

Resúmenes Bibliográficos

Director de sección

Prof. Dr. J. Enrique Espasa Suárez de Deza

Colaboran

M. T. Briones Luján

O. Cortés Lillo

E. Espasa

M. Nosás

ACTITUDES Y PREFERENCIAS DE LOS PADRES ACERCA DE SU PRESENCIA DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL

Attitudes and preferences of parents about being present in the dental operatory

*Shroff S, Hughes C, Mobley C
Pediatr Dent 2015;37:51-5*

A lo largo de los años, la opinión de los odontopediatras en cuanto a si los padres debían o no permanecer en el gabinete dental durante los procedimientos ha ido variando. Según aquellos, a ello han contribuido, en parte, los cambios de la sociedad hacia el liberalismo, estando los padres notablemente menos dispuestos a establecer límites y usar la disciplina física y, al mismo tiempo, a un marcado interés de los mismos de prevenir el sufrimiento y a un aumento general de sobreprotección del niño.

Hay estudios, como uno de 1967, en los que se demuestra que el manejo de niños con comportamiento difícil se puede llevar a cabo precisamente por mantener a los padres alejados de sus hijos durante el tratamiento dental. Sin embargo, los padres insisten cada vez más en permanecer junto a sus hijos durante el tratamiento dental para evitarles de esta manera una posible experiencia de estrés emocional.

Recientemente (2013-2014), la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) en su *Guía clínica sobre la orientación de comportamiento para el Paciente Pediátrico* reconoció la presencia o ausencia de los padres como un paradigma importante y aprobó su uso como una técnica de manejo de conducta para ayudar a conseguir la cooperación del niño para el tratamiento. La participación de los padres en la atención de salud de los niños va en aumento, ya que su deseo de estar presentes deriva de su necesidad de verificar visualmente la seguridad de sus hijos y no implica necesariamente la desconfianza del dentista. Las directrices alientan a los profesionales para que se acostumbren a esta participa-

ción adicional, dirigir cualquier pregunta o preocupación, y permitir a los padres observar la realidad del tratamiento de su hijo.

El propósito de este estudio fue determinar si el tipo de procedimiento dental que se realiza en niños influye en los deseos de los padres para estar presente en la operatoria y el objetivo secundario fue determinar si el porcentaje de padres que deseen estar presentes para el tratamiento de su hijo se había mantenido constante en los últimos dos decenios.

Este estudio longitudinal se llevó a cabo con los padres de los niños que acudían a citas con el dentista en tres sitios distintos: Facultad de Odontología de la Universidad de Nevada (Las Vegas), y dos consultas con práctica privada en el sur de Nevada. Tras obtener el consentimiento informado, los padres respondieron a una encuesta anónima, siendo los datos recogidos durante un periodo de 5 meses (desde agosto hasta diciembre de 2013).

La encuesta estaba compuesta por tres secciones y un total de 20 ítems. La primera sección incluía información demográfica de los padres y la segunda, información demográfica e historia médica y dental de los niños. La tercera sección de la encuesta consistió en cinco escenarios distintos asociados a los procedimientos dentales en niños: 1) el examen y rayos X; 2) empastes y coronas de acero inoxidable; 3) extracciones; 4) sedación consciente, y 5) las restricciones físicas.

Las relaciones entre los datos demográficos y las respuestas a los escenarios se analizaron mediante el test del Chi-cuadrado.

Un total de 339 padres completaron la encuesta. De ellos, el 73% eran mujeres y un 60% eran de origen hispano. La mayoría de los padres tenía entre 25 y 40 años de edad, y había cursado estudios en la escuela de secundaria; los ingresos del 74% por ciento de los participantes era de menos de 50.000 dólares al año. El 53% de los niños del estudio eran del sexo femenino, y su rango de edad estaba comprendido entre los 2 y los 9 años. La

mayoría de los niños (el 80%) estaban sanos y el 75% había visitado al menos una vez a un dentista antes de la cita de estudio. El 79% de los padres afirmaron que sus hijos no habían tenido nunca una experiencia dental desagradable. El 78% de los padres prefería estar presente durante el tratamiento realizado a sus hijos y, de ellos, el 62% señaló como razón principal que los niños se sentirían más cómodos con ellos presentes. En cuanto a las repuestas de la tercera sección de la encuesta, el 71% de los padres quería estar presente para los exámenes dentales y los rayos X, el 70% quería asistir a los procedimientos de sedación, el 66% quería presenciar la colocación de empastes y coronas, el 65% quería observar las extracciones y el 61% quería estar presente mientras se empleara cualquier método de restricción física.

