

Universidad Autónoma de Nayarit
Unidad Académica de Odontología
División de Estudios de Posgrado e
Investigación



SISTEMA DE BIBLIOTECAS
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

Caso Clínico:

Caries temprana de la infancia

Que para obtener el

Diploma de Especialidad en Odontopediatría

Presenta:

Martha Graciela Galeana Ramírez

Directora:

CDO Martha Patricia Guerrero Castellón.

Tepic, Nayarit, julio de 2010.

INDICE

Resumen	i
I. Antecedentes	2
Definición de caries temprana de la infancia.....	3
Clasificación clínica de la severidad de la caries temprana de la infancia.....	3
Etiología.....	3
Evolución.....	4
Ventana de infectividad.....	5
Factores e indicadores de riesgo.....	6
Secuencia.....	7
Efectos de la CTI sobre la salud general.....	8
Incidencia y prevalencia.....	8
Manejo de la conducta.....	8
Tratamiento clínico.....	10
Prevención.....	10
Factores e indicativos de riesgo.....	11
II. Desarrollo del caso clínico	12
Ficha clínica.....	12
Fotografías extraorales.....	13
Fotografías intraorales.....	14
Odontograma.....	15
Radiografías dentoalveolares.....	16
Diagnóstico.....	16

Plan de tratamiento.....	17
Manejo de conducta.....	17
Evolución de tratamiento.....	18
Fotografías iniciales y finales.....	26
III. Conclusiones.....	28
IV. Referencias bibliográficas.....	29
V. Anexos.....	32

RESUMEN

La CTI es una enfermedad infecciosa, transmisible, de evolución crónica, que afecta a los tejidos duros del diente. Se inicia en la superficie del esmalte dentario, con una pérdida de minerales ocasionada por la acción de un biofilm bacteriano cariogénico.

Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se le define como la presencia de 1 o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses.

El paciente que se presenta es del género femenino de 3 años 5 meses de edad con antecedentes de hábito de biberón hasta los 2 años de edad, con diagnóstico de caries temprana de la infancia de clasificación severa. Sin antecedentes personales patológicos de relevancia.

Primera visita al dentista y según la escala de Frankl definitivamente negativo, en la que se manejó la conducta con reforzadores positivos, control de voz y la técnica decir- mostrar- hacer. Presenta caries en todos los órganos dentarios excepto en primeros molares superiores y primer molar inferior izquierdo y mordida cruzada anterior. El plan de tratamiento consistió en hacer una detección de placa dentobacteriana mostrándole a la madre las zonas en las que había mayor presencia, hablándole sobre la importancia del cepillado dental e instruyéndola sobre el mismo; se realizaron exodoncias, amalgamas, resinas, pulpotomias, coronas, mantenedor frente estético, desgaste selectivo de caninos y aplicación tópica de fluoruro.

En estos pacientes es muy importante mantener una adecuada salud bucodental por que puede repercutir en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la oclusión dental, también puede existir un retardo en el crecimiento y el desarrollo normal al no poder integrarse completamente a la sociedad. Conforme se avanzó en el tratamiento se logró una mejor cooperación de la paciente ya que deseaba poder comer sin dolor y tener una bonita sonrisa.

I. ANTECEDENTES

La caries temprana de la infancia (CTI) es un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria de niños en edades precoces. Resulta de una ingesta prolongada y frecuente de carbohidratos, leche materna o biberones con leche, jugos, tés, enriquecidos o no con azúcar, miel, chocolate, etc. suministrados durante el día y en las horas nocturnas. En las muestras de placa bacteriana recogidas de niños afectados por este tipo de caries, se presentan altos niveles de colonias de *Streptococcus mutans*.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

Dentro de este término se incluye a la caries por biberón y la caries rampante, que la Asociación Americana de Odontopediatría adoptó en el 2003.¹⁰

