

Resúmenes

Comunicaciones a otras reuniones de interés: IX Encuentro multidisciplinar de SEOII - SEPEAP - SPAOYEX

Sevilla, 6 octubre de 2012.

Protocolo de prevención de caries en niños asmáticos

Autores: Gor Chillón M.J., Gómez Cuadrado R., Aznar Martín T., Domínguez Reyes A.

Centro: Máster en Odontología Integrada Infantil. Facultad de Odontología Universidad de Sevilla

Introducción

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Se estima que aproximadamente el 30% de los niños presentan algún episodio de sibilancias en los seis primeros años de vida. El objetivo de la terapia para el asma es el control de los síntomas con la menor cantidad de medicación necesaria, el tratamiento farmacológico se basa fundamentalmente en dos grupos de fármacos, los broncodilatadores y los anti-inflamatorios, dentro de los cuales los corticoides inhalados son la piedra angular en el tratamiento de fondo del asma; estos fármacos se administran fundamentalmente por vía inhalatoria, quedando depósitos de fármaco a nivel bucofaríngeo.

Objetivo

Establecer protocolos de prevención específicos para niños con asma que usan inhaladores.

Material y método

Realizamos una búsqueda y revisión de la literatura científica.

Resultados y conclusiones

Muchos autores coinciden en que el asma puede dar lugar a un mayor riesgo de caries. Los pacientes con asma se ven afectados tanto por la enfermedad como por la medicación y es difícil disociar los efectos de ambos, pero parece que son los fármacos los principales responsables. Casi todas las investigaciones encuentran que existe una disminución de la tasa de flujo de saliva en los pacientes con asma, fundamentalmente achacada al uso de los β -agonistas; y que ade-

más, los corticoides inhalados, pueden ser acidogénicos y alterar la homeostasis oral cuando se inhalan. Todos los autores coinciden en la necesidad de que los niños con asma necesitan atención odontológica y controles preventivos, se puede recomendar incluir a los dentistas dentro del equipo multidisciplinar para el tratamiento del asma. Basándonos en el protocolo **CAMBRA**, exponemos como podemos aplicar protocolos de prevención individuales para niños con asma que utilizan inhaladores, incluyendo el manejo en la clínica y las recomendaciones para casa y como limpiar su boca después de usar los inhaladores.

Mordidas cruzadas posteriores y hábitos nocivos en dentición temporal

Autores: Macías Romero A.O., Galán González A., Cabrera Domínguez M.E., Domínguez Reyes A.

Centro: Máster en Odontología Integrada Infantil. Facultad de Odontología Universidad de Sevilla

Introducción

La mordida cruzada posterior es una alteración de la oclusión en el plano transversal. El concepto más actual es definido por Canut en 2000 como la situación en que las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas de molares y premolares inferiores. Su etiología es multifactorial incluyendo factores genéticos, ambientales, interferencias oclusales, traumatismos y otras causas.

Objetivos

Analizar en la población infantil de menos de 6 años de edad de Sevilla capital la prevalencia de las mordidas cruzadas posteriores y su relación con hábitos nocivos.

Material y método

Se eligieron al azar de los 6 Distritos Municipales de Salud de Sevilla capital, 3 colegios de cada distrito, eligiendo uno por cada nivel socioeconómico (*alto*, *medio* y *bajo*) para no randomizar la muestra. En total 1643 ni-

ños, de los que sólo 1297 niños (719 niñas y 578 niños) completaron el estudio al cumplir los criterios de inclusión. Se procedió al estudio de la oclusión en el plano transversal, analizando las mordidas cruzadas posteriores tanto en oclusión como tras análisis funcional.

Resultados y conclusiones

La mordida cruzada posterior es una maloclusión con una alta prevalencia (19,7%). De todos los tipos de mordida cruzada, las unilaterales son las más frecuentes (16,57%) frente a las bilaterales (3,10%). Las mordidas cruzada posterior derecha fueron significativamente más frecuente en niñas que en niños ($p < 0,05$). De todos los casos de mordidas cruzadas recogidas en oclusión, el 5,7% de los casos se trataban de mordidas cruzadas funcionales. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico y las mordidas cruzadas. Existe una relación entre hábitos y mordidas cruzadas posteriores: El uso del biberón provoca mordidas cruzadas posteriores verdaderas del lado derecho, relacionadas con el tiempo. El uso del chupete favorece significativamente la presencia de las mordidas cruzadas en oclusión, en ambos lados y las mordidas cruzadas izquierdas tras el análisis funcional. La succión digital tiene una relación significativa con la mordida cruzada derecha. Por último, se encontró una relación entre la deglución atípica y las mordidas cruzadas unilaterales en oclusión, y en las unilaterales y bilaterales tras el análisis funcional.