Los resultados de este estudio coinciden con otros muchos, siendo mayor la proporción de padres (78%) que desea estar presentes en el gabinete dental mientras se llevan a cabo procedimientos dentales a sus hijos. Este estudio demostró que la voluntad de estar presente era más probable si se trataba de la madre, con edades comprendidas entre los 31 a 40, lo que podría explicarse por ser las madres las principales responsables del hogar y poseer más instinto de protección, en comparación con la de los padres. Un resultado interesante, que también coincide con los resultados de otros estudios, es que el deseo de estar presente de los padres disminuye cuanto mayor es la percepción de riesgo o dificultad del procedimiento que se va a realizar. Este es el primer estudio que sugiere que el nivel educativo de los padres puede, de hecho, influir en su deseo de estar presentes durante los procedimientos; así, los que tienen un nivel de educación secundaria y superior eran más propensos a querer estar presentes si no estaban familiarizados con el dentista. Este punto demuestra que la relación que el dentista tiene con los padres también debe ser considerada cuando se determina la presencia o ausencia de los padres.

Los autores concluyen en este estudio:

1. La mayoría de los padres (78%) prefieren estar presentes en la operatoria, a pesar de los procedimientos dentales o técnicas de manejo de la conducta que emplee el dentista.
2. Solo el 38% de los padres (más de un tercio) optó porque el dentista, en exclusiva, decidiera si se les permitía permanecer con su hijo/a durante la operatoria dental.
3. El deseo de los padres para estar presente en la operatoria durante procedimientos dentales se ha mantenido relativamente constante (de un 70 a 78%), en los últimos 20 años.

M. T. Briones

Profesora Colaboradora Máster Odontopediatría

REABSORCIÓN CORONARIA COMPLETA IDIOPÁTICA PREERUPTIVA

Complete pre-eruptive idiopathic crown resorption
Cossellu G, Angiero F, Farronato G
Pediatr Dent 2014;36:E147-E150

La reabsorción interna/externa se define como la disolución de tejidos dentales mineralizados por células osteoclásticas. Es una entidad poco frecuente que generalmente afecta a la dentición primaria y se considera de patrón reactivo no deseado. La reabsorción preeruptiva aún es más rara; es asintomática y suele diagnosticarse mediante radiografías de control. En la dentición permanente suele afectar a molares y premolares inferiores y raramente se afectan caninos e incisivos.

Caso clínico

Paciente de 12 años, sin antecedentes médicos de interés, referido al servicio de ortodoncia de la Universidad de Milán. En la ortopantomografía correspondiente a los 10 años de edad se observaba: dilaceración de los dos incisivos centrales superiores (refería historia de trauma anterior a los 2 años de edad que podía justificar esta afectación), transposición del incisivo lateral superior derecho con el canino superior derecho, presencia de los cuatro gérmenes de los terceros molares, segundos molares en erupción y primeros molares erupcionados, aunque los ápices del primer molar inferior izquierdo estaban en contacto con los márgenes de la cortical mandibular.

En la exploración extraoral el paciente mostraba retrusión mandibular con perfil convexo y simetría facial. A la exploración intraoral presentaba dentición permanente completa, con segundos molares erupcionados y primer molar inferior izquierdo en infraoclusión; transposición de incisivo lateral superior derecho con el canino derecho.

Se prescribió una tomografía computarizada (TC) y se confirmó la existencia de los cuatro gérmenes de los terceros molares.