La CTI, antes conocida como caries por biberón o síndrome de biberón es un problema de salud pública y se debe a múltiples factores: físicos, biológicos, ambientales, conductuales, hábitos alimenticios y de higiene. Esta enfermedad se puede prevenir y por lo tanto se debe hacer énfasis en la higiene y en los hábitos alimenticios ya que no es exclusiva del uso prolongado del biberón.^{1,2,3,4,5,6}

La CTI que afecta a gran parte de la población pre escolar en todo el mundo, fue comunicada por primera vez en 1862 por Jacobi, quien observó que el abuso en el uso de biberones con leche y azúcar ocasionaba la destrucción total de las coronas de los dientes temporales. De esta forma, la utilización del biberón se identificó como la causa fundamental del desarrollo de este tipo de caries.¹

Definición de CTI

La CTI es una enfermedad infecciosa, transmisible, de evolución crónica, que afecta a los tejidos duros del diente. Se inicia en la superficie del esmalte dentario, con una pérdida de minerales ocasionada por la acción de un biofilm bacteriano cariogénico.^{2,6,7,8,9}

Se caracteriza por dientes con caries en infantes y se le define como la presencia de 1 o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses. ^{1, 8,10}

El aspecto clínico de los dientes afectados puede variar desde pequeñas desmineralizaciones hasta la pérdida de toda la estructura coronaria, con inflamación localizada en el margen gingival. ^{1,3,4,6}

Los incisivos superiores están entre los primeros dientes a erupcionar, siendo los más afectados, debido a que el flujo salival alrededor de esos dientes es menor, en relación con la fuerza de gravedad y la localización distante de las glándulas salivales. Además la musculatura labial del niño no se encuentra desarrollada por completo. ^{1,8,10,11}

Otro factor importante es la presencia física de la punta del biberón en la boca, la cual bloquea el acceso de saliva a los incisivos superiores. ^{1,12}

Clasificación clínica según la severidad de la CTI ^{1,12} (Tabla 1).

Etiología

La caries es una enfermedad infecciosa de curso crónico, resultado de la interacción entre agente (microorganismos específicos), hospedero (diente y saliva) y factores ambientales (dieta-sustrato); a la conjunción de estos se le conoce como la triada de Keyes, a las que se les deberá añadir otro factor que es el tiempo. ¹³ De esta forma la CTI es de etiología multifactorial y no depende del uso exclusivo del biberón. ^{1,2,3,4,11,12}

El *Streptococo mutans* es el principal microorganismo involucrado en el inicio de las lesiones de caries. Esta bacteria es un habitante normal de la cavidad bucal, (1.0%). Es capaz de colonizar las superficies lisas de los dientes ya que produce polisacáridos extracelulares de adhesión (dextranos) que le permiten adherirse al diente. ^{1,3,8,12,13,14}

En términos biológicos hay algunos factores importantes que deben resaltarse en la etiología de la CTI. En niños muy pequeños la microbiota bucal y los sistemas de defensa son procesos que todavía no están desarrollados. Además los dientes en general están recién erupcionados y todavía no han sufrido el proceso de maduración post eruptiva. De acuerdo con los estudios epidemiológicos, los dientes son más susceptibles a la caries inmediatamente después de la erupción. ^{1,2,12}

Evolución de la CTI

Luego de la ingesta de los alimentos ocurre en la cavidad bucal la fermentación de los carbohidratos con formación de ácidos, los cuales ocasionan una baja del pH de la placa (-5.5), que puede llevar a la desmineralización del esmalte. La saliva desempeña funciones importantes como favorecer la auto limpieza, servir como reservorio de calcio y minerales importantes para el proceso de remineralización. ^{1,2,3,4,12}

Esta evolución se divide en 3 etapas:

- **Primera etapa.** Está representada por la infección primaria precoz por *streptococo mutans*. Transmisión que ocurre de madre-hijo cuando la madre le da besos en la boca al bebé o comparte cubiertos con él, ocurriendo una transmisión directa.

