

## Pacientes especiales odontopediátricos. Revisión del año 2001

M. HERNÁNDEZ, A. C. VICTORIA\*, E. ESPASA\*\*, J. R. BOJ\*\*\*

*Prof. Asociado. \*Máster en Odontopediatria. \*\*Prof. Titular. \*\*\*Catedrático. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona*

### RESUMEN

El propósito de este trabajo es dar a conocer los artículos publicados más destacados en el campo de los pacientes especiales odontopediátricos durante el año 2001.

**PALABRAS CLAVE:** Pacientes especiales. Odontopediatria. Virus de la inmunodeficiencia humana.

### ABSTRACT

The aim of this paper is to mention the more distinguished papers published concerning about special care in dentistry for children during the year 2001.

**KEY WORDS:** Special patients. Pediatric dentistry. Human immunodeficiency virus.

Debido a la abundancia de referencias bibliográficas referentes a los pacientes especiales odontopediátricos durante el año 2001, los hemos dividido en los siguientes apartados: general, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, síndromes infrecuentes y miscelánea.

### GENERAL

En este apartado queremos señalar una serie de publicaciones que recuerdan nuestra condición de profesionales de la salud en el ámbito del tratamiento dental a los niños.

En su revisión, Nathan (1) aporta una referencia práctica y una guía para facilitar al facultativo el entendimiento del origen, rango y las bases del comportamiento del paciente pediátrico con problemas neurológicos y de adaptación, y la importancia de intervenir con técnicas de manejo no aversivas, enfocadas a evitar exacerbar el miedo, tales como las técnicas farmacológicas usadas para realizar tratamientos bajo sedación consciente; enfatizando el hecho de la instrucción clínica adecuada antes de usar cualquiera de estas modalidades.

Jensen y Matson (2) enviaron un cuestionario a 500 dentistas, tanto generales como especialistas en odontopediatria, para valorar el uso de las benzodiazepinas aplicadas al tratamiento odontológico en pediatria. Se

valoraba tanto la forma de administración, rectal u oral, como la forma de presentación del fármaco. El 73% de los dentistas generales, de los cuales el 7% tuvieron sesiones de sedación por lo menos una vez al mes, y el 97% de los odontopediatras, de los cuales el 87% tuvieron sesiones de sedación por lo menos una vez al mes, usaron benzodiazepinas. La vía rectal fue la más usada y, al usar la vía oral predominaba la administración del fármaco en forma líquida frente a las tabletas. El grupo de especialistas odontopediatras consideró la sedación rectal más exitosa (92%) frente al grupo de dentistas generales (71%). El artículo concluye que una mayor regularidad en el uso de la sedación es ventajosa para realizar con éxito los tratamientos orales en la población infantil con problemas de adaptación.

Atkinson y cols. (3) hacen una revisión bibliográfica acerca de las inmunodeficiencias primarias y sus diversas manifestaciones en la cavidad oral. Así, los pacientes con inmunodeficiencia de células T presentan, de forma predominante, gingivoestomatitis herpética y candidiasis oral; los afectados de inmunodeficiencia de células B son más susceptibles a infecciones bacterianas y las inmunodeficiencias de macrófagos presentan, principalmente, enfermedad periodontal y candidiasis oral. Recuerdan que los trastornos adquiridos como el sida, la diabetes o la administración de determinados fármacos modifican los mecanismos de defensa de la cavidad oral y que los efectos que las inmunodeficiencias adquiridas presentan sobre la salud oral pueden

predecirse a partir de las manifestaciones orales de las inmunodeficiencias primarias.

Wondimu y cols. (4) examinaron 30 niños trasplantados de hígado para valorar el grado de hipertrofia gingival de acuerdo al tipo de tratamiento inmunosupresor seguido. Del grupo que recibió ciclosporina, el 35% mostró hipertrofia gingival mientras que el grupo que estuvo en tratamiento con tacrolimo no presentaba dicho problema.

Palmer y cols. (5), después de investigar 1.609 prescripciones de antibiótico en forma líquida, para niños, concluyen que muchas eran inapropiadas y recuerda que dicha circunstancia contribuye al aumento de la resistencia microbiana. Asimismo, recuerdan que con unas buenas referencias para la elección del antibiótico, dosis, frecuencia y duración adecuadas, se podría invertir esta tendencia.

Collard y cols. (6), estudiando niños diagnosticados de leucemia linfoblástica aguda (LLA), al evaluar la importancia del cuidado dental en este colectivo y las necesidades que manifestaron los padres, concluyen que es necesario establecer una atención dental adecuada para regular a estos pacientes y hacen hincapié en que todos los profesionales debemos estar preparados para dar consejos claros y medidas preventivas para el cuidado bucal de este tipo de pacientes. En otro artículo, los mismos autores (7), evalúan la provisión de cuidados dentales y bucales a los niños que reciben tratamiento para la LLA en el Reino Unido y concluyen que debe mejorarse el desarrollo de los servicios apropiados ya que, es bien sabido, que la cavidad oral es una región donde frecuentemente ocurren complicaciones agudas durante el tratamiento de la LLA y después del tratamiento aparecen las manifestaciones crónicas tales como la mucositis, glositis, xerostomía, infecciones intraorales, gingivitis, sialoadenitis, agenesias, microdoncia, malformación radicular y atrofia de tejidos blandos.