Reporte de Caso Clínico: Síndrome de Noonan

Autores: Penella Garza Ramos R., Gracia Quijada Y., González Nieto E., Martín San Juan C.

Centro: Unidad de Salud Bucodental para niños con discapacidad del Servicio Madrileño de Salud y el título propio de especialista "Odontología Integrada en el Niño con Necesidades Especiales" de la UCM

Introducción

El síndrome de Noonan fue descrito por primera vez en el año 1963 por Noonan y Ehmke, es una enfermedad autosómica dominante, con una prevalencia entre 1 cada 1,000 y 1 cada 2,500 nacimientos, caracterizada clínicamente por: estatura baja, cuello ancho, deformidad torácica, criptorquidia en varones, retraso mental en el 35% de los casos, dismorfia facial (*implantación baja de orejas, hipertelorismo*) y cardiopatías (*estenosis de la válvula pulmonar, miocardiopatía hipertrófica*) y otras afecciones como dificultades en la deglución, problemas digestivos, linfedema, problemas en la coagulación. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer las características dentales y tratamiento de un niño con síndrome de Noonan.

Caso Clínico

Niña de 14 años, nacida a término por cesárea (4.350 gr). Intervenido de onfalocelo. Antecedentes de lactancia materna hasta los 18 meses y uso continuado

del chupete hasta los 4 años. Con presencia de hábitos parafuncionales como bruxismo diurno y babeo. En la actualidad padece una discapacidad del 37% por trastorno neuromuscular, cognitivo y del aprendizaje así como trastorno adaptativo y miocardiopatía hipertrófica. Historia odontológica presenta halitosis, sangrado de encías, dieta no criogénica pero no se cepilla los dientes. A la exploración presenta: Caries en 1.6, 3.6, 3.7, 4.6, 8.5. Historia comportamental: nula colaboración. Tratamiento en quirófano bajo anestesia general (31/julio/2012). Se llevó a cabo un tratamiento completo, planificado por cuadrantes que incluía toda la patología dental presente (*tratamientos conservadores en 3.7 y 4.6; exodoncia de 1.6, 3.6 y 8.5*), así como el tratamiento preventivo pertinente: selladores de premolares: 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5 y tartrectomía.

Discusión y Conclusiones

En la revisión semanal se constató que el tratamiento estaba correcto y se empezó a trabajar con la paciente para que comience con la higiene dental tres veces al día. El cambio de actitud en la niña sugiere que en el futuro sea posible realizar los tratamientos dentales de una forma tradicional. Se valorará de nuevo en 6 meses.

Displasia ectodérmica hipohidrótica: similitudes y diferencias genéticas y dentarias entre dos grupos de pacientes

Autores: Padilla Miranda M., Hernández Guevara A., Noguerado Mellado M., Barbería Leache E.

Centro: Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

Bajo el término de displasia ectodérmica se agrupa una gran variedad de cuadros clínicos que comparten unos rasgos comunes como la afectación de uno o varios componentes derivados del ectodermo y su origen congénito. En 1994 se reconocieron 154 subtipos diferentes distribuidos en 11 subgrupos. El cuadro más frecuente es la displasia ectodérmica hipo/anhidrótica (*síndrome de Christ-Siemens-Touraine*). Es en esta entidad, donde las alteraciones de forma y número se presentan con mayor frecuencia y severidad.

Objetivos

Presentar dos grupos de niños con anomalías dentarias similares pero con diferente grado de afectación de las estructuras ectodérmicas. Analizar los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados en Odontopediatría en pacientes con displasia ectodérmica hipohidrótica.

Material y método

Se establece una valoración comparativa sobre las similitudes y diferencias de las alteraciones dentarias presentes en dos grupos: Grupo A: niños con displasia ectodérmica hipohidrótica y anhidrótica, con diagnós-

tico confirmado. Grupo B: niños con hallazgos dentales similares pero sin fenotipo de Displasia ectodérmica.

Resultados

El número promedio de agenesias en el Grupo A es similar en dentición permanente y en dentición temporal siendo la afectación mayor en arcada inferior. El estudio de la morfología dentaria realizado en los dos grupos de pacientes revela numerosas anomalías en ambas denticiones. No se encuentran diferencias significativas en el valor promedio de agenesias y alteraciones morfológicas en dentición permanente en ambos grupos; sin embargo, en dentición temporal el Grupo B presenta un menor grado de incidencia.

