencia al almacenamiento aun en condiciones desfavorables no requiriendo refrigeración, y una mayor potencia antibacteriana y anti fúngica con aumento de su poder antiséptico a nivel de los tejidos.

Su principal componente, la papaína, se encuentra bioencapsulada por una técnica nueva, que inmoviliza y le confiere estabilidad al gel, lo que produce un aumento en la actividad enzimática. Es un gel inocuo y carente 100% de toxicidad lo que significa que no genera ninguna reacción sobre los tejidos sanos: lengua, encías, dentina sana, piel. Tampoco genera ningún tipo de reacción siendo ingerido.

La acción proteolítica sobre el colágeno expuesto (que no tiene capacidad de regenerar) torna la dentina infectada más blanda. Esto hace que, a diferencia de otros métodos, la lesión sea removida fácilmente con un instrumental de mano realizando movimientos pendulares y sin presión, sin alterar tejidos adyacentes a la pieza a tratar, el material solo actúa sobre tejido afectado.

La **técnica** para utilizar esta materia es:

1	2	3	4
Aislamiento relativo con rollos de algodón	Colocación del material con cucharita sin filo y dejar actuar 2 minutos	Retirar el material con cucharita con movimientos pendulares y sin presión, si es necesario se puede repetir la operación hasta obtener dentina sana	Si es necesario realizar una protección pulpar y luego obturar

Con las sucesivas visitas se procedió a realizar la extracción de las piezas 51-52-61-y 62, se realizó previamente la toma de impresiones y se mandó a confeccionar una placa con tornillo y en ella se realizó la reposición de las piezas extraídas. Se decidió colocar una placa con tornillo de expansión cuyo objetivo, en este caso, tratar de lograr la expansión del maxilar.

EN EL CASO DE LA PEQUEÑA SE REALIZÓ
OBTURACIÓN DE LAS PIEZAS CON
IONOMERO VÍTREO DE FOTOCURADO



Foto 11



Foto 12

El procedimiento consiste en aumentar la distancia transversal entre las piezas dentarias de las hemiarcadas superior por transformación de la base apical, logrando un ensanchamiento natural de los arcos. Este tipo de aparatología removible consta de una estructura de acrílico que cubre la mucosa palatina del maxilar, rodeando el contorno gingival de los dientes de la arcadas y cuyo límite posterior se extiende sobre las bases óseas de las mismas.

Se coloca este tipo de aparato para lograr la expansión del maxilar acompañado el crecimiento y se colocó piezas dentarias faltantes para lograr la rehabilitación oral (foto núm. 13) ya que luego de varias sesiones Celeste contó que no le gustaban sus dientes y que la cargaban. Presenta un arco vestibular que es para sostener la placa en su sitio y contener los dientes y unos ganchos de retención para dar anclaje a la placa.

Este tipo de aparato debe interferir lo menos posible con las funciones de la cavidad oral, por lo que su extensión y grosor no deben exceder los límites establecidos. Así en la arcada superior cubre gran parte del paladar. Presentan una zona de inserción de los elementos de alambre y metálicos del aparato (tanto activos como retentivos).

El diseño de estas placas se extiende sobre zonas de encías insertadas, hasta llegar a la unión gingivo dentaria, donde se apoya sobre los cuellos dentarios. El límite posterior se sitúa inmediatamente por distal del último molar erupcionando, evitando zonas móviles de la mucosa.

La caries dental en un niño es un problema serio que afecta algunas características de este en su ambiente social, principalmente cuando abarca los incisivos superiores deciduos, que son primordiales en el desarrollo de un rostro armonioso.

PIEZAS DENTARIAS FALTANTES PARA LOGRAR LA REHABILITACIÓN ORAL



Foto 13

La pérdida de estos órganos dentales puede resultar en trastorno psicológico, a causa de observaciones no intencionadas pero desagradables de amigos o familiares; lo que trae como consecuencia que el niño desarrolle complejos de inferioridad con respecto a su aspecto normal. En los pacientes la satisfacción que se logra con el uso de una prótesis es muy importante tanto en efectos estéticos, funcionales, psicológicos y sociales.

La odontología pediátrica ofrece una diversidad de tratamientos restauradores, de modo que la pérdida parcial o extensa de la estructura dentaria o del órgano dental cuenta con alternativas que le permite el restablecimiento de sus funciones adecuadamente.

En los tratamientos de rehabilitación bucal será necesario el conocimiento de la normalidad en las diferentes fases del desarrollo bucodental del niño, la compatibilidad con los principios biomecánicas para una mejor preservación de la estructura dentaria, la utilización de algunos pasos terapéuticos específicos para reconstrucción de los dientes destruidos y el uso de prótesis unitarias o múltiples en caso de extracciones, todos a aplicarse lo más pronto posible para disminuir al mínimo las consecuencias secundarias a la pérdida de la estructura o del mismo diente. (Fotos números 14, 15 y 16)

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

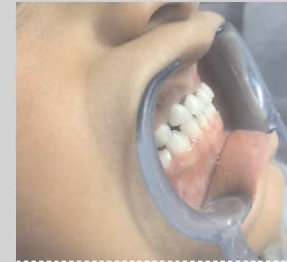


Foto 14



Foto 15



Foto 16

Con Cielo se terminó el tratamiento con colocación de fluoruros y recitándola para control. Ella asistió muy pocas veces a los controles perdiéndose contacto con ella, siendo su última consulta en septiembre del 2017. (Foto núm. 17 y 18)

FIN DEL TRATAMIENTO CON COLOCACIÓN DE FLUORUROS



Foto 17



Foto 18

08.

RESULTADOS

Los resultados serán evaluados según criterios clínicos y radiográficos de manera mediata e inmediata.

A la clínica se presentó una niña con patología bucal, CPI, al realizar índices iniciales, evaluar la dieta y los factores de riesgo se observó que la paciente era con alto riesgo cariogénico. Se realizó una actualización bibliográfica utilizando diferentes buscadores: Base Scielo, Google académico, Latindex, etc, se utilizaron revistas específicas sobre el tema (AON, IAPI) teniendo en cuenta el uso de palabras claves como por ejemplo: caries, infancia, lactancia, ***Streptococos mutans***, dentición, desarrollo, lactancia materna, lactancia prolongada, dieta, carbohidratos, higiene, fluor, alimentación, embarazo, calidad de vida. En cuanto a la evaluación del impacto, el mediato fue comprobado durante los controles periódicos, donde se vió y comprobó una reducción en los valores de los índices, no habiéndose dado recidiva de caries, y produciéndose un cambio considerable en la dieta de la niña y su familia, disminuyendo los niveles de azúcares. En cuanto al impacto inmediato se evaluará al completar la dentición permante de la paciente.



09.

