

XX Reunión Anual de la Sociedad de Odontología Pediátrica

Eivissa-Ibiza, 27-30 de Mayo de 1998

PRESENCIA DEL GERMEN DEL DIENTE ¿PERMANENTE? EN CASOS DE AGENESIA DEL TEMPORAL

Armero Abad, C.; Laffond Yges, A.; Planells del Pozo, P.; Mourelle, R.; Pajares Nevado, Y.

Universidad Complutense de Madrid.

El germen del diente permanente se forma a expensas de una evaginación procedente de la lámina propia, de la que también se origina previamente el germen del diente temporal.

Por tanto, en aquellos casos en los que nos encontramos ante una agenesia del incisivo lateral superior temporal, se podría deducir que tampoco se encontraría presente su sucesor permanente.

La presencia de este tipo de casos, en los que se diagnostica una agenesia de un incisivo lateral superior temporal, que coincide con la presencia de un incisivo lateral superior que no se corresponde cronológicamente con ninguna de las dos denticiones (temporal o permanente) es un hallazgo infrecuente dentro de la literatura. Por esta razón se decide presentar un caso en el que se describen las características clínicas y radiológicas presentes más relevantes.

AREAS DE SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 5-8 AÑOS

Badia, T.; Vello, M.A.; Catalá, M.; Nuño, C.; Ferrer, I.

Dpto. de Odontopediatría. Fac. de Odontología. Valencia.

La susceptibilidad es una propiedad o disposición natural o adquirida para recibir modificaciones o impre-

siones del medio externo. Estudios hechos anteriormente en niños por varios autores demuestran que la susceptibilidad en cuanto al diente es mayor en molares temporales inferiores, después en molares temporales superiores y por último, en dientes temporales anterosuperiores. Los primeros molares temporales son menos susceptibles que los segundos molares temporales.

En dentición mixta es más frecuente la caries en el primer molar permanente inferior que en el superior. (A los 7 años 50% M. inf. caries oclusal, 35% M. sup. caries oclusal). En cuanto a la susceptibilidad a la caries por localización, antes de los 7 años se ven afectadas más las caras oclusales que las proximales. La susceptibilidad de la superficie distal del primer molar temporal es igual que la de la superficie mesial del segundo molar temporal.

En un estudio reciente Ripa afirma que en la edad escolar la caries afecta a hoyos y fisuras fundamentalmente y que las superficies proximales han experimentado el mayor descenso en la frecuencia de caries.

El objetivo de este estudio es establecer la susceptibilidad a la caries en niños de edades comprendidas entre 5 y 8 años de una población de nuestro entorno. Para ello se han revisado 1.500 historias, seleccionando las que cumplían los requisitos de: contener aletas de mordida estandarizadas, ninguna restauración realizada y una exploración clínica completa.

Los resultados se comparan con los de otros estudios disponibles.

¿DIENTE TRIPLE?

Bartolomé, B.; Costa F.; De Nova, J.

Facultad de Odontología. U.E.M. y U.C.M.

La existencia de alteraciones del desarrollo dentario a nivel incisal es un hecho bien conocido por el odontopediatra. Algunas de estas anomalías han sido motivo de numerosos estudios; así, los dientes dobles (fusión, germinación), constituyen una anomalía relativamente frecuente diagnosticada generalmente desde un punto de vista clínico. Sin embargo, otras anomalías son de presentación casi excepcional y ante ellas el odontopediatra está menos familiarizado para su reconocimiento y búsqueda etiológica.

Presentamos el caso de un diente triple diagnosticado en una exploración a nivel incisal; sus problemas estéticos, de diagnóstico, posibles anomalías asociadas y controles futuros.

EL MÉTODO DE NOLLA EN LOS PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS ACTUALES

Bolaños Carmona, M.V.; Manrique Morá, M.C.; Briones Luján, M.T.; Vallejo Bolaños, E.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. En nuestro medio el método propuesto por Carmen Nolla en 1960 para la determinación de la edad dentaria de los pacientes en desarrollo es el más difundido y utilizado. La distancia en el tiempo, la evidente diferencia entre nuestra población y aquella en la que se determinaron los estándares de maduración y la mejora de las condiciones sociales, económicas y culturales en estos casi 40 años, nos han hecho plantearnos si tales normas siguen siendo de aplicación general a nuestros pacientes.

Material y métodos. Para comprobarlo hemos seleccionado una muestra de 367 ortopantomografías de pacientes entre 4 y 13 años, sin anomalías dentarias, a partir de las cuales se han calculado los estadios de maduración de cada uno de los dientes del lado izquierdo y los valores promedio de maduración dentaria para cada uno de los dientes y edades, así como para la suma de los estadios de maduración por cuadrantes y global, tal y como propone la autora en su trabajo original. La ausencia en dicha publicación de algunos datos necesarios para la realización de test estadísticos nos ha impedido comprobar su significación.

Resultados. Hemos observado una notable similitud entre los valores estándares y actuales. Se exponen gráficamente las diferencias más relevantes.

Discusión. Tales diferencias, en líneas generales, podrían explicarse mediante el azar y la influencia

local de la presencia de patología cariosa, así como imprecisiones metodológicas debidas a la utilización de fracciones de estadio que nosotros no hemos considerado.

Conclusiones. Los estándares de madurez dental propuestos por Nolla en 1960 son aplicables a los pacientes infantiles actuales.