- **Segunda etapa.** Hay acúmulo de microorganismos en niveles patógenicos, como consecuencia de la exposición frecuente y prolongada de a sustratos cariogénicos. La presencia de placa dentobacteriana en grandes cantidades en la boca del bebé aunado con los pocos o nulos hábitos de higiene son indicativos para la aparición de lesiones cariosas.
- **Tercera etapa.** Ocurre la rápida desmineralización del esmalte y cavitación de la estructura dental, inicia la lesión cariosa y al no ser tratada puede ocasionar daño pulpar irreversible.¹

Ventana de infectividad

Los altos niveles salivales maternos de streptococo mutans predisponen a una mayor infección del bebé.¹ El periodo más crítico para la adquisición inicial de los estreptococos mutans por los niños, de manera general, ocurre entre los 19 y 31 meses de edad.^{1,10,12,14}

No obstante, en el caso de niños con CTI, esa "ventana" es más precoz, ocurriendo cerca de los 6-14 meses, esto significa que el factor etológico primario de la caries fue adquirido en época temprana. La principal forma de infección de la cavidad bucal del bebé por estreptococo del grupo mutans es la transmisión vertical de madre-hijo o de otras personas con las que el niño convive.^{1,12,14}

Así la colonización precoz por los estreptococos del grupo mutans, asociada a una dieta rica en carbohidratos fermentables, son factores primordiales para la instalación del cuadro de CTI.¹

Factores e indicadores de riesgo

Estado de salud bucal desfavorable de la madre o cuidadora: Si la madre presenta descuido bucal y poco interés en su cuidado pondrá en riesgo la integridad de la boca de su hijo al no considerar importante el cepillado dental; por el contrario la buena salud oral de la madre contribuye en gran medida a un buen desarrollo del bebé, pondrá énfasis y especial cuidado en la higiene bucal de su hijo ya que está consciente de la importancia de tener una boca sana.^{1,12,14,15}

Consumo inadecuado de carbohidratos, más de 2 ingestas diarias: Las sustancias que contienen azúcar tales como caramelos, galletas, pan, papas fritas, cereales frutas secas, bebidas gaseosas y helados, ocasionan una dramática caída del pH a niveles cercanos a 4.^{1,2,3,12,15}

Hábitos poco frecuentes de higiene bucal: La salud oral es parte integral de la salud general, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. Para prevenir la caries es importante que el niño adquiera desde temprana edad estos hábitos.^{1,2,4,12,15}

Inicio tardío del cepillado dental: Antes de que le salgan los dientes al bebé se debe limpiar la boca con una mezcla de 2 porciones de agua hervida por 1 de agua oxigenada después de las tomas de leche y antes de dormir. Erupcionando los primeros dientes se debe comenzar a utilizar un cepillo especial para bebés. Estos cepillos se caracterizan por tener un mango antideslizante y un cuello largo, para llegar bien y no hacer ningún daño a sus delicadas encías.^{1,2,5,12,15} El cabezal almohadillado y los filamentos extra suaves ayudan a cepillar la encía y los dientes del bebé con suaves movimientos circulares por la cara interna y externa.¹⁵

Es importante informar a los padres sobre la limpieza desde el primer día de vida del bebé y no hasta que tenga 3 años como se pensaba anteriormente.^{1,2,3,4,5,15}

Placa bacteriana acumulada y abundante: Masa estructurada, adhesiva, altamente variable que se forma por el crecimiento y colonización de microorganismos sobre la superficie de los dientes. A medida que los microorganismos se organizan en colonias, crecen y producen sustancias destructivas en los tejidos subyacentes. La placa bacteriana por sí sola no es dañina, hasta que no sea colonizada por microorganismos productores de toxinas causantes de caries o de enfermedad periodontal. Entre esos microorganismos, el más común es el *Streptococcus mutans*, el cual coloniza en diferentes grados las superficies dentarias y contribuye así al desarrollo de la placa bacteriana y de la caries dental. El ácido, producto de la fermentación bacteriana, es considerado como el responsable de la formación de caries.^{1,2,3,4,5,12,15}

Morfología dentaria desfavorable: las disgenesias de forma o anomalías dentales como lo son: fusión, geminación, dens evaginatus, dens invaginatus, son órganos dentarios con alto riesgo de caries ya que presentan surcos profundos de fácil colonización de bacterias.^{12,15}

Secuencia de la CTI

La secuencia de la CTI será dada por la erupción de los primeros órganos dentarios en la boca del bebé y por la posición que presenta la lengua al cubrir los incisivos inferiores, los protege haciendo que sean los últimos en dañarse.