DISCUSIÓN

La CPI es una enfermedad crónica de mayor prevalencia en niños, la cual produce una mala calidad de vida al no ser tratada tanto al niño como a su entorno familiar. La prevalencia de esta enfermedad está relacionada a diferentes factores, como por ejemplo, la condición socio económica, educación, etc.

Se han realizado numerosos estudios sobre caries dental, pero recién en la actualidad se ha estudiado esta patología en niños de corta edad.

En este trabajo se realizó la descripción de un caso clínico, realizado en la Facultad de Odontología de La Plata, en la carrera de especialización en odontopediatría, donde ingresó una niña presentando CPI. Se indagó sobre hábitos alimenticios, costumbres, se establecieron factores de riesgo relacionados con esta patología, se estudió el entorno familiar para realizar la posterior rehabilitación oral de la pequeña. Al realizar este trabajo se vio que la frecuencia de esta patología es muy frecuentes que actualmente la mayor cantidad de estos niños llegan a la consulta odontología con dolor, presentando disfunción en el habla en la masticación, enfermedades sistémicas y reflejos psicológicos.

Según Sánchez-Huaman Y276 2012 entre distintos estudios de esta índole registraron que a la edad de 1 (un) año el 5 % de estos pacientes presentan caries, a los 2 (dos) años es de 24 %, a los 3 (tres) del 33 %, a los 4 años es de un 55 a 70 %, y a los 5 se presenta en un porcentaje del 60 al 80 %.
No habiendo relación directa entre los diferentes sexos.

La mayor prevalencia de esta patología es en pacientes de 5 años, esto se puede explicar a que el ***Streptococos mutans*** se establece en la cavidad bucal durante el período conocido como ventana de infectividad (primera ventana) que corresponde con la erupción del 1 (primer) molar deciduo.

Las piezas dentarias mayormente afectadas por esta patología (C.P.I) son los incisivos superiores, luego las caras oclusales de los primeros y segundos molares respectivamente.

En cuanto a los factores de riesgo, que son características que se asocian con la enfermedad, no siendo necesariamente la causa de la enfermedad sino que tienen una relación íntima en el desarrollo de la patología. El riesgo va variando en el paciente, por eso las variaciones requieren un monitoreo sistemático por parte del profesional de la salud bucal. Estos factores actúan en conjunto, por eso es que la patología es de origen multifactorial.

En cuanto a lo que se refiere a C.P.I, primeramente se le estableció toda su causa a la lactancia sea cual sea su forma pero hoy en día se relacionó a través de diferentes estudios con la dieta, momentos azúcares. Así mismo se estableció un vínculo con otros factores de riesgo no relacionados solo a la alimentación como la higiene, factores socio demográficos, nivel educativo, etc. corroborando lo antes dicho su **origen multifactorial**.

Por lo tanto se ve la gran importancia del odontopediatría de poder trabajar con niños de muy corta edad y con sus familias, lo importante que es la derivación oportuna de los pediatras , que esta derivación no sea solo cuando hay patología , cuanto más temprana sea la derivación, mejor será el abordaje del profesional odontológico.

Como dijimos en reiteradas oportunidades el nivel educativo de la madre es un factor de riesgo de suma importancia, ya que este influye para la salud general y en especial, en el desarrollo infantil, en cuanto a lo que se refiere a caries se vio que a menor nivel educativo de los progenitores hay una mayor relación con el desarrollo de la caries dental.

En cuanto al nivel económico y a la estructura familiar se vio que cuando hay 3 (tres) o más hermanos viviendo en el mismo hogar todos posean caries. Los niños con familias de bajos ingresos económicos, con un nivel educativo también bajo, y que sus madres poseen patología presentan mayor desarrollo de caries, ya que la educación de su madre actúa como un factor de protección. También hay una estrecha e íntima relación con la colonización de bacterias patógenas y el desarrollo de la enfermedad, habiendo una relación entre las bacterias de la saliva y prevalencia de caries, la frecuencia de ***Streptococcus mutans*** de la madre y el riesgo de caries directo, por la transmisibilidad y fidelidad de estos microorganismos. Este es un factor de riesgo muy importante ya que la presencia de caries activa en la mamá puede servir como un indicador muy útil en la clínica odontológica, estableciendo una estrecha relación y observando así la forma de transmisión puede ser horizontal o vertical.

En este trabajo se realizó un estudio sobre la dieta de la paciente y su grupo familiar, ya que si no son los correctos esto puede afectar de por vida la salud de la niña. Por esto es tan importante tratar de

inculcar los buenos hábitos alimenticios desde el embarazo de la madre, ya que al tener buenas costumbres familiares el pequeño las adquirirá desde chico.

Hoy en día se ve que las familias incorporan los dulces en grandes cantidades y eso se ve que también los niños los consumen desde temprana edad y en grandes cantidades, se vio que lo hacen antes del año de edad, por lo tanto se favorece y facilita la implantación y la colonización del microorganismos, a parte se vio y estudio la relación que hay entre la cantidad, calidad y los momentos dulces que tiene los pacientes.



Es muy importante la no incorporación de alimentos ultra procesados (poseen azúcar “escondida”) que se ingieren con alta frecuencia y en grandes cantidades desde muy bajas edades. Actualmente se está estableciendo una línea que preconiza la alimentación saludable, reemplazando los alimentos nocivos por frutas, verduras, frutos secos, huevos, etc.

Los chicos aceptan desde muy pequeños los alimentos dulces con una respuesta positiva, por eso desde muy chicos hay que darle un alimentación saludable... Hemos visto que ha aumentado considerablemente el consumo de golosinas y con esto también aumentó el riesgo a presentar caries dental.

En cuanto a la lactancia se estableció que en la lactancia a demanda los chicos poseen mayor riesgo a desarrollar caries, estableciéndose no una relación directa entre este consumo y la caries sino con la dieta, higiene, etc., o sea, no hay relación de riesgo de caries con la lactancia natural.

En cuanto a la lactancia artificial mas el agregado de azúcares si hay una relación directa con caries, mayormente cuando se habla de C.P.I., mas cuando el uso de de los biberones es nocturno y sin el agregado de limpieza bucal del niño.

Por lo antes dicho es de gran importancia la promoción de la salud, en niños pequeños y sus familias, depende de la concientización del grupo familiar sobre los conceptos de higiene bucal ya que muchas familias no lo toman como una conducta diaria. La placa bacteriana es un factor importante en el desarrollo de esa patología, y la forma de eliminarla mecánicamente es sólo con la higiene bucal, que en niños debe ser realizada por un adulto responsable hasta que el pequeño adquiera la habilidad para realizarla solo en forma adecuada, ésto no es antes de los 5 (cinco) años de edad. Cabe destacar también la importancia de la incorporación de fluoruros ya que estos reducen la insidencia de caries dental y reducen o revierten la progresión de las lesiones ya existentes.





