

**Director de sección**

*Prof. Dr. Juan Ramón Boj Quesada*

**Colaboran**

*Dra. M<sup>a</sup> Teresa Briones Luján.* Profesora Colaboradora del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

*Dra. Olga Cortés Lillo.* Profesora Colaboradora del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

*Prof. Dr. Enrique Espasa.* Profesor Titular de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

*Dra. Ana Xalabardé Guardia.* Profesora Asociada de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.

**VALORACIÓN DE LAS RESTAURACIONES PROXIMALES DE COMPÓMERO EN MOLARES TEMPORALES: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN NIÑOS.**

**Assessment of compomer proximal restorations in primary molars: A retrospective study in children.**

*Mass, E.; Gordon, M.; Fuks, A.B.*

*ASDC J Dent Child 1999; 66: 93-97.*

Los compómeros son resinas composite modificadas con poliácidos, representan una nueva generación de materiales estéticos que combinan las ventajas de las resinas composite y de los ionómeros de vidrio (IV). Sin embargo todavía están presentes ciertos inconvenientes. Tienen un desgaste menor que el de los IV, pero mayor que el de los composites. La liberación de flúor está presente en los compómeros, pero es significativamente menor que en los cementos de IV tradicionales y en los IV modificados con resina; aunque los compómeros son menos sensibles a la técnica que los composites, la contracción por polimerización es todavía un problema no resuelto.

El objetivo de este estudio fue describir los resultados clínicos y radiológicos de un compómero Dyract® (Dentsply DeTrey, Germany) en restauraciones proximales de molares temporales y compararlos a restauraciones de amalgama (Nogamma 2®, Silmet, Israel) clase II.

Durante 4 años (1994-1997), se realizaron 107 restauraciones proximales en molares temporales (63 con Dyract® y 44 con amalgama). Los molares deciduos tenían una caries proximal pequeña o moderada. Ade-

más, debían estar en contacto proximal con el diente adyacente y en oclusión con su antagonista respectivo.

Los dientes seleccionados para el estudio se asignaron aleatoriamente para ser restaurados con compómero o amalgama. Se aislaron con dique de goma y las preparaciones se realizaron con una fresa de tungsteno nº 329. El diseño de la cavidad para el grupo de compómero se limitó a eliminar la caries y hacer unos surcos de retención en las paredes vestibular y lingual de la caja; mientras que en el grupo de amalgama se realizó una preparación clase II convencional.

Las preparaciones se lavaron completamente, se secaron ligeramente. En los dientes seleccionados para el compómero se adaptaron matrices de acero inoxidable con cuñas; mientras que en los seleccionados para amalgama se utilizaron cintas de acero inoxidable sujetas por un portamatrices Tofflemeier.

En el grupo del compómero se siguieron las instrucciones del fabricante: el líquido "primer" se aplicó en grandes cantidades para humedecer y saturar la superficie de la cavidad. Se dejó reposar durante treinta segundos. La retirada del exceso de solvente y la extensión de la capa de resina de modo uniforme se hizo aplicando aire durante 3 a 5 s y se fraguó durante 10 s. Se colocó una segunda capa de "primer" que se fraguó inmediatamente. El material restaurador Dyract® se inyectó en la cavidad y se polimerizó durante 40 s. Tras sacar la banda matriz, las restauraciones se fraguaron a través del esmalte de las paredes lingual y vestibular y se recortó con un escalpelo nº 12. Las restauraciones de amalgama se realizaron usando una técnica convencional.

Las restauraciones se evaluaron clínicamente tras su finalización y en visitas periódicas (la primera a los 6 meses y posteriormente anuales). Se comprobó el color, la adaptación marginal la descoloración marginal y la caries secundaria siguiendo los criterios de Cvar y Ryge. Para la evaluación radiográfica se realizaron radiografías en aleta de mordida después de 6 meses y a intervalos de 1 año, siempre que fuese posible. Las radiografías se examinaron de forma independiente por dos observadores, que evaluaban si había presencia de defectos radiolúcidos en la interfase diente-restauración, burbujas en el cuerpo de la restauración y sobreobtención marginal.