MAPA GEOGRÁFICO E INSTITUCIONAL DE LAS PUBLICACIONES ODONTOPEDIÁTRICAS ESPAÑOLAS E INTERNACIONALES (1984-1993)

Briones Luján, M.T.; Hurtado Sánchez, M.B.; Manrique Morá, M.C.; Bolaños Carmona, M.V.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. El estudio bibliométrico de las publicaciones científicas es un hecho de gran actualidad, dado que permite un conocimiento en profundidad de éstas. Hemos querido estudiar las publicaciones de odontopediatría a nivel nacional e internacional con objeto de identificar los países y ciudades españolas más productivos en este campo, así como las instituciones que concentran mayor actividad científica.

Material y métodos. Se han estudiado un total de 1.280 artículos de odontopediatría procedentes de las revistas españolas de Odontología General y Odontopediatría y de las dos revistas internacionales odontopediátricas con mayor índice de impacto. El método utilizado ha sido el de recuentos ajustados.

Resultados. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que EE.UU. es el país con mayor producción odontopediátrica a nivel internacional, alcanzando el 50% de la producción global. España, sin embargo, tiene una producción científica de este campo pobre: inferior al 1%. En lo que se refiere al nivel nacional, Barcelona ha producido en esta década el 18,5% del total, seguida de Granada con el 11,42%, Valencia con el 9,13% y Madrid con el 8,89%. Por otro lado, se identifica la Universidad como la Institución con mayor actividad científica tanto nacional como internacional (83%).

Conclusiones. EE.UU. es el país más productivo a nivel internacional. La producción científica internacional española es inferior al 1%. Barcelona es la ciudad española con más producción científica seguida muy de cerca por otras capitales. La colaboración científica entre distintas ciudades españolas es muy baja.

HEMANGIO-LINFANGIOMA GINGIVAL: CASO CLÍNICO

Cabrerizo Merino, M.C.; Oñate Sánchez, R.E.; García Ballesta, C.; Romero Maroto, M.

Clínica Odontológica Universitaria. Fac. de Medicina. Univ. de Murcia.

Los hemangioliangiomas son lesiones que actualmente se consideran una malformación, más que una verdadera neoplasia.

Suelen estar presentes desde el nacimiento o aparecen en los primeros años de vida y permanecen o bien involucionan de una forma espontánea al llegar a la pubertad.

La zona de mayor frecuencia de aparición es la lengua, pero también se ha descrito en otras localizaciones como paladar, labio, mucosa yugal, apareciendo raramente en encía.

Presentamos un varón de 12 años de edad, cuya madre consulta por una lesión gingival que tiene desde hace tiempo y que a veces sangra, pero no ha dolido nunca.

A la inspección, se observan tres zonas con alteración, dos en la mucosa gingival vestibular superior y otra a nivel palatino.

Tras realizar una biopsia-excisión de una de las lesiones iginivales vestibulares se diagnostica como heman-gio-linfangioma.

Comentamos este caso por la rareza de la localización, haciendo unas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial con otros procesos similares que pueden asentar a nivel gingival.

MANIFESTACIONES ORALES DE LA HISTIOCITOSIS CL

Cahuana Cárdenas, A.; Barrachina Andrés, E.; Nosas García, M.

Servicio de Odontopediatría. Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Introducción. La histiocitosis CL, antiguamente conocida como histiocitosis X, es una enfermedad del sistema reticuloendotelial por proliferación de células de Langerhans (CL) anormales. Se caracteriza en la infancia por la afectación sistémica, pudiendo presentar lesiones orales que se manifiestan en periodonto y/o huesos maxilares.

El objetivo del estudio fue cuantificar las manifes-

taciones orales en un grupo de pacientes en edad pediátrica controlados en el Hospital San Juan de Dios.

Material y métodos. De 30 pacientes, de edades comprendidas entre los 17 días y los 16 años, diagnosticados de histiocitosis CL, 16 fueron estudiados mediante un protocolo preestablecido para determinar las manifestaciones orales asociadas a esta enfermedad y en relación al estadio evolutivo de la misma. Los 14 pacientes restantes presentaron histiocitosis de afectación ósea predominante y no pudieron ser estudiados con este protocolo.

Resultados. Se observa en el 50% de los casos revisados la existencia de manifestaciones orales consistentes en lesiones periodontales en un 62,5%, lesiones óseas osteolíticas en la mandíbula en un 25% y combinadas en un 12,5%. Estas lesiones se presentaron en cualquier grado de afectación y estadio evolutivo de la enfermedad.

Conclusiones. En la histiocitosis CL existen manifestaciones orales en un alto porcentaje de casos. El odontopediatra debería conocer estas lesiones para colaborar en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

MIOPATÍA CONGÉNITA: REPERCUSIONES ORALES Y MAXILOFACIALES

Cubero, G.; Saavedra, G.; López, L.; García, A.; Planells, P.

Facultad de Odontología. U.C.M.

Las miopatías congénitas estructurales son aquellas que presentan hechos morfológicos característicos: hipotonía muscular congénita, debilidad muscular generalizada, curso clínico relativamente benigno....

Presentamos el caso de un niño de 9 años que presenta una miopatía congénita por hipotrofia de las fibras tipo 1.

Como pruebas complementarias se realizan registros electromiográficos y análisis cefalométrico para observar los parámetros que presenta de crecimiento craneofacial.

Para mejorar su actividad muscular y en espera de futuro tratamiento quirúrgico, el paciente está siendo tratado mediante rehabilitación muscular en los aspectos de la musculatura lingual (deglución), labial (aumento de la tonicidad) y ventilación (ejercicios de respiración).