El objetivo de Hattab y cols. (8) fue valorar la prevalencia y distribución de caries dental en pacientes afectados por *Talasemia Maior*. Se examinaron 23 pacientes de edades entre los 6 y los 9 años, y 31 pacientes entre 12 y 18 años. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de caries entre sexos y tampoco entre dientes deciduos y permanentes. Sólo el 17,4% de los niños de edades entre 6 y 9 años, y el 21% de los niños entre 12 y 18 años estaban libres de caries. La prevalencia de caries y altos niveles de placa en pacientes con *Talasemia Maior* fue considerablemente más alta que en pacientes normales. Concluyen que es un grupo de riesgo al cual debe implementársele una mayor educación tanto en cuestiones de salud oral como en la conveniencia de realizar los tratamientos dentales pertinentes.

Debido al reciente interés creado con respecto a la apnea del sueño, Lindman y Bandemark (9) resumen en su artículo la eficiencia y mecanismos de acción de los diferentes métodos orales para el tratamiento del ronquido y apnea durante el sueño. Asimismo, evalúan los efectos colaterales, complicaciones y costos de los mismos. La apnea obstructiva del sueño está más relegada a ser considerada como un desorden respiratorio en adultos pero también se presenta en niños, relacionándose con hipertrofia adenotonsilar, obesidad,

desórdenes neuromusculares, malformaciones craneofaciales y trisomía 21. El fallo en el diagnóstico de este disturbio en niños puede desencadenar alteraciones del crecimiento, dificultades para la concentración, problemas escolares, fallo cardiorespiratorio e, incluso, la muerte.

Aragón (10) describe el rol del odontólogo en los pacientes con desórdenes de sueño y, en un apartado sobre los niños, refiere que el tratamiento de adenoidectomía y tonsilectomía es una buena opción para mejorar el cuadro sintomático.

La microsomía hemifacial es la segunda enfermedad más común de anomalía facial que afecta el labio y paladar. Es una malformación congénita en la cual hay una deficiencia en la cantidad de tejidos, duro y blando, en un lado de la cara. La etiología, diagnóstico y tratamiento discutidos por Monahan (11) puede ser de ayuda para rehabilitar dichos pacientes. La etiología no es bien conocida pero se relaciona con la pérdida prematura de células de la cresta neural, debiendo ser, el diagnóstico, multidisciplinario. En cuanto a las consideraciones dentales, existen maloclusiones, inclinaciones de los dientes hacia el lado afectado, mordida cruzada unilateral, el desarrollo dental de esa zona estará disminuido o ausente, frecuencia cinco veces mayor de agenesias que en la población normal, e hipoplasia de esmalte en dientes primarios. El tratamiento es quirúrgico, practicándose cirugía ortognática y distracción osteogénica.

Edblud y cols. (12) evalúan el estado salivar, la prevalencia de caries y el estado de la dentición primaria en 41 pacientes de edades comprendidas entre los 18 y 24 años con diabetes del tipo 1, comparándolos con un grupo control de no diabéticos. Se tomaron muestras de sangre, saliva y se hizo una inspección oral. Se midieron la capacidad *buffer* y fluidez salival y la cantidad de estreptococos *mutans* y lactobacilos. Los resultados mostraron que los pacientes con diabetes tipo 1, sin ningún control metabólico, presentaron más inicio de caries comparados con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas concernientes al estado salivar, caries manifiesta o al estado de la dentición primaria. Estos autores concluyen que hay más caries inicial presente en los adultos jóvenes con diabetes tipo 1 que la caries activa como tal. Concluyen que estos pacientes necesitan mayor cuidado en su salud oral para prevenir el desarrollo de la caries inicial a activa.

Bian y cols. (13) investigan la diferencia en el nivel de caries en 104 niños chinos de 3 a 6 años de edad (66 niños y 38 niñas) que sufren de labio hendido con aquellos que han presentado labio y paladar hendidos. Además se evaluaron las actitudes de los padres con respecto a los hábitos alimenticios y las medidas de cuidado oral hacia ellos. Los resultados mostraron que el grupo de pacientes con labio y paladar hendidos tuvo mayor prevalencia de caries rampante (30%) comparado con aquellos con sólo el labio afectado (12%). Estos autores concluyen que aquellos niños con paladar y labio hendido presentan mayores índices de caries que aquellos con sólo el labio involucrado. En estos pacientes, los factores que más predisponen a desarrollar caries son el haber sido alimentados con biberón y el nivel de educación de la madre.

## INFECCIÓN POR EL VIH

Debido a que la esperanza de vida de los niños infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) aumenta, el cómo y cuándo revelarles su condición de salud y diagnóstico se ha convertido en una tarea difícil pero común y necesaria, que debe ser llevada a cabo tanto por los clínicos como por los familiares.

Gerson y cols. (14), en su interesante artículo, revisan la literatura disponible, que es escasa, sobre cómo revelar al niño su enfermedad y describen el proceso seguido en un hospital pediátrico urbano de niños infectados, indicando que el hecho de no revelárselo puede causar problemas de ansiedad, depresión y aparición de fobias.