Todas las restauraciones examinadas fueron aceptables clínicamente, sin caries secundaria, ni fractura. Las restauraciones con compómero presentaron una superficie lisa y un color satisfactorio. Se observó en dos restauraciones una mínima tinción marginal. En cuanto al examen radiográfico, de las 63 restauraciones con compómero evaluadas, dos presentaron burbujas, una tenía sobreobtención y nueve tenían un espacio en la interfase diente-restauración. En las restauraciones de amalgama, seis revelaron una sobreobtención mínima y no se observaron burbujas, ni defectos en la interfase diente-restauración.

Los compómeros se introdujeron a principios de los noventa, siendo el primer producto disponible Dyract®. Hay pocos estudios clínicos a largo plazo realizados. A diferencia de los ionómeros de vidrio, los compómeros deben ser aplicados junto con el "primer" para garantizar una unión satisfactoria a la estructura dentaria; las fuerzas de adhesión al esmalte y dentina son similares a las del composite. A diferencia de otros acondicionadores, el "primer" del compómero no debe lavarse ni secarse, lo que disminuye el riesgo de contaminación. Por otro lado, la preparación de la cavidad se ha simplificado de forma sustancial, puesto que sólo se requiere la mínima eliminación, en consecuencia se efectúa de forma rápida y se reduce el riesgo de fallo marginal. Teniendo en cuenta que varios estudios han señalado que este material es también sensible a la técnica, es una desventaja de este trabajo el que un mismo odontólogo haya realizado todas las restauraciones. No se encontró ninguna fractura o pérdida de restauración en el presente trabajo; aunque no se valoraron todas las restauraciones, porque no todos los niños respondieron a las citas periódicas. En este último caso se asumió que si un niño se hubiese fracturado la restauración se habría quejado y habría vuelto a hacerse una

revisión. Las radiolucencias en la interfase encontradas en 9 de las 63 restauraciones con compómero, podrían ser el resultado de un acúmulo excesivo de "primer" que es radiolúcido. También estaban presentes en dos restauraciones unos espacios vacíos indicadores de burbujas, que podrían ser debidas a la condensación del material. En una restauración con compómero y seis de amalgama se presentaron pequeñas sobreobturaciones, probablemente debidas a una colocación insuficiente de las cuñas y a una condensación excesiva del material restaurador.

Basados en estos resultados clínicos y radiológicos se concluye que el compómero puede ser una alternativa válida para restaurar dientes temporales con una vida media de dos años (tiempo máximo de seguimiento del estudio). Son necesarios estudios más prolongados para valorar su comportamiento a largo plazo.

*Espasa E.*

*Profesor titular de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología,  
Universidad de Barcelona.*

#### **PUENTE DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE CON FRENTE ESTÉTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

##### **The esthetic stainless steel crown bridge: report of two cases**

*J.T. Wright; Cashion, S.; Hoover, R.  
Pediatr Dent 1999; 21: 137-141.*

Son varias las posibilidades de tratamiento estético disponibles para la reposición de dientes anteriores ausentes en pacientes jóvenes. Aunque hay que considerar algunos aspectos, como la erupción de los dientes adyacentes, los cambios en el contorno gingival y el tamaño de las cámaras pulpaes que contraindican las restauraciones definitivas en estas edades.

Se requieren tratamientos provisionales hasta alcanzar la edad adulta. Entre ellos están las prótesis removibles que consiguen buena estética y tienen bajo coste, aunque son fáciles de romper, y las prótesis fijas adhesivas tipo puentes de Maryland, puente Rochette o puentes resina cerámica. Pero en ocasiones el paciente no puede mantener las prótesis removibles, presenta patología en los tejidos blandos o alteraciones en la estructura dental, por lo que las opciones anteriores no resultan las más adecuadas.

