

Las radiografías intraorales de aleta de mordida en Odontopediatría: cuándo y por qué.

Badía Bosch, J.; Tejero Martínez, A.

Abstract

The use of bitewing radiographies is one of the most efficient diagnostic methods of dental caries, specially in the cases where the approximal surfaces can't be explored clinically. In this paper we review the recommendations for its use.

Key words: Bitewing radiography, approximal caries.

Resumen

El empleo de las radiografías intraorales de aleta de mordida, es uno de los métodos de diagnóstico de caries más eficaces, especialmente en los casos en que los espacios interproximales no puedan ser explorados clínicamente. Con el presente artículo se pretende revisar las recomendaciones para su uso.

Palabras clave: Radiografías de aleta mordida, caries interproximal.

Introducción

Las radiografías intraorales realizadas en la técnica de aleta mordida, son la mejor proyección para revelar y detectar caries interproximales desde la superficie distal de los caninos, a la superficie mesial de los últimos molares presentes en la boca, (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7).

Esta utilidad, las hace imprescindibles para la detección de lesiones cariosas, incipientes o no, cuando los espacios interproximales están cerrados y su exploración clínica no es posible. A esto, podemos añadir que nos proporcionan información complementaria sobre el tamaño y situación pulpar, estado de la fulcra y del hueso de la zona que abarcan, etc.

Igualmente nos pueden detectar posibles anomalías del desarrollo, tanto numéricas como morfológicas.

Por último, en denticiones permanentes jóvenes, nos proporcionan cierta información sobre la posición del tercer molar.

Objetivos

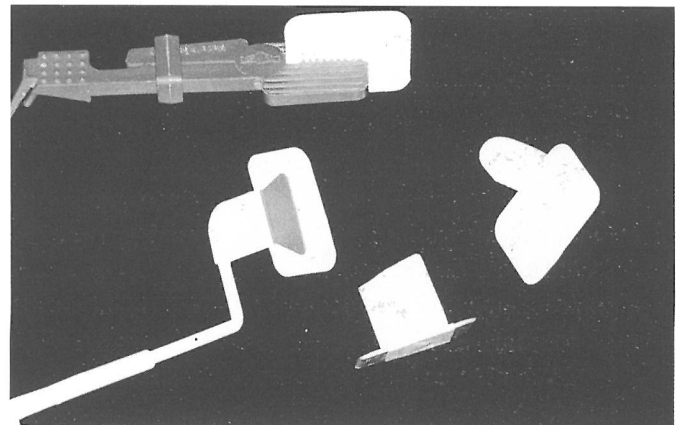
Hemos pretendido con el presente artículo, hacer un estudio de las indicaciones del uso de las radiografías intraorales con la técnica de aleta de mordida, atendiendo a las recomendaciones de las publicaciones que hemos revisado, así como a nuestra propia experiencia.

Técnica

Las radiografías intraorales de aleta de mordida deben mostrarnos siempre de la superficie distal de los caninos a la superficie mesial del último molar erupcionado, por tanto, según la edad y el tamaño, serán necesarias una o dos radiografías para cada lado.

Se pueden emplear mordedores específicos para esta técnica o bien una cinta de esparadrapo que rodee la película y que muerda el niño. (Fig. 1).

Hay que hacerlas meticulosamente, centrando bien el foco, para que no salgan superposiciones de las paredes proximales.



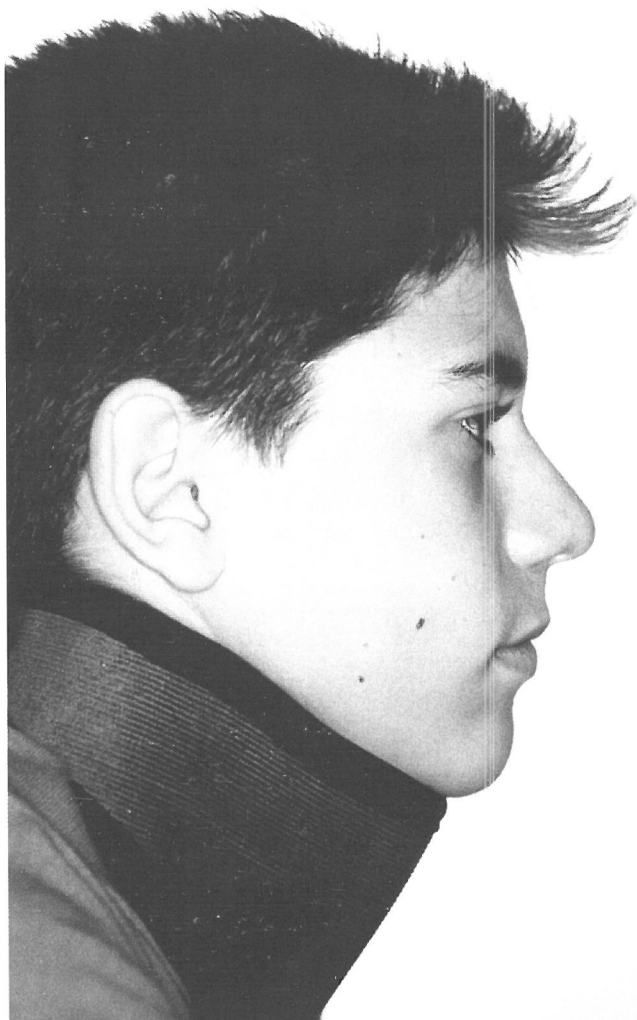
Posicionadores de radiografías intraorales