- Incisivos superiores
- Primeros molares superiores e inferiores
- Caninos superiores e inferiores
- Segundos molares superiores e inferiores
- Incisivos inferiores.^{1,12,13,15}

Efectos de la CTI sobre la salud general

Aunque el dolor y la infección son daños primarios, la salud general también puede ser afectada. En estos, pacientes, el aumento en la producción de glucocorticoides en respuesta al dolor, la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento en respuesta al sueño perturbado y el aumento en la tasa metabólica global durante el proceso infeccioso, puede colaborar para que haya un retardo en el crecimiento y el desarrollo normal, afectando negativamente el crecimiento. Se observa que los niños con CTI presentan peso corporal significativamente más bajo que el de los niños en general.^{1,4,5} El odontólogo no se debe limitar a dar solo importancia a los efectos nocivos de la caries sobre la estructura dental.^{1,2,3,5}

Desde el punto de vista odontológico tiene consecuencias importantes, como el desarrollo de problemas ortodónticos, hábitos nocivos, secuelas psicológicas, dificultades de fonación y masticación.^{1,12,14}

Incidencia y Prevalencia

Es difícil determinar con exactitud, la prevalencia de la CTI. Los datos son inexactos debido a que se realizan en niños en edad preescolar y muchas veces no colaboran durante la exploración, las muestras no son representativas, la alimentación varía en diferentes grupos étnicos y culturales. Su prevalencia es del 1-12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo. Otros estudios determinan que los niños de padres con bajo nivel socioeconómico tienen una mayor prevalencia que los niños con alto nivel socioeconómico.^{12,16,17}

Manejo de la conducta

El manejo de la conducta en este tipo de pacientes requiere especial atención debido a que son niños difíciles de tratar odontológicamente por el proceso de dolor por el que en algún momento han cursado, son pacientes que acuden por primera vez a la clínica, por lo tanto se recomienda utilizar, algunos técnicas de manejo:

Control de voz. Se basa en la alteración del tono o el volumen de la voz tratando de influir directamente en el comportamiento del niño. Al subir el volumen de la voz, sin transformar el tono a agresivo se estará aplicando esta sencilla y útil técnica de modificación de conducta. Debe ser explicada a los padres antes de ponerla en práctica para evitar malos entendidos posteriores. Se logra de manera rápida la atención total del paciente a las instrucciones del odontólogo, además de que le indica al paciente que conductas son aceptadas y que conductas no lo son: 1,2,3,4,5

Comunicación no verbal. Se realiza mediante un correcto contacto visual, una correcta postura y expresión facial. El lenguaje corporal es la clave para que esta técnica tenga éxito. Los objetivos a lograr son básicamente mantener al paciente atento y concentrado en el tratamiento y mejorar la efectividad del tratamiento. 1,2,3,4,5,18

Decir – Mostrar – Hacer. Esta técnica es útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente infantil, permite que el niño tenga conocimiento absoluto de lo que va a ocurrir durante la cita. La técnica se basa en **Decir** al niño lo que se va a realizar, **Mostrar** al niño cómo se va a realizar y qué instrumentos se utilizarán y finalmente **Hacer** el procedimiento exactamente como se explicó. Siempre se debe introducir al niño en situaciones que se asocian a niveles de ansiedad más bajos. 1,2,3,4,5,18

Distracción. Es una técnica que se basa en distraer o desviar la atención del paciente de algún procedimiento o instrumento que le sea desagradable con el objetivo de disminuir la percepción del niño y evitar malas conductas. 1,2,3,4,5,18