Una de estas situaciones son los pacientes con Epi-dermólisis Bullosa (EB) donde hay dientes ausentes y existe una importante patología de los tejidos blandos y alteraciones en el esmalte. Existen distintas formas de EB. A nivel oral se caracteriza por una marcada fragilidad de la mucosa oral con ampollas y ulceraciones, alteraciones en el esmalte, y ausencia de dientes anteriores y/o posteriores que han fracasado en su erupción. Además, hay un mayor riesgo de caries, dada la alimentación basada en una dieta blanda y alta en hidratos de carbono, y la dificultad del control de placa dental mediante agentes mecánicos o químicos, por lo que puede producirse la pérdida temprana de dientes.

En estos pacientes el tratamiento restaurador supone un importante desafío, pues las posibilidades convencionales no son las más adecuadas.

En este artículo se presentan dos casos clínicos de EB, con dientes ausentes que fueron tratados con puentes de coronas de acero inoxidable y facetas estéticas.

#### Caso 1

Adolescente de catorce años con severas hipoplasias y ausencia de 21 (diente no erupcionado con reabsorción de la corona). En un primer momento, los dientes se restauraron con coronas de acero inoxidable. Posteriormente, por motivos estéticos, se decidió la restauración con un puente de coronas de acero inoxidable y frente estético de resina. Para ello, se ajustaron nuevas coronas, se tomaron impresiones y se vaciaron, fabricándose un puente con soldadura de dos arcos sobre las coronas y colocándose un diente de resina. Posteriormente, se cementó en boca con ionómero de vidrio y se prepararon las ventanas vestibulares para realizar la faceta de resina. Se establecieron controles y a los doce meses no había fracturas ni daños en los tejidos blandos.

#### Caso 2

Adolescente de quince años con severa hipoplasia y ausencia de 21 y 22 por traumatismo con pérdida de tejido óseo. Se realizó bajo anestesia general un puente de coronas de acero inoxidable con pilares en 11, 23 y 24 y facetas estéticas. También se añadió una extensión gingival de resina, dada la pérdida de tejido óseo, vigilando no dañar los tejidos blandos. A los 18 meses se comprobó que se mantenía intacto con excelente salud de los tejidos blandos.

Para los autores estos puentes presentan distintas ventajas. Son fijos y protegen sin causar irritaciones en

los tejidos blandos que soportan la prótesis, además reducen el riesgo de desarrollar caries al cubrir totalmente el diente, no como los puentes adhesivos que dejan el diente expuesto a nuevas caries o descalcificaciones, y suponen una técnica de tratamiento sencilla y rápida con un bajo coste. Sin olvidar que la mejora estética aumenta la autoestima del paciente. Por otra parte, precisan, como cualquier prótesis fija, de una higiene adecuada para asegurar una buena salud periodontal.

Además, según los autores, también se beneficiarían de este tipo de puentes, pacientes con discapacidad psíquica y aquéllos con alteraciones dentales estructurales, como la amelogénesis imperfecta. No obstante, insisten en estudiar cada caso de manera independiente y valorar todas las alternativas posibles.

*Cortés Lillo, O.  
Profesora Colaboradora del  
Máster de Odontopediatría,  
Facultad de Odontología,  
Universidad de Barcelona.*

#### **ASPIRACIÓN DE UN PAQUETE DE GASAS TRAS UNA EXTRACCIÓN DENTAL: INFORME DE UN CASO**

##### **Aspiration of gauze pressure pack following a dental extraction: a case report**

*Villaseñor, A.*

*Pediatr Dent 1999; 21: 135-136.*

En cualquier área de la Odontología, cuando se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos o restauradores, se deben dar, de manera rutinaria, instrucciones postoperatorias. Las instrucciones dadas tras la extracción dental incluyen información sobre: tiempo que durará el efecto del anestésico local, dieta, control del dolor, higiene oral y control del sangrado. La presión ejercida sobre la herida con un paquete de gasas es efectiva, en general, para lograr una buena hemostasia. En Odontopediatría, las instrucciones postoperatorias se deberán dar en función de la edad del paciente, desarrollo neurológico e involucración de los padres en el cuidado de los hijos. De esta manera se podrán prevenir fácilmente situaciones de emergencia.

En la literatura actual se pueden encontrar informes de casos sobre aspiraciones o ingestiones de cuerpos extraños, restauraciones metálicas o dientes, durante el tratamiento dental, pero no se describen incidentes de este tipo una vez que el paciente se ha mar-

chado de la clínica, a excepción del caso presentado en este informe.

