

## REHABILITACIÓN BUCAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO.

Zayda Barrios

Departamento de Odontología Preventiva y Social. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. [zayda\\_barrios@hotmail.com](mailto:zayda_barrios@hotmail.com)

### Resumen.

En la actualidad, aún se observan pacientes pediátricos con caries de afectación precoz, extensa y rápida de los dientes primarios, con lesión pulpar y complicaciones infecciosas que determinan la pérdida prematura de algunos dientes. La odontología pediátrica ofrece una serie de tratamientos de rehabilitación que le permite el restablecimiento de la estética, fonética, masticación y oclusión necesarias para el correcto desarrollo fisiológico y emocional normal. El propósito de este trabajo es reportar la rehabilitación bucal realizada en un paciente masculino de tres años de edad. Se utilizaron terapias pulpares, restauración con composites y dentaduras removibles debido a la facilidad de los procedimientos y a la buena colaboración del paciente. Los resultados obtenidos son restablecimiento de la estética, fonética, masticación, oclusión, retención. La rehabilitación bucal de niños con dentición primaria deteriorada permite la correcta transición entre la dentición primaria y permanente.

**Palabras clave:** rehabilitación bucal, odontología pediátrica, pérdida dental en dentición primaria.

### Abstract.

#### Oral rehabilitation in the pediatric patient.

Currently there are pediatric patients with early childhood caries including severe and fast affectation of primary teeth. This includes injuries and infectious complications that can determine the premature loss of some teeth. Pediatric dentistry offers a series of rehabilitation treatment which allows the restoration of esthetics, phonetics, mastication and occlusion to a normal physiological and emotional development. The purpose of this paper is to report the oral rehabilitation performed on a 3 years old boy. Processes such as vital pulp therapies, restoration with composite resins, bonding agents and removable dentures were used for this work due its easy handling and patient collaboration. The results obtained are esthetics, retention and restoration of the teeth function. The oral rehabilitation of children with decay primary dentition allows the correct transition between the primary and permanent dentition.

**Key words:** oral rehabilitation, pediatric dentistry, loss of primary teeth.

### INTRODUCCIÓN.

La época ideal para el inicio de la atención odontológica debe ser por lo menos alrededor de los seis meses de edad, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes, sin embargo, ésta tiende a ocurrir alrededor de los dos años y medio a tres años de edad, de acuerdo con los patrones de enseñanza y de cultura odontológica existente, dejando al niño sin ninguna cobertura por un periodo de dos a dos años y medio cuando los riesgos de la presencia de caries son altos (Figueiredo et al. 2000a).

En la actualidad se observan pacientes pediátricos con caries de afectación precoz, extensa y rápida de los dientes primarios, con lesión pulpar y complicaciones infecciosas añadidas que determinan tratamientos amplios, complejos, costosos, a veces implantados tardíamente, y que con frecuencia incluyen las extracciones dentarias múltiples, particularmente de los incisivos maxilares, que en virtud de su desarrollo son los primeros afectados (Paula et al. 2001, Boj et al. 2005).

La caries de la temprana infancia, la caries rampante, los defectos congénitos de la estructura dental o los traumatismos bucodentales en la región anterior a corta edad, son factores que pueden: provocar dolor agudo o crónico, dificultar el corte de los alimentos, alterar la inclinación de los primeros molares permanentes, disminuir la longitud del arco dental y alterar la estética. Además, las pérdidas prematuras de dientes primarios en una o varias áreas provocan alteraciones en la formación y erupción de los dientes permanentes, malos hábitos orales (lengua protráctil), problemas de fonarticulación para “D”, “T” y “S”, entorpece con el funcionamiento de la articulación temporomandibular e interfiere con el bienestar físico y emocional del niño (Vera y Bustos 2001, Paula et al. 2001, Rodrigues et al. 2002, Guedes-Pinto 2003, Casafont et al. 2005, Gudiño 2006).

La odontología pediátrica ofrece una diversidad de tratamiento restauradores, “no como una opción tapa huecos y si como una opción para restaurar la función fisiológica del diente”, de modo que la pérdida parcial o extensa de la estructura dentaria o de la propia unidad dentaria cuenta con tratamientos que le

permitan el restablecimiento de sus funciones adecuadamente (Barrios y Salas 2006).