10.

CONCLUSIONES

Se observó y determinó la necesidad de recomendar pautas de la salud en el grupo familiar, lograr conductas y comportamientos saludables ya que se reconoce que las enfermedades bucales más prevalentes están directamente asociadas o relacionadas al estilo de vida familiar.



Es muy importante controlar la transmisión microbiana, y trabajar desde el embarazo de la madre (dando pautas de educación, promoción de la salud, indicándoles la importancia del cuidado de la salud bucal del bebé), tratar de inculcar normas de higiene desde la aparición de la primer pieza dentaria y establecer e informar a padres y cuidadores, maestras jardineras, pediatras la necesidad de realizar la consulta odontológica a tiempo, no solo cuando ya hay patología en la boca del pequeño, lo importante es prevenir.

**LO IMPORTANTE
ES PREVENIR**

11.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía de consulta

Referencias

Bibliografía de consulta

1. La caries Temprana de la infancia. Elisa Oliva de Sánchez.
2. Cuidado dental del bebé. Ivonne Ganem. Crest oral B diciembre 2011.
3. Caries de la infancia temprana. María Noriega. Perinatología, Reproducción humana, abril junio 2009. Vol 23 Núm. 2.
4. Duración de la lactancia materna, erupción de los primeros dientes temporales y desarrollo antropométrico alcanzado a los dos años de vida. V. Martín Moreno. Nutr Hosp.2006; 21 (3)362-368.
5. Evaluación de pH salival luego de la ingesta de bebidas no alcohólica. Pistochini A, Doño R., Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños. Vol. 33. Num4 dic- enero 2004 2005.
6. Determinación analítica de bebidas no alcohólicas. Argenyeri A, Pistochini A. Boletín de la AoA niños Vol 31. Núm. 4. dic 2002, enero 2003.
7. Primera visita del bebe al consultorio odontológico. Haydee de Casareto. Boletín de la AOA para niños vol.33 . num2 junio/sept 2004.
8. Caries de biberón. Haydee Casareto, Alejandra Sicorsky. Rev. Asociación odontol. Argentina vol 81. Núm. 1 enero 1993.
9. Determinación del PH de bebidas carbonatadas y jugos comerciales nacionales de consumo frecuente en niños. G.A Sánchez. Boletín Oficial de la AOA para niños. Vol. 28 núm. 3 sept/dic 1999.
10. Alimentación cariogénicas durante la primera infancia. Dra. Haydee Casareto Gabriela sly. Boletín oficial de la AOA para niños vol. 32 núm. 4 dic 2003- marzo 2004.
11. La maternidad y la infancia en la Historia de la Humanidad. Virginia Fernández de Preliasco. Boletín de la AOA para niños vol. 38. Num3, sep 2009.niños vol32 num1 marzo/junio 2003.
12. Prevención de la caries en la primera infancia. Travis Nelson, DDS, MSD, MPH.

13. Lesiones incipientes de caries dental y su relación con la higiene bucal en niños venezolanos. Alina Roche Martínez, Nayda Hidalgo, etc. Revista Cubana de estomatología 2009; 46 (4) 69-78
14. Clínica para bebés. Marcia Figueiredo, Carmen Castro, etc. Boletín de la AOA para niños. Vol 29, núm. 4, dic- marzo 2000.
15. Relación entre variables socio- demográficas y de estilo de vida con la salud bucal en infantes de 6 a 18 meses de edad. Klemonskis G, González A, etc. Boletín de la AOA para niños. Vol. 32, núm. 1, marzo/junio 2003.
16. Caracterización de bebidas diet nacionales: transferencia clínica. Gabriel Sánchez, Virginia Preliasco. Boletín de la AOA para niños. Vol. 29, núm. 4, dic/marzo 2000.
17. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Fernando Aguilar Ayala, Claudia Duarte, etc. Acta Pediátrica. Mex. 2014.
18. Frecuencia de niños con caries de biberón. Ariette Cabut, Mariana Sabas María Castillo. Boletín de la AOA para niños. Vol. 28, núm. 3, sept. /dic 1999.
19. Caries de la infancia temprana según determinantes sociodemográficos. Rosa Melgar. Boletín de la AOA para niños. Vol. 32. Núm. # sept/dic 2003.
20. La caries temprana de la infancia. Dra. Elisa Oliva. Centro Odontológico de Paitilla.
21. La importancia de la inclusión del niño desde su nacimiento en los proyectos de salud bucal en los servicios de Salud del Minsa. Augusto Guevara. Boletín de la AOA para niños. Vol. 39. Núm1 abril/agosto 2010.
22. Contaminación directa madre-niño a través de la saliva. Guerrero Vergara Marjorie. Perú 2003.
23. Estructura psíquica, desarrollo psicológico. Medicina psicosomática en pediatría.
24. Caries de biberón innovación sobre etiología, características clínicas, prevención y tratamiento. Haydee de Casaretto. Boletín de la AOA para niños. Vol. 29, núm. 4, dic/ marzo 2000.
25. Erupción dentaria, Prevención y tratamiento de sus alteraciones. E.Barbería Leache. Pediatría Integral 2001;6 (3):229-240.