En este artículo se describe el caso de un niño de 10 años de edad con un historial médico muy extenso que incluía: microcefalia, defecto resuelto del septo ventricular, sinostosis sagital, ceguera cortical, encefalopatía estática, parestesia hipertónica de las cuatro extremidades, retraso de crecimiento, asma y retraso del desarrollo general.

Su historial dental también era relevante: a la edad de 8 años había sido sometido a una intervención bajo anestesia general, para llevarle a cabo una rehabilitación dental, frenectomía e injertos gingivales libres. Como resultado del empleo de la sonda gástrica para la alimentación, se le acumulaba una gran cantidad de cálculo, por lo que se hacía necesario que acudiera a revisión con cierta frecuencia para eliminárselo mediante tartrectomía, visita que siempre se completaba con profilaxis y fluorización.

Durante una de estas visitas y debido al déficit neurológico del paciente, se decidió extraer un incisivo lateral superior temporal que presentaba una gran movilidad por su próxima exfoliación, para así evitar una posible ingestión o broncoaspiración del mismo. La extracción se realizó sin complicaciones y la hemostasia se logró mediante presión sobre la herida con una gasa. Se le dieron a la madre las instrucciones postoperatorias oportunas y un paquete de gasas indicándole que lo usara únicamente para lograr la hemostasia en caso de que tuviese lugar un sangrado abundante. Tras concluir el tratamiento dental, el niño fue trasladado a otra área del hospital acompañado por su madre. En el trayecto ésta se detuvo en la farmacia del centro hospitalario, momento que aprovechó para colocar una gasa en la boca de su hijo. Durante el breve instante que el niño quedó desatendido se produjo la aspiración de la gasa. De manera inmediata se desencadenaron los signos de asfixia y rápidamente se avisó al equipo de emergencia. Cuando dicho equipo llegó, colocaron al niño en el suelo y se iniciaron las maniobras de reanimación cardiopulmonar; fue entonces cuando descubrieron que una gasa, completamente saturada de saliva, había sido aspirada; la retiraron inmediatamente y una vez que se restableció la función respiratoria y el paciente se recuperó por completo, lo enviaron a casa.

Para evitar situaciones como ésta, la autora recomienda esperar hasta que se produzca la hemostasia total antes de que el paciente abandone el consultorio dental. En el caso de que sea necesaria la presión con

gasas en el período postoperatorio, propone que se utilice un paquete de gasas modificado: una gasa de 4x4 y otra de 2x2, atadas con un nudo. Este paquete en forma de "muñeco fantasma" se colocaría con la "cabeza" en el interior de la boca para que el niño pueda morderla y así ejercer presión sobre la herida, dejando fuera y a la vista el extremo largo del paquete por si fuera necesario retirarlo. Su uso estaría especialmente indicado para prevenir aspiraciones accidentales en casos de niños muy pequeños o con problemas neurológicos.

*Briones Luján, M<sup>a</sup> T.  
Profa. Colaboradora del Máster  
de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*

#### **VALORACIÓN DEL RIESGO DE CARIES RELACIONADO CON ALIMENTOS INFANTILES.**

##### **Estimation of the caries-related risk associated with infant formulas**

*Erickson, P.R.; McClintock, K.L.; Green, N.; LaFleur, J.  
Pediatr Dent 1998; 20: 395-403.*

El desarrollo de "caries del biberón" ha sido atribuido en muchas ocasiones a los preparados infantiles. Los carbohidratos presentes en estos alimentos pudieran ser utilizados por los microorganismos bucales para formar la matriz de la placa dental, así como también pudieran servir como metabolitos en la producción de ácidos orgánicos que llegan a desmineralizar el diente.

Sin embargo, existe controversia acerca de la cariogenicidad de los preparados infantiles, puesto que la gran mayoría de ellos están producidos con leche de origen bovino y los estudios sobre cariogenicidad de este tipo de leche muestran resultados contradictorios.

Los autores han seguido como objetivo de este estudio determinar el potencial acidogénico y cariogénico de los alimentos infantiles presentes en el mercado norteamericano.