En los tratamientos de rehabilitación bucal será necesario: el conocimiento de la normalidad en las diferentes fases del desarrollo buco dental del niño, la compatibilidad con los principios biomecánicos para una mejor preservación de la estructura dentaria, la utilización de algunos pasos terapéuticos específicos para la reconstrucción de los dientes destruidos (terapias pulpares) y el uso de prótesis unitarias o múltiples en caso de extracciones; todos a aplicarse lo más pronto posible para disminuir al mínimo las consecuencias secundarias a la pérdida de la estructura o del mismo diente (Figueiredo et al. 2000b, Guedes-Pinto 2003, Boj et al. 2005).

El tratamiento debe ser ejecutado de acuerdo con las condiciones individuales del paciente, precedido de una historia clínica y un examen clínico y radiográfico completo, con el propósito de establecer el plan de tratamiento y la secuencia de trabajo. Siempre que sea factible, se debe intentar mantener los dientes primarios, de no ser así, la sustitución de ellos debe preservar el espacio para la erupción de los dientes permanentes, restablecer la oclusión, prevenir la extrusión del diente antagonista, restaurar la masticación para tener una dieta adecuada y no interferir en el desarrollo fisiológico y emocional normal (Guedes-Pinto 2003, Casafont et al. 2005, Barrios y Salas 2006, Cezária et al. 2009).

El propósito de este trabajo es reportar la rehabilitación bucal realizada en un niño de tres años de edad con la finalidad de mantener la integridad de la forma del arco y de los dientes y posibilitar una correcta transición entre la dentición primaria y la permanente.

#### REPORTE DE CASO.

Se trata de un paciente masculino de tres años de edad residente en el municipio Libertador del estado Mérida, quien acude a la Clínica Integral del Niño de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela, junto a su representante en busca de atención odontológica por presentar caries dental, abscesos y dolor.

Durante la anamnesis, la representante no refiere antecedentes médicos, familiares ni personales relevantes, ni tratamiento odontológico alguno realizado con anterioridad. Relata que el niño cursa con dolor de larga evolución tratado con analgésicos de manera irregular, fiebre en algunas ocasiones, no colabora para realizar su higiene bucal y la mayoría de los alimentos que ingiere son blandos.

Al examen intraoral se observó: mala higiene bucal, gingivitis papilar y marginal generalizada, caries dental en las piezas dentarias primarias 55, 53, 63, 64, 74, 84 y 85, fractura de la corona clínica de las piezas dentarias primarias 54, 53, 52, 51, 61 y 62 con exposición pulpar (pólipos pulpares), exudado purulento a la palpación en mucosa gingival por vestibular de la zona antero-superior (Figuras 1 a 3).

Se realizó un examen radiográfico intraoral completo, utilizando para ello y acorde con la edad del paciente: 12 películas (10 periapicales y 2 películas interproximales) infantiles. Las radiografías evidenciaron destrucción extensa de la corona de las piezas dentarias 54, 53, 52, 51, 61, 62 y lesión perirradicular en las mismas piezas, caries profunda en oclusal próxima a la cámara pulpar en las piezas dentarias 64, 74 y 84 y aparente lesión interradicular en las mismas piezas. Resto normal (Figura 4).

Se practicaron exámenes de laboratorio al paciente (hematología completa, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, glicemia, orina) e interconsulta pediatría en vista de los antecedentes de fiebre, dolor e infección, resultando las valoraciones dentro de los límites normales y sin patología sistémica aparente.

Se diagnostica caries de la temprana infancia y se elabora un plan de tratamiento en fases: La primera fase consistió en educar al niño y su familia con técnicas de higiene y alimentación; además se orienta para eliminar el dolor e infección. Para esto último, se procedió a medicar al paciente con Ibuprofen 100 mg/5 ml (Ibutan<sup>R</sup> en suspensión pediátrica), 10 mg/kl/dosis, tres veces al día y Amoxicilina 125mg/5ml (Amoxicilina<sup>R</sup> en polvo para suspensión) 20 mg/kl/día en tres dosis. También se proporcionó una síntesis del carácter inocuo del tratamiento odontológico requerido por el niño, sus beneficios y posibles complicaciones, obteniendo el consentimiento informado de la madre para la ejecución del tratamiento planteado.