La infección por el VIH tiene manifestaciones orales significativas en la población infantil y el grado de infección es monitorizado por la manifestación de síntomas clínicos y por los valores de CD4. El retraso de la erupción dental es una de las manifestaciones asociadas a la infección por este virus y es el propósito de Hauk y cols. (15) comprobar, en su estudio, la relación existente entre la progresión de la infección por el VIH a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), en el paciente pediátrico, con el retraso de la erupción dental. Se estudiaron 70 niños, entre 5 y 13 años de edad, infectados de forma perinatal y concluyeron que hay una relación entre el progreso de la infección por el VIH a sida y el retraso en la erupción dental; sin embargo, este hecho se debe más a la severidad de la sintomatología asociada que a la consecuencia de valores bajos de CD4.

Flaitz y cols. (16) estudiaron la prevalencia de las condiciones bucodentales en pacientes infantiles que han desarrollado la infección del VIH en Rumania (una de las mayores concentraciones de niños infectados del mundo). Se examinaron 173 niños de 6 a 12 años de edad (88 niños y 85 niñas) cuya vía de contagio básico fue perinatal, constatando que sólo el 30% de ellos recibía tratamiento antirretroviral. Las manifestaciones orales más frecuentes fueron: candida (29%), úlceras orales y periorales (15%), inflamación o engrosamiento de glándulas salivales (9%), GUNA-periodontitis (5%), eritema lineal gingival (4%), molusco contagioso (3%), leucoplasia vellosa, herpes zóster, y lesiones dermatológicas (impétigo, psoriasis, verrugas, dermatitis seborreica y vitíligo). Se encontró caries dental; el 40% de la muestra presentaba retraso eruptivo, el 10% erupción acelerada y el 46% restante se mantenía dentro de la normalidad. Al evaluar las complicaciones postratamiento, hubo retrasos en la cicatrización postexodoncias, además de hemorragias por trombocitopenia y púrpura idiopática asociada al VIH. Concluyen que esta población tiene el mismo espectro de desarrollo de la enfermedad que en otros países; que la candidiasis fue la patología más frecuente, siendo un indicador de mal pronóstico de la enfermedad en desarrollo.

## SÍNDROMES INFRECIENTES

Lankenstein y cols. (17) nos presentan el caso de 2 hermanas afectadas con el síndrome de Carpenter; muy raro, ya que sólo se han descrito 40 casos. Éste es un

síndrome que se transmite por herencia autosómica recesiva y los hallazgos dentales y bucales son: desarrollo dental atrasado y microdoncia severa que se acompaña de coronas pequeñas.

Al-Hashimi (18) revisa, en su artículo, el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Sjögren, cuya patología depende de factores inmunológicos, genéticos, hormonales e infecciosos. Este desorden inflamatorio multisistémico de las glándulas exocrinas afecta, también, a niños y adolescentes, causando xerostomía, ojos secos y enfermedades orales (mucositis) y dentales (caries muy destructivas) frecuentes. La disminución o ausencia total de salivación comporta irritaciones importantes de las mucosas y, además, al perderse la capacidad *buffer* de la saliva, existe un desequilibrio intraoral que favorece la aparición de caries. Concluye que el odontólogo desarrolla un papel esencial, ya que el tratamiento requiere un abordaje multidisciplinario.

El síndrome de Lesch-Nyhan es un desorden genético recesivo causado por la ausencia del enzima hipoxantina fosforribosil-transferasa que se caracteriza por hiperuricemia, coreoatetosis, retardo mental y comportamiento anormal compulsivo de automutilación; manifestándose con graves injurias por mordiscos, sobre todo en tejidos periorales, que pueden suponer la amputación de la lengua y los dedos. Cusumano y cols. (19) nos presentan distintas modalidades para manejar estos pacientes; desde el uso de métodos farmacológicos, que incluyen la administración de alopurinol o de carbamazepina, al uso de métodos preventivo-restrictivos, tales como férulas acrílicas, exodoncias de algunos dientes o cirugía ortognática, para crear mordidas abiertas.

Mueller-Lessmann y cols. (20) describen los hallazgos orofaciales en 2 casos de síndrome congénito de Klippel-Trenaunay, cuyas características son la presencia de hemangiomas cutáneos e hipertrofia unilateral de tejidos blandos y óseos. Los hallazgos orofaciales fueron: asimetría facial, maloclusiones con erupción dental prematura así como aumento de tamaño de los maxilares.

El síndrome XXXXY es la variante más severa del síndrome de Klinefelter y, a medida que aumenta el número de cromosomas X, más síntomas y signos se manifiestan. Destacan: estatura baja, retraso mental, presencia de varicosidades con múltiples úlceras en las piernas y disminución en el número de dedos, hipogonadismo y anomalías esqueléticas. Hata (21) describe a un paciente de 6 años de edad afectado por este síndrome, cuyos hallazgos orofaciales eran: paladar blando hendido, taurodontismo en molares, premolares ausentes, retraso en el desarrollo de los gérmenes de los dientes permanentes, los incisivos centrales superiores e inferiores estaban en relación cruzada, la rama mandibular era corta y el maxilar pequeño, en el plano anteroposterior.