APEXIFICACIÓN EN PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

Delgado García, A.C.; González Márquez, M.I.; Ostos Garrido, M.J.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. La pérdida de vitalidad en los dientes con ápice abierto nos obliga a realizar una terapia endodóncica completa. Primero hay que conseguir la formación del cierre apical mediante un tratamiento de inducción a la apicoformación para después realizar el tratamiento endodóncico definitivo.

Caso clínico. En la mayoría de los casos, los dientes tratados han sufrido algún traumatismo, que generalmente afecta a los dientes anteriores. En esta comunicación presentamos el tratamiento de varios molares que habían sufrido una necrosis pulpar como consecuencia de la caries poco después de su erupción.

Discusión. En ocasiones, ante un primer molar permanente con una gran destrucción por caries en niños se plantea un dilema: la restauración o extracción. Si además este molar tiene una necrosis pulpar y el ápice abierto, en un gran número de casos, los odontoestomatólogos le recomiendan la extracción a sus pacientes. La extracción de un primer molar permanente frecuentemente va a dar lugar a una inclinación y rotación descontrolada del segundo molar permanente, un desplazamiento distal del segundo premolar y sobreerupción del primer molar antagonista.

Mediante este tratamiento se consigue conservar el primer molar permanente, con un elevado porcentaje de supervivencia, ya que ni la edad del paciente ni el tipo de dientes contraindican la apexificación.

INDICES DE CARIES EN UN GRUPO DE 24 NIÑAS CON SÍNDROME DE TURNER

España López, A.J.; Vallejo Bolaños, E.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Desde que Turner en 1938 describiera este síndrome, las investigaciones profundizando sobre sus características aún hoy no han cesado; así, a nivel craneofacial un alto porcentaje de niñas presentan con paladar ojival, disminución en la longitud de la base craneal, maloclusión clase II esquelética, aumento del resalte incisivo y disminución en el tamaño de los dientes. Las características cefalométricas comunes en estos

pacientes son: una disminución en el tamaño de ambos maxilares, siendo estos huesos retrognáticos respecto a la base craneal. Esta base craneal presenta 2-3 años de retraso en comparación con los estándares de Bolton, con una base craneal posterior incluso más joven. A nivel dentario se encuentra una prevalencia de clase I menor que de clase II.

Material y métodos. La muestra estudiada comprende 48 niñas, de las cuales 24 son niñas con síndrome de Turner -con edades comprendidas entre los 4 y los 16,16 años- siendo la edad media de 11,22 y 24 niñas consideradas normales por no presentar patología alguna -con edades comprendidas entre los 14,58 y los 6 años- siendo la edad media de 10,52.

Método. Índice de placa: La higiene bucodental se evalúa mediante el índice de placa de O'Leary, descrito por Katz en 1982. Cada diente se divide en cuatro sectores que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. Índice de caries: Para considerar las caries dentarias nos basamos en los criterios de la OMS.

Resultados. Índice de placa: Los niveles de placa medios encontrados fueron de 62,76 para el grupo control y de 55,36 para las niñas con síndrome de Turner ($p < 0,0001$). Índice de caries: El ANOVA muestra diferencias estadísticamente significativas a nivel del índice CAOM ($p < 0,01$; $f = 10,06$) entre ambos grupos; las comparaciones posteriores al ANOVA muestran un índice menor en las niñas con ST. Este índice, asimismo, muestra una correlación moderada pero significativa con el índice de placa (U) en las niñas ST ($r = 0,6$; $p < 0,05$), hecho que no sucede con el COD ni con el CAOD. Sin embargo, en los controles la correlación se da entre el IP/CAOD, IP/COD, U/CAOM.

En el índice COD y CAOD se observa una tendencia en las niñas con ST a presentar valores inferiores a los controles ($p < 0,08$). Tanto el CAOD como el CAOM se correlacionan con la edad. La presencia de diastemas de forma discreta, junto con dientes con una morfología menos acentuada y con menor área cuspidada parece ser la causa de estos índices menores en el ST.

DIÁMETROS MESIODISTALES DENTARIOS EN UN GRUPO DE NIÑOS CON BAJA TALLA FAMILIAR

España López, A.J.; Vallejo Bolaños, E.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

La baja talla familiar (BTF) es la causa más frecuente de talla baja en los niños. Actúan de forma específica los factores genéticos. En los niños afectos de talla baja familiar encontraremos el antecedente de talla baja. El patrón de crecimiento es siempre inferior al normal, pero uniforme, mantienen un crecimiento escaso pero no tanto como el enanismo hipofisario o el hipotiroidismo. Estos niños aunque crecen de 0,5 a 1 cm menos de lo normal al año, con el paso del tiempo se acumula una gran pérdida, y por último el estirón de la pubertad es menor que en los niños normales. El desarrollo genital y la edad ósea son adecuados a su edad cronológica. Los exámenes complementarios y la concentración de hormona de crecimiento (GH) son normales.

La edad dental de estos niños está retrasada respecto a la edad cronológica, existiendo por otra parte una gran correlación entre edad dental, ósea y cronológica.

Material y métodos. El grupo de estudio consta de 49 niños diagnosticados de BTF, procedentes del Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Granada, Unidad de Endocrinología Pediátrica. Treinta varones y 19 niñas. Como grupo control se han evaluado 63 niños con talla normal, con una edad media de 12 años. A todos se les ha tomado impresiones con alginato y se les ha realizado modelos de escayola. Las mediciones de los diámetros mesiodistales de los dientes se realizó por un mismo observador, utilizándose un calibre de puntas finas con una precisión de 0,01 mm. En todos los casos se midieron los diámetros de ambas hemiarquadas y se utilizó la media de las dos hemiarquadas.