Reforzadores Positivos. Para niños pequeños funciona el refuerzo positivo, ya que el premio tangible hará fácilmente recordar al niño la conducta por la cual fue premiado y esa conducta se repetirá con mayor frecuencia.^{1,2,3,4,5,16}

Tratamiento clínico

Antes de la realización de cualquier tratamiento restaurador, es necesario preparar el medio bucal para recibir restauraciones exitosas. Entre las medidas empleadas está el enseñarle a ejecutar una buena higiene bucal.^{1,2,3,4,5,12,14,17,19,20}

Si hay biofilm bacteriano y cálculo gingival, se debe en una primera etapa removerlos por completo para obtener una visualización directa de todas las estructuras.^{1,2,3,4,5,12,14,17,18,19,20}

El protocolo de rehabilitación de la CTI puede incluir cualquiera de los tratamientos utilizados en Odontopediatría, de acuerdo a las indicaciones de los mismos y al grado de afectación que presente cada uno de los órganos dentarios.^{1,2,3,4,5,16}

Prevención de la CTI

La principal estrategia para la prevención de la CTI es la orientación precoz de la familia con respecto a los factores etiológicos que llevan a la instalación de la misma. El diagnóstico en sus estadios iniciales, muchas veces no se efectúa, pues la CTI ocurre en una edad en que erróneamente los padres no llevan al niño a la clínica dental con regularidad.^{1,2,4,5,17}

Se debe por lo tanto, instituir programas educativos junto a obstetras, pediatras, guarderías, escuelas, comunidades, una vez que exista la cooperación interdisciplinaria será una condición fundamental para la prevención de la caries.

Para la obtención del éxito en la prevención y en el tratamiento de la CTI debe haber cooperación mutua entre la madre, la familia y el niño. Además la atención debe ser precoz, debe iniciarse en el periodo prenatal (7 meses).^{1,2,3,19,20}

**Factores indicativos de riesgo y la posibilidad de adquirir la enfermedad
(Walter, 1977)¹. (Tabla 2)**

La implementación del protocolo preventivo adecuado, el establecimiento del plan de tratamiento curativo/rehabilitador individualizado y la periodicidad del retorno deben basarse en el riesgo y actividad de caries del niño.¹

II. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Ficha clínica

Nombre: SGLM

Edad: 3 años 5 meses

Género: Femenino

Antecedentes clínico dentales: Primer visita al dentista

- Escala de Frank: Paciente definitivamente negativo

Antecedentes patológicos: No refiere

Antecedentes heredofamiliares: Sin relevancia para este caso

Antecedentes personales no patológicos: Dieta variada (pocas verduras), consume dulces, refrescos, papas y galletas entre comidas.

- Tomó biberón hasta los 2 años de edad.

Motivo de la consulta: "Tiene los dientes feos y picados"

Fecha de Ingreso: 15 de Diciembre de 2008

Fotografías extraorales



Frente

- Biotipo: Braquifacial
- Asimetría facial
- Nariz pequeña
- Labios delgados



Perfil

- Convexo
- Tercios simétricos



Sonrisa

- Franca
- Asimétrica
- Muestra órganos dentarios superiores e inferiores

Fotografías intraorales



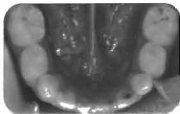
Frontal

- Inflamación gingival
- Fístula en órganos dentarios anterosuperiores
- Línea media inferior desviada a la derecha
- Espacios interdentarios
- Mordida cruzada anterior de canino a canino
- Incisivos inferiores con cemento de restauración



Oclusal superior

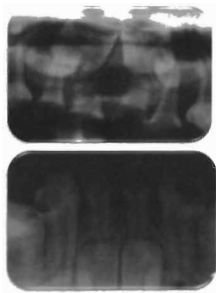
- Paladar profundo
- Arco ovalado
- Caries en OD 55 y 56
- Restos radiculares en OD