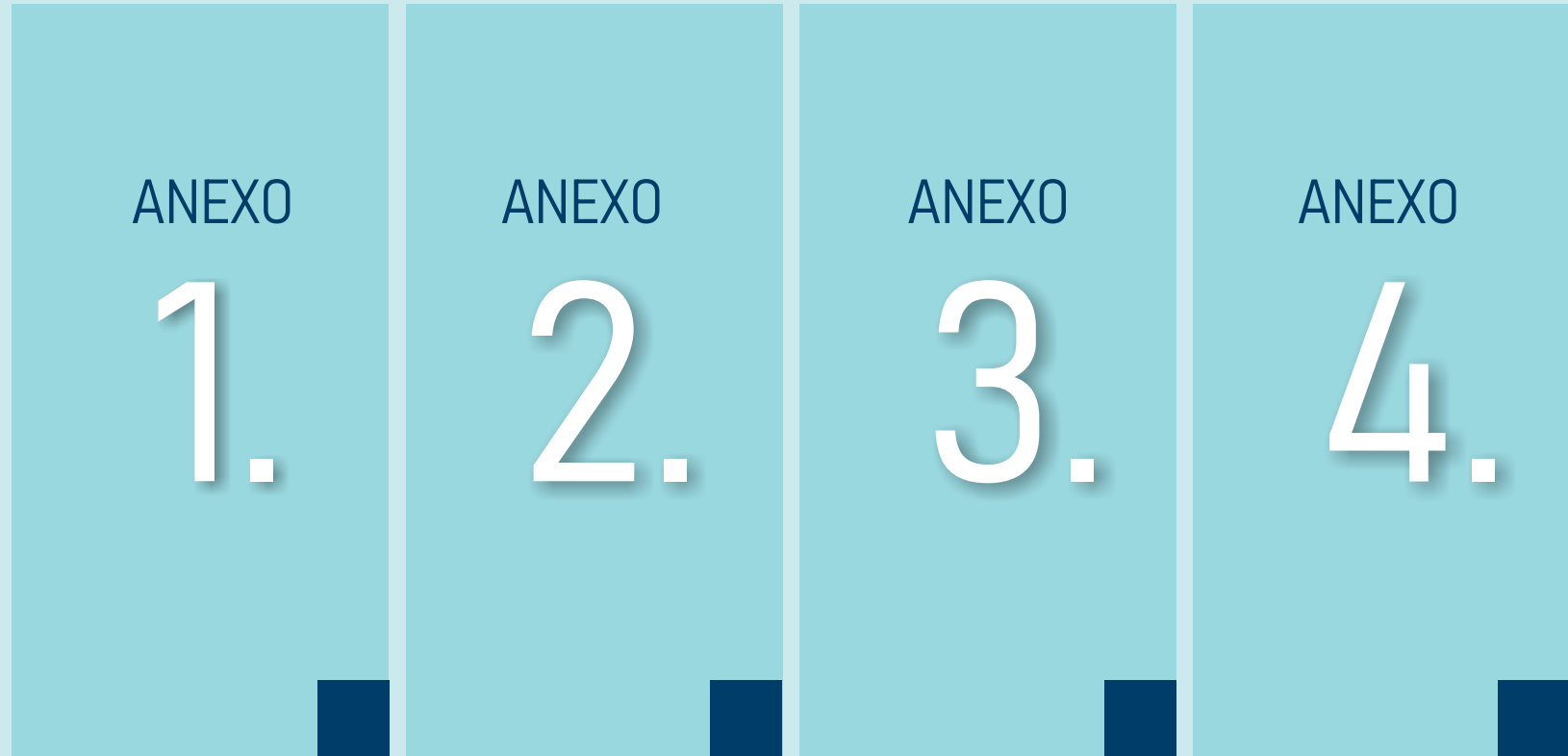
26. El amamantamiento bajo la observación funcional y clínica de la odontalgia. Dra. Gabriela Dorothy de Crvalho.
27. Importancia de la primera consulta odontopediátrica. Ana Biondi.
28. Serrano Granger Jorge. La placa bacteriana dental como biofilm RCOE 2005. Vol. 10, Núm. 4-431-439.
29. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de pediatría, Guía de lactancia materna para profesionales, monografía núm. 5 (Madrid) depósito legal M27953-2004.
30. Casaretto H. Primera visita del bebé al consultorio odontológico. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños. Vol. 33 núm. 2, junio-septiembre 2004 (20-23).
31. Casaretto H. D. Ricos, Mayochi K. Circuito de infectibilidad bucal entre madre e hijo. Estudios sobre información materno y disposición al cambio. Revista Asociación Odontológica Argentina. 2003.

Referencias

- (1) Bordoni N., Escobar Rojas A., Castillo Mercado R. Odontología pediátrica. Bs. As. Edit. Médica panamericana (2010).
- (2) Barberia Leache Quesada J, Pizarro M, Ballesta C, Mendoza A, Odontopediatría 2 ed. edit. Masson 2001 (173-188, 115- 136) (última edición).
- (3) Rotemberg Wilf E, Smaisik K. Inmunidad bucal en la primera infancia. Odontoestomatología vol.12 N° 14\ mayo 2010.
- (4) Ruiz M. Tesis de doctorado: Estudio clínico y epidemiológico de prevalencia de caries de 0-30 meses y determinación de los factores de riesgo en la población de Berisso. Miriam Ruiz 2014.
- (5) J. Portilla Robertson, ME Pinzon Tofino, ERHuerta, A Obregon, Revista odontológica mexicana. 14 (4), 218-225 2010. Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana.
- (6) Fernández de Preliasco V. La maternidad y la infancia en la Historia de la Humanidad. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños. Vol. 38 Núm. 3 sept 2009 (25-30).
- (7) Fernández de Preliasco V. Actualización en odontopediatría. Sept. 1995 Vol.1 Núm.3. (11-70).
- (8) Rotemberg Wilf E, Smaisik K. Inmunidad bucal en la primera infancia. Odontoestomatología vol.12 N° 14\ mayo 2010.
- (9) Ruiz M. Tesis de doctorado: Estudio clínico y epidemiológico de prevalencia de caries de 0-30 meses y determinación de los factores de riesgo en la población de Berisso. Miriam Ruiz 2014.
- (10) Jb Morillo, L Montero. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Enfermería global. 0-0, 2010.
- (11) F Correa, J Abanto, Amaia, T Carvalho, M Boneckerm M Correa. Patrones de lactancia, su primer contacto con el azúcar y el dentista. Acta Odontol. Venez 48 (2), 1 -11 2010.

- (12) González Catalina, Gómez E, Meneses J. Percepciones en salud bucal de los niños\a. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud 13 (2), 715-724, 2015.
- (13) Enrique Rotemberg Wilf, K Smaisik Fridman. Inmunidad bucal en la primera infancia. Odontoestomatología 12 (14), 4-14, 2010.
- (14) Rotemberg Wilf E, Smaisik K. Inmunidad bucal en la primera infancia. Odontoestomatología vol.12 N° 14\mayo 2010.
- (15) Doris Gomes, Marco Aurelio Daros, Cecilia M. Martínez. Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. Revista CES Odontología 23 (1) ,71-80, 2010.
- (16) Alonso M, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Abril 2009 Vol.23 (2pp 90-97 perinaotología reproducción humana).
- (17) Chavarría N., Duran J., Torres D. Prevalencia de caries de la primera infancia y la exploración de factores de riesgo. Revista colombiana de investigación en odontopediatría. Vol. 4, Núm. 10, año 2013.
- (18) Biondi A, Cortese S. Odontopediatría Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. 1 edic. Bs. As. alfaomega 2010 (293-300).

