

Hábitos infantiles para una buena higiene bucodental



La **caries** es la enfermedad crónica infecciosa más prevalente en el hombre (1-3). La mejora de los indicadores de salud bucal conseguidos en la población general no tiene la misma magnitud en los niños. La **caries en los niños** ocasiona una serie de secuelas a largo plazo, como pueden ser: infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, aparición de maloclusiones, además de las repercusiones médicas, emocionales y financieras. La caries es una afectación de origen multifactorial, y un bajo nivel socioeconómico, la escasa escolarización, unos hábitos alimentarios con una dieta rica en azúcares, y unos hábitos higiénicos inadecuados, así como los antecedentes médicos y los factores propios de cada individuo, pueden condicionar la sensibilidad para desarrollar la enfermedad (4, 5).

La palabra caries, de origen latino, significa degradación o rotura de los dientes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de caries dental sería *“un proceso patológico localizado, posteruptivo, de origen externo que produce un reblandecimiento del tejido dentario duro y que conduce a la formación de una cavidad”*. Según un informe de la OMS del año 2004, la caries dental afecta entre el 60% y el 90 % de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos (6).

Los niños con caries precoz en la infancia tienen mayor riesgo de presentar nuevas caries en la dentición permanente (7), por ello es muy importante establecer los hábitos de una buena higiene bucal, para así asentar una base de descenso de caries interproximales en los adolescentes (8, 9).

La **enfermedad periodontal** se previene eliminando el biofilm oral con un cepillado minucioso y evitando las maloclusiones dentarias, bien sean congénitas (causadas por una alteración del número, tamaño o forma de los dientes y por deformidades de los maxilares) o adquiridas (consecuencia de hábitos nocivos tales como el uso prolongado del chupete o biberón, chuparse el dedo, morderse las uñas u otros objetos, respirar por la boca). Su prevención consiste fundamentalmente en dejar estos malos hábitos (10) y en un número adecuado de visitas periódicas al odontólogo. La *American Academy of Pediatric Dentistry* y la *American Dental Association* recomiendan que la primera visita dental sea como muy tarde a los 12 meses de edad (11). Las visitas al odontólogo deben hacerse dos veces al año, pues la revisión periódica permite valorar los factores de riesgo y no sólo detectar una lesión o esperar a que el niño refiera dolor. Además, así se evita el coste de rehabilitaciones y ausencias escolares (12).

Una correcta higiene bucal es el factor clave para prevenir la caries en la infancia y, por ello, se debe informar a la familia sobre la importancia de este hábito y lo perjudicial que es que el niño duerma sin eliminar los residuos alimenticios (13), ya que durante las horas de sueño se desarrolla y crece la microbiota bacteriana en el medio ácido bucal, que no puede modificarse en las horas de reposo y que podría producir caries (14, 15). La higiene bucal infantil es responsabilidad de los padres, al menos hasta que el niño tenga la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años (14) y se considera que el niño es autónomo a partir de los 8 a 10 años de edad (14). En ese momento y hasta la adolescencia se recomienda la supervisión de su higiene oral nocturna.

● Cepillos

Después de que erupcionen los primeros dientes, se debe comenzar con la limpieza bucodental dos veces al día (13). Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa húmeda para limpiar la boca del bebé. Después de que erupcionen los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental. **El cepillo debe ser adecuado a la edad del niño y tener un diseño específico** con un mango recto y largo, una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un cabezal de tamaño compatible con la boca del niño. La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos anteroposteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable (16).

● Pasta dental

Una técnica correcta de cepillado se debe complementar con una **pasta dental fluorada** (14), aunque no se recomienda en niños que no hayan aprendido a escupir (generalmente, menores de dos años de edad) (17). La EAPD (*European Academy of Paediatric Dentistry*) incluye en sus guías la recomendación de la cantidad máxima de flúor para una pasta dentífrica según la edad.

● Hilo dental

El hilo dental es indispensable en una buena limpieza bucal para remover la placa bacteriana acumulada en los espacios interdentes, lo que evita el riesgo de la caries interproximal (18).