Resultados y discusión. Existe una tendencia hacia un menor tamaño dentario en estos dientes, resultando estadísticamente significativo para los dientes permanentes 14, 24, 25 y para los temporales 71, 75, 81, 82, 83. La presencia de factores genéticos o circulatorios pueden condicionar esta reducción del tamaño dentario en estos niños con baja talla familiar, lo cual coincide parcialmente con trabajos donde se observa una cierta tendencia hacia una reducción del tamaño mesiodistal dentario en los niños que presentan baja talla de diversas etiologías.

En cuanto a la simetría y dismorfismo sexual, podemos afirmar que las observaciones de este trabajo coinciden con las obtenidas por otros autores en población española de talla normal.

PÉRDIDA DE GUÍA ERUPTIVA EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Fernández, Y.; Planells, P.; Austro, M.D.; García, A.B.; López, I.

Master Odontopediatría. Facultad de Odontología. U.C.M.

Entre las funciones principales de los dientes temporales se encuentra la de ser guías en la erupción de los gérmenes permanentes, teniendo quizás una mayor importancia los segundos molares temporales cuya cara distal supone la superficie de referencia para la erupción de los primeros molares permanentes.

Son muchos los trastornos o procesos que pueden alterar la posición de los segundos molares temporales y, por consiguiente, afectar la erupción de los primeros definitos. Entre estos procesos encontramos: erupción ectópica, anquilosis...

Presentamos una serie de casos clínicos en los que se observan estas anomalías de la erupción y sus posibles orientaciones terapéuticas durante las etapas eruptivas del primer molar permanente.

COMPLICACIONES DEL AUTOTRASPLANTE DE GÉRMENES DENTARIOS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Ferré, I.; Zaragoza, A.; Filo, E.; Pascual, J.V.; Catalá, M.
Fac. de Medicina y Odontología. Odontopediatría. Valencia.

El autotrasplante dental consiste en la inserción de un diente o germen dentario en un lecho alveolar diferente del suyo propio pero dentro del mismo individuo. Hay que diferenciarlo del reimplante dentario, cuya finalidad es restituir en su propio alveolo un diente que accidental o intencionalmente fue eliminado del mismo.

El autotrasplante dental representa en ocasiones una buena alternativa a medidas ortodóncicas, protésicas e incluso conservadoras. Está indicado fundamentalmente ante pérdida de dientes, así como ante la existencia de agenesias o inclusiones dentarias. Las ventajas de realizar el autotrasplante en un área donde se ha perdido un diente son la posibilidad de mantener o restaurar el volumen de hueso alveolar y de reponer el diente perdido sin tener que alterar los dientes vecinos.

Los dientes que con mayor frecuencia se autotras-

plantan son los terceros molares para sustituir primeros o segundos molares permanentes, los caninos impactados para colocarlos en su posición correcta en la arcada y los bicúspides para sustituir incisivos superiores.

En este trabajo se presenta la evolución de dos casos de autotrasplante de gérmenes de cordales en pacientes jóvenes realizados hace 3 años. Los cordales se auto-trasplantaron para sustituir segundos molares permanentes no erupcionados por problemas de impactación o anquilosis, respectivamente, y que fueron extraídos en el mismo acto quirúrgico.

En las revisiones periódicas realizadas a estos pacientes se observaron alteraciones como la detención del desarrollo radicular, obliteración pulpar y anquilosis de los gérmenes trasplantados. Complicaciones que son analizadas en esta comunicación en la que se hace además una valoración de las posibles causas que pudieron originarlas.

UNA APROXIMACIÓN AL SÍNDROME DE PAPILLON-LEFÈVRE

Gómez Ubric, J.L.; García Ballesta, C.; Castejón Navas, I.; Cortés Lillo, O.; Rojas Serrano, J.J.

Facultad de Medicina y Odontología. Univ. de Murcia.

Introducción. El síndrome de Papillon-Lefèvre es un proceso raro y de etiología desconocida. Clínicamente se manifiesta en niños de corta edad y se caracteriza por hiperqueratosis palmo-plantar junto a una reabsorción importante de hueso alveolar que conduce a la movilidad y pérdida prematura de la dentición.

Caso clínico. La paciente es una niña de 5 años de edad. Las manifestaciones cutáneas se iniciaron a los 2 años de edad, precediendo a las orales que se han manifestado tres años más tarde. La paciente acudió a la consulta con una gingivitis generalizada que cubría en más de dos tercios la corona clínica de las piezas temporales. A la exploración radiológica se apreció una pérdida ósea generalizada. Los resultados de los análisis de sangre son normales, estando pendientes los resultados del estudio microbiológico solicitado.

Discusión. No hay unanimidad entre los diferentes autores consultados sobre la evolución de los pacientes y el grado de afectación que va a experimentar la dentición permanente. Se ha descrito un origen hereditario que se transmitiría de forma autosómica recesiva; nosotros no hemos encontrado ningún antece-

dente familiar conocido. Sería interesante ampliar las pruebas y realizar un estudio inmunológico.

IMÁGENES RADIOLÓGICAS DE PROBLEMAS DE LA ERUPCIÓN DE INCISIVOS PERMANENTES SUPERIORES

González Márquez, M.I.; Ostos Garrido, M.J.; Delgado García, A.C.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Los problemas de erupción en dientes anteriores tienen importantes repercusiones estéticas y funcionales. En este trabajo presentamos imágenes radiológicas de diversas patologías relacionadas con la falta de erupción de incisivos permanentes superiores.