Se trató al paciente con expansión palatina rápida y tracción del canino superior derecho para corregir la transposición durante un periodo de 14 meses con visitas mensuales de ortodoncia. Tras este tiempo, se realizó de nuevo una tomografía de secciones de 1 mm de la mandíbula izquierda para planificar la extracción del primer molar anquilosado y consiguiente mesialización del segundo y tercer molar inferior. En esta tomografía se observó la ausencia de la corona del tercer molar, aunque persistía la imagen del saco folicular y la normalidad del hueso trabecular alrededor del saco folicular así como las corticales superior y laterales de la zona.

Al cabo de un año de la extracción del primer molar inferior izquierdo se constató la erupción del segundo molar inferior izquierdo y se realizó una ortopantomografía donde se confirmó la ausencia del tercer molar inferior izquierdo.

Discusión

El primer caso descrito de reabsorción preeruptiva fue descrito en 1941 como reabsorción intracoronal debida a caries intrafolicular o lesiones radiolúcidas compatibles con

las de caries. Bibliografía más reciente ha descrito la condición de reabsorción externa/interna en dientes permanentes no erupcionados como idiopática, pero con frecuencia se asocia a procesos patológicos o erupción ectópica de dientes vecinos. Las lesiones clínicas o radiológicas no difieren en aspecto según la causa; y el diagnóstico debe hacerse mediante análisis histológico y la historia médica del paciente.

Estudios histológicos de dientes preerupcionados con reabsorción coronal muestran que los cambios y alteraciones en la dentina no han sido causados por caries sino por invaginación de odontoclastos a través de pequeños defectos en el esmalte. Se ha sugerido que la reabsorción de este tipo puede ocurrir si hay fracturas en el reducido epitelio del esmalte que envuelve la corona del diente en desarrollo; estas microperforaciones pueden conducir al contacto entre el tejido conectivo y el esmalte dentario. El tejido conectivo, con sus canales de vascularización, puede alterar el desarrollo normal de la corona y causar hipoplasia de la estructura dental coronaria. Quistes, trauma o presión de dientes en erupción o aparatos de ortodoncia pueden provocar reabsorciones externas en dientes preerupcionados, aunque, en estos casos, la reabsorción se detiene cuando cesa el proceso de presión.

No hay datos epidemiológicos sobre la prevalencia e incidencia de la reabsorción parcial preeruptiva. De los casos descritos en la bibliografía, el segundo molar inferior ha sido el diente más afectado, aunque se presenta también alguna afectación de premolares y caninos. No se describen afectaciones en dos o más dientes.

Este caso clínico es el primero en que se observa una reabsorción completa de la corona de un diente no erupcionado, con la ausencia total de tejido mineralizado, y sin posibilidad de realizar ningún estudio histopatológico, es difícil de crear una hipótesis sobre la causa de dicha afectación. Se describe también un fracaso de erupción secundaria del primer molar inferior, pero el paciente no tomaba medicaciones o presentaba ninguna alteración en el metabolismo óseo que pudieran haber influenciado en la reabsorción preeruptiva del tercer molar o en el fracaso de erupción del primer molar.

Se apunta en la bibliografía, aunque sin tener una etiología específica, que un incremento en la prevalencia de reabsorción coronal externa idiopática se ha hallado en pacientes con alteraciones hereditarias en la formación del esmalte.

M. Nosàs Garcia

Profesora Asociada. Universidad de Barcelona

REVASCULARIZACIÓN DE UN DIENTE PERMANENTE INMADURO NO VITAL UTILIZANDO FIBRINA RICA EN PLAQUETAS **Revascularization of immature, nonvital permanent tooth using platelet rich fibrin in children**

*Nagaveni NB, Poornima P, Joshi JS, Pathak S, Nandini Db
Pediatr Dent 2015;37:E1-E5*

El tratamiento de los dientes permanentes inmaduros no vitales supone un reto para los odontopediatras. El método tradicional de apexificación con Ca(OH)_2 puede ocasionar un debilitamiento de las raíces; el procedimiento con MTA, aunque más rápido, mantiene las raíces delgadas y una escasa proporción coronorradicular. La endodoncia regenerativa surge como una alternativa para estos tratamientos.