Como recomendación general es conveniente utilizar el tamaño de radiografía mayor que el niño tolere sin problemas, esto viene a ser la película tipo (22 x 35 mm.) en los niños menores de 7 años, y la película tipo 1 (31 x 41 mm.) en los que sobrepasen esta edad.

Siempre, absolutamente siempre, se recomienda proteger la glándula tiroidea del niño con las protecciones específicas emplomadas que existen a tal efecto, puesto que en estas edades tempranas es un órgano muy sensible a las radiaciones ionizantes. (Fig. 2).

Indicaciones

Para la mayoría de los autores (1), (2), (3), (4), las radiografías de aleta de mordida posteriores, son necesarias en todos los nuevos pacientes (primera visita), tengan



La protección específica de la glándula tiroidea es imprescindible

la edad que tengan, si las superficies proximales no pueden ser examinadas con visión directa. Previamente a la toma de radiografías se debe hacer una minuciosa exploración clínica.

Tras la cuidadosa exploración clínica y radiológica, debemos agrupar al niño según el riesgo que tenga de padecer caries. Esta catalogación nos permitirá realizar un plan de tratamiento conveniente, así como asentar la indicación de la periodicidad de nuevas revisiones clínicas y/o radiográficas.

En la tabla 1 vemos los factores a tener en cuenta para etiquetar a un paciente como alto riesgo de caries.

TABLA N° 1: Indicadores de alto riesgo de caries en la primera visita (2).

- Múltiples caries primarias y/o recurrente.
- Múltiples restauraciones en la dentición.
- Varias exodoncias por caries.
- Varios tratamientos pulpares por caries.
- Múltiples lesiones y/o restauraciones en dientes del grupo anterior.
- Dieta rica en azúcares refinados.
- Deficiente higiene oral.
- Historia clínica de escasa aportación de flúor.
- Estatus social deprimido.
- Historia cíclica de una irregular atención estomatológica.
- Problemas médicos generales que producen Xerostomía (algunos fármacos como los antidepresivos, enfermos sometidos a radioterapia en la zona, Síndrome de Sögrens, etc).
- Factores salivares desfavorables, (baja tasa de capacidad de neutralización de los ácidos, recuento alto de estreptococos mutans y lactobacilos, flujo salivar inadecuado).
- Ciertas deficiencias físicas o psíquicas (parálisis cerebral, Síndrome de Down, etc.).

En la tabla 2 están recogidos los factores para agrupar a un niño como de bajo riesgo de padecer caries. Los criterios de bajo riesgo deben ser sopesados muy estrictamente, y ante la menor duda no darlos por válidos.

Los niños que no puedan ser agrupado ni de bajo ni de alto riesgo, los catalogaremos como de moderado riesgo de padecer caries (clínicamente la mayoría).

TABLA N° 2: Indicadores de bajo riesgo de caries en la primera visita (2).

Total ausencia de lesiones cariosas en la exploración clínica y radiológica.
 Muy pocas o ninguna obturación y en perfecto estado.
 Ninguna exodoncia por caries.
 Dieta pobre en azúcares refinados.
 Higiene oral exquisita.
 Historia clínica de adecuada aportación de flúor.
 Estatus socio-económico no deprimido
 Presencia de selladores de fisuras intactos.
 Factores salivares favorables.

Como podemos observar ante la lectura de las dos tablas citadas, la experiencia clínica ante síntomas y signos, sigue siendo muy importante. Ningún Método, es por sí solo, fiable para predecir la actividad cariosa, siendo todo un conjunto de signos y síntomas los que tenemos que valorar.

Ni siquiera los métodos de laboratorio como el test de estimulación del flujo salival (desfavorables si es menor de 0,7 ml/min), el test del recuento de estreptococos mutans (desfavorable si hay más de 100.000 colonias ml.) son fiables por sí mismos (8).

Revisiones periódicas: Indicaciones

El Profesional es, quién debe valorar la necesidad de la periodicidad de las revisiones clínicas atendiendo sobre todo a criterios de edad y de riesgo de caries.

Las revisiones que debemos de hacer realizando exploración radiográfica con la técnica de aletas de mordida las podemos ver resumidas en la tabla 3.

