

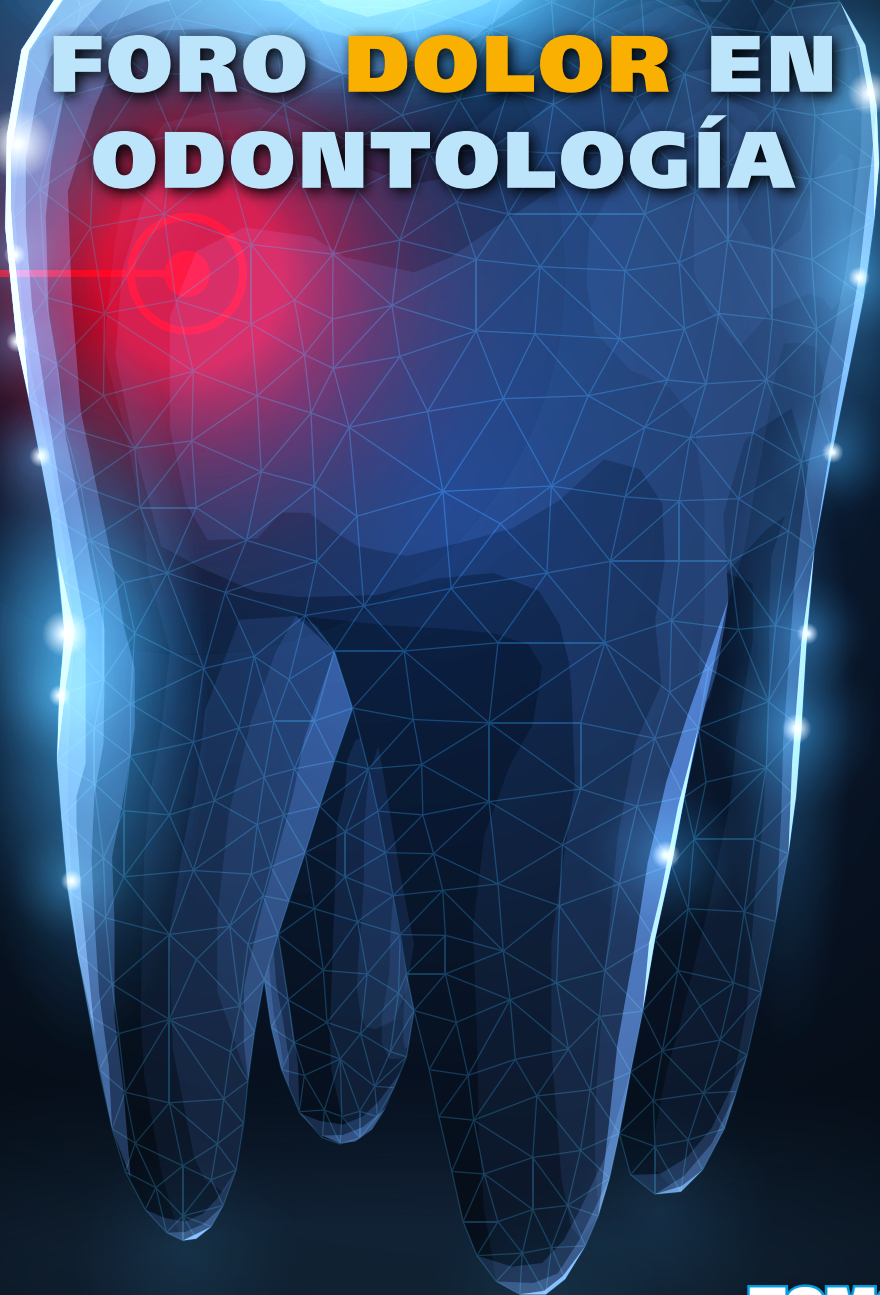


**LIOMONT**  
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1938



**PROGRAMA NACIONAL POR UN MÉXICO SIN DOLOR**

# **FORO DOLOR EN ODONTOLOGÍA**



**TOMO IX**

# Dafloxe<sup>®</sup>

naproxeno sódico

## Antiinflamatorio<sup>1</sup>

- AINE con absorción gastrointestinal rápida y completa<sup>1</sup>



Tomar 1 tableta de 275 mg cada 8 horas<sup>2</sup>



Tomar 1 tableta de 550 mg cada 12 horas<sup>2</sup>



Suspensión 125 mg/5 mL  
Niños mayores de 2 años:  
5 mg/kg cada 8 ó 12 horas<sup>2</sup>



# Dafloxe<sup>®</sup> F

naproxeno sódico + paracetamol

## FIEBRE, DOLOR E INFLAMACIÓN<sup>3</sup>

- Dolor e inflamación dental<sup>4</sup>
- Coadyuvante del antibiótico en infecciones<sup>3</sup>

- Efecto analgésico, antiinflamatorio y antipirético más prolongado<sup>3</sup>
- Efecto aditivo y potenciador entre ambos fármacos<sup>3</sup>
- Inicio de acción en un tiempo más corto<sup>3</sup>



Tabletas 275 mg/300 mg  
Adultos: 2 al inicio de tratamiento,  
posteriormente 1 cada 6-8 H<sup>2</sup>  
Ancianos: 1 cada 12 H<sup>2</sup>



Supositorios 100 mg/200 mg  
2-3 años: 1 cada 12 H<sup>2</sup>  
+ de 3 años: 1 cada 8 H<sup>2</sup>



Suspensión 125 mg/100 mg/5 mL  
2 a 3 años: 2.5 mL cada 8 H<sup>2</sup>  
+ de 3 años: 5 mL cada 8 H<sup>2</sup>



 LIOMONT

Dafloxe<sup>®</sup> Tabletas Reg. Núm. 090M94 SSA V. Dafloxe<sup>®</sup> Suspensión Reg. Núm. 361M90 SSA V. Dafloxe<sup>®</sup> F<sup>®</sup> Tabletas Reg. Núm. 372M95 SSA VI. Dafloxe<sup>®</sup> F<sup>®</sup> Supositorios Reg. Núm. 267M2003 SSA VI. Dafloxe<sup>®</sup> F<sup>®</sup> Suspensión Reg. Núm. 415M95 SSA VI. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx.

