



Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso

Dr. Alberto García-Suárez,* Dr. Eduardo De La Teja-Ángeles **

RESUMEN

La caries dental es un problema de salud pública. La caries temprana de la infancia, antes conocida como caries por biberón o síndrome de biberón se debe a múltiples factores: físicos, biológicos, ambientales, conductuales, hábitos alimenticios y de higiene. Esta enfermedad se puede prevenir y por lo tanto se debe hacer énfasis en la higiene y en los hábitos alimenticios. El objetivo del artículo es resaltar la importancia de mantener la salud bucal así como las repercusiones que ésta tiene en la salud.

Palabras clave: Caries temprana de la infancia, caries, síndrome de biberón, salud bucal, hábitos alimenticios.

ABSTRACT

Dental caries is a major public health problem. Early childhood caries (ECC) also known as baby bottle caries or baby bottle tooth decay, is associated with several risk factors; i.e.: physical, biological, environmental and behavioral, poor oral hygiene, inappropriate infant feeding methods. This is a predictable disease, therefore, emphasis should be given on dietary and oral hygiene habits. This article emphasizes the importance of oral health and early childhood caries complications.

Key words: Early childhood caries, caries, baby bottle tooth decay, oral health, dietary habits.

La caries dental es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el mundo y es considerada como un problema de salud pública que afecta millones de personas. Tiene alto riesgo en niños pequeños debido a los malos hábitos alimenticios; no es exclusivo el uso prolongado del biberón, lo que ahora se le llama caries temprana de la infancia (CTI). Dentro de este término se incluye a la caries por biberón y la caries rampante, que la Asociación Americana de Odontopediatría adoptó en el 2003¹. Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se la define como la presencia de 1 o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses.

Se considera como caries de la infancia temprana severa (CTIS) cuando a los 3 años el índice **ceo** (cariados, extraídos por caries, obturados) es de ≥ 4 ; a los 4 años, ≥ 5 y a los 5 años ≥ 6 ². Esta patología se debe a la interacción entre bacterias productoras de ácidos y la presencia de carbohidratos fermentables, así como otros factores del huésped, que incluyen a los dientes y la saliva. La CTI es una enfermedad infecciosa, cuyo factor etiológico principal es la presencia del *S. mutans*; también han participado especies de lactobacilos y en otros casos, *Candida*.³ La caries dental puede aparecer en la corona del diente y en la porción radicular; puede ser muy agresiva y puede afectar la dentición decidua.⁴

Existen muchos factores de riesgo: físicos, biológicos, ambientales, conductuales; además el número de bacterias que causan caries, la disminución en el flujo salival, poca o nula exposición al flúor, higiene oral deficiente y pobre alimentación.⁵ Los dientes con defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles a las caries.⁶

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el estomatólogo pediatra.

* Ex residente del Servicio de Estomatología

** Jefe del Servicio y Profesor Titular de Estomatología
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Alberto García-Suárez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: julio, 2007. Aceptado: enero, 2008.

Este artículo debe citarse como: García SA, De la Teja AE. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. Acta Pediatr Mex 2008;29(2):69-72.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La CTI no sólo causa dolor dental e infección, también repercute en la alimentación, crecimiento y desarrollo, asimismo en el desempeño académico de los niños⁸.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niña de 3 años de edad aparentemente sana, sin antecedentes de importancia para su padecimiento; ni antecedentes alérgicos, quirúrgicos, hospitalarios y transfusionales. Registro de inmunizaciones completas. Acude a consulta por la presencia de caries. Exploración intraoral. Dentición decidua completa. CTIS: caries en el esmalte del segundo molar superior derecho y caries en el esmalte y la dentina en el primer molar superior derecho, en el canino y segundo molar superior izquierdo, los incisivos centrales y laterales y los caninos inferiores, el segundo molar inferior izquierdo; caries en el esmalte, la dentina y muy cercana a la pulpa en incisivos centrales superiores, incisivo lateral superior izquierdo, canino superior derecho, primer molar superior izquierdo y primer molar inferior izquierdo; en el incisivo lateral superior derecho y en ambos molares

inferiores derechos había necrosis pulpar (Figuras 1, 2).