Oclusal inferior

- Arco ovalado
- Piso de boca profundo
- Frenillo lingual bien insertado
- Caries en OD 85, 83, 82, 81, 71, 72, 73, 74, 75

Radiografías dentoalveolares



- Gérmenes de OD permanentes
- Restos radiculares OD 52, 51, 61, 62
- Caries clase IV grado 2 OD 82, 81, 71, 72

Diagnóstico

- Caries temprana de la infancia de clasificación severa
- Mordida cruzada anterior de canino a canino
- Restos radiculares OD 51, 52, 61, 62
- Caries clase I grado 1 OD 55, 65, 75, 74, 85
- Caries clase IV grado 2 OD 71, 72, 81, 82
- Caries clase V grado 1 OD 53, 63, 73, 83

Plan de tratamiento

- Detección de Placa dentobacteriana
- Profilaxis
- Instrucción de técnica de cepillado
- Extracción de OD 51, 52, 61, 62
- Pulpotomía OD 71, 72, 81, 82
- Corona acero cromo OD 71, 72, 81, 82
- Amalgama de OD 75, 85
- Resina OD 53, 63, 73, 83
- Mantenedor fijo frente estético con 4 pósticos
- Desgaste selectivo de OD 53, 63, 73, 83 para descruzar mordida anterior
- Aplicación de fluoruro

Manejo de conducta

- Decir–mostrar–hacer
- Control de voz
- Reforzadores positivos

Evolución de tratamiento

Detección de placa dentobacteriana y profilaxis (19 enero 2009)



Profilaxis

Extracción OD 51, 52, 61, 62

(19 enero 2009)



Anestesia tóxica



Técnica infraorbitaria



Sindesmotomia OD 62



Tracción de OD 62



Sindesmotomia OD 61



Tracción OD 61



Restos radiculares 51, 52, 61,62

Pulpotomías y coronas acero cromo OD 81, 82

(3 febrero 2009)



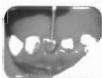
Pulpotomía OD 81



Pulpotomía OD 82



Preparación de OD para CAC



Preparación de OD para CAC



CAC OD 81 y 82



RX OD 81 y 82

Pulpotomías y coronas acero cromo OD 71, 72

(11 febrero 2009)



Pulpotomía OD 72



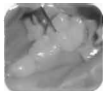
CAC OD 71, 72
81 y 82



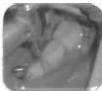
RX OD 82, 81, 72, 71

Amalgama OD 75, resina OD 74 y 73

(23 febrero 2009)



Eliminación de caries OD 75, 74 y 73



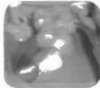
**Acido grabador
15 seg.**



Adhesivo



**Fotocurado
20 seg.**



Resina



Colocación de amalgama



**Amalgama OD 75
Resina OD 74 y 73**

Amalgama OD 85, sellador OD 84 y 83
(3 marzo 2009)



Eliminación de caries
OD 85 y 83



Acido grabador
15 seg.



Adhesivo



Fotocurado
20 seg



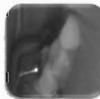
Colocación de
resina



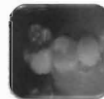
Fotocurado
40 seg.



Colocación de
amalgama



Bruñido de
amalgama

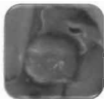


Amalgama OD 85
Sellador OD 84
Resina OD 83

Resina OD 55 y 53
(10 marzo 2009)



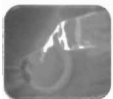
Eliminación de caries
OD 55 y 53



Acido grabador
15 seg.



Adhesivo



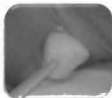
Fotocurado
20 seg.



Resina OD 55



Acido grabador
OD 63 15 seg.



Resina



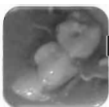
Fotocurado
40 seg.

Resina OD 65 y 63

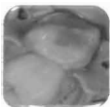
(17 marzo 2009)



Eliminación de caries OD 65 y 63



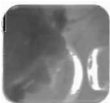
Cavidad OD 65



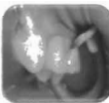
Acido grabador OD 65 y 63 por 15 seg.