Referencias: 1. Información para prescribir, Dafloxe<sup>®</sup> Tabletas. 2. Información para prescribir, Dafloxe<sup>®</sup> Suspensión. 3. Información para prescribir, Dafloxe<sup>®</sup> F<sup>®</sup> Tabletas. 4. Información para prescribir, Dafloxe<sup>®</sup> F<sup>®</sup> Supositorios. 5. Información para prescribir, Dafloxe<sup>®</sup> F<sup>®</sup> Suspensión.

Campaña de No Sustitución de la Receta: [www.loquedicetumedeo.org](http://www.loquedicetumedeo.org)

# Fracturas radiculares verticales y horizontales: diagnóstico y pronóstico clínico

C.D. Omar Teniente Díaz de León

Especialista en endodoncia, maestro en epidemiología y profesor adjunto en investigación en la Universidad La Salle Bajío, León, Gto.

Las fracturas radiculares no son algo inusual en la consulta dental. Muchas de ellas no son diagnosticadas o simplemente no reciben el tratamiento adecuado. El manejo de las fracturas verticales y horizontales es diferente, así como su forma de diagnóstico y su pronóstico. Ambas pueden involucrar cemento, dentina y pulpa; además, es posible que estén localizadas únicamente en el trayecto radicular (fractura radicular) o en la porción coronal, afectando a la raíz dental (fractura corono-radicular). La prevalencia de estas fracturas varía de 2% a 1%, dependiendo de si es un diente primario o permanente.

## Fracturas verticales

Las causas de las fracturas verticales pueden ser las siguientes:

### ***latrogénicas***

- Excesivo trabajo en el conducto
- Falta de localización y trabajo de alguno de los conductos
- Excesiva compactación durante la condensación, ya sea vertical u horizontal.
- Colocación de postes con espacios, o bien, la colocación de éstos sin una buena relación corono-radicular.
- Excesivos procedimientos restaurativos

### **Trauma dental (la mayor parte se presenta en dientes vitales)**

Traumatismo físico

Bruxismo

Durante el proceso de apexificación

El pronóstico del órgano dental es pobre cuando su extensión es cercana al ápice; el tratamiento usual es la extracción dental, ya que se provocan defectos en el ligamento y existe pérdida de tejido óseo. Se ha propuesto la colocación de resinas de adhesión para el tratamiento de las fracturas verticales, aunque con poco éxito. El tratamiento de apexificación en dientes inmaduros ha dado buenos resultados. En este tipo de fracturas radiculares es importante la examinación clínica, la cual incluye: edad del paciente, vitalidad pulpar, tipo de restauración, grado de dolor, presencia o ausencia de fístula, existencia de bolsa periodontal (generalmente se encuentra donde está la afectación radicular), grado de movilidad e historia de rehabilitación en caso de trauma físico.

Adicionalmente, los hallazgos radiológicos son de gran importancia, como ensanchamiento del ligamento periodontal, halo radiolúcido perirradicular, depresiones óseas y separación o no de fragmentos radiculares. El diagnóstico incluye las siguientes pruebas:

- Pruebas pulpares (frío, calor, pruebas eléctricas)
- Prueba de transiluminación
- Sondeo periodontal
- Remoción de la restauración
- Examinación radiológica
- Cirugía exploratoria
- Uso de colorantes para pigmentación de línea de fractura (azul de metileno, detectores de caries).

### **Fracturas horizontales**

Las fracturas horizontales se presentan con mayor incidencia después de algún traumatismo físico. Con frecuencia se ubican en la zona anterior del

maxilar; usualmente tienen lugar después de un impacto en la región anterior de dientes erupcionados.

Dichas fracturas aparecen más comúnmente en el tercio medio radicular y raramente en el tercio apical. El éxito del tratamiento en este tipo de casos depende del grado del daño pulpar, y puede dividirse en dos categorías: reparación mediante tejido duro y reparación de tejido conectivo y tejido duro entre las piezas fracturadas. Si la pulpa dental es necrótica, la reparación dental no ocurre sin el tratamiento de conductos radiculares. El diente con fractura radicular tiene más posibilidades de mantener una mayor vitalidad pulpar (20%) que una luxación con fractura (43.5%). Cuando el tejido pulpar vital es preservado, los odontoblastos y las células formadoras de cemento son los responsables del proceso de curación. El principal método de diagnóstico para esta clase de fracturas radiculares es el examen radiológico.

Un factor que influye significativamente en el proceso de cicatrización en caso de fracturas horizontales es la comunicación de línea de fractura del medio intraoral con el extraoral debido a la presencia de bacterias que se encuentran en la saliva. Otro punto que se debe tener en cuenta en las fracturas horizontales es la existencia de enfermedad periodontal.