Dowling y cols. (22) describen el caso de una niña de 7 años a la cual se le diagnosticó el síndrome KBG, también conocido como síndrome Herrmann- Pallister o Herrmann- Pallister- Opitz, gracias a los hallazgos dentales característicos de esta enfermedad, como son: incisivos centrales macrodónticos, presencia de hipodoncias y taurodontismo. Este desorden cursa con estatura baja, retraso mental leve, dismorfismo craneofacial y

anormalidades dentales y esqueléticas (la designación de síndrome KBG sigue la práctica Opitz de usar las iniciales de los apellidos de las dos primeras familias afectadas - nota del autor).

El líquen plano (LP) es una alteración mucocutánea, raramente descrita en la población infantil, cuya etiología es de carácter complejo y multifactorial asociándose a enfermedades de tipo autoinmune. Clínicamente se presenta como una mancha blanca, reticular y simétrica, por lo general en la mucosa bucal. A pesar de haber poca literatura disponible Alam (23) presenta 6 casos de niños en edades entre los 6 y los 14 años afectados de LP y concluye que es importante considerar el LP en el diagnóstico diferencial de las manchas blancas de la mucosa oral en la niñez.

Schafer y cols. (24) describen el caso de una niña de 8 años de edad aquejada de una inflamación intraósea, dolorosa, de duración no específica y crecimiento lento que radiográficamente se ve como una masa radiopaca con periferia radiolúcida anclada en las raíces del segundo molar inferior primario. El diagnóstico de cementoblastoma fue hecho histológicamente. Este tumor benigno, localizado y agresivo, es poco común en dientes primarios (sólo se han descrito 5 casos), puede causar deformidad mandibular o desplazamiento de los dientes adyacentes y reabsorción ósea, haciendo necesaria la exodoncia del diente involucrado.

Kargul y cols. (25) comunican 3 casos de displasia hipohidrótica ectodérmica en niños de 8, 4 y 11 años de edad, respectivamente. Este desorden genético se caracteriza por presentar hipodoncia, hipohidrosis, hipotricosis y unos rasgos faciales característicos: labios prominentes, puente nasal deprimido, pigmentación alrededor de los ojos y piel delgada y seca. Los hallazgos orales fueron: hipodoncia, dientes cónicos, retraso en la erupción y, en un caso, atrofia de mucosa laríngea y faríngea que cursaba con disfonía.

Irshied y cols. (26) describen el caso de una niña de 11 años de edad afectada por la enfermedad de Behçet. Este desorden multisistémico autoinmune, de etiología desconocida, se observa, mayormente, en la población japonesa y en algunos países mediterráneos. Afecta a la mucosa oral, piel y ojos, además de los aparatos urogenital, gastrointestinal, respiratorio, sistema nervioso central, músculos y grandes vasos. Dentro de los hallazgos orales se encontraron, en primer lugar, episodios de úlceras dolorosas y recurrentes que impedían la correcta higiene oral con establecimiento de gingivitis y, en segundo lugar, engrosamiento gingival por el uso indicado de ciclosporinas para su tratamiento. Concluyen su artículo enfatizando la responsabilidad del odontólogo en ayudar a diagnosticar dichas enfermedades por medio de las manifestaciones orales así como el hecho que, en este caso concreto, el engrosamiento gingival debido al uso de ciclosporinas fue tratado con éxito por medios no quirúrgicos.

Defraia y cols. (27) describen los signos más típicos, en la cavidad oral, en el caso de un adolescente de 19 años de edad afectado por el síndrome de Kostmann o neutropenia congénita. Esta rara enfermedad de carácter hereditario es una clase severa de neutropenia que se manifiesta con abscesos localizados en oídos, cutis, cavidad oral y pulmones. Las manifestaciones orales

eran: no presencia de caries, movilidad dental importante, pérdidas óseas, severas y rápidamente progresivas, que suponían la pérdida de los dientes, tanto primarios como permanentes.

Mass y Bimstein (28) describen la disautonomía familiar como un desorden sensorial degenerativo autosómico recesivo que afecta exclusivamente a la población del este europeo. Ataca al sistema nervioso periférico asociándose con anomalías somáticas y esqueléticas. Dentro de las características orofaciales se encuentran: retrognatismo mandibular severo, crecimiento horizontal mandibular, arcos dentales pequeños, tendencia a la clase II, esmalte delgado en la superficie oclusal, con tamaño pulpar pequeño en molares deciduos y permanentes, poca prevalencia de caries e hiper-salivación, con problemas para tragar y succionar.

Cliff y cols. (29) presentan el caso de un niño de 26 meses de edad al cual se le diagnosticó un neuroblastoma en estadio IV, que se presentó con inflamación periorbitaria y equimosis. Este cuadro, comúnmente, se conoce como "ojos de mapache". Inicialmente, este caso se había diagnosticado, erróneamente, como un traumatismo facial.

Bhatt y cols. (30) describen el caso de una niña de 4 años de edad que, después de un mes de someterse a una exodoncia del primer molar deciduo derecho, acude por inflamación en la mejilla, similar a un absceso dentoalveolar. Se diagnosticó una osteomielitis tuberculosa de maxilar, causada por el bacilo de Koch, que es poco común en niños. En este artículo se describen las técnicas de diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas, para la tuberculosis, resaltando la importancia de la correcta elaboración de la historia clínica.