Como resumen de lo expuesto hasta ahora vemos que en pacientes de alto riesgo se debe iniciar la exploración radiológica con la técnica de aleta de mordida en el momento que se establezcan los contactos interproximales en dentición temporal, haciendo un seguimiento radiológico semianualmente.

En los pacientes de riesgo moderado y bajo realizaremos igualmente la primera exploración radiológica con aletas de mordida cuando se establezcan los contactos interproximales en dentición temporal, haciendo un segui-

TABLA N° 3

EDAD	ALTO RIESGO	MODERADO	BAJO RIESGO
	Meses	Años	Años
3 - 6 años (Decidua)	6	1	2
7 - 13 años (Mixta)	6	1	1 - 2
14 - 17 años (Permanente)	6	1	2

miento radiológico anualmente. Ello no es óbice para realizar revisiones clínicas con una periodicidad mayor a criterio del profesional.

Por último si en una revisión clínica y/o radiológica detectamos:

- Múltiples lesiones cariosas nuevas primarias o secundarias.
- Progresión rápida de lesiones carias detectadas en visitas anteriores.
- Respuesta desfavorable a la educación para la higiene oral.

Reetiquetaremos al paciente como de alto riesgo.

Discusión

Como podemos colegir de lo anteriormente expuesto, es clara la utilidad de las radiografías intraorales con la técnica de aleta de mordida, y resulta sencillo, para el profesional de la odontopediatría, asentar la indicación de su realización en la primera visita, si los espacios interproximales están cerrados.

Sin embargo, resulta realmente complicado catalogar al paciente según su riesgo de padecer caries, para poder asentar la indicación de las revisiones radiológicas periódicas. Esta dificultad viene dada en que hay que valorar toda una pléyade de factores, muchos de los cuales sólo pueden ser interpretado a la luz de la experiencia clínica.

Nos parece pertinente apuntar, que la técnica de realización de este tipo de radiografías intraorales es laboriosa, requiriendo, por tanto, de la pericia del profesional y de la colaboración del niño. Sin embargo, puede servirnos, tanto para ir conociendo al niño en sus reacciones ante el estomatólogo, como para ganarnos su confianza.

Badía Bosch, J.: Médico Estomatólogo. Profesor colaborador de Odontopediatría. Facultad de Medicina y Odontología de Valencia; Tejero Martínez, A.: Médico Estomatólogo especialista en Ortodoncia.

Correspondencia: Dr. Jaime Badía Bosch. Calle Doctor Moliner, nº 9 escalera derecha puerta 6. 46010 Valencia.

Conclusiones

La técnica radiográfica con radiografías intraorales de aleta de mordida es muy útil para el diagnóstico de caries interproximal, llegando a ser imprescindible en el caso de que el paciente tenga los espacios interproximales que no puedan ser explorados directamente.

Bibliografía

1.- BEECHING, B.: Radiología dental, interpretación de imágenes. Ed. Doyma. Barcelona. 1983. 154 págs.

2.- PITTS, N.B.; KIDD, E.A.M.: The prescription and timing of bitewing radiography in the diagnosis and management of dental caries: Contemporary recommendations.

British Dental Journal. 1992; 21:225-227.

3.- Recommendations in radiographic practices: an update, 1988. J. Am. Dent. 1989; 118: 115-117.

4.- PITTS, N.B.: Monitoring of caries progression in permanent and primary posterior approximal enamel by bitewing radiography. A review.

Community Dent. oral. Epidemiol. 1983; 11: 228-235.

5.- SNAWDER, K.D.: Manual de Odontopediatría clínica. Ed. Labor. Barcelona. 1982. 298 págs.

6.- MAGNUSON, B.O.: Odontopediatría, enfoque sistemático. Ed. Salvat. Barcelona. 1985. 369 págs.

7.- McDONALD, R.E.; AVERY, D.R.

Odontología pediátrica y del adolescente. Ed. Med. Panamericana. Buenos Aires 1990.

8.- WILSON, R.F.; ASHLEY, F.P.: Identification of caries risk in school children: salivary buffering capacity and bacterial counts sugar intake and caries experience as predictors of 2-year and 3-year caries increment.

Br. Dent. J. 1989; 166: 99-102.

La vida de los antiguos griegos: corta

La literatura clásica nos muestra a los antiguos griegos como sanos y vibrantes ciudadanos compitiendo en atléticos encuentros o marchando a la guerra, escribiendo obras o discutiendo filosofía. Un estudio de los huesos de colonos griegos emigrados en Italia en Metaponto pinta un cuadro más oscuro.

Así los descubrimientos realizados por los doctores es que la mortalidad entre los niños y jóvenes era alta y la perspectiva media de vida era de 40 años. Encontraron malformaciones del esmalte en el 80% de los restos de adulto que posiblemente indicaban enfermedades en su infancia. Algunos albergaban organismos como aquellos que actualmente causan la malaria o sífilis.