Discusión

El patrón hereditario del Grupo A es recesivo ligado al cromosoma X. El Grupo B muestra un patrón de alteración dentaria compatible con una herencia autosómica dominante. En el Grupo A los hallazgos dentales encontrados no difieren significativamente de aquellos descritos en la literatura, sin embargo, el Grupo B presenta diferencias importantes en cuanto al número de agenesias en dentición temporal. El diagnóstico y tratamiento dental temprano de pacientes con displasia ectodérmica hipohidrotica es complicado y requiere un enfoque multidisciplinar. Actualmente las técnicas terapéuticas existentes permiten restablecer la forma, función y estética garantizando un adecuado desarrollo físico, emocional y social.

Conclusiones

Las anomalías dentarias pueden ser la alerta de alteraciones sistémicas, con base genética. La existencia de una dentición temporal casi completa o totalmente íntegra, pero con presencia de alteraciones morfológicas debe hacernos sospechar una posible exacerbación en dentición permanente. El diagnóstico temprano y el tratamiento multidisciplinar son las claves para la rehabilitación oral en estos pacientes.

Síndrome de Williams-Beuren características generales comportamentales, bucodentales y repercusión en el manejo odontológico.

Autores: Ábalos Sanfrutos N., González Nieto E., Martín San Juan C., De Nova García M.J.

Centro: Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

La afluencia de pacientes que padecen algún trastorno general y requieren tratamiento odontológico está incrementándose. Este desafío reclama del odontopediatra alta capacitación, posibilitándole un diagnóstico exhaustivo y plan de tratamiento específico acorde a los hallazgos sistémicos y requerimientos odontológicos. Para ello es indispensable una completa historia médica y odontológica donde el factor comportamen-

tal resulta fundamental. El Sd. de Williams-Beuren fue descrito en los 60' por los Doctores Williams y Beuren, en pacientes con características comunes: rasgos faciales característicos (*elfo, duende*), retraso general del desarrollo y alteración cardiaca consistente en estenosis supra valvular. **Origen:** deleción cromosoma 7 (7q,11,27) afectación coronaria (gen elastina). Hasta hoy ha sido amplia la literatura y publicaciones respecto a esta afección, forma de afrontar el tratamiento odontológico, enfoque multidisciplinar y análisis de la colaboración del paciente, punto que condicionará el modo de ejecutarlo.

Objetivos

Actualizar la literatura respecto al Síndrome de Williams-Beuren, incidiendo en sus manifestaciones sistémicas bucodentales y comportamentales. Analizar opciones para afrontar el tratamiento, sopesando las repercusiones sistémicas inherentes y cómo condicionan nuestro tratamiento odontológico, patología dental presente y grado de colaboración.

Material y método

Dos casos clínicos ilustrarán el manejo empleado en dos niños con el mismo síndrome. Partirán del mismo esquema: Hª médica y dental, plan de tratamiento, estudio del comportamiento y elección del modo de ejecución en función de los datos obtenidos. Caso A tratamiento en el gabinete dental en citas consecutivas. Caso B mediante anestesia general en quirófano, sesión única.

Resultados

Caso A Tratamiento conservador y preventivo, técnica convencional (*decir-mostrar-hacer*) intervalos de "escape del procedimiento". Consecución del tratamiento previsto en entorno ambulatorio a pesar nivel de aprensión del paciente. **Caso B** Tratamiento preventivo y conservador en única sesión bajo anestesia general e ingreso 24 horas. Presentó miedo y agitación previamente a la anestesia. Consecución del tratamiento y posoperatorio sin incidencias.

Discusión y conclusiones

En un paciente aquejado de una enfermedad con repercusión sistémica el enfoque debe ser multidisciplinar. Importancia de programas preventivos cuando el paciente no puede colaborar para recibir tratamiento ambulatorio y/o sus afecciones sistémicas desaconsejan el tratamiento bajo anestesia general. Información y motivación de familiares y cuidadores, responsables de la ejecución de los planes preventivos. Participación de personal sanitario de todas las especialidades implicadas. Estudio previo riguroso de las necesidades de tratamiento y modo de atención, partiendo de una historia clínica detallada que permita las modificaciones oportunas para la situación sistémica de base y consecución de resultados óptimos.

El niño con síndrome de Asperger en la consulta dental. Actualización

Autores: Gracia Quijada Y., Iturbe Fernández R.M., Penella Garza R., Albajara Velasco L.

Centro: Facultad de Odontología (UCM).

Introducción

El síndrome de Asperger fue descrito por primera vez en 1944 por Hans Asperger como **“personas con inteligencia normal con deterioro cualitativo de la interacción social y comportamientos extraños, sin retrasos en el desarrollo del lenguaje”**. Clasificado por la APA según el DSM-IV como parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, caracterizado por poseer un lenguaje y comprensión literal, lo que los hace ingenuos y crédulos. Hablan en su mayoría de forma extraña o pomposa, con un tono de voz elevado, o monótono. Son especialmente sensibles a sonidos fuertes, colores, luces, olores o sabores. La fijación en un tema u objeto los puede llevar a ser auténticos expertos. A diferencia del autismo, en el trastorno de Asperger el desarrollo cognitivo o del cuidado de sí mismo es acorde a la edad.