ANEXOS





NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: Cielo Celeste Montagno

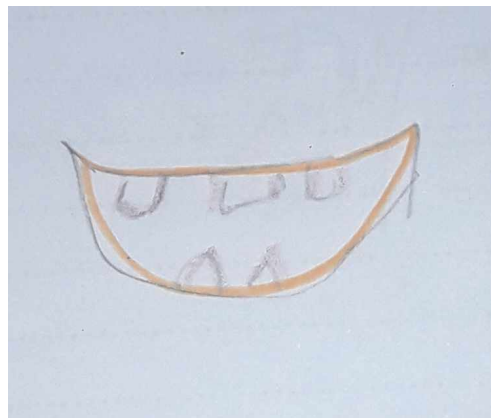
EDAD: 4 años

ESCOLARIDAD: jardín de infantes

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Mamá y tres hijos

GRAFISMO

Dibujo de la boca:



Dibujo del dentista: (sólo, en la clínica, como Uds. quieran)



Interpretación de gráficos a cargo del psicólogo:

I. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO (en letra imprenta)

APELLIDO Y NOMBRE: Montagno Cielo

EDAD: 4

SEXO: Femenino

NACIONALIDAD: Argentina

FECHA DE NACIMIENTO: 21/ 10/ 2012

LUGAR DE NACIMIENTO PADRE O TUTOR: Capital federal

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: Floris Monatgno

HERMANOS (nombres y edades):

1) José, 7 años

2) Alexis, 1 año

3)

4)

5)

DOMICILIO: Manzana 14 casa 99

LOCALIDAD: Lugano

CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:

Donde dejar un mensaje:

JARDÍN DE INFANTES: si

ESCUELA: Grado que cursa:

SERVICIO DONDE SE ATIENDE: Salita del barrio

TE:

TALLA: 1,21 PESO: 18 kg CONSTITUCIÓN: pequeña

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

La mamá dice que consulta para arreglarles los dientitos a su hija,
CARIES.

III. AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO PARA
LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL NIÑO

NOMBRE Y APELLIDO: Montagno Floris

DOCUMENTO DE IDENTIDAD/TIPO: D.N.I. 94.130.874

FIRMA:

Consentimiento informado

FECHA

En este acto, yo
DNI

Apellido y nombre del paciente (en caso de ser menor o incapacitado, los datos del responsable irán reemplazando la firma al pie)

declaro que el Dr.

me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica: La realización de historia clínica, la confección de un plan de tratamiento establecido en el programa integral, individualizado que figura en la historia clínica, como la autorización del uso de antisépticos y materiales de uso odontológico, en los cuales no reconozco reacción alérgica. En el caso de fotografías también autorizo su realización, para la documentación del caso clínico, y me comprometo a concurrir a las citas cuando el profesional me lo indique.

Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento, he contestado con la verdad y ha quedado asentado en la historia clínica.

Entendí las explicaciones del odontólogo, que las expuso en forma sencilla, y además las escribió en este documento, me explicó las distintas posibilidades de tratamiento y de los riesgos y complicaciones que puedan sobrevenir, permitiéndome realizar observaciones y aclarando todas mis dudas.

Comprendo que el profesional se compromete a poner todos los medios a su alcance para el resultado del tratamiento, pero que pueden actuar muchos factores, algunos dependerán de la respuesta de mi organismo y otros de mi conducta, por lo que me comprometo a cumplir todas las indicaciones e instrucciones y concurrir al consultorio ante cualquier duda o complicación, además de los controles periódicos.

También entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por todo ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ODONTÓLOGO

Responsable:

IV. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

¿Concorre habitualmente al odontólogo? SI NO

¿Cada cuanto?: Cuando le dolía

¿Tuvo una mala experiencia odontológica? ¿Cuál?: NO

¿Tiene miedo frente a algún tratamiento? ¿Cuál?: NO

Fecha última consulta odontológica: No recuerda ¿Terminó el tratamiento? SI NO

Se atendió en: Hospital Facultad.....

Obra social Consultorio Privado..... Salita X

¿Recibió mensajes de salud bucal? SI NO ¿De quién?: Médico..... Odontólogo

TV..... Radio..... Periódico

Historia odontológica de los padres: Buena..... Regular..... Mala X

¿Cada cuánto concurren a la consulta? Madre: Cuando le duele

Padre:

V. ANTECEDENTES MÉDICOS

■ NACIMIENTO:

Parto normal: Hubo sufrimiento fetal

Cesárea

Fórceps

■ LACTANCIA:

Materna

Artificial

Mamadera

Hasta que edad: hasta los 3 años y medio

Glucolín

Con azúcar Leche de vaca Artificial

Chupete: SI NO

¿Hasta cuándo?..... con.....

Erupción dentaria:.....

Precoz:.....

Normal:

Retrasada:

■ INGESTA DE FLUOR MATERNA DURANTE EL EMBARAZO SI NO

(En caso afirmativo, ¿a partir de qué mes?).....

■ INGESTA DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO SI NO

(En caso afirmativo, ¿Cuáles? .

Ej: Tetraciclinas, etc)

■ ENFERMEDADES DE ORIGEN GENERAL POR LAS CUALES TOMAN MEDICACIÓN CONTINUA REFERIDA A:

- SISTEMA RESPIRATORIO: S/P

Asma:..... ¿por bronquitis? SI NO

Sinusitis:

Neumonías:

Bronco espasmos:

Resfríos a repetición:.....

Rinitis alérgicas:.....

Adenoides:..... ¿Fue operado? SI NO

Amigdalitis:..... ¿Fue operado? SI NO

- SISTEMA CIRCULATORIO: S/P

Discrasias sanguíneas

Púrpuras

Anemias

- AFECIONES CARDIACAS: S/P

Valvulares

Soplo cardíaco congénito

Soplo cardíaco inocente:..... Fisiológico.....

- FIEBRE REUMÁTICA: SI NO

- DIABETES: SI NO En la familia ¿quién?:.....

- HEPATITIS: SI NO ¿Qué tipo?:.....

- ALTERACIONES RENALES: SI NO

- TUBERCULOSIS: SI NO En la familia ¿Quién?.....
- ENFERMEDADES TIROIDEAS: SI NO
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: SI NO
- ¿LE REALIZARON ANÁLISIS DE ORINA, SANGRE O MATERIA FECAL? SI NO
¿Por qué?.....
- ¿RECIBIÓ INTERNACIÓN?: SI NO ¿Por qué?.....
- ¿FUE SUTURADO ALGUNA VEZ?: SI NO ¿Por qué?.....
- ALERGIA: SI NO A qué? Alimentos..... polvo..... clima.....
anestesia..... Medicamentos..... otros.....
- ¿TOMÓ ALGUNA VEZ AMOXIDAL? (Por sensibilidad a la penicilina) SI NO
- ¿TOMÓ ALGUNA VEZ NOVALGINA JARABE? (por sensibilidad a dipirona) SI NO
- PLAN DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD: SI NO
- ENFERMEDADES ERUPTIVAS:
 - Varicela: SI
 - Rubéola
 - Escarlatina
 - Quinta enfermedad
 - Sarampión

- CONVULSIONES: SI NO (por problemas neurológicos)
- TUVO TRAUMATISMOS: SI NO Tipo:..... Edad:.....
¿Concurrió inmediatamente a la consulta?.....