Cerca de 75% de los dientes con fracturas radiculares exhibe nódulos de calcificación en el espacio pulpar. El tratamiento para esta clase de fracturas se acompaña de una ferulización inmediata con el fin de disminuir la movilidad y el dolor. El factor de sensibilidad pulpar influirá sobre la decisión que se tomará: seguimiento radiológico y clínico o la extracción dental. Aproximadamente 70% de esta clase de fracturas se repara por ella misma.

Si se trata de un traumatismo físico, el uso de férulas es adecuado. Por otro lado, es importante considerar la oclusión del paciente; hay que recordar que en un gran número de casos ésta se ve modificada, por lo cual es recomendable dejarlos fuera de oclusión. El manejo de luxaciones o avulsiones dentarias es especial y específico para cada caso. Por tal motivo, el diagnóstico es básico para brindar un tratamiento adecuado. Realizar

pruebas de vitalidad dos semanas después en caso de traumatismo físico es determinante, ya que de lo contrario se presentan falsos positivos. El tejido pulpar en este estado generalmente se encuentra disminuido.

## Conclusiones

El éxito o buen pronóstico de las fracturas radiculares depende en gran medida de un acertado diagnóstico, lo que implica una examinación exhaustiva tanto de los signos como de los síntomas. Resulta determinante tomar en cuenta que el pronóstico de las fracturas radiculares verticales es desfavorable (muchas veces el mejor tratamiento es la extracción dentaria), mientras que las fracturas horizontales tienen mejor pronóstico cuando éstas se encuentran con tejido pulpar dental vital. El manejo es multidisciplinario (cirugía, implantología, ortodoncia, endodoncia y prostodoncia) y las visitas a consulta de revisión son esenciales.



**Foto 1.** Presencia de halo radiolúcido.

**Foto 2.** Fractura radicular de órgano dental núm. 11 y 21 con luxación. La complicación de estos casos es frecuente por la presencia de bacterias.

**Foto 3.** Lateral de cráneo. En esta radiografía se muestra una fractura horizontal con luxación.

## Referencias bibliográficas

1. Flores T, Andreasen O, Bakland K. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. *Dent Traum* 2001;17:193-198.
2. Flores T. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traum* 2002;18:287-298.
3. Majorana A, Pasini S, Bardellini E, Keller E. Clinical and epidemiological study of traumatic root fractures. *Dent Traum* 2002;18:77-80.
4. Wilson R, Thais M, Holland R, Koogi S. Repair characteristics of horizontal root fracture: a case report. *Dent Traum* 2002;18:98-102.
5. Kawai K, Masaka N. Vertical root fracture treated by bonding fragments and rotational replantation. *Dent Traum* 2002;18: 42-45.
6. Cohen S, Blanco L, Berman L. *JADA*. Vertical root fractures 2003:434-441.

# Predicción para la erupción de terceros molares

C.D. Juan Fernando Casanova Rosado

Especialista en ortodoncia, maestro en ciencias odontológicas y profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche

C.D. Gladys Acuña González

Especialista en cirugía maxilofacial, maestra en ciencias médicas y profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche. Adscrita al Hospital de Especialidades "Manuel Campos", de la Secretaría de Salud del estado de Campeche

C.D. Ana Alicia Vallejos Sánchez

Especialista en odontopediatría y ortodoncia, maestra en ciencias odontológicas y profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche

**D**e acuerdo con diversos autores,<sup>1-5</sup> la remoción del tercer molar es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes que se realiza en consultorios públicos y privados a cargo de especialistas en cirugía maxilofacial debido a que puede provocar una serie de anomalías desde el punto de vista clínico, por ejemplo, reabsorción de raíces de segundos molares inferiores, formación de quistes dentígeros, disfunción en la articulación temporomandibular, pericoronitis, dolor, infecciones.<sup>2</sup> Además, son las piezas dentales con más alto porcentaje de retención y vía eruptiva anormal. Los terceros molares inferiores son los que con mayor frecuencia no completan su proceso de erupción normal.<sup>3</sup> Generalmente, la etiología de la retención o impactación del tercer molar inferior es multifactorial, pero casi siempre están involucrados: factores genéticos, retardo en el crecimiento, dirección de la erupción (vía eruptiva anormal), falta de espacio, maloclusiones.<sup>1,6,7</sup> Un diente impactado es aquel que encuentra una interferencia con el proceso normal de erupción a causa de una obstrucción, pérdida de espacio natural para su erupción o trayecto anómalo de erupción.<sup>7</sup>

Por lo anterior, hoy en día una de las preocupaciones de las personas dedicadas al cuidado de la salud bucal, especialmente los cirujanos maxilofaciales y los ortodoncistas, es saber cuándo será necesaria la extracción de estos terceros molares o cuándo dejarlos para que completen su proceso normal de erupción.<sup>6</sup>

Björk plantea que 45% de la población puede tener un tercer molar retenido.<sup>8</sup> Para Sabbino y sus colaboradores, las piezas de mayor retención son los terceros molares inferiores, con un porcentaje de 33.6% para molares izquierdos y 32.4% para molares derechos.<sup>9</sup> Por su parte, Medina observó que la extracción de los terceros molares inferiores fue el procedimiento quirúrgico más común en un hospital de Campeche comparado con los superiores (85.4% vs. 12.1%).<sup>3</sup>

Poder predecir la posibilidad de erupción correcta de este tercer molar inferior ha sido por demás una preocupación constante, ya que existen muchos mitos, historias y creencias en torno a este tema, lo que hace por demás complicada la relación con los pacientes cuando se trata de dicho asunto.<sup>6</sup> Algunas investigaciones mencionan que es difícil predecir con certeza lo biológico, pero si se hace un análisis de la distancia que existe entre la rama y el segundo molar inferior, es posible conocer de cierta manera la probabilidad de erupción o de retención que puede presentar el tercer molar inferior.<sup>10</sup>

Después de realizar un estudio sobre 100 esqueletos de indios adultos, Ricketts concluyó que cuando la mitad del tercer molar inferior se encuentra dentro de la rama ascendente existe hasta 50% de probabilidades de erupción.<sup>11</sup>

Para poder predecir la posibilidad de erupción del tercer molar inferior, se ha elaborado una variedad de métodos analíticos. Muchos de ellos se han llevado a cabo sobre cráneos disecados y otros sobre radiografías, ya sean laterales de cráneo o panorámicas (ortopantomografías).