Es imperativo en estas ocasiones realizar una historia clínica y una exploración radiográfica cuidadosa, a fin de llegar a un diagnóstico correcto. La pérdida prematura o la retención prolongada de incisivos primarios, la presencia de dientes supernumerarios, los traumatismos dento-alveolares, los odontomas, una deficiencia en las dimensiones de la arcada dentaria, podríamos señalar como posibles causas de estos problemas de erupción, condición que suele ir acompañada por desplazamiento de los dientes adyacentes.

Por último, señalar que el tratamiento de estos casos va a depender de la edad del paciente, del desarrollo radicular del diente afectado, del estado del resto de la dentición y del coste.

QUISTE FOLICULAR TRAS TRATAMIENTO PULAR EN DENTICIÓN TEMPORAL: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA CONSERVADORA

González Rodríguez, E.; Peñalver Sánchez, M.A.; Ruiz Linares, M.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. Aunque el tratamiento más habitual de los quistes foliculares es la enucleación y extracción del diente afectado, debido a que en ocasiones dicho tratamiento constituye una intervención extremadamente mutilante, presentamos una alternativa más conservadora, teniendo en cuenta siempre factores como tamaño del quiste, edad del paciente, patología asociada, etc.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 12 años de edad, en la que al realizar un control de los

tratamientos pulpares realizados en dentición temporal, al examen radiológico observamos una dilatación del saco folicular en el segundo premolar inferior derecho y un quiste folicular en el segundo premolar inferior izquierdo, estando alterada la erupción de los mismos.

Discusión. Pudiéramos pensar que la causa estuviera en los tratamientos pulpares, pero contradictoriamente en ninguno de los casos se había observado en los diferentes controles signos de fracaso clínico, ni radiográfico.

Valorado el caso y tras consultar con el cirujano oral, decidimos realizar la exodoncia del segundo molar temporal derecho con lo que el sucesor permanente hizo erupción sin ningún tipo de problema y en el lado contralateral optamos por, una vez extraído el diente temporal, realizar una variante de la técnica de marsupialización, consistente en establecer un drenaje con el fin de poder lavar la cavidad quística y producir la descompresión del quiste.

Se trata de una técnica sencilla, útil en Odontopediatría, ya que realizamos una terapéutica totalmente conservadora, sin someter al niño a ningún tipo de intervención y con buenos resultados.

SÍNDROME DE APERT. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Lara Cuenca, R.; Blanes Castillo, O.

Hospital San Rafael. Madrid.

Presentación de dos casos clínicos de dos niños con síndrome de Apert atendidos en el Servicio de Odontopediatría del Hospital San Rafael.

Descripción del síndrome: Diagnóstico diferencial con síndrome de Crouzon. Alteraciones dentarias presentes y tratamientos realizados.

MALTRATO INFANTIL: RESPONSABILIDAD ÉTICA Y LEGAL DEL ODONTÓLOGO

López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Hasta hace poco tiempo el maltrato infantil ha pasado inadvertido tanto social como legalmente. El momento clave en el que se cristaliza la preocupación de algunos sectores profesionales y sociales por la atención a

la infancia se produce durante la década de 1960 en Denver, cuando Kempe y cols. publicaron su famoso trabajo sobre el «síndrome del niño apaleado» para describir las lesiones o traumas no accidentales producidos a niños, a los que se causa una mala salud e incluso la muerte. Con esta aportación pretendemos un mayor acercamiento al odontólogo a la problemática de la infancia maltratada.

El objetivo general de este trabajo es informar a los dentistas sobre sus responsabilidades éticas y legales ante los malos tratos infantiles.

Para la realización de este trabajo se han revisado y comparado las aportaciones realizadas sobre el maltrato y la negligencia infantiles, especialmente las que implican a la odontología.

En la revisión bibliográfica se aprecia gran esfuerzo e interés por parte de los autores en definir las diversas formas de maltrato infantil; finalmente se ha realizado una clasificación general en cuatro tipos: maltrato físico, abuso sexual, abandono emocional y abandono físico.

El maltrato físico se define como «cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo». El abuso sexual se define como «cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde su posición de poder o autoridad sobre el niño». El abandono emocional es un patrón de conducta que retrasa el desarrollo y la autoestima del niño. El abandono físico es aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Denuncia y aspectos médico-legales. Cuando las lesiones del niño maltratado no son reconocidas, o aunque se reconozcan, no se denuncie su situación, se está cometiendo una grave injusticia. El denunciar implica, por una parte, lo más importante, proteger al niño de los malos tratos y, por otra, colaborar para que la familia pueda obtener ayuda profesional para corregir los hábitos abusivos y así disminuir las posibilidades de que vuelvan a ocurrir.

De este estudio se deduce que el odontólogo debe tener una mayor preparación en relación a la infancia maltratada y sus consecuencias, lo que conllevaría a una mayor implicación por su parte. Denunciar los

casos de malos tratos infantiles no sólo debe entenderse en el contexto de obligación legal y responsabilidad penal, sino que además tiene repercusiones positivas para el mismo profesional, para el niño y su entorno.

RECONOCIMIENTO DE LESIONES BUCODENTOFACIALES DERIVADAS DE MALTRATO Y NEGLIGENCIA INFANTIL

López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

El maltrato infantil se define como «Todo aquel menor de diecisiete años privado de atención paterna o de tutela adecuada, que habitualmente mendiga o solicita limosna o que habita en un ambiente de tal índole que justifica que el Estado se encargue de su protección y custodia».