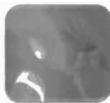
Adhesivo



**Fotocurado
20 seg.**



**Colocación de
resina**



**Fotocurado
40 seg.**

Toma de impresión para mantenedor frente estético

(17 marzo 2009)

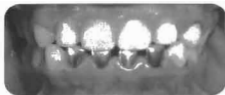


Colocación de frente estético

(31 marzo 2009)



Antes de cementar frente estético



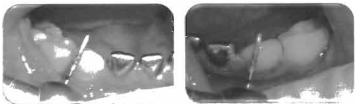
Frente estético 4 pñnticos

Desgaste selectivo de OD 53, 63, 73, 83

(31 marzo 2009)



Desgaste selectivo de OD 53 y 63



Desgaste selectivo de OD 83 y 73

Aplicación tópica de fluoruro

(31 marzo de 2009)

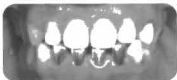


Aplicación de fluoruro por 5 min.

Inicial
(19 enero 2009)



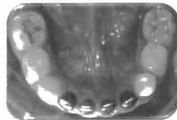
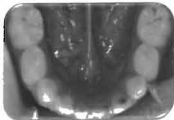
Final
(31 marzo 2009)



Inicial
(19 enero 2009)



Inicial
(19 enero 2009)



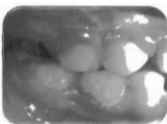
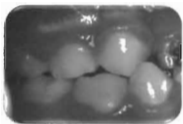
Final
(31 marzo 2009)

Inicial
(19 enero 2009)

Final
(31 marzo de 2009)

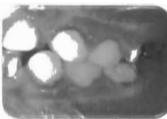
Lateral derecha

Lateral derecha



Lateral izquierda

Lateral izquierda



III. Conclusiones

La CTI debe tener la importancia de un problema de salud pública por lo que se debe hacer énfasis en la prevención, a base de higiene dental desde el nacimiento; asesorar adecuadamente la alimentación tanto del seno materno como con biberón; dar una guía de bebidas permitidas en el biberón y hasta qué edad se autoriza cada una de estas opciones de alimentación y hacer conscientes a los padres de responsabilizarse de la higiene bucal de sus hijos.

La atención bucodental de los niños que presentan CTI debe ir enfocada en eliminar las lesiones cariosas, restaurar los órganos dentarios y prevenir futuras lesiones.

Durante el tratamiento de estos pacientes debe observarse mejoría en los hábitos de higiene y lograr la participación tanto del paciente como de la madre.

El principal objetivo es eliminar completamente las lesiones cariosas y devolverles la salud, la función y la estética.

Es grato constatar que los pacientes regresen a citas de control con nuevos hábitos de higiene y por lo tanto con perfectas condiciones de salud bucodentales.

IV. Referencias bibliográficas

1. Bezerra S. Tratado de Odontopediatría. Venezuela: Amolca; 2008.
2. Boj J. Odontopediatría. Barcelona, España: Amolca; 2004.
3. Cameron A. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid, España: Harcourt; 2002.
4. Hubertus J. Atlas de Odontología Pediátrica. Madrid, España: Elsevier España; 2002.
5. Barbería L. Odontopediatría. Barcelona, España: Masson; 2002.
6. Cuenca E. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona, España: Masson; 2005 [en línea]. Disponible en:
http://books.google.com.mx/books?id=QbV_yMrXVTYC&pg=PA70&dq=caries+del+lactante&lr=&as_brr=3&cd=9#v=onepage&q=caries%20del%20lactante&f=false
7. Behrman R. Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona España: Elsevier; 2002 [en línea]. Disponible en:
http://books.google.com.mx/books?id=6a_ILbxRKwC&pg=PA1210&dq=caries+de+biberon&lr=&as_brr=3&cd=6#v=onepage&q&f=false
8. Cohen S. Vías de la pulpa. Madrid, España: Elsevier; 2004.
9. Cardenas D. Odontología Pediátrica. Barcelona, España: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003.