Baghdadi (31) presenta el caso de un niño de 10 meses, con un incisivo central inferior recién erupcionado, el cual presentaba una úlcera en el frenillo lingual y parte ventral de la lengua, diagnosticada como enfermedad de Riga-Fede. El tratamiento seguido fue el pulido y alisado del borde incisal de este diente y la aplicación de triamfenolona. Estas lesiones pueden asociarse con otras enfermedades importantes, tales como: parálisis cerebral, disautonomía familiar, úlceras malignas, aftas recurrentes, o infecciones bacterianas y virales, entre otras.

Inokuchi y cols. (32) describen el caso de un niño de 2 años de edad afectado por el síndrome de Soto. Esta enfermedad se caracteriza por presentar aceleración en el crecimiento prenatal y en el crecimiento óseo, morfología craneofacial anormal similar a la acromegalia y retardo en el desarrollo psicomotor. A nivel oral, se caracteriza por presentar prognatismo, erupción dental prematura y arco palatino alto. En este caso los hallazgos orales fueron: ausencia de gérmenes permanentes, arco palatino alto, hipoplasia de esmalte de todos los dientes deciduos y aumento del tamaño de la cámara pulpar.

La enfermedad de Hand-Schüller-Christian es la variante multifocal crónica de la histiocitosis de células de Langerhans, caracterizada por lesiones óseas, exoftalmos y diabetes insípida. Loducca y cols. (33) describen el caso de un niño de 10 años afectado por esta enfermedad cuyo examen clínico reveló la presencia de caries dental severa en varios dientes, compromiso periodontal y furcal del primer molar permanente infe-



rior izquierdo, con exposición radicular y movilidad y leve inflamación gingival con aspecto granulomatoso. El tratamiento periodontal fue realizado pero después de 4 meses fracasó y se tuvo que exodonciar el diente. El material de legrado alveolar fue biopsiado confirmando el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans, debiendo ser tratado con quimioterapia. Una de las características orales de esta enfermedad es la exfoliación prematura de la dentición, debido a la gran destrucción ósea que se acompaña; radiográficamente se ven los dientes como "dientes flotantes" y, además, cursa con úlceras y leucoplasia. El tratamiento elegido para este paciente, con lesiones recurrentes, fue el curetaje quirúrgico además de la práctica de exodoncias, en los dientes que así lo requirieron. Es importante remarcar el hecho de que el dentista puede ser el primero en diagnosticar esta enfermedad y, por tanto, los odontopediatras han de conocer bien la sintomatología de la misma.

La osteomielitis mandibular causada por actinomicetes es una infección granulomatosa crónica caracterizada por múltiples abscesos y tractos fistulosos; es rara en niños y generalmente afecta la mandíbula. Toller y cols. (34) presentan el caso de un niño de 4 años con dolor a la masticación, de cuatro meses de evolución, que se acompaña de inflamación sobre la región molar decidua derecha. Clínicamente presentaba secuestro óseo con supuración y mucosa hiperémica en la periferia. Radiográficamente había áreas osteolíticas extendidas hasta la mitad de la mandíbula. La causa de la enfermedad era desconocida y el tratamiento seguido fue la antibioticoterapia intensiva y prolongada, especialmente con penicilina a altas dosis, y desbridamiento quirúrgico.

Stephen y cols. (35) informan de las manifestaciones orales y de su manejo, de la hipoplasia focal, a propósito del caso de una paciente de 17 años afectada por esta enfermedad. La enfermedad se caracteriza por hipoplasia lineal dermal con hiperpigmentación, hernias en tejido adiposo subcutáneo, telangectasias y papilomas múltiples. Los hallazgos orales son: displasia de esmalte, microdoncia, anomalías en la posición dental, pérdidas óseas, papilomas intraorales y telangectasias en paladar y encías. El tratamiento seguido fue integral con el fin de devolver la función y estética para promover su aceptación e integración a la sociedad.

El síndrome de Menke es una enfermedad que incluye manifestaciones tales como: hipopigmentación epidérmica, anomalías en el pelo y degeneración cerebral progresiva. Oralmente se encuentran engrosamientos gingivales con retraso en la erupción dental. Brownstein y cols. (36) presentan los hallazgos orales en un niño de 19 meses afectado por este síndrome: engrosamiento gingival generalizado, erupción retardada de dientes deciduos, retrognatismo y mordida abierta. Tras un intento fallido de tratamiento con gingivectomía, concluyen que la hiperplasia gingival presente en este caso no es secundaria a la medicación y que el odontólogo no debe confundir o diagnosticar erróneamente esta manifestación típica de hiperplasia gingival secundaria a la medicación aún cuando exista un antecedente de haber sido tratado con fármacos.

## MISCELÁNEA

Vanderas y cols. (37) estudian 314 niños de edades comprendidas entre los 6 y los 8 años para evaluar la relación entre el hábito de succión digital y el estrés emocional medido por la presencia de catecolaminas en la orina, asimismo se tuvo en cuenta el nivel socioeconómico de los padres y concluyen que la presencia del hábito no tenía relación con el estrés emocional. Con respecto al factor socioeconómico se encontró que cuanto más altos eran los niveles de educación recibida y económico, menor era la presencia del hábito.