- MADURACION MOTRIZ:
 - ¿A qué edad comenzó a caminar? 10 meses
 - ¿Hubo gateo? SI

- ACTITUD DEL NIÑO FRENTE AL MÉDICO:
 - Concorre periódicamente
 - Irregularmente

VI. ANTECEDENTES SOCIOCULTURALES

- CONDUCTA ESCOLAR Y EN EL HOGAR: Cumpleaños, entretenimientos, dibuja, canta, baila, mira la TV (¿cuánto tiempo por día?), lectura, deportes, etc.
La madre manifiesta que la niña es de jugar en su casa, que le gusta mirar TV, preferentemente dibujos animados, que le gusta dibujar, cantar, bailar y que suele ir a los cumpleaños infantiles.

VII. HÁBITOS ALIMENTARIOS

- TIPO Y CONSISTENCIA:
CarnesSI , verdurasSI(pocas), huevosSI , cereales SI
PanSI, galletitas dulces y saladasSI , gaseosas SI
Jugos artificiales SI aguaNO soda NO lácteo NO cuáles?
Total de Momentos de azúcar: 4 a 5 momentos por día

VIII. CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA BACTERIANA

- CON TÉCNICA:
- NÚMERO DE VECES: pocas
- OPORTUNIDAD: cuando se acuerda generalmente a la mañana
- TIPO DE CEPILLO: de niños
- DENTÍFRICO: no usa..... usa uno común X con fluoruros.....

IX. TERAPIA CON FLUORUROS

- Fluoruros ingesta: SI NO ¿Desde qué edad?.....
- En forma continua o discontinua:
- Fluoruro tópico: SI NO ¿Cada cuánto tiempo?.....
- En forma continua o discontinua:
- Enjuagatorios florados: Diarios..... Semanal..... Quincenal.....
- En forma continua o discontinua:.....

X. SELLADORES

- Presenta selladores realizados en la boca: SI NO

XI. EXAMEN CLÍNICO

- LABIOS: S/P

Superior: normal..... corto..... fino..... grueso..... desmarcado.....

Inferior: normal..... corto..... fino..... grueso..... desmarcado.....

Hábitos: **No presenta**

Zona perioral: S/P

Observaciones:

■ MUCOSAS: S/P

■ CARRILLOS: S/P PALADAR: S/P

■ AMÍGDALAS Y VEGETACIONES: S/P

■ SURCO VESTIBULAR: S/P

Observaciones:.....

■ LENGUA:

Normal: **X** grandes:..... ulcerada:..... hipertrófica:..... geográfica:.....

Posición:..... frenillo:.....

Observaciones:.....

■ ENCIAS:

Normal: **X** Congestiva hipertrófica:..... retraída:.....

Observaciones:.....

■ ZONA SUBLINGUAL: S/P

■ MAXILAR SUPERIOR:

Simétrico: **X** asimétrico:..... diastemas:..... apiñamiento:.....

Cálculo: SI NO Pigmentaciones: SI NO

■ MAXILAR INFERIOR:

Simétrico: **X** asimétrico:..... diastemas:..... apiñamiento:.....

Cálculo: SI NO Pigmentaciones: SI NO

■ OCLUSIÓN:

Primaria: **SI** Mixta:..... Permanentes:.....

■ TEJIDO DENTARIO:

Extracciones prematuras: **NO**

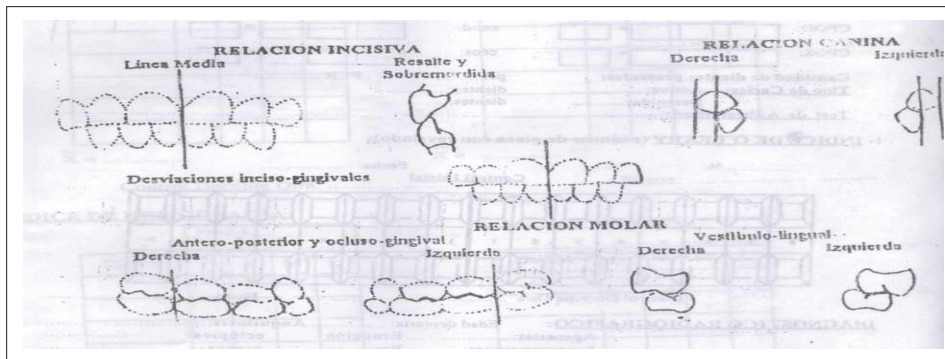
Descalcificaciones: SI NO Abrasiones: SI NO

Anomalías de forma: **NO** De volumen: **NO**

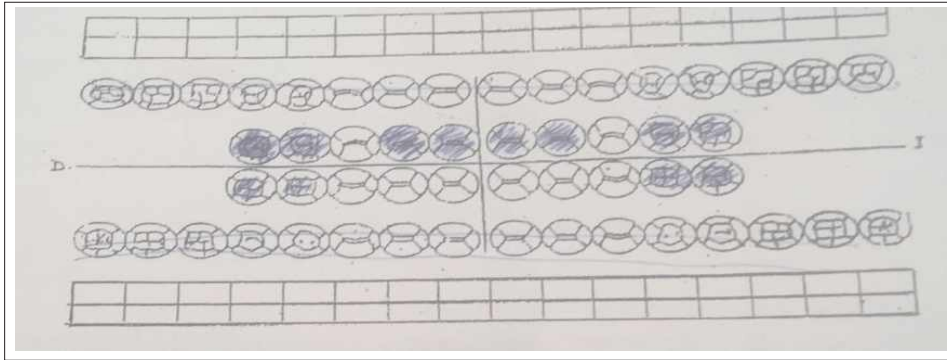
De número: **NO** De posición: **NO**

■ ANÁLISIS FUNCIONAL:

Respiración nasal: **SI** bucal:..... competencia labial:.....



XII. ODONTOGRAMA



■ TOTAL DE PIEZAS PRESENTES EN BOCA:

- Temporarias **20**

- Permanentes:.....