La revascularización es el procedimiento más estudiado de endodoncia regenerativa. Para el éxito de estos tratamientos es fundamental la presencia de células indiferenciadas, de factores de crecimiento y de un armazón físico tridimensional para rellenar el espacio del conducto y que soporte el crecimiento de nuevos tejidos. Varios materiales han sido utilizados, como el coágulo sanguíneo, colágeno, o el plasma rico en plaquetas. Recientemente se ha desarrollado la fibrina rica en plaquetas, para uso en periodoncia, cirugía e implantología.

El objetivo de este estudio ha sido discutir los resultados clínicos y radiológicos de un caso de revascularización en un diente permanente inmaduro necrótico con el uso de un armazón de fibrina rica en plaquetas.

Caso clínico

Paciente de 10 años, con historia de trauma anterior en incisivo permanente maxilar central derecho, con ápices abiertos y sin signos de vitalidad pulpar. Una vez obtenido el consentimiento de los padres, se lleva a cabo el procedimiento de revascularización; una vez realizada la apertura, previamente realizando una mínima instrumentación e irrigación de hipoclorito al 5,25%, se introduce la pasta triantibiótica; ciprofloxacino, metronidazol, minociclina hasta la unión esmalte-cemento. A los 7 días, se elimina la pasta con solución salina, y se seca el conducto.

Para la preparación de la fibrina rica en plaquetas, se extrae sangre del paciente, se centrifuga a 3.000 rpm durante 15 min sin añadir anticoagulantes y se obtiene una capa intermedia de fibrina, como una membrana que se prepara cilíndricamente, para, con ayuda de un condensador, introducir en el interior del conducto. Sobre esta membrana se coloca una base de MTA blanco, con algodón y un cávit provisional, hasta el día siguiente, que se realiza la restauración con un ionómero de vidrios. Se realiza un seguimiento clínico y radiológico al mes, tres, seis, nueve y doce meses. Se observa una respuesta normal a la percusión y palpación y una respuesta positiva a la estimulación eléctrica y térmica pulpar. En la radiografía se observa un continuo desarrollo radicular, con paredes más gruesas y estrechamiento del canal.

Discusión

En los procedimientos de revascularización se han utilizado distintos materiales como armazón; coágulo,

colágeno, PRP..., con algunos inconvenientes o desventajas. En la revascularización mediante un coágulo, esta es obtenida mediante instrumentación de los tejidos periapicales, que puede ser molesto para el paciente, además la formación del coágulo no es sencilla y la colocación de la base de MTA hasta un nivel óptimo es difícil.

La fibrina rica en plaquetas tiene como ventaja, según los autores, que conlleva un método simple de preparación, aunque en la técnica es esencial la rapidez en realizar la centrifugación. Además, tiene una liberación lenta de factores de crecimiento, y a diferencia del PRP, no se disuelve tan rápidamente. La presencia de leucocitos le permite actuar como agente antiinflamatorio.

Según los autores, el inconveniente de este método es que precisa una extracción de sangre y el equipo especializado para procesarla. Por otra parte, la colocación de la membrana en el interior del canal puede ser difícil. Hay autores que consideran fragmentarla. No existe evidencia de cuál es el método más adecuado y esto depende de la experiencia del clínico.

En cuanto a la pasta triantibiótica, el principal inconveniente es la tinción, para ello es importante que no se sobrepase la unión esmalte-cemento para minimizar la tinción.

Al comparar este resultado con otras técnicas se observa que el desarrollo de la raíz es más rápido. Esto puede ser debido a una liberación de factores de crecimiento, lenta pero continua, en un periodo de 7 a 14 días. En el caso de PRP, la liberación es rápida en las primeras 14 horas y después disminuye.

Por otra parte, los resultados muestran una respuesta positiva del tejido; sin embargo, a nivel histológico no podemos concretar cuál es el tipo de tejido revascularizado. Según Ritter y cols., la probabilidad de que este sea pulpa es de un 30%.

De acuerdo con la Asociación Americana de Endodoncia, no disponemos aún de un protocolo estandarizado con evidencia científica para estos procedimientos. En este caso, los autores consideran que la fibrina rica en plaquetas puede ser un material válido para regenerar el tejido; sin embargo, se precisan estudios a más largo plazo, y compararlos con los otros materiales utilizados.

*O. Cortés Lillo
Profesora de Odontopediatría. Universidad
de Murcia*