A propósito de la moda del *piercing*, la Asociación Americana de Educación Dental (38) presenta un informe advirtiendo de los posibles riesgos de infecciones, sangrado prolongado, inflamación y daño nervioso, contagio de enfermedades, traumatismos gingivales, fracturas dentales y endocarditis, en pacientes de riesgo.

Es bien sabido que la dieta de los adolescentes suele ser rica en ácidos y éste hecho se relaciona con fenómenos de erosión dental; por ello, Al-Dlaigan (39) estudia 418 niños de 14 años, vegetarianos, para identificar la prevalencia de erosión dental en ellos y, además, verificar las diferencias con otro grupo no vegetariano respecto a la prevalencia de erosión dental y hábitos dietéticos. Concluye que aunque es común la erosión dental entre los adolescentes, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la prevalencia de erosión dental, pero sí en el consumo de algunos alimentos y bebidas.

Malik y cols. (40) investigan la relación entre erosión, caries y estado socioeconómico, así como la dieta e higiene oral en una muestra de 987 niños de edades entre los 2 y los 5 años. Se diagnosticó caries en el 73% de ellos y caries rampante en el 34%, además de erosión en el 31%. Concluyen que la caries y/o la caries rampante están relacionadas con la dieta, las prácticas de higiene oral y la clase social, pero la erosión sólo se relacionaba con la dieta.

La disfunción temporomandibular engloba un grupo de desórdenes caracterizados por: dolor periauricular, de la articulación temporomandibular (ATM) y de los músculos de la masticación; limitación o desviación en el movimiento mandibular y ruidos en la ATM durante la función. Debido a los pocos estudios realizados en niños, es el propósito de Alamoudi (41) el investigar la relación existente entre los signos y síntomas de los desórdenes temporomandibulares y el estado emocional, en una muestra de 502 niños entre los 3 y los 7 años. Los resultados fueron: existe una estrecha asociación entre atricción y dolor en la ATM, con apertura disminuída y músculos doloridos; existe una estrecha relación entre el estado emocional y los múltiples signos y síntomas de dolor en la ATM; y, finalmente, existe una estrecha relación entre parafunción oral y bloqueo mandibular con el estado emocional del niño.

A propósito de la endocarditis bacteriana, Torres y cols. (42) comparan un grupo de 20 niños con enfermedad cardíaca con un grupo control de 15 niños sanos, en relación a sus condiciones salivales. Los resultados no mostraron diferencias entre los grupos en relación a la fluidez salival, capacidad *buffer* y nivel de estreptococos, mientras que los niños con enfermedad cardíaca

mostraron menos niveles de *lactobacillus*. La asociación entre el uso de antibióticos y el riesgo de desarrollar caries midiendo el nivel de *streptococos mutans* y el de *lactobacillus* mostró que los niños que tomaban antibiótico presentaban menos niveles de *lactobacillus* que los niños control, sin que esta asociación se encontrara en relación a los niveles de *streptococos mutans*.

Mitsea y cols. (43) investigan el estado de salud mental y los tratamientos requeridos en niños y adolescentes con parálisis cerebral, retardo mental y desórdenes visuales comparando el estado oral entre ellos. Los resultados orales hallados en 170 niños entre los 6 y los 15 años de edad mostraron que la higiene oral era de moderada a baja, especialmente en los afectados por retraso mental. Los niveles de maloclusión más altos se observaron en el grupo de niños afectados de parálisis cerebral y se constató que todos los grupos necesitaban tratamientos dentales extensos.

Dewhurst (44) describe el interesante caso de 3 hermanas a las cuales se les practicó la enucleación del germen permanente de varios dientes con el fin de curar enfermedades de la infancia tales como diarreas, fiebres o vómitos; prácticas que se siguen según las creencias de ciertas poblaciones subsaharianas. El resultado de tales prácticas fue la presencia de dientes malformados y anodoncias. Ya que esta práctica causa daño, tanto a la dentición temporal como a la permanente, y es un riesgo potencial para la salud y la vida del niño, se sugieren no sólo opciones de tratamiento para devolver la función a los dientes afectados sino que lanzan una voz de alarma para fomentar la educación y evitar dichas prácticas nefastas para la salud oral infantil.

A propósito de las alergias, Hashim y cols. (45) recuerdan la importancia de la realización de una completa historia clínica. En su artículo, revisan la etiología, epidemiología y tratamiento odontológico en el niño con alergia al látex. Enumeran los siguientes casos de alto riesgo: espina bífida, atopia, historia de muchas intervenciones quirúrgicas, anomalías neurológicas congénitas, hidrocefalia interna, lesiones en médula espinal, historia familiar de atopias, primera cirugía antes del primer año y pacientes con catéteres de drenaje del líquido cefalorraquídeo. Citan, además, una lista de otros materiales "libres de látex", como método alternativo y concluyen que la mejor forma de prevenir riesgos es evitando la exposición al material usando guantes de látex de baja alergenicidad, libres de polvo, o guantes de vinilo y evaluar siempre el estado de riesgo del paciente con una historia clínica completa combinada con tests de laboratorio, en caso de sospecha de que exista riesgo de reacciones alérgicas.