La radiografía lateral de cráneo (cefalométrica) ha sido considerada un buen auxiliar diagnóstico, pero debido a la superposición de imágenes, no es



un método adecuado para discriminar la posición de los terceros molares, ya que en el momento de la interpretación dicha superposición tiende a confundir y, por ende, pierde exactitud el método utilizado. Por el contrario, las predicciones que se realizan sobre las radiografías panorámicas permiten visualizar ambos lados de las arcadas dentarias, de ahí que la medición de las estructuras se hace con una alta precisión y se evita la superposición de imágenes.

Algunos investigadores han reportado hallazgos sobre estas mediciones; tal es el caso de Turley, quien en 75 casos tratados en ortodoncia encontró que la distancia desde el centro de la rama (punto Xi) hasta la cara distal del segundo molar representa la manera más útil de conocer la posibilidad de erupción de los terceros molares inferiores. Las distancias promedio que midió revelaron que cuando existen 21 mm de espacio disponible o menos, los terceros molares no tendrán posibilidad de erupcionar, es decir, estarán retenidos; asimismo, cuando la distancia sea aproximadamente de 25 mm, se está en el margen y cuando la distancia sea de 30 mm o mayor, la probabilidad de erupción y de entrar en oclusión es alta.<sup>12</sup>

Seiso llevó a cabo un estudio que incluyó a 113 adultos y usó el mismo método de medición; él encontró que existe una diferencia de espacio con relación al sexo, de modo que para el sexo masculino se necesitan por lo menos 27.5 mm y para el sexo femenino, 23.6 mm cuando menos para la erupción del tercer molar inferior.<sup>13</sup>

En 1976, Ricketts midió la distancia que existe desde el punto central de la rama ascendente del maxilar inferior (Xi) a la superficie distal del segundo molar sobre el plano oclusal (en radiografías cefálicas laterales). La información que obtuvo fue que cuando la distancia es de 30 mm, es suficiente para la erupción del tercer molar y cuando la distancia es de 20 mm o menos el espacio será insuficiente. Todo esto con un error de 2.8 mm. Del mismo modo, Ricketts sostiene que estas mediciones, con sus respectivas predicciones, pueden hacerse desde los 8 o 9 años de edad.<sup>14</sup>

Para Osio, el análisis de diagnóstico más completo es el de Björk y concluye: pretender diagnosticar precozmente y con precisión matemática la impactación de los terceros molares inferiores cuando no se tiene contemplada la gran variedad de factores biológicos y la interrelación que entre ellos existe es difícil. Sin embargo, la presencia sistemática y notoria de diferentes elementos en un paciente en particular puede conducir a declarar con un margen mínimo de error que la extracción del tercer molar inferior sería en este caso la terapia de elección. El objetivo de este trabajo es describir dos métodos para predecir la erupción de los terceros molares mandibulares.

### **Descripción del método<sup>6,7</sup>**

Son dos los métodos que se recomiendan por su facilidad y menor tiempo de ejecución. El primero consiste en medir la distancia del borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior a la cara distal del segundo molar inferior, mientras que el segundo mide la distancia que existe del punto Xi (centro de la rama ascendente del maxilar inferior) a la cara distal del segundo molar.

En el primer método basta con medir en una radiografía panorámica con una regla milimetrada la distancia que existe desde el borde anterior de la rama ascendente (en su parte más distal) a la cara distal del segundo molar. Enseguida se mide el ancho mesiodistal de la corona del tercer molar inferior; una vez hecha la primera medición se obtendrá la distancia A-B y la segunda distancia C-D. Posteriormente, se divide la distancia de A-B entre la distancia C-D ( $AB/CD$ ); cuando el resultado sea igual o mayor que 1, hay una buena posibilidad de espacio y erupción, pero cuando el resultado es menor a 1, la posibilidad de tener espacio suficiente para la erupción es poca.

Es importante señalar que se debe contar con los grados de inclinación del eje longitudinal del tercer molar inferior con el fin de dar este diagnóstico; cabe mencionar que aunque se tuviera el espacio disponible, de nada serviría si el tercer molar está demasiado inclinado a mesial o con una vía eruptiva anormal. La inclinación del eje longitudinal del tercer molar inferior se obtiene

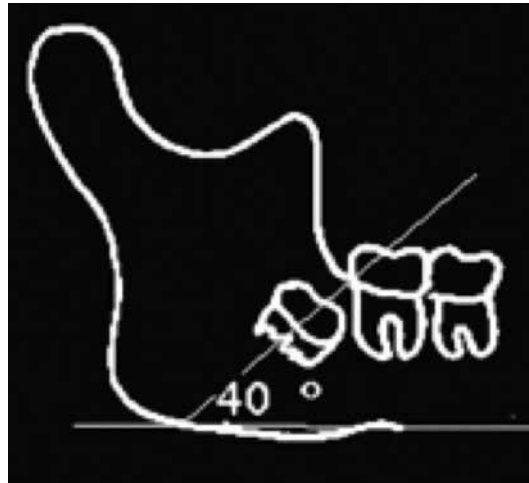
de la siguiente manera: se traza sobre la radiografía panorámica el plano oclusal (plano de oclusión), es decir, una línea sobre las caras oclusales en las cúspides de los primeros molares y segundos premolares del lado derecho hasta el lado izquierdo de la radiografía panorámica. La línea de la rama se construye a través de dos puntos lo más distales en ésta.