Objetivos

Actualizar los conocimientos del síndrome, enfocados a la mejora del manejo de estos niños en el gabinete odontológico. Orientar las enseñanzas con un caso clínico ilustrativo.

Material y Método

Descripción de caso clínico y revisión bibliográfica.

Resultados

Se llevo a cabo en la Universidad Complutense de Madrid, en la clínica del Título Propio Especialista en Odontología Integrada en Niños con Necesidades Especiales. La excesiva ansiedad del paciente ante el tratamiento dental, nos planteó la opción de secuenciar el tratamiento. En la primera consulta obtuvimos de los padres toda la información pertinente que nos facilitó un abordaje comportamental. Con la ayuda de la técnica de manejo Decir-Mostrar-Hacer se realizaron los tratamientos conservadores planificados y, fuimos ganando la confianza del niño, para finalmente proceder a la exodoncia de un diente (*el motivo de mayor aprensión*).

Discusión y conclusiones

Al ser un síndrome con una clara alteración en la interacción social, se debe tomar en cuenta que poseen un comportamiento restringido y repetitivo. No muestran un retraso significativo en el desarrollo del lenguaje; sin embargo, pueden tener dificultades para entender las sutilezas utilizadas en una conversación, tales como la ironía o el humor. Por ello es preciso aproximarnos al conocimiento del funcionamiento del cerebro del niño con SA, para saber qué tipo de comportamiento debemos tener hacia ellos, siempre enfocado en la comprensión y teniendo en cuenta que poseen un nivel de inteligencia normal.

Inmunodeficiencias primarias en el niño. Manejo odontológico. A propósito de un caso

Autores: Iturbe Fernández R.M., Abalos Sanfrutos N., Penella Garza- Ramos R., Mourelle Martínez R.

Centro: Unidad Complutense de Madrid.

Introducción

Las inmunodeficiencias primarias son enfermedades hereditarias que afectan al sistema inmunitario. Pueden deberse a la alteración de un solo gen, ser poligénicas o pueden representar la interacción de determinadas características genéticas y factores ambientales o infecciosos. El Síndrome de Job o Hiperinmunoglobulina E se caracteriza por concentraciones séricas altas de Ig E (*superiores a 2000UI/ml*) que causa problemas asociados a la piel, senos paranasales, pulmones, huesos y dientes. A nivel dental se observa retardo en la **EXFOLIACIÓN** de la dentición primaria y erupción normal de la permanente, con lo que provoca **“doble dentición”**.

Objetivo

Teniendo en cuenta que estos niños presentan un elevado riesgo de infecciones y lesiones a nivel de piel y mucosas: Establecer un protocolo de actuación odontológico, para evitar la aparición de las mismas al llevar a cabo actuaciones poco conservadoras a nivel oral. Aplicar un plan de tratamiento preventivo que reduzca el riesgo potencial de infecciones en el área bucofacial de estos niños.

Material y Método

Paciente de 6 años, con Síndrome de Job. El plan de tratamiento incluyó: tratamiento restaurador de molares primarios, exodoncia de los incisivos primarios maxilares que presentaban necrosis como secuela traumática y exodoncia de incisivos primarios mandibulares retenidos. Así mismo aplicamos un programa de revisiones dentales regulares y un protocolo preventivo.

Resultados

En el marco del título propio de la **UCM**: Especialista en Atención Odontológica Integrada en Niños con Necesidades Especiales, se llevo a cabo satisfactoriamente el tratamiento de la paciente, tanto conservador como no conservador. Seguimos, en coordinación con los especialistas que habitualmente la atienden (*pediatras, dermatólogos..*) un protocolo de actuación enfocado a la prevención de posibles infecciones o lesiones bucales.

Discusión y conclusiones

Los odontopediatras debemos estar muy atentos a las alteraciones o anomalías que puedan presentar los niños, ya que la sospecha de algo discordante, tanto en la alteración de la erupción, forma, color, etc...de los dientes, así como la presencia de lesiones en la mucosa oral, puede ayudar a un posible diagnóstico de los diferentes síndromes. Así mismo, el conocimiento de las diferentes patologías y la estrecha comunicación entre odontopediatra, pediatra y padres de los niños, es indispensable para llevar a cabo los diferentes tratamientos y conseguir los mejores resultados.