El objetivo del estudio de Freitas (46) fue confrontar 101 niños de 6 a 7 años con rinitis alérgica crónica y 91 niños, en el mismo rango de edad, sin patología oral y comparar el tamaño de las dimensiones palatinas transversales y verticales, tras medir las distancias intermolar e intercanina y la profundidad de paladar. Encontraron que existía una mayor profundidad palatina, tanto en dentición primaria como mixta, en el grupo alérgico. No hubo diferencias significativas con respecto a las dimensiones transversales entre ambos grupos. Concluye que la mayor influencia del cambio del patrón respiratorio nasal a bucal ocurre en el plano vertical.

La enfermedad celíaca es un desorden crónico de la membrana mucosa del intestino delgado causado por un efecto tóxico a una respuesta inmunológica al gluten. Debido a que algunos estudios han relacionado la mineralización de los dientes permanentes con la enfermedad celíaca, Gösta (47) examina un grupo de 40 niños suecos con dicha enfermedad para estudiar la prevalencia de defectos del esmalte, como hipoplasia e hipomineralización, comparándolo con un grupo control sano. Los resultados no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Matts-Graner y cols. (48), estudiando 36 niños de un mes a 18 meses de edad encontraron una relación directa entre la presencia de infecciones por *Cándida* y el uso del chupete (58,3%) y sugieren que el uso del chupete es un factor local que influencia la proliferación y colonización de bacterias y virus en la cavidad oral.

Newsome y cols. (49) nos impulsan a promocionar el uso de protectores bucales con el fin de evitar las lesiones orofaciales, tan comunes, producidas en la práctica deportiva dentro de la población infantil y adolescente. Examinan los tipos de protectores bucales, el papel del protector y el riesgo del tipo de lesiones, haciendo énfasis en dos aspectos, como son: los portadores de ortodoncia y el comportamiento del portador del protector bucal.

#### CORRESPONDENCIA:

Miguel Hernández Juyol  
c/ Mallorca, 302, 2º, 1ª  
08037 Barcelona

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Nathan JE. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. *J Dent Child* 2001; Mar-Apr: 89-100.
2. Jensen B, Matsson L. Benzodiazepines in child dental care: A survey of its use among general practitioners and pediatric dentists in Sweden. *Swed Dent J* 2001; 25: 31-8.
3. Atkinson JC, O'Connell A. Manifestaciones orales de las enfermedades inmunológicas primarias. *JADA* 2001; 4 (1): 53-66.
4. Wondimu B, Nemeth A, Modeer T. Oral health in liver transplant children administered Cyclosporin A or Tacrolimus. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 424-9.
5. Palmer NA, Martin MV, Pealing R, Ireland RS. Paediatric antibiotic prescribing by general dental practitioners in England. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 242-8.
6. Collard MM, Hunter ML. Dental care in acute lymphoblastic leukaemia: experiences of children and attitudes of parents. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 274-80.
7. Collard MM, Hunter ML. Oral and dental care in acute lymphoblastic leukaemia: a survey of United Kingdom Children's Cancer Study Group Centres. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 347-51.
8. Faiez H, Abdalla M, Hazza'a O, Halla S. Caries risk in patients with thalassaemia major. *Int J Paed Dent* 2001; 51: 35-8.
9. Lindman R, Bandemark L. A review of oral devices in the treatment of habitual snoring and obstructive sleep apnoea. *Swed Dent J* 2001; 25: 39-51.
10. Aragón S. Surgical management for snoring and sleep apnea. *Dent Clin North Am* 2001; 45 (4): 867-79.
11. Monahan R, Seder K. Hemifacial microsomia: Etiology, diagnosis and treatment. *JADA* 2001; 4 (5): 1402-8.
12. Edblad E, Lundin S, Sjödin B, Aman J. Caries and salivary status in young adults with type 1 diabetes. *Swed Dent J* 2001; 25: 53-60.