Fueron estudiados 26 preparados y se compararon con una solución de sacarosa al 10%, siendo los parámetros a valorar:

- los cambios en el pH de la placa dental tras exposición al preparado;
- la fermentación de bacterias y su crecimiento en presencia del preparado infantil;

- la disolución del calcio y fosfatos adamantinos tras incubación con el preparado;
- la capacidad de tampón de la fórmula, y
- la progresión de caries *in vitro* tras la exposición del producto en incisivos primarios y molares permanentes.

Los resultados se contrastaron mediante el test ANOVA de una vía para comparar los datos de pH y mediante el test ANOVA de dos vías para los datos restantes.

Las conclusiones del estudio son las siguientes:

- El pH de la placa varió tras el enjuague con el preparado infantil, y muchos de ellos lograron reducir el pH bucal de manera significativa por debajo del pH obtenido tras un enjuague con agua.
- Algunos de los preparados permitieron un crecimiento bacteriológico importante.
- El sustrato mineral adamantino fue disuelto cuando se incubó con ciertos productos, incluso en ausencia de fermentación bacteriana.
- La capacidad tampón, difiere según el preparado estudiado, siendo algunos de ellos incapaces de ejercer acción de tampón en presencia de un ácido.
- La mayoría de los alimentos preparados resultaron cariogénicos en el modelo *in vitro*.

Los autores concluyen que es necesaria más investigación, para entender mejor la relación entre los preparados infantiles y el síndrome del biberón o caries de la primera infancia.

*Xalabardé i Guàrdia, A.  
Profesora Asociada de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*

### **ACTITUD DE LOS PADRES SOBRE SU PRESENCIA EN EL GABINETE DENTAL DURANTE EL TRATAMIENTO DE SUS HIJOS**

#### **Attitudes of parents towards their presence in the operatory room during dental treatments to their children**

*Peretz, B.; Zadik, D.*

*J Clin Pediatr Dent 1998; 23: 27-30.*

Los padres son uno de los factores implicados durante el tratamiento dental de los niños, y su presencia

durante los procedimientos operatorios sigue siendo un tema controvertido. Tradicionalmente, los padres han sido excluidos del gabinete dental por varias razones: interferir en el tratamiento, transmisión de ansiedad o incomodidad del dentista.

Los autores de este artículo han realizado un estudio con 104 niños visitados en una clínica odontopediátrica de Jerusalén y sus padres acompañantes, con el objetivo de valorar (mediante un cuestionario) la actitud de los padres sobre su presencia en el gabinete durante el tratamiento dental de sus hijos.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el test Chi-cuadrado y en los casos en que el número de elementos de un grupo era excesivamente reducido para ello se utilizó el test de probabilidad de Fisher's exact. El nivel de significación fue establecido en  $p < 0,05$ .

Los resultados del estudio muestran que la mayoría de los padres quieren estar presentes durante el tratamiento dental de sus hijos (70,2%) y están dispuestos a ayudar activamente al dentista cuando se presentan problemas de conducta con sus hijos. El 10,6% de padres que prefieren estar fuera durante los tratamientos sugiere, según los autores, un mantenimiento de la vieja creencia de que los niños se comportan mejor sin sus padres presentes, aunque también existen padres que admiten tener tanto miedo que podrían transmitir su ansiedad a sus hijos.

Los autores sostienen que aunque la Academia Americana de Odontopediatría, en sus directrices para el control de conducta, no especifica ninguna recomendación estricta acerca de la presencia de los padres en el gabinete dental, éstos sí juegan un papel importante en la toma de decisiones respecto al tratamiento dental de sus hijos.

Tras revisar los resultados de esta investigación los autores recomiendan la presencia de los padres en el gabinete dental, puesto que pueden considerarse un valioso aliado para el dentista, haciendo que el niño se sienta seguro y confortable, aunque advierten que la muestra utilizada puede no representar fielmente a la población general y, por tanto, se requieren más estudios que confirmen sus resultados.

*Xalabardé i Guàrdia, A.  
Profesora Asociada de Odontopediatría.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.*