La negligencia infantil se define como «Cualquier consecuencia adversa en el niño que surge de una acción inadecuada o descuidada de los padres, normalmente de forma involuntaria y accidental». Para que haya maltrato o negligencia hacen falta tres elementos: un adulto cuyo potencial para el maltrato se haya demostrado, un niño susceptible y el entorno o la situación adecuada para ello.

Este trabajo se justifica porque, aunque hay una amplia literatura relacionada con el maltrato infantil, la mayor parte de las aportaciones se han realizado en el área de la Pediatría y consideramos que el odontólogo y especialmente el odontopediatra tiene una importante misión en el reconocimiento de lesiones bucodentofaciales.

El objetivo de este estudio es conocer si determinadas lesiones bucodentofaciales son consecuencia de acciones de maltrato y negligencia infantil.

Para la realización de este trabajo hemos revisado y comparado las aportaciones de los diversos autores relacionados con el maltrato y negligencia infantil, especialmente las que competen al área de la Odontología y a la responsabilidad del odontólogo ante la situación.

Este trabajo de revisión bibliográfica permite definir: que el 80% de las lesiones se localizan en la cabeza y un 50% afectan a las zonas orofaciales; el odontólogo se encuentra en condiciones únicas para identificar y estudiar con profundidad el maltrato y/o negligencia.

Las lesiones más importantes y frecuentes que se describen por la mayoría de los autores en la literatura son:

En los labios: laceración en su parte inferior, hinchazón, quemaduras. En la boca: rotura del frenillo, abrasiones en las comisuras, quemaduras, etc. En los dientes: fracturas, luxaciones y raíces residuales en un historial poco claro.

También se debe sospechar negligencia dental infantil en los casos de enfermedad bucal e higiene pobre.

Por último, se puede concluir que existen determinadas lesiones que se acompañan habitualmente de circunstancias que inducen a sospechar acciones de maltrato infantil, reconocerlas y realizar una investigación profunda es obligación del odontólogo, cuando en su ejercicio profesional se encuentre ante ellas, y así contribuir a mejorar la situación de la infancia maltratada.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LA AVULSIÓN DENTAL

Losada, M.A.; Ibaseta, G.; Espinosa, J.; Alvarez Arenal, A.
Escuela de Estomatología. Universidad de Oviedo.

La avulsión dentaria es la lesión traumática en la que el diente es desplazado completamente fuera de su alveolo. Es especialmente frecuente en niños, siendo el grupo de edad que mayor riesgo presenta el comprendido entre los 8 y 10 años.

El tratamiento más utilizado es la reimplantación del diente avulsionado, aunque debido a las posibles complicaciones que se presentan (necrosis pulpar, reabsorción interna y externa, etc.) es preciso un tratamiento más complejo y multidisciplinario que incluye con frecuencia endodoncia, ortodoncia o prótesis.

En este trabajo documentamos el reimplante de una pieza avulsionada tras un accidente escolar, los diferentes pasos terapéuticos tras las complicaciones, el análisis de los diferentes factores que influenciaron el desarrollo del tratamiento y el momento más adecuado para el comienzo de las distintas fases de éste.

TRAUMATISMOS EN DENTICIÓN TEMPORAL Y SUS SECUELAS EN DENTICIÓN PERMANENTE

Miñarro del Moral, M.J.; Martín Pascual, R.; López Huertas, C.; Martín Olivera, E.

Servicio de Odontopediatría. Hospital San Rafael. Madrid.

Introducción. Los traumatismos de los dientes primarios pueden interferir en el desarrollo de los dientes permanentes con una frecuencia próxima al 50%.

Esta elevada incidencia es debida a la proximidad existente entre los ápices radiculares de los primeros y los gérmenes de los segundos. Las secuelas producidas en la dentición definitiva pueden ser diversas dependiendo de la intensidad del trauma, de la dirección de la fuerza traumática, de la extensión y número de dientes temporales implicados (generalmente uno o los dos incisivos centrales superiores) y del grado de desarrollo del germen definitivo. Así, podemos encontrar desde leves defectos en la mineralización (hipomineralización) del esmalte hasta el secuestro de todo el germen dental, pasando por alteraciones morfológicas radiculares o coroneales, odontomas, malposiciones, retrasos de la erupción y/o una erupción ectópica.

Casos clínicos. Se exponen tres casos clínicos de secuelas postraumáticas en la dentición definitiva producidas como consecuencia de traumatismos sobre dientes temporales. Estas secuelas consistieron: en un caso (secundario a la avulsión de los incisivos temporales que desplazaron los gérmenes a palatino) se produjeron grandes anomalías estructurales tanto coroneales como radiculares que hicieron inviables los incisivos; en otro caso existía una marcada hipoplasia de diferente grado en los incisivos izquierdos con ausencia casi total de la corona del incisivo lateral. Y por último, en el tercer caso, una alteración radiológica del incisivo permanente asociada a deformación del sector anterosuperior.

Discusión. Dada la importancia estética y funcional del sector anterior, junto con la mayor incidencia de traumatismos en esta zona, el adecuado y precoz diagnóstico y tratamiento de los traumatismos infantiles cobra especial importancia. Por otra parte, puesto que los incisivos centrales maxilares permanentes comienzan su calcificación coronaria a los 3-4 meses, y completan su formación a los 4-5 años de edad, todo traumatismo que suceda durante el desarrollo ameloblástico del diente en formación puede causar serias alteraciones en su calcificación. Por el contrario, los traumatismos en los incisivos temporales acaecidos a partir de los 4-5 años son los que menos complicaciones de este tipo causan.