La paciente era poco cooperadora por lo que se decidió atenderla en el consultorio inmovilizándola con un sujetador o restrictor de tela ("baby fix") previa firma del consentimiento informado de los padres. En todas las citas se utilizó lidocaina al 2% con epinefrina y se aisló con dique de hule. Se aplicaron resinas en los segundos molares superiores, caninos inferiores y segundo molar inferior izquierdo; se colocaron coronas de acero cromo en primeros molares y caninos superiores, incisivos centrales superiores e incisivo lateral superior izquierdo, así como en los primeros molares, los cuatro incisivos inferiores y en el segundo molar inferior derecho; en los incisivos centrales superiores, canino superior derecho, incisivo lateral superior izquierdo y primer molar inferior izquierdo. Se realizó pulpotomía con formocresol y pulpectomías en ambos molares inferiores derechos; para este tratamiento se utilizó pasta iodoformada para no interferir con la absorción radicular y la erupción del diente permanente (Figura 3). El incisivo lateral superior derecho tuvo que ser extraído; posteriormente se le sustituyó con una prótesis removible (Figura 4).



Figura 1. Destrucción característica de incisivos en CTIS.



Figura 2. Vista oclusal de la arcada superior.



Figura 3. Dentición rehabilitada con prótesis que sustituye el lateral superior derecho.



Figura 4. Vista oclusal de la dentición rehabilitada y la prótesis colocada.

Cuadro 1. Escala de Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. J Dent Child 1962;29:150-63

--	Definitivamente negativo	Rehusa el tratamiento. Forcejea
-	Negativo	Poco cooperador. Actitud negativa poco pronunciada
+	Positivo	Acepta el tratamiento
++	Definitivamente positivo	Se interesa con gusto por el tratamiento

A pesar de que durante todo el tratamiento se utilizó inmovilización, la conducta de la niña fue modificándose poco a poco y de ser una paciente “definitivamente no cooperadora”, según la escala de Frankl, (Cuadro 1) al final del tratamiento se pudo calificar como una paciente cooperadora (+). La paciente quedó completamente rehabilitada.

DISCUSIÓN

La CTI es una enfermedad infecciosa en la que intervienen muchos factores. Aunque ocurre más en pacientes de estratos socioeconómicos pobres no es exclusiva de éstos. Es una patología que se puede prevenir, por lo cual hay que explicar a los padres la importancia de la enfermedad, pues no afecta únicamente a los dientes, se puede afectar la masticación, la deglución, la fonación etc.⁷. Clarke y cols. sugieren que la CTI puede ser un marcador de riesgo para la anemia por deficiencia de hierro⁹ y que todos los pacientes con CTI deben ser valorados en sus niveles de hierro. Weinstein propone que aparte de la instrucción a los padres mediante folletos y videos, se les motive para reforzar la higiene y que haya comunicación telefónica de seguimiento durante el primer año. En esta forma se observó menor cantidad de dientes con caries 2 años después⁷. También recomienda el uso de barnices de flúor. Algo que también es de suma importancia y que la mayoría de las veces pasa inadvertido es que los padres también deben estar libres de caries ya que cuando los padres presentan cifras más altas de *Streptococcus mutans* y lactobacilos, los niños muestran CTI por una exposición temprana a estas bacterias^{10,11}. Buttner¹² señala la presencia temprana de estas bacterias en infantes debida a la transmisión de saliva intrafamiliar principalmente por la madre; la colonización temprana equivale a un índice más alto de caries.