Al cabo de tres días se procedió a iniciar la segunda fase del tratamiento: saneamiento y restauración de la cavidad bucal. Esta consistió, en eliminar caries de las piezas dentarias 64, 74 y 84 con una fresa redonda de carbide número 6 a alta velocidad y con abundante irrigación bajo anestesia local con Lidocaina al 2% (Rapicaine<sup>R</sup>).

Las cavidades se conformaron para realizar pulpotomías.

En este tratamiento se remueve el techo de la cámara pulpar para eliminar la pulpa coronal con una cucharita para dentina, se lava con hipoclorito de sodio (Xonit-EZ<sup>R</sup>) y se seca con torundas de algodón estériles presionando sobre los muñones pulpares para hacer hemostasia, se aplica una



Figuras 1 a 3. Fotografías intrabucales iniciales del caso: vista frontal, vista oclusal superior y oclusal inferior. Aspecto de las lesiones de caries en los dientes primarios. Obsérvese la destrucción coronaria acentuada en el maxilar superior.

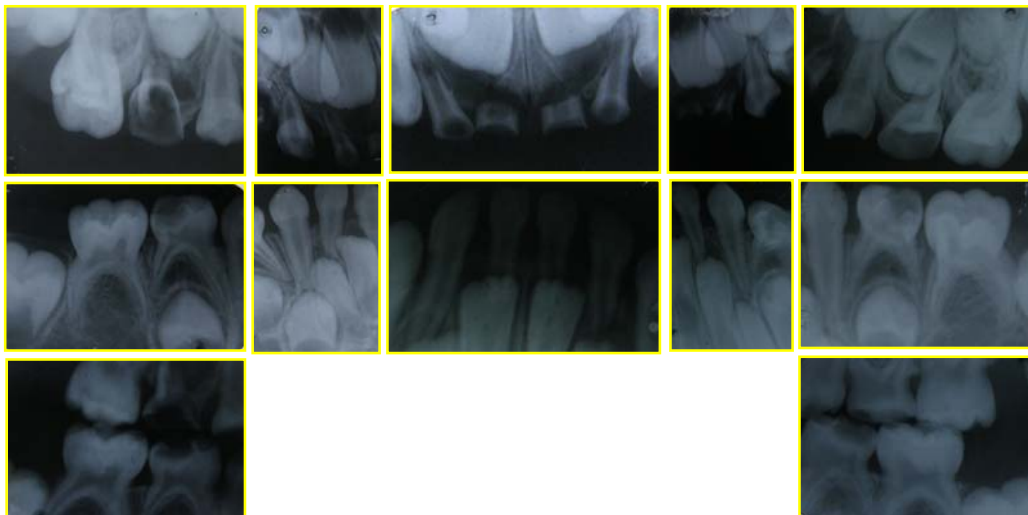


Figura 4. Examen radiográfico: Periapical e interproximal inicial. Obsérvese la extensión de las lesiones de caries y el compromiso pulpar y lesión perirradicular.



Figura 5. Examen radiográfico de control posterior a terapia pulpar.

torunda de algodón estéril impregnada con formocresol (EZ<sup>R</sup>) por 5 minutos sobre los muñones pulpares, se condensa una pasta cremosa de óxido de zinc (EZ<sup>R</sup>) con Eugenol (EZ<sup>R</sup>) y luego otra capa de óxido de zinc y Eugenol, pero añadiendo a la misma, cristales de acetato (EZ<sup>R</sup>). (Figura 5).

En las piezas dentarias 55, 63 y 85 se eliminó caries, se prepararon las cavidades con fresa de diamante.

Sobre todas las piezas dentarias tratadas, se colocó base de cemento de ionómero de vidrio (GC Fuji II<sup>R</sup>) y se restauraron definitivamente con resina compuesta (Z-100<sup>R</sup>) de acuerdo con las indicaciones de la casa comerciante y se polimerizó con la lámpara de fotocurado. El dique de goma fue colocado siempre que fue posible. El acabado y pulido se realizó con sistemas de acabados y pulidos para compuestos. Luego se chequeó la oclusión.