● Uso de flúor

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz en la reducción de la caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte dentario (19), pero hay que supervisar su administración en los niños, pues los posibles efectos secundarios, como la irritación de los tejidos blandos, hacen que se produzca un rechazo hacia este método, cuya función es remineralizar las superficies dentales para reducir o evitar las caries de las superficies lisas en etapa inicial (20-24).

Las decisiones respecto a la administración de flúor tópico deben estar basadas en el riesgo individual de caries (25); el pediatra y el odontopediatra deben analizar y decidir el tipo de administración de flúor y la frecuencia de su aplicación (16).

Bibliografía

1. Ettinger RL, Jacobsen J. Caries: a problem in an overdenture population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990;18:42-5.
2. Villalba JR, Rico R, Pérez-Gaeta JC, Casanova J. El problema de la caries dental en la edad escolar: un estudio transversal. *Rev Hig San Pub.* 1985;59:1215-22.
3. Domínguez Rojas VM, Acedo Díaz-Pache V, Astasio Rabiza P, Ortega Molina P, Pérez Bravo LA, Calle Purón ME. Prevalencia de caries en una población escolar. *Av Odontoestomatol.* 1990;6:271-9.
4. Mora León L, Martínez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. *Aten Primaria.* 2000;26:398-404.
5. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C, Mir Plana B. Prevalencia de la caries dental en el niño inmigrante: estudio comparativo con el niño autóctono. *An Pediatr (Barc).* 2006;65:337-41.
6. World Health Organization. El problema mundial de las enfermedades bucodentales. Genève: WHO 2004.
7. Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16:152-60.
8. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene and parent-related factors during early childhood in relation to approximal caries at 15 years of age. *Caries Res.* 2008;42:28-36.
9. Douglass JM, Douglass AB, Silo HJ. A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician.* 2004;70:2113-20.
10. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:125-32.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Infant oral health. *Pediatr Dent.* 2000;22:47-48.
12. Ronis DL, Lang WP, Farghaly MM, Passow E. Tooth brushing, flossing, and preventive dental visits by Detroit area residents in relation to demographic and socioeconomic factors. *J Public Health Dent.* 1993;53:138-45.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent.* 2008-2009;30:90-3.
14. Unkel J, Fenton SJ, Hobbs G, Frere C. Toothbrushing ability is related to age in children. *J Dent Child.* 1995;62(5):346-8.
15. Nalte A. Microbiología Odontológica con Nociones Básicas de Microbiología e Inmunología. 3a ed. México Interamericana 1984; 198-208.
16. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp.* 2010;68:351-7.
17. Correa MS, Diseña RM, Weffort SY (Eds). Salud bucal del bebé al adolescente: guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores, 1.ª ed. Gen Santos Editora. Sao Paulo 2009; 1-176.
18. Edelstein BL, Chinn CH, Laughlin RJ. Early childhood caries: Definition and epidemiology. En: Berg, J.H., Slayton, R.L. (Eds.). Early childhood oral health, 1.ª ed. Wiley-Blackwell. Iowa 2009; 18-49.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the use of fluoride. *Pediatr Dent.* 2008-2009; Reference Manual 30: 34-35.
20. Monterde ME, Delgado JM, Martínez IM, Guzmán C, Espejel M. Desmineralización-rem mineralización del esmalte dental. *Asoc Dent Med.* 2002;59:220-2.
21. Gilbert GH, Duncan RP, Gandsal LH, Fet HW. Attitudinal and behavioral characteristics of older Floridians with tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21:384-9.
22. Reich E, Petersson LG, Netuschil L. y cols. Mouthrinses and dental caries. *Int Dent J.* 2002;52:337-45.
23. Zuanon AC, Aranha F. Mouthwash ingestion by preschool children. *J Clin Pediatr Dent.* 2005;30:15-8.
24. Carretero MA, Esparza GC, Figuero E, Cerero R. Colutorios con alcohol y su relación con el cáncer oral. Análisis crítico de la literatura. *Med Oral.* 2004;9:116-123.
25. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122: 1387-1.394 [acceso 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/6/1387.abstract>