AGENESIAS DENTARIAS. ALTERNATIVAS ACTUALES CON IMPLANTES UNITARIOS

Ostos Garrido, M.J.; Delgado García, A.C.; González Márquez, M.I.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. La solución estética y funcional ante un paciente infantil con agenesias de premolares comienza por el tratamiento conservador de los molares temporales.

Caso clínico. Se describe un caso clínico de un paciente con agenesias de los cuatro segundos premolares. Se realiza tratamiento conservador de los molares temporales predecesores (obturaciones y tratamientos pulpares), pero con el paso del tiempo aparece una gran atricción de las superficies oclusales y un fracaso pulpar en una antigua pulpotomía. Tras el tratamiento de conductos, permanece asintomático cinco años más, pero pasado este tiempo la corona dentaria se deteriora hasta una situación irreversible.

Ante todo esto se procede a la extracción y colocación de un mantenedor de espacio para evitar la mesialización del primer molar permanente.

Se diseña la terapéutica a seguir, basándonos en una discrepancia oseodentaria positiva, a la no existencia de cordales y a un ánimo absolutamente conservador por parte del paciente, en reemplazar el molar perdido por un implante unitario.

Discusión y conclusiones. Por todo ello concluimos que con tratamientos restauradores y pulpares odontopediátricos hemos conseguido alcanzar una edad madura suficiente para poder emplear las técnicas actuales de implantes unitarios.

TERAPÉUTICA ALTERNATIVA, ESTÉTICA Y ORTODÓNICA, EN UNA LUXACIÓN LATERAL DE DIENTES TEMPORALES

Peñalver Sánchez, M.A.; Ruiz Linares, M.; González Rodríguez, E.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. Clásicamente el tratamiento de la luxación lateral de un diente temporal cuando interfiere en la oclusión, consiste en la extracción del mismo ya que su reubicación puede ser un traumatismo sobreañadido para el germen del diente permanente.

Caso clínico. Presentamos un tratamiento conservador de estos dientes temporales, empleando una asociación terapéutica: pulpar, ortodónica y de reconstrucción estética en un incisivo temporal con luxación lateral que impide la oclusión estable, con el fin de mantener en boca a este diente hasta el momento de su exfoliación fisiológica.

Discusión. Ante un niño de 2-3 años de edad con luxación lateral de un incisivo temporal que interfiere en la oclusión, el clásico tratamiento mediante extracción dentaria nos obligará a colocar a continuación un mantenedor de espacio durante un largo período de tiempo, con los inconvenientes que conlleva en un niño de tan corta edad. Mediante esta alternativa terapéutica que presentamos, hemos conseguido conservar este diente temporal sin ocasionar daño alguno a la dentición permanente y asimismo recobrar todas las funciones de la dentición temporal sin tener que emplear ningún tipo de mantenedor artificial, puesto que los propios dientes naturales son los mantenedores de espacio más fisiológicos y estéticos que existen.

TRATAMIENTOS PULPARES EN DENTICIÓN TEMPORAL: EFECTOS ADVERSOS

Ruiz Linares, M.; González Rodríguez, E.; Peñalver Sánchez, M.A.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Introducción. Tradicionalmente, el éxito de la terapéutica pulpar en dentición temporal está basada en un análisis clínico y radiológico de estos dientes tras prolongados intervalos de tiempo. Aunque estos tratamientos proporcionan elevados porcentajes de éxito clínico, en muchas ocasiones el análisis radiográfico de los dientes tratados revelan algunos efectos secundarios que hacen disminuir notablemente el porcentaje de éxito. Asimismo, los efectos potenciales de dicha terapéutica pulpar sobre la dentición permanente deberían ser considerados como un criterio más para determinar el éxito.

Casos clínicos. Presentamos algunos casos clínicos que ilustran los posibles efectos adversos de los tratamientos pulpares en dentición temporal.

Discusión. El formocresol es uno de los medicamentos más ampliamente utilizados, desde hace más de cincuenta años, para el tratamiento pulpar en dentición temporal, debido al alto porcentaje de éxito clínico que se puede conseguir con este agente fijador. Sin embargo, a pesar de poseer un historial clínico tan positivo, son muchos los informes que le atribuyen el carácter tóxico local y sistémico. Entre las posibles reacciones de toxicidad local debidas al formocresol, se incluyen cambios sobre el propio diente temporal tratado, sobre los tejidos

circundantes y sobre el diente permanente sucesor. Como alternativas al tratamiento pulpar con formocresol, se han propuesto otros agentes químicos, como por ejemplo, el glutaraldehído; igualmente estos agentes no están desprovistos de efectos indeseables.

POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO DE LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR EN DENTICIÓN TEMPORAL Y MIXTA TEMPRANA

Sánchez López, M.; Cahuana Cárdenas, A.; Aparicio Guirao, E.

Hospital Universitari San Joan de Déu. Barcelona.

La mordida cruzada posterior (MCP) es una maloclusión frecuente con una prevalencia entre el 8-22%, tanto para dentición temporal como para la mixta, con predominio unilateral. En su etiología destacan entre otros, la respiración bucal y los hábitos de succión no nutritivos.

La MCP con desviación mandibular produce un desplazamiento de los cóndilos y compensaciones dentales que con el tiempo pueden traducirse en asimetrías faciales y articulación temporomandibular junto con una potencial lesión de los patrones funcionales masticatorios; sólo un 21% de éstas se corrige espontáneamente el pasar de una dentición a otra.