Por último, para la extracción de 54, 53, 52, 51, 61, 62 se aplicó antisepsia, anestesia tópica y Lidocaina al 2% (Rapicaine<sup>R</sup>) como anestésico local. Se procedió a realizar la sindesmotomía, adaptación del fórcep, luxación y avulsión. La representante responsable del cuidado diario del paciente fue orientada en cuanto a no realizar enjuagues durante las primeras 24 horas, alimentación blanda y fría, además de mantener una higiene regular que no comprometiera la cicatrización.

El tratamiento se programó para ser ejecutado en cinco citas, una por semana. En cada una de ellas, las piezas dentarias a tratar conformaban una hemiarcada con la finalidad de obtener un mejor resultado y un mayor rapidez en el tratamiento. Se inició el tratamiento en el maxilar superior, en vista de los problemas de dolor e infección que estaban presentes. Seguidamente a la cicatrización de la mucosa en la zona antero-superior, se planificó la confección de una prótesis superior a fin de completar la rehabilitación bucal del paciente, devolviéndole la capacidad de masticar, la estética, la posibilidad de mantener el espacio para la erupción de los dientes permanentes, reducir los problemas de oclusión. Es importante intentar cubrir las expectativas del paciente y su representante. Para ello, se procedió a tomar una impresión con cubeta stock y alginato (Alginmax<sup>R</sup>) a fin de obtener un modelo anatómico para la confección de una cubeta individual. Luego se realizó el recorte muscular de la cubeta con modelina (Impression Compound<sup>R</sup>) de baja fusión colocándola por encima y por afuera de los bordes de la cubeta superior para impresionar las áreas adyacentes a la prótesis. Se tomó una impresión funcional con silicona (President<sup>R</sup>) de cuerpo pesado y liviano a fin de obtener un modelo funcional para elaborar una placa base con rodete de oclusión, cuya altura y extensión estaría determinada por las piezas dentarias presentes. Se reblandeció la cera, se insertó en la boca del paciente y se le pidió al niño que

mordiera con los molares para copiar el plano protésico inferior, en vista de la presencia de piezas dentarias en el maxilar inferior. Se procedió a obtener y comprobar la relación maxilomandibular del paciente según los criterios ya establecidos por la odontología protésica. El plano de oclusión se estableció en función del paralelismo con el eje bipupilar y el plano de Camper. El largo y ancho de los dientes a utilizar se determinó con base en las piezas dentarias presentes en la boca del paciente y estos se alinearon en un plano oclusal plano. Durante la prueba en cera, se complementaron todos los ajustes necesarios para mejorar la estética (tomando aquí en cuenta, las sugerencias de la madre en relación con la alineación y contacto entre los dientes vecinos que al parecer presentaba la dentición primaria (pérdida prematuramente) y asegurar una correcta relación vertical y horizontal).

Una vez elaborada la prótesis superior se procedió a instalar la misma orientando previamente al paciente y su representante del posible rechazo que pudiese presentarse. Durante la inserción se evaluó la oclusión, retención y estabilidad, se le indicó al paciente y a su representante comer sin las prótesis, procurar hablar correctamente, usarlas el máximo de tiempo incluso para dormir si el paciente la toleraba, mantener buena higiene de la prótesis y el resto de sus piezas dentarias. Se realizó una primera consulta a las 24 horas de la instalación del aparato protésico para evaluación y control (Figuras 6 a 8).

La fase de mantenimiento se programó en un principio cada ocho días, luego se asignaron citas cada tres semanas y después una vez al mes. Durante las mismas se realizó una inspección de tejidos blandos y estado de las restauraciones dentales, control de higiene bucal, profilaxis y aplicación de fluoruros, monitoreo del aparato protésico y salud en general. Después de seis meses, aún se realiza el control post-operatorio sin ningún tipo de complicación, en espera de la erupción de las piezas dentarias permanentes para orientar y restablecer un adecuado patrón de oclusión.

## DISCUSIÓN.

Lograr tener completa la dentición primaria para el momento del comienzo de la dentición mixta en nuestra sociedad, es todo un reto, ya que generalmente se ve afectada alrededor de los 18 y 36 meses de edad por múltiples factores, dentro de los cuales se encuentran principalmente la caries dental y los traumatismos. Por otro lado, son niños poco cooperadores debido a su corta edad y a sus limitadas habilidades cognitivas, que en muchas ocasiones los hace candidatos a recibir tratamiento odontológico con sedación o bajo anestesia general (Casafont et al. 2005, Gudiño 2006, Valenzuela y Parés 2008).