La inclinación de los ejes longitudinales del tercer molar y del segundo molar son dibujados a través de una línea que cruza la zona intermedia de la bifurcación de las raíces. Por último, se traza el plano mandibular, que es una tangente al borde inferior del cuerpo de la mandíbula, sin considerar la parte mentoniana (Figura 1).



**Figura 1.** Orientación del plano oclusal (OL), plano mandibular (ML), plano de la rama (RL), ejes longitudinales del segundo y tercer molar inferiores (A y B) (Quiroz & Palma, 2004)

La inclinación del eje longitudinal del segundo y tercer molar inferior se obtiene midiendo los grados que tiene la línea del eje longitudinal del molar con respecto al plano mandibular. La interpretación es muy sencilla, este ángulo deberá ser mayor a 40 grados. Si el ángulo disminuye, la probabilidad de impactación del tercer molar inferior aumenta (Figura 2).



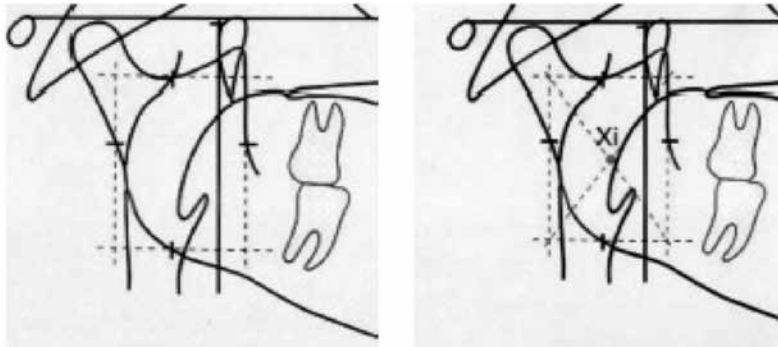
**Figura 2.** Inclinación en grados del eje longitudinal del tercer molar inferior respecto al plano mandibular (Quiroz & Palma, 2004)

El segundo método para conocer la probabilidad de espacio y erupción del tercer molar inferior consiste en medir desde el centro de la rama (punto Xi) hasta la cara distal del segundo molar inferior (sobre una radiografía panorámica).

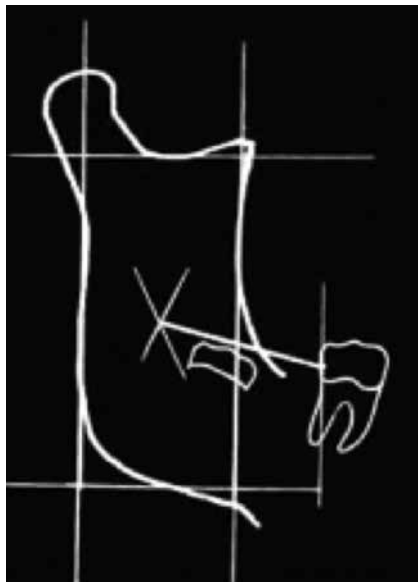
Para trazar Xi se deben ubicar cuatro puntos: P1 es el punto más profundo del borde anterior de la rama, P2 es la proyección horizontal del punto P1 (paralela a Frankfort horizontal o en radiografías panorámicas el plano palatino horizontal), P3 es el punto localizado en la porción más inferior de la escotadura sigmoidea y P4 es la proyección vertical (perpendicular a Frankfort horizontal o en radiografías panorámicas el plano palatino horizontal) sobre el borde inferior de la rama. Se dibuja un cuadrado y se cruzan dos líneas diagonales de la esquina superior derecha hacia la esquina inferior izquierda y de la esquina superior izquierda hacia la esquina inferior derecha; donde se crucen en el centro de la rama es el punto Xi (Figura 3).

La interpretación se hace midiendo del punto Xi hasta la cara distal del segundo molar (Figura 4); se debe encontrar una distancia de 35 mm o

mayor a ésta para poder decir que existe espacio suficiente de erupción. Si la distancia es de 30 mm a 35 mm significa que estamos justos de espacio, y cuando la distancia es menor a 30 mm el espacio no será suficiente para la erupción de los terceros molares. Resulta esencial recalcar que la medición de la inclinación del eje longitudinal del tercer molar inferior también es vital en este método para conocer las probabilidades de erupción.



**Figura 3.** Trazado y localización del punto Xi (Gregoret, 2004)



**Figura 4.** Distancia de Xi a la cara distal del segundo molar inferior (Quiroz & Palma, 2004)

## Conclusiones

Se puede concluir que ambos métodos de medición son auxiliares importantes en la toma de decisiones por parte del odontólogo, pero sin el resto de los factores (historia e inspección clínica, modelos de estudio, fotografía clínica) no es posible utilizarlos para dar un diagnóstico definitivo.

Las variaciones en forma y tamaño dental es otra variable que se debe considerar en el momento de tomar una decisión. La variación por sexo nunca debe ser pasada por alto, ya que esto representa un dato relevante para establecer el diagnóstico final. Tampoco se debe olvidar que siempre existen excepciones a la regla y que cada caso deberá ser analizado con seriedad e individualidad.