CONCLUSIÓN

Mantener una adecuada salud bucodental en niños es de suma importancia ya que no sólo es un problema dental,

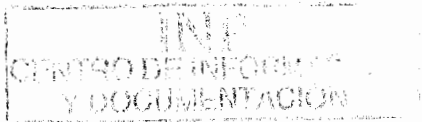
pues la boca no es un entidad aislada; no tenerla puede causar problemas de vías respiratorias, nutricionales, cognitivos e incluso psicológicos, así como repercusión en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la oclusión dental.

La CTI debe tener la importancia de un problema de salud pública por lo que se debe hacer énfasis en programas de prevención, a base de higiene dental desde el nacimiento; asesorar adecuadamente la alimentación tanto al seno materno como con biberón; dar una guía de bebidas permitidas en el biberón y hasta qué edad se autoriza cada una de estas opciones de alimentación. Hacer conscientes a los padres de responsabilizarse de la higiene bucal de los niños ya que es frecuente que pacientes con caries temprana de la infancia que requirieron tratamiento tengan caries 2 años después¹³. Sería ideal que desde el nacimiento se realizaran consultas periódicas al estomatólogo pediatra. Es una obligación de los padres que al año de edad el niño cuente con un odontólogo de cabecera como lo sugieren la Academia Americana de Odontología Pediátrica y la Academia Americana de Pediatría¹⁴ para reforzar buenos hábitos higiénicos y alimentación adecuada; realizar tratamientos preventivos como la aplicación de barniz de flúor. Debido a que raramente se acude al dentista antes que el paciente cumpla el año de edad, el pediatra debe indicar a los padres que acudan con un estomatólogo pediatra o en su defecto, sea quien comience a asesorar la alimentación e higiene a los padres de los niños y de ese modo comenzar a prevenir esta enfermedad. Incluso el ginecólogo pudiera informar a los futuros padres sobre el riesgo de que sus niños puedan padecer caries.

BIBLIOGRAFÍA

1. Definition of early childhood caries (ECC) *Pediatr Dent* 2005-2006;27:13.
2. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and prevention. *Pediatr Dent* 2005-2006;27:31-3.
3. De Carvalho FG, Silva DS, Hebling J, Spolidorio LC, Spolidorio

- DM. Presence of mutans streptococci and *Candida* spp. in dental plaque/dentine of carious teeth and early childhood caries. *Arch Oral Biol* 2006;51(11):1024-8.
4. Brown A, Lowe E, Zimmerman B, Crall J, Foley M, Nehring M. Preventing early childhood caries: lessons from the field. *Pediatr Dent* 2006;28(6):553-60.
 5. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet* 2007;369:51-9.
 6. Oliveira AF, Chaves AM, Rosenblatt A. The influence of enamel defects on the development of early childhood caries in a population with low socioeconomic status: a longitudinal study. *Caries Res* 2006;40(4):296-302.
 7. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc* 2006;137(6):789-93.
 8. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 2006;42(1-2):37-43.
 9. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent* 2006;28(3):254-9.
 10. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc* 2003;69(5):304-7.
 11. Al Shukairy H, Alamoudi N, Farsi N, Al Mushayt A, Masoud I. A comparative study of *Streptococcus mutans* and *Lactobacilli* in mothers and children with severe early childhood caries (SECC) versus a caries-free group of children and their corresponding mothers. *J Clin Pediatr Dent* 2006;31(2):80-5.
 12. Büttner M. What physicians should currently observe in the area of dental health. *Gesundheitswesen* 1995;57(11):741-3.
 13. Foster T, Perinpanayagam H, Pfaffenbach A, Certo M. Recurrence of early childhood caries after comprehensive treatment with general anesthesia and follow-up. *J Dent Child (Chic)* 2006;73(1):25-30.
 14. Monroy PG. The age-1 dental visit and the dental home; a model of early childhood caries prevention. *J Mich Dent Assoc* 2007;89(1):3234-6.



Consulte **Acta Pediátrica de México** en internet:

www.imbiomed.com.mx
www.actapediatrmex.entornomedico.org
www.intramed.net
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
www.artemisa.org.mx

E-mail:
actapediatrmex@entornomedico.org