Fig. 6. Fotografía intrabucal del maxilar superior, después del tratamiento de rehabilitación.



Fig. 7. Fotografía intrabucal del maxilar inferior, después del tratamiento de rehabilitación.



Fig. 8. Fotografía intrabucal de los maxilares en oclusión. Prótesis como mantenedor de espacio.

En el caso reportado, el paciente a los 36 meses de edad con caries de la primera infancia, agravada por la falta de higiene y dieta cariogénica, mostró una conducta muy cooperadora hacia el tratamiento odontológico; factor importante para realizar una adecuada rehabilitación bucal sin necesidad de recurrir a terapias farmacológicas para el manejo de su conducta.

La rehabilitación bucal precoz es absolutamente necesaria con el fin de asegurar el desarrollo óseo, el crecimiento craneo facial y estatuoponderal (Boj et al. 2005). Esta debe intentar mantener los dientes primarios evitando mutilaciones que puede interferir en el desarrollo de la oclusión, sin embargo, ante extracciones dentarias prematuras

producto de las complicaciones infecciosas de la caries dental, existen las prótesis como otra alternativa de tratamiento con características de: durabilidad, estética y eficiencia en su colocación, además dado que los costos de material son mínimos, resulta en un precio accesible (Martínez y Cadena 2004, Casafont et al. 2005, Boj et al. 2005).

En los niños con dentición primaria afectada por caries, al punto de haber comprometido pulpar y no poder ser rehabilitados, es el desarrollo del sucesor permanente lo que principalmente preocupa y el control del espacio el que rige los principios de tratamiento según Martínez y Cadena (2004) y Boj et al. (2005). Además, señalan que en la medida que dicha ausencia afecte a mayor número de dientes, el compromiso de otras funciones claves para el correcto desarrollo de un organismo en crecimiento se verá comprometida y en consecuencia debe plantearse su restitución.

En el caso reportado, no existía suficiente tejido dentario sano en las piezas dentarias 54, 53, 52, 51, 61, 62 para su restauración con coronas o suficientes dientes pilares para anclajes fijos. Además, lo complicado que resultaba el manejo de las caries tan extensas y los cuadros infecciosos agudos que presentaba el paciente, argumentó la decisión tomada: un tratamiento que fuese rápido, eficiente y no traumático, realizando terapias pulpares y restauración de las piezas dentarias con adhesivos y resinas de última generación, de fácil uso y extensa aplicación, además de una prótesis removible que reemplazara a los dientes anteriores y posteriores ausentes; en éste sector con menos significado estético, pero si con importante compromiso funcional o de mantenimiento del espacio.

Fernández 1982 y Casafont et al. 2005 señalan que las prótesis removibles no son las más indicadas en los niños menores de cuatro años por la posibilidad de perderla, quebrarla o por falta de colaboración del niño en el uso de la misma, sin embargo, ante la ausencia de ella o ante una prótesis fija, la prótesis removible es la principal opción de tratamiento. En el caso reportado, la aceptación de la prótesis por parte del niño y su colaboración en el uso de la misma induce al éxito del tratamiento. Fernández (1982), Guedes-Pinto (2003), Boj et al. (2005), Barrios y Salas (2006) coinciden en señalar que la conducta a seguir en la clínica y en el laboratorio no es diferente a la utilizada en el adulto.

La posibilidad de restaurar o mejorar las funciones perdidas o deterioradas como la masticación, la estética, el habla, el mantenimiento del espacio y el desarrollo de los arcos, requiere de una supervisión

Barrios. 2011. *Rehabilitación en paciente pediátrico. Reporte de caso. MedULA 20: 67-72.*

periódica. Además, se debe evaluar periódicamente, para el control del cumplimiento de las instrucciones dadas al paciente y poder incorporar las modificaciones que pueda requerir la prótesis (Boj et al. 2005).