## Referencias bibliográficas

1. Hazza'a AM, Albashaireh ZS, Bataineh A. The relationship of the inferior dental canal to the roots of impacted mandibular third molars in a jordanian population. *J Contemp Dent Pract* 2006;7:71-78.
2. Jerjes W, El-Maaytah M, Swinson B, Banu B, Upile T, D'Sa S, Al-Khawalde M, Chaib B, Hopper C. Experience versus complication rate in third molar surgery. *Head Face Med* 2006;2:14.
3. Medina-Solis CE, Córdova-González JL, Casanova-Rosado AJ, Zazueta-Hernández MA. Diagnósticos quirúrgicos de cirugía maxilofacial. *Rev Med IMSS* 2003;41:145-151.
4. Medina-Solis CE, Córdova-González JL, Ávila-Burgos L, Zazueta-Hernández MA, Casanova-Rosado AJ. Fracturas mandibulares: estudio en una unidad de cirugía oral y maxilofacial del IMSS. *Rev ADM* 2003;60:136-141.
5. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technol Assess* 2000;4(15).
6. Quiroz-Álvarez O, Palma A. El tercer molar mandibular, método predictivo de erupción. *Acta Odontológica Venezolana* 2004;35(2). Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/35\\_2\\_1997/tercer\\_molar.asp](http://www.actaodontologica.com/35_2_1997/tercer_molar.asp) (consultado en junio de 2005).
7. Campos H, Belussi CM. Predicción de la erupción del tercer molar. Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/prediccion\\_erupcion\\_tercer\\_molar\\_inferior.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/prediccion_erupcion_tercer_molar_inferior.asp) (consultado en junio de 2005).
8. Björk A. Mandibular growth and third molar impaction. *Acta Odontol Scand* 1956;14:231-236.
9. Sabino A, Selero M, et al. Estudio epidemiológico descriptivo de dientes retenidos.
10. Bagtla LA. Statistical evaluation of the Ricketts and Johnston growth forecasting methods. *Am J Orthod* 1975;67:265-268.
11. Ricketts RM, Turley P, Chaconas S, Shuloff RJ. Third molar enucleation: diagnosis and technique. *J Calif Dentl Assoc* 1976;4:521-527.
12. Turley K. A computerized method of forecasting third molar space in the mandibular arch. Paper presented at NIDR meeting, 1974.
13. Seiso Y. Formation and development of third molars in cases of malocclusion-relationship between eruption and posterior space. *Dent Jpn* 1997;33:83-86.
14. Ricketts RM. Third molar enucleation: diagnosis and technique. *J California Dent Assoc* 1976;4:52-57.

# Odontología en bebés y niños vulnerables

Dra. Patricia Di Nasso

Profesora titular efectiva de la asignatura atención odontológica del paciente discapacitado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magíster en gestión de organizaciones públicas (especialidad en educación). Investigadora categoría 3, especialista en odontología preventiva y social. Coordinadora del área bebé especial del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado

La disminución de la mortalidad perinatal e infantil ha sido el resultado de los avances científicos en medicina, específicamente en pediatría. Entre ellos, la aplicación de la terapia intensiva pediátrica con tecnología de última generación en las salas de neonatología y los controles periódicos en los embarazos de alto riesgo constituyen los pilares que sostienen estos datos. El seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo resulta una necesidad fundamental, y en muchas ocasiones la reducción de la mortalidad conlleva un incremento importante de la morbilidad y la aparición de secuelas posteriores.

Algunos investigadores concluyen que casi se ha triplicado el número de niños con trastornos discapacitantes crónicos en los últimos 30 años en los países desarrollados y sus tasas de supervivencia han aumentado, de tal manera que 90% de ellos alcanza la edad adulta. Esto implica que dichos niños y su entorno necesitarán intervención temprana preventiva y terapéutica.

Los niños nacidos en condiciones de alto riesgo biológico son aquellos que presentan problemas que ponen en peligro su salud durante el periodo prenatal, en el momento del nacimiento o en la etapa posnatal y también los niños prematuros o con bajo peso en el momento del nacimiento (el grupo más numeroso).

En la actualidad la disminución de la mortalidad de bebés prematuros extremadamente pequeños (menores de 1000-1500 gramos) generalmente va acompañada de un gran aumento de la morbilidad (prematuros nacidos con bajo peso que sobreviven con secuelas). Estos niños constituyen un grupo con peligro de padecer más enfermedades, y los infantes de más bajo peso en el nacimiento son los que más secuelas pueden presentar. Por lo tanto, es fundamental la evaluación de los patrones de crecimiento de estos bebés y niños, incorporarlos junto a la familia a programas personalizados de atención temprana y con frecuencia observar el curso del desarrollo, intervenir en los problemas detectados y valorar el impacto de las acciones terapéuticas para poder reorientar las intervenciones si fuera necesario.

El Libro blanco de la atención temprana (España, 2000) define atención temprana como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades permanentes o transitorias que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, deben ser planificadas por un equipo de profesionales de la orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

### **Odontología y discapacidad en los primeros años de vida**

En este artículo se hablará de riesgo como la posibilidad de adquirir una enfermedad. Éste puede ser mayor o menor y producirse por factores socio-ambientales y congénitos.

### **Factores que determinan el nivel de riesgo**

El objetivo es mantener la salud bucal del niño el mayor tiempo posible. Por un lado, la visita periódica al dentista es un pilar importante y, por otro, en cualquier tratamiento odontológico que se instale en un paciente es fundamental identificar y controlar los factores de riesgo.