□□□ □

CPOD:

=

□□□ □

ceod:

□□□ □

CPOS:

=

□□□ □

ceos: 11 = =

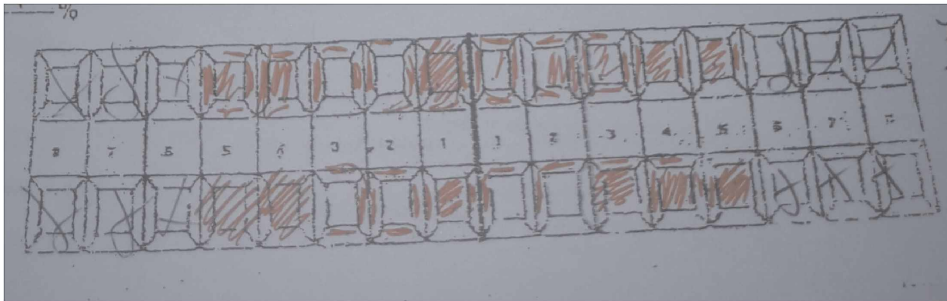
XIII. ÍNDICES

■ 1. INDICE DE O'LEARY (Examen de placa con revelador)

CONTROL INICIAL

74%

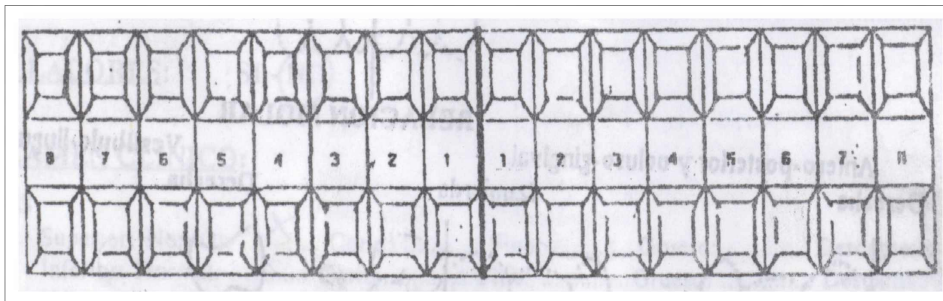
FECHA: 3/9/16



CONTROL INTERMEDIO

.....%

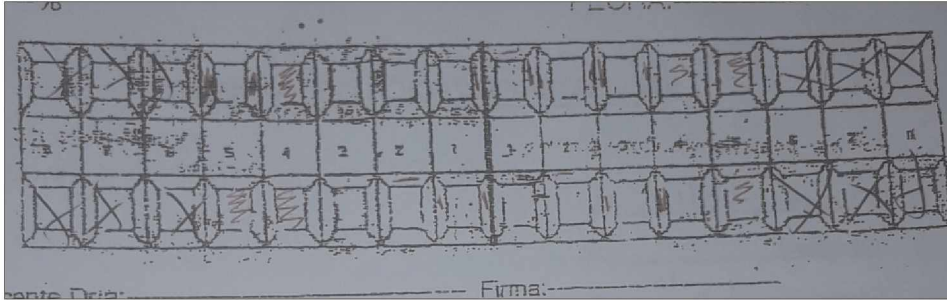
FECHA:



CONTROL FINAL

23%

FECHA: 1/10/16



■ 2. INDICE DE PLACA DE LÖE SILNESS (sin revelador)

INICIAL

Diente	FECHA			
	D	V	M	L
55	1	1	2	1
61	1	2	0	0
64	1	1	1	1
75	2	1	1	1
81	1	0	1	1
84	0	2	1	1
				% 1,04

Diente	FECHA			
	D	V	M	L
				%

Diente	FECHA			
	D	V	M	L
55	0	1	1	0
61	1	1	0	0
64	0	1	1	1
75	1	0	0	1
81	1	0	0	0
84	0	0	1	1
				% 0,4

■ 3. INDICE GINGIVAL

INICIAL

					FECHA
Diente	D	V	M	L	
					%

MEDIO

					FECHA
Diente	D	V	M	L	
					%

FINAL

					FECHA
Diente	D	V	M	L	
					%

■ 4. INDICE DE HEMORRAGIA SIMPLIFICADO

INICIAL

					FECHA
Diente	D	V	M	L	
					%

MEDIO

					FECHA
Diente	D	V	M	L	
					%

FINAL

					FECHA
Diente	D	V	M	L	
					%

XIV. CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE

- O'Leary 74%
- Gingiva.....%
- Placa 1,04%
- Cepillo: Tipo:
Técnica: SI NO

- CPO..... ceo 11
- Mancha blanca SI
- Surcos profundos NO
- Momentos de azúcar 5 a 6

- Nivel de riesgo y/o actividad del paciente: ALTO

XV. PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRAL INDIVIDUALIZADO

FICHADO, MOTIVACIÓN, FISIOTERAPIA, ASESORAMIENTO DIETÉTICO, INDICACIÓN DE RX PANORÁMICA, TOMA DE FOTOS E IMPRESIONES, CONFECCIÓN DE MODELOS, REALIZACIÓN DE INDICES INICIALES, INACTIVACIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS, RESTAURACIONES EN LAS PIEZAS 74, 75, 84, 85, 55, 64, EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS 51, 52, 61, Y 62, TOMA DE IMPRESIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA PLACA, CONFECCIÓN DE PLACA Y REPOSICIÓN DE PIEZAS EXTRAÍDAS, INDICES Y FOTOS FINALES, Y COLOCACIÓN DE FLUOR.

XVI. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA REALIZADO

- O'Leary 74%
- Gingiva.....%
- Placa 1,04%
- Cepillo: Tipo: **de niños**
Técnica: SI NO

- CPO..... ceo 11
- Mancha blanca **SI**
- Surcos profundos **NO**
- Momentos de azúcar **5 a 6 veces**

GRAFISMO

Dibujo de la boca:

HISTORIA DE DIETA

- ¿Qué consume en el desayuno? ¿Cuánta azúcar?

En el desayuno la niña toma mate cocido con pan con dulce, a la infusión le agrega de 2 a 3 cucharadas de azúcar.

- ¿Come entre el desayuno y el almuerzo? ¿Qué?

Si, come a veces galletitas dulces, también manifiesta que come chivitos de colores y que los acompaña generalmente con jugo.

- ¿Qué almuerza y con qué bebida acompaña la comida?

Come guisos con carne o pollo cuando puede, polenta y toma jugo cuando come.

- ¿Come o bebe entre la comida y la merienda? ¿Qué?

Si, igual que entre el desayuno y el almuerzo.

- ¿Cuál es la infusión que toma de merienda y con qué comida la acompaña?

Igual que el desayuno.

- ¿Come o bebe entre la merienda y la cena?

Si

- ¿Qué cena? ¿Qué bebida toma?

La cena es a base de guiso, y si no puede le da pan con dulce con mate cocido o leche.

- ¿Qué come después de la cena?

Nada

- ¿Se levanta durante la noche? En caso afirmativo, ¿toma o come algo?
Si, se levanta a tomar jugos, a comer generalmente no lo hace.

- ¿Qué come en los ¿la niña va al jardín le dan la merienda en el establecimiento, contando que le dan te o jugo en el verano con galletitas

- Los abuelos están en contacto seguido con los nenes. ¿Les compran golosinas?
No, la niña vive con otros familiares en el mismo terreno y dice su mamá que le convidan golosinas, mayormente caramelos.