Silva (1997) y Guedes-Pinto (2003) opinan que en el niño los cambios morfológicos evolucionan rápidamente, por lo que es preciso estimar atentamente el crecimiento maxilar y mandibular en el diseño y confección de la prótesis. Ello exige una valoración cuidadosa de los aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo de las arcadas dentarias y con el proceso eruptivo de las piezas permanentes, ya que para ese momento y debido a los cambios que se producen, la prótesis puede no asentarse apropiadamente y será necesario su modificación o su reemplazo, lo que evitara el daño a la cavidad bucal en desarrollo.

En el caso reportado, la actitud colaboradora del paciente y la madre, ha facilitado evaluar: autoestima, contornos faciales, facilidad de comer, articulación correcta de las palabras, adaptación y facilidad de uso, limpieza de los dientes de apoyo y remanentes así como de la propia dentadura por parte del paciente, además de vigilar el espacio correspondiente para la erupción de los sucesores permanentes. Se recuerda en cada cita, que el aparato protésico se colocó en una dentición y estructuras de soporte en desarrollo y tras cierto tiempo la prótesis puede ya no ser compatible con la cavidad bucal del niño, por fallas técnicas o por generar traumatismos a los tejidos adyacentes.

#### **CONCLUSIÓN.**

La rehabilitación bucal del niño con dentición primaria afectada por caries le devuelve al paciente la función, la fonética, el bienestar físico y emocional, además de cumplir una acción preventiva en el desarrollo de maloclusiones.

#### **REFERENCIAS.**

Barrios Z, Salas M. 2006. Prótesis en dentición primaria: Revisión de la literatura. *Rev Odont de los Andes*. 1: 61-69.

Boj J, Catalá M, García-Ballesta C et al. 2005. *Odontopediatria*. Capítulo 21. Masson. Barcelona. España.

Casafont A, Chan L, Brenes A. 2005. Rehabilitación protésica en pacientes pediátricos. Reporte de caso. *Publicación Científica Facultad de Odontología Universidad Costa Rica [seriada en línea]* 7:57-60. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-7/odontos-7-10.pdf> [Leído 17 de sep 2010].

Cezária T, Barquero E, Magalhaes C et al. 2009. Rehabilitación oral con sobredentadura en paciente pediátrico. *Rev Odontológica Pediátrica*.

17: 186-189. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=735391&donde=castellano&zfr=0> [Leído 01 dic 2010].

Fernández A. 1982. Dentaduras artificiales para niños. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas [Seriada en Línea]* 3: 129-134. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v3n2/Art%204.pdf> [Leído 21 may 2011].

Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. 2000a. *Odontología para el bebé*. Capítulo 5. Amolca. Bogotá. Colombia.

Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. 2000b. *Odontología para el bebé*. Capítulo 11. Amolca. Bogotá. Colombia.

Guedes-Pinto A. 2003. *Rehabilitación Bucal en Odontopediatria*. Atención Integral. Capítulo 13. Amolca. Bogotá. Colombia.

Gudiño S. 2006. Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. *Odontos: Publicación Científica Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica*. UCR. 8:39-45. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-8/odontos-8-07.pdf> [Leído 04 jul 2011].

Martínez M, Cadena A. 2004. Rehabilitación bucal con coronas de celuloide y resina en paciente con displasia ectodérmica hipohidrótica: Reporte de un caso. *Rev Odontológica Mexicana*. 8:43-50. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/viewArticle/16282> [Leído 18 may 2011].

Paula M, Paula J, Martins S. 2001. Use of tissue conditioner in pediatric dentistry: A clinical case report. *Quintessence Int*. 32: 377-380.

Rodrigues de Sant'Anna G, De Oliveira R, Delgado C et al. 2002. Primary anterior tooth replacement with a fixed prosthesis using a precision connection system: A case report. *Quintessence Int*. 33:303-308.

Silva E. 1997. *Prótesis en la dentición temporal*. Talleres Gráficos de la Fuerza Aérea del Perú. Lima. Perú.

Valenzuela E, Parés G. 2008. Restauración de dientes anteriores primarios: Nueva técnica de aplicación clínica para la fabricación de coronas de acero cromo con frente estético. *Rev Odontológica Mexicana*. 12:81-87. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo082e.pdf> [Leído 18 sep 2010].

Vera A, Bustos I. 2001. Rehabilitación protésica en niños: Reporte de dos casos. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1950/2810>. [Leído 20 sep 2010].

Recibido: 26 mar 2010. Aceptado: 15 mayo 2010.