### **Atención temprana odontológica**

También existe una atención temprana odontológica que reúne al conjunto de intervenciones en el área bucal y complejo orofacial, dirigidas a los bebés y niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, con necesidades permanentes o transitorias entre 0 a 6 años, a la familia y al entorno. Las actividades terapéuticas que se realicen deberán considerar las características evolutivas biológicas y psicológicas de los bebés y niños vulnerables y deberán planificarse y llevarse a cabo por equipos de profesionales de la orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

No es común la intervención de los odontólogos en los equipos multidisciplinarios de atención temprana, pero poco a poco se está tomando conciencia del alto riesgo que estos bebés y niños tienen de padecer más enfermedades, incluidas diversas patologías orales que podrían prevenirse si se instalara tempranamente un programa de estimulación, asesoramiento y seguimiento de la evolución, crecimiento y desarrollo de la salud orofacial de tales infantes.

Generalmente, los equipos de especialistas a cargo del seguimiento y tratamiento de estos niños deberían incluir obstetras, neonatólogos, neuropediatras, psicólogos, fisioterapeutas, pediatras de atención primaria, personal de enfermería, logopedas, kinesiólogos, fonoaudiólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos y odontólogos, entre otros. Pero la realidad es que en pocos centros se incluye a estos últimos como miembros de dichos equipos multidisciplinarios.

Uno de los problemas comunes entre muchos de ellos y menos atendido es el estado de salud bucal; las grandes necesidades médicas pueden haber motivado que haya sido poco atendido. Por ello, inmediatamente después de que se hayan resuelto los problemas vitales prioritarios del nacimiento, se deberá informar y educar a los padres sobre la salud oral de sus hijos e instaurar programas de prevención, ya que estos niños, debido a sus especiales condiciones perinatales, siempre serán considerados como pacientes de riesgo orofacial.

Los niños con riesgo en su salud bucal presentan una patología estructural del esmalte y la dentina, caries y enfermedad de las encías debidas a la alimentación rica en hidratos de carbono (sacarosa/golosinas/azúcares) e ingesta de medicamentos con agregados dulces que mejoran el sabor, pero son altamente perjudiciales para los tejidos bucales e higiene bucal deficiente o ausente. La cronología de erupción de dentición temporaria y permanente alterada generalmente se ve retrasada en este grupo de infantes. Asimismo, suele aparecer la maloclusión debido a alteraciones posturales, malos hábitos, respiración bucal, proyección anterior de la lengua.

De este modo, los hábitos higiénicos generalmente están ausentes o son escasos. Estos bebés y niños necesitan del adulto para mantener la higiene bucal diaria, pero muchas veces los padres ignoran la mejor metodología para realizarla. Por ejemplo, no saben qué cepillos o pastas dentales serían los más adecuados.

Se debe recordar que los niños con trastornos motores pueden tener dificultades para deglutir o salivar, por lo que se recomienda no usar pasta dentífrica, ya que puede tragársela o a veces no pueden enjuagarse. Con respecto a la consulta odontológica, también está ausente o es escasa; con frecuencia se brinda orientación solamente para solucionar la urgencia.

Es importante considerar los datos neonatales, ya que aportan información sobre la presencia de secuelas en el paciente infantil nacido en condiciones de riesgo; esto permitirá al odontólogo establecer protocolos preventivos y de atención al niño. Brindar las posibilidades de prevención y terapéutica odontopediátrica a la población infantil que se encuentra afectada por algún tipo de discapacidad física o psíquica o se halla en situación de riesgo, resulta un pilar fundamental para la limitación del daño bucal previa evaluación individualizada de cada caso y patología concreta.

Lo ideal es que posteriormente se establezcan estrategias de salud encaminadas a conservar la salud oral de estos niños, considerando que en los casos en que la patología sea extensa, las posibilidades de atención oral se dificultan.

Por todo lo anterior, queda claro que es muy relevante la prevención desde el embarazo, estableciendo programas de seguimiento y atención. Un plan de salud bucodental individualizado acorde a las necesidades concretas de infantes vulnerables o discapacitados tiene como finalidad minimizar la patología más común en ellos. Se pueden crear áreas de colaboración en forma de seguimiento y control de salud bucodental en tres ámbitos:

- Programas de salud oral en el hogar, en los que la finalidad es que el niño llegue a ser responsable de su propio cuidado. En un principio estaría supervisado por los padres, contemplando en un futuro el logro de la propia autonomía del paciente.
- Programas de salud oral en el centro de atención especial, en los que el educador supervise y ejecute los protocolos establecidos en cada niño como medida de educación en su propia salud.
- Programas de atención odontológica en el niño con discapacidad, con todos los aspectos a considerar en cada caso, dependiendo de la patología presente en cada uno.

Establecimiento de programas de atención, prevención y seguimiento, ideando y aplicando nuevos sistemas que posibiliten y faciliten el control de la enfermedad oral en este grupo de pacientes infantiles.