13. Biam M, Du M, Jin H, Fan M. Caries experience and oral health behavior in chinese children with cleft and/or palate. *Pediatr Dent* 2001; 23 (5): 431-4.
14. Gerson A, Joyner M, Fosarelli P, Butz A, Wissow L, Lee S, et al. Disclosure of HIV diagnosis to children: when, where, why and how. *J Pediatr Health Care* 2001; Jul-Ag: 161-7.
15. Hauk M, Moss M, Weimberg G, Berkowitz R. Delayed tooth eruption association with severity of HIV infection. *Pediatr Dent* 2001; 23: 260-2.
16. Flaitz C, Wullbrandt B, Sexton J, Bourdon T, Hicks J. Prevalence of orodental findings in HIV-infected Romanian children. *Pediatr Dent* 2001; 23: 44-50.
17. Lankenshtein R, Brook A, Smith R, Patick D, Russell J. Oral findings in Carpenter Syndrome. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 352-60.
18. Al-Hashimi I. The management of Sjögren's Syndrome in dental practice. *JADA* 2001; 4 (5): 1409-17.
19. Cusumano F, Penna K, Pannossian G. Prevention of self-mutilation in patients with Lesch – Nyhan Syndrome: Review Literature. *J Dent Child* 2001; May-Jun: 175-8.
20. Mueller-Lessmann V, Behrent A, Eckhard W, Petersen K, Dietrich A. Orofacial findings in the Klippel Trenaunay Syndrome. *Int J Ped Dent* 2001; 11: 225-9.
21. Hata S, Maruyama Y, Fujita Y, Mayanagi H. The dentofacial manifestations of XXXXY Syndrome: A case report. *Int J Ped Dent* 2001; 11: 138-42.
22. Dowling P, Fleming P, Gorling R, King M, Nevin N, Mc Entagart M. The KBG Syndrome, characteristic dental findings: A case report. *Int J Ped Dent* 2001; 11: 131-4.
23. Alam F, Hamburguer J. Oral Mucosa lichen planus in children. *Int J Ped Dent* 2001; 11: 209-14.
24. Schafer T, Balder S. Cementoblastoma associated with a primary tooth: a rare pediatric lesion. *Am Acad J Paed Dent* 2001; Jul-Ago: 351-3.
25. Kargul B, Alcan T, Kabalay V, Atasu M. Hypohidrotic ectodermal displasia: dental, clinical, genetic and dermatoglyphic findings of three cases. *J Clin Ped Dent* 2001; 26: 5-12.
26. Irshied J, Benstein E. Oral diagnosis of Behcet disease in an eleven year old girl and the none-surgical treatment of her gingival overgrowth caused by cyclosporine. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 26: 93-8.
27. Defraia E, Marinelli A. Oral manifestations of congenital neutropenia or Kostman Syndrome. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 26: 99-102.
28. Mass E, Bimstein E. Radiographic Assessment of the alveolar base height in children and adolescence with familial dysautonomia. *Pediatr Dent* 2001; 23 (1): 61-5.
29. Cliff J, Newman L, Malone M, Brady G, Crean J. Facial features of widespread neuroblastoma: a case report. *Int J Ped Dent* 2001; 11: 215-20.
30. Bhatt A, Jayakrishnan A. Tuberculous osteomyelitis of mandible: a case report. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 304-8.
31. Baghdadi Z. Riga-Fede disease: report of a case and review. *J Clin Ped Dent* 2001; 25 (3): 209-13.
32. Inokuchi M, Nomura J. Soto's Syndrome with enamel hypoplasia: a case report. *J Clin Ped Dent* 2001; 25: 313-6.
33. Loducca S, Mantesso A, Araujo N, Magalhaes M. Langerhans' cell histiocytosis: recurrent lesions affecting mandible in a 10 year old patient. *J Clin Ped Dent* 2001; 25: 241-3.
34. Toller M, Alkan A, Baris S, Cakir N. An unusual form of actinomycosis of the mandible with a resultant gross sequester in a 4 year old child: a case report. *J Clin Ped Dent* 2001; 25: 237-9.
35. Stephen L, Behardien N, Beighton P. Focal dermal hypoplasia: management of complex dental features. *J Clin Ped Dent* 2001; 25: 259-61.
36. Brownstain J, Primosch R. Oral manifestations of Menkes' Kinky hair syndrome. *J Clin Ped Dent* 2001; 25: 317-21.
37. Vanderas A, Paraskevi V. Urinary catecholamines as a measure of emotional stress in children with a digit sucking habit: a preliminary study. *J Dent Child* 2001; 68: 179-82.
38. American Dental Education Association 78th Annual Session. Chicago, Illinois, EE.UU. March 3-7, 2001. Abstracts. *J Dent Education* 2001; 65: 19-85.
39. Al-Dlaigan Y, Shaw L, Smith A. Vegetarian children and dental erosion. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 184-92.
40. Al-Malik M, Holt R, Bedi R. The relationship between erosion, caries and rampant caries and dietary habits in preschool children in Saudi Arabia. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 430-9.
41. Alamoudi N. Correlation between oral parafunction and temporomandibular disorders and emotional status among Saudi children. *J Clin Paed Dent* 2001; 26: 71-80.
42. Torres M, Ramos M, Coelho T, Harari S. Salivary streptococcus mutans and lactobacillus sp levels in cardiac children. *J Clin Ped Dent* 2001; 26: 103-9.
43. Mitsea A, Karidis A, Donta C. Oral health status in greek children and teenagers with disabilities. *J Clin Ped Dent* 2001; 26: 111-8.
44. Dewhurst S, Mason C. Traditional tooth bud gouging in an Ugandan family: a report involving three sisters. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 292-7.
45. Hashim S. Dental management of children with latex allergy. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 322-6.
46. Freitas F, Bastos E, Primo L, De Freitas V. Evaluation of the palate dimensions of patients with perennial allergic rhinitis. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 365-71.
47. Gösta C, Eriksson M. Celiac disease and mineralisation disturbances of permanent teeth. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 179-83.
48. Mattos-Graner R, Bento de Moraes A, Puppim R, Goldenberg E. Relation of oral yeast infection in Brazilian infants and use of a pacifier. *J Dent Child* 2001; Jan-Feb: 33-6.
49. Newsome P, Tran D, Cooke M. The role of the mouthguard in the prevention of sports-related dental injuries: a review. *Int J Paed Dent* 2001; 11: 396-404.