- ¿El niño por si solo puede adquirir golosinas?
A veces

- ¿Toma mate con azúcar?
SI

- ¿Toma alguna medicación azucarada de rutina?
NO

- ¿Si durante algún momento del día tiene sed, que bebida toma?
Jugo

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En este acto yo Montagno Floris declaro que la Dra. Domínguez Mariana me ha explicado el tratamiento que recibirá mi hija/o, la historia clínica, plan de tratamiento establecidos en el programa integral, individualizado que figura en la historia clínica, como la autorización del uso de antisépticos y materiales de uso odontológicos en los cuales no reconozco reacción alérgica alguna. Así también acepto la realización de fotografías para ser usadas como documentación del caso clínico, y me comprometo a concurrir las veces que se me indique para la atención.

GUÍA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD BUCAL

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: Floris Montagno

FECHA DE NACIMIENTO: Agosto de 1982

FECHA DE REALIZACIÓN: Septiembre de 2017

VISITA: 6 meses..... 9 meses..... 12 meses..... 15 meses..... 18 meses 24 meses.....
30 meses..... 3 años..... 4 años..... 5 años..... 6 años..... Otra.....

FACTORES DE RIESGO

1) La madre o el encargado principal del cuidado del niño tuvo caries activas en los últimos 12 meses:

SI NO 2) La madre o el encargado principal del cuidado del niño no tiene odontólogo: SI NO 3) Uso continuo del biberón /vasito con bombilla con líquido que no sea agua: SI NO 4) Bocadillos frecuentes: SI NO 5) Necesidades de asistencia médica especial: SI NO

FACTORES DE PROTECCIÓN

1) Centro odontológico existente: SI NO 2) Bebe agua fluorada o suplementos fluorados: SI NO 3) Barniz de fluoruro en los últimos 6 meses: SI NO 4) Cepillado dental dos veces por día: SI NO

DESCUBRIMIENTOS CLÍNICOS

- 1) Manchas blancas o descalcificaciones visibles en los últimos 12 meses: SI NO
- 2) Caries evidentes: SI NO
- 3) Presencia de restauraciones: SI NO
- 4) Acumulación de placa visible: SI NO
- 5) Gingivitis: SI No
- 6) Presencia de dientes : SI No
- 7) Dientes sanos: SI No

EVALUACION/PLAN

· Riesgo: Baj :..... Alto:

HISTORIA CLÍNICA PERSONALIZADA

NOMBRE: Cielo Celeste Montagno

SEXO: femenino

EDAD: 4 años

FECHA DE NACIMIENTO: 21 /10/ 2012

LUGAR: Capital Federal

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: Floris Montagno

LUGAR DE NACIMIENTO: Bolivia

NIVEL DE EDUCACIÓN: primaria incompleta

CONFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: madre con tres hijos

EVALUACIÓN GENERAL

- DURACION DEL EMBARAZO: no recuerda bien, dice que fue a término
- PARTO: normal
- MEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO: no manifiesta

DATOS ODONTOLÓGICOS REFERIDOS A LA MADRE

- CARIES: SI NO
- RESTAURACIONES: SI NO
- RESTOS RADICULARES: SI NO
- EXPOSICIÓN A FLORUROS: SI NO
- ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO: hace alrededor 1 año
- PRESENCIA DE PLACA BACTERIANA, GINGIVITIS: SI NO

- DIETA: CARACTERÍSTICAS: En lo que refiere a la dieta comenta que su desayuno es mate o mate cocido con azúcar acompañado con pan y duce, consumiendo lo mismo por la tarde; en cuanto al almuerzo y cena es a base de guisos cuando puede con carne o pollo, consume pocas verduras y frutas lo mismo
- HIGIENE BUCAL: Mala

ATENCION DURANTE EL EMBARAZO

(Lugar: sala, hosp, particular, profesional que la atendió, entrevista previa con pediatra, información sobre el parto, información recibida sobre el cuidado del niño, de la salud bucal):

La madre fue atendida durante el embarazo en la salita del barrio, el parto fue hecho en un hospital público, no ha tenido previa al nacimiento entrevista con algún pediatra, el parto comenta que fue a termino, no recordando bien en que semana se produjo, comenta que el embarazo fue normal sin medicación alguna durante este. El pediatra que atendió a la pequeña fue el que estaba en la salita y comenta que no le dio pautas de higiene bucal ni cuando debía concurrir al odontólogo con la pequeña.

DATOS DEL NIÑO

TIPO DE ALIMENTACIÓN: (pecho, mamadera) La niña fue alimentada a pecho exclusivo hasta los 6 meses aproximadamente, luego le incorporó mamadera hasta una edad avanzada y a esta le colocaba azúcares.

DIFICULTADES DE SUCCIÓN: no manifiesta

ENFERMEDADES IMPORTANTES: S/P

MEDICACIÓN: Nombre, presentación, frecuencia. S/P

USO DE CHUPETE: SI NO En caso afirmativo desde cuando, hasta cuando, que chupete usó, endulzado con algo SI NO CON QUE?

ALIMENTACIÓN:

- PECHO EXCLUSIVO: hasta los 6 meses a demanda
- PECHO Y BIBERÓN: Ambos hasta los 12 meses, luego del año siguió con biberón hasta los 4 años aproximadamente, siendo consumido a demanda y mayormente antes de dormir.
- BIBERÓN: SI

FRECUENCIA: Cuando ella quería, mayormente para dormir.

AGREGADOS DE ENDULZANTES: SI

ALIMENTACION NOCTURNA : SI

TIPOS DE LECHE :

- MATERNIZADA: SI NO
- DE VACA : SI NO

DIETA DIARIA : (CARACTERÍSTICAS): La dieta de la niña es a base de guisos con poca carne, pollo. Actualmente no consume muchas verduras y frutas. En la merienda y desayuno come pan con dulce y entre horas es de ingerir comida chatarra y a veces algunas galletitas.

DULCES: (EDAD DEL PRIMER CONTACTO, CUAL, QUIEN SE LO DIO): Si, el primer contacto con dulces de tipo mermelada o galletitas fue cuando comenzó a alimentarse , dice la mamá que el primer consumo de golosinas fue de pequeña que le daban caramelos, gomitas y chupetines, esto fue antes del año.

HIGIENE BUCAL : desde que edad no recuerda, cree que a veces después de los 3 años.

- Frecuencia: poco
- Con qué? : cepillo y pasta colgate
- Momentos : al mediodía a veces
- Usos de pastas: SI

VENTANA DE INFECTIVIDAD: (Prueba de alimentos, limpieza de chupete , besos en la boca): la mamá comenta que actualmente no pero cuando la niña era pequeña sí lo hacía. Probaba la comida antes de dársela, lo mismo la mamera contó que no la probaba en la mano sino que la probaba ella , lo mismo cuando el chupete se le caía ella se lo limpiaba con su boca.



MARIANA | DOMINGUEZ