**Cuadro 1.** Factores de riesgo odontológico

Amamantamiento materno/mamadera	Cuando el bebé adopta malas posturas en la cama
Alimentación	Dulce y nocturna con ausencia de higiene bucal posterior
Cepillado dentario	Ausente o incorrecto
Dieta /ingesta de hidratos de carbono	Frecuencia: más de 5 veces al día Permanencia en boca por largo tiempo (especialmente en niños con trastornos motores y dificultades deglutorias)
Fluoruros en agua	Ausente o escaso Su presencia disminuye 50% de caries
Defectos congénitos	Convierten al niño en más vulnerable

**Cuadro 2.** Factores que determinan el nivel de riesgo

1er nivel	2º nivel	3er nivel
Bajo riesgo	Medio riesgo	Alto riesgo
Bebé con buena salud	Presencia de defectos congénitos	Presencia de defectos congénitos
Ausencia de defectos congénitos		
Padres /familia realizan la higiene bucal	Ausencia de higiene bucal	Ausencia de higiene bucal
Bajo consumo de hidratos de carbono (azúcares)	Consumo de hidratos de carbono: más de 6 veces por día	Consumo de hidratos de carbono: más de 6 veces por día
Alimentación nocturna sin azúcares e higiene posterior	Alimentación nocturna con /sin azúcares e higiene posterior no diaria	Alimentación nocturna con azúcares sin higiene posterior
Agua fluorada en dosis óptima	Agua con insuficiente dosis de fluoruros	Ausencia de agua fluorada

**Cuadro 3.** Mecanismos de higiene bucal por edad

Edad	Elementos de higiene bucal	Frecuencia
Bebé	Gasa seca envuelta en el dedo de la mamá, sin pastas dentales	Después de amamantar al bebé o al menos con el baño diario
Bebé con dientes anteriores	Cepillo dedal para bebés en silicona sin pasta dental, no humedecer	Después de comidas principales No olvidar antes de dormir
Niño con dentición temporaria completa	Dos cepillos de cabezal pequeño: uno para el niño (opara jugar a cepillarnos, imitar) y el otro para los padres. Se recomienda el recambio del cepillo dental a medida que el niño crece, por ello son útiles los cepillos para cada edad.	Estimular la autonomía del niño Después de comidas principales No olvidar antes de dormir

**Cuadro 4.** Actitudes de salud bucal

Objetivos	Actividades
Realizar acciones clínicas de prevención odontológica en niños con discapacidad de 0 a 6 años de vida	Visita periódica odontológica desde los primeros meses de vida Asesoramiento sobre amamantamiento, uso de chupete (sin miel) y alimentación con mamadera (sin azúcar) Fluoruros de alta frecuencia Progresión en la consistencia de los alimentos (líquidos, semilíquidos, semisólidos, sólidos) Evaluar hábitos dañinos (chuparse el dedo, rechinar dentario, respiración bucal).
Indicar estrategias de promoción de salud en bebés de 0 a 3 años	Ingesta de alimentos y medicamentos Instalación de higiene diaria como hábito de salud Evaluación de posturas que incidan negativamente en el complejo orofacial
Fomentar en las ciencias de la salud la importancia de la derivación temprana odontológica	Derivación e interconsulta de los profesionales de la salud hacia la salud odontológica temprana y viceversa
Orientar a los padres de los niños con discapacidad sobre aspectos de educación para la salud	Higiene oral, asesoramiento dietético, hábitos

---

### Referencias bibliográficas

1. Alió SJ. RAPPORT, XV Congress of the International Association of Disability and Oral Health, 2000, Aula médica ediciones.
  2. Cruz M, Bosch J. Atlas de síndromes pediátricos, 1998. Espaxs.
  3. Figueiredo W. Odontología para el bebé. Ed. Amolca, 2000.
  4. Grupo de atención temprana. Libro blanco de la atención temprana. Ed. Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Madrid, 2000.
  5. Koch M, Paulsen R. Odontopediatría: enfoque clínico. Panamericana, 1994
  6. Nunn J. Disability and oral care. FDI World Dental Press Ltd 2000.
  7. Ravaglia C. Odontología en niños discapacitados: metodología para su atención, 1999. Fundación Severo Vaccaro para las Ciencias y el Arte.
-

# LÍNEA DOLOR ODONTOLÓGICA

Ketorolaco  
**SUPRADOL®**

Dolor agudo<sup>1</sup>

**SUPRADOL® Duet**  
Ketorolaco 10mg + Tramadol 25mg

Analgesia multimodal<sup>2</sup>

**DOCOXEL®**  
Etoricoxib

Dolor crónico<sup>3</sup>

**Garbican®**  
Pregabalina

Dolor neuropático<sup>4</sup>

## JUNTOS ALIVIANDO EL DOLOR

**Dafloxen®**  
naproxeno sódico

Dolor e inflamación<sup>5</sup>

**Dafloxen F®**  
naproxeno sódico + paracetamol

Fiebre, dolor e inflamación<sup>6</sup>

**LIOMONT**

SUPRADOL® 10 mg Tabletetas 026M92 SSA IV. SUPRADOL DUJET® solución inyectable 090M2014 SSA IV. DOCOXEL® 120M2018 SSA IV. GARBICAN® 068M2015 SSA IV. DAFLOXEN® Tabletetas 090M94 SSA V. DAFLOXEN F® Tabletetas 372M95 SSA VI.

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx.

Referencias: 1. Información Para Prescribir (IPP) Supradol® Tabletetas 2. Información Para Prescribir (IPP) Supradol Duet® Solución inyectable 3. Información Para Prescribir (IPP) Docoxel® Tabletetas 4. Información Para Prescribir (IPP) Garbican® 5. Información Para Prescribir (IPP) Dafloxen® Tabletetas 6. Información Para Prescribir (IPP) Dafloxen F®

Campaña de No Sustitución de la Receta: [www.loquedicetumedico.org](http://www.loquedicetumedico.org)



**LIOMONT**  
ETICA FARMACEUTICA DESDE 1938

**Año 2020**