El objetivo de este trabajo es exponer las distintas posibilidades terapéuticas de la MCP y sus ventajas e inconvenientes. Se revisaron los tratamientos de MCP con tallados selectivos, OH, placa de Hawley con tornillo de expansión o disyuntor de McNamara en pacientes con dentición temporal y mixta. Se realizó, entre otros, un análisis comparativo de la proporción de éxitos, duración del tratamiento activo, contención y aparición de recidiva.

De las diferentes posibilidades terapéuticas destacan el OH y el disyuntor de McNamara como las opciones más resolutivas. Aunque, las otras opciones se reservarían para pacientes de difícil manejo, displasias de esmalte o con dificultad para mantener un índice de caries bajo.

Señalar el importante papel que desempeña el odontopediatra en el diagnóstico y tratamiento precoz de la MCP, evitando secuelas de difícil corrección en edades más avanzadas con la utilización de una terapéutica relativamente sencilla y resolutiva.

EDAD DENTAL EN EL SÍNDROME DE TURNER

Vallejo Bolaños, E.; España López, A.J.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

El síndrome de Turner es una cromosomopatía que afecta a los cromosomas sexuales, debido a la ausencia completa o parcial de un cromosoma X. Se manifiesta con fenotipo femenino. Las características clínicas más constantes son baja estatura (la talla final no es superior a 147 cm) y disgenesia gonadal, causante de que no se produzca la pubertad espontánea.

El síndrome de Turner se manifiesta en las estructuras craneodentomaxilares con importantes alteraciones, que en su mayoría pueden corregirse con tratamientos ortodóncicos. Consideramos de interés conocer si la cromosomopatía afecta al desarrollo dental, a la edad de formación dental (edad dental), de especial utilidad en ortodoncia a la hora de plantear los tratamientos de los pacientes.

Los objetivos de este grabajo fueron: 1) Determinar si la edad dental es adecuada a la edad cronológica en niñas con síndrome de Turner. 2) Hallar si existen diferencias entre niñas Turner y otras normales.

La muestra comprendió 36 radiografías panorámicas, de las que 18 correspondían a niñas con síndrome de Turner, de edades cronológicas comprendidas entre 4,41 y 14,58 años. Las otras 18 radiografías correspondían a niñas normales, de edades cronológicas comprendidas entre 3,91 y 14,16 años.

La edad dental fue estimada a partir de estadios de calcificación de los dientes, de acuerdo con el método propuesto pro Haavikko.

Los resultados mostraron que en las niñas Turner la edad dental se encontraba adelantada respecto a la edad cronológica (la diferencia media entre ambas edades fue de 8 meses). Difierieron de las niñas normales, en éstas la edad dental fue similar a la edad cronológica. Estos resultados fueron similares a los de otros trabajos relacionados; así, en las pacientes Turner del trabajo de Filipsson y cols. se observó adelanto en la erupción dental. En el estudio de niñas Turner de Midtbo y Halse también se halló que el desarrollo dental se encontraba adelantado.

La erupción dentaria a edades más precoces en las niñas Turner podría deberse a la disminución del contenido mineral de los huesos que presentan la mayoría de estas pacientes; aunque esta teoría no explica el adelanto en la edad de formación dental, pues ésta y la erupción son dos procesos independientes.

EVALUACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS Y DE ALETA DE MORDIDA EN EL DIAGNÓSTICO DE CARIES PROXIMALES EN ESCOLARES

Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.; Manrique Morá, C.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

En la actualidad se acepta que la radiografía de aleta de mordida es uno de los medios más útiles para la detección de caries proximales desde las superficies del canino hasta la mesial del último molar. Sin embargo, en los pacientes de edades pediátricas solemos disponer de otro tipo de examen radiográfico -la radiografía panorámica-, utilizada con diversos fines.

Este trabajo se realizó con el objeto de evaluar la eficacia diagnóstica de la radiografía panorámica, tomando como referencia las radiografías de aleta de mordida, en la detección de caries proximales. Para tal propósito se dispuso de una muestra de 97 niños, en los que se examinaron 2.476 superficies proximales posteriores, tanto en las radiografías panorámicas como en las de aleta de mordida.

Los resultados mostraron que a pesar de que el acuerdo entre ambos exámenes radiográficos fue alto, la ensibilidad del examen mediante radiografías panorámicas (tomando como referencia las radiografías de aleta de mordida) fue baja, particularmente en dentición permanente. La radiografía panorámica puede no ser, por tanto, suficiente para el diagnóstico de caries proximales en dientes permanentes, coincidiendo con otros autores.

CAMBIO DE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 6 AÑOS DE UNA POBLACIÓN RURAL DE VALENCIA

Zaragoza, A.; Catalá, M.; Ferrer, I.; Estrela, F.; Colmena, M.

Fac. de Medicina y Odontología. Clínica Odontológica. Odontopediatría. Valencia.

La caries dental es uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en la población infantil, aunque en los últimos años se ha observado una importante disminución de la misma.

El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de caries en una población escolar de 6 años correspondiente a dos ciclos escolares diferentes, en el curso 1991-92 y en el 1996-97.

La población estudiada presenta una prevalencia de caries de un 44,91% en el curso escolar 1991-92 y del 34,84% en el 1996-97, existiendo una diferencia estadísticamente significativa, con una $p = 0,0055$ entre ambas poblaciones objeto de estudio.

Se ha valorado el índice de restauración tanto en dentición temporal como en dentición permanente,

observándose también un incremento del mismo en el curso 1996-97 respecto al curso 1991-92.

Los resultados obtenidos revelan que la prevalencia de caries ha disminuido significativamente y que en general los niños reciben en la actualidad una mayor asistencia, desde el punto de vista restaurador, que hace cinco años.