10. Garcia A. Caries Temprana de la Infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. México, D.F. : Instituto Nacional de Pediatría, 2008. [en línea]. Disponible en:
<http://www.actapediatrmex.entornomedico.org/archivo/29-02-2008/articulos/caries.html>
11. Graham J. Conservación y Restauración de la Estructura Dentaria. Barcelona, España: Mosby; 1999 [en línea]. Disponible en:
http://books.google.com.mx/books?id=49vCH2fYRZYC&pg=PA12&dq=caries&lr=&as_brr=3&cd=28#v=onepage&q=caries&f=false
12. Melara A. Caries de Primera Infancia. A propósito de un caso. Barcelona, España. Oper dent endod.; 2007 [en línea]. Disponible en:
http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=28
13. Jimenez R. Odontopediatría en Atención Primaria. España. Vértice, 2001 [en línea]. Disponible en:
http://books.google.com.mx/books?id=xu6sVw9RAu0C&pg=PA246&dq=caries+de+biberon&lr=&as_brr=3&cd=10#v=onepage&q&f=false
14. Gudiño S. La caries de temprana infancia y caries por amamantamiento prolongado. México, D.F.: Revista AMOP; 2005 [en línea]. Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=35460&id_seccion=2382&id_ejemplar=3665&id_revista=146
15. Riverón J. Factores de riesgo asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev Cubana Estomatológica; 2003 [en línea]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es

16. Bengel W. Valoración y Profilaxis. Barcelona, España: Elsevier; 2007. [en línea]. Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=ommRJ9t149sC&pg=PA280&dq=caries+de+biberon&lr=&as_brr=3&cd=33#v=onepage&q&f=false

17. Escobar M. Odontología Pediátrica. Venezuela: Amolca; 2004.

18. Braham M. Odontología Pediátrica. Argentina: Médica Panamericana; 1989.

19. Echevarría J. El Manual de Odontología. Barcelona, España: Masson; 2002. [en línea]. Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=QoLSHTQGmR4C&pg=RA1-PA1158&dq=caries+de+biberon&lr=&as_brr=3&cd=48#v=onepage&q&f=false

20. López E. Infectología Pediátrica. Argentina: Kliczkowuski; 2002. [en línea]. Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=bTMcJKGSu1AC&pg=PA204&dq=caries+temprana+de+la+infancia&lr=&as_brr=3&cd=4#v=onepage&q=caries%20temprana%20de%20la%20infancia&f=false

V. ANEXOS

VALORES	DESIGNACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	Leve	Desmineralizaciones leves o lesiones cavitadas, abarcando los incisivos superiores.
2	Moderada	Lesiones moderadamente cavitadas que compromete los incisivos superiores, primeros molares y primeros molares superiores e inferiores con extensa destrucción coronarias.
3	Intensa	Lesiones intensamente cavitadas abarcando los incisivos superiores, primeros y segundos molares e incluso los caninos.
4	Severa	Lesiones severamente cavitadas abarcando los incisivos superiores, primeros y segundos superiores e inferiores, caninos e inclusive los incisivos inferiores.

Tabla 1. Clasificación clínica según la severidad de la CTI

FACTORES A SER EVALUADOS	FAVORECE EL DESARROLLO DE CARIES
Lactancia materna/ biberón diurno	No, en niños < 5 años de edad, Si, en niños > 6 años de edad
Lactancia nocturna (paciente duerme sin cepillarse)	Si
Higiene / cepillado nocturno	No
Alimentación casera: carbohidratos fermentables, dulces, pastelitos, en alta frecuencia	Si
Historia familiar positiva de ausencia de caries activa, bajo tratamiento preventivo	No
Alteraciones congénitas, pacientes fisurados, dientes fusionados y dientes hipo mineralizados o hipoplásicos entre otros	Si
Uso del flúor	No

Tabla 2. Factores indicativos de riesgo y la posibilidad de adquirir la enfermedad