

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología.

63
2ej.

DECIMO SEMINARIO DE TITULACION

"INDICE DE NIÑOS CON SINDROME DE BIBERON Y AUMENTO
DEL CONSUMO DE AZUCARES EN NIÑOS PREESCOLARES"
EN EL DECIMO SEMINARIO DE TITULACION

TESINA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
RICARDO L. CORTES BARRON

NOVIEMBRE 1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | Pág. |
|--|------|
| PROLOGO | 1 |
| INTRODUCCION | 5 |
| CAPITULO I | |
| CARIES | |
| 1) Epidemiología | 7 |
| 2) Etiología | 8 |
| 3) Placa dentobacteriana | 10 |
| 4) Factores contribuyentes | 13 |
| 5) Aspectos clínicos de la caries | 14 |
| 6) Métodos de control de caries | 16 |
| CAPITULO II | |
| PREVENCIÓN | |
| 1) Concientización de la importancia de la dentición Temporal | 18 |
| 2) Prevención y enseñanza de métodos de higiene | 21 |
| 3) Aplicación de fluoruros | 23 |
| 4) Dieta | 25 |
| 5) Control de los cuidados y citas periódicas | 25 |

CAPITULO III

SINDROME DE BIBERON

| | |
|--|----|
| 1) Diagnóstico diferencial | 27 |
| 2) Características del síndrome de biberón | 28 |
| 3) Deglución | 32 |
| 4) Plan de tratamiento y rehabilitación | 34 |

CAPITULO IV

INVESTIGACION DE CAMPO

| | |
|---|----|
| 1) Encuestas en clínica y resultados | 37 |
| 2) Investigación y resultados del consumo de azúcar | 41 |
| 3) Investigación y resultados de los elementos contenidos en la leche preparada | 43 |
| 4) Observaciones | 44 |

CAPITULO V

CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BIBERON

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1) Problemas psicológicos y fonéticos | 45 |
| 2) Maloclusiones | 46 |
| 3) Atrexis maxilares | 47 |
| 4) Hábitos | 48 |
| 5) Malposiciones | |

| | |
|--------------|----|
| CONCLUSIONES | 50 |
|--------------|----|

| | |
|--------------|----|
| BIBLIOGRAFIA | 56 |
|--------------|----|

PROLOGO

La pérdida prematura de los dientes en el niño es un hecho muy común en nuestra sociedad y esto puede ocurrir por diferentes factores como lesiones, traumatismos, iatrogenias, padecimientos, síndromes.

En los síndromes encontraremos nuestro enfoque de estudio, y más precisamente en uno que se desarrolla por la ignorancia de los padres de los niños o personas que se encuentran a cargo de su cuidado por espacios largos de tiempo o recomiendan ciertos consejos para su desarrollo como los pediatras.

El síndrome de biberón, es un padecimiento que se puede evitar completamente en todos los casos, este síndrome es multifactorial ya que en su desarrollo intervienen factores de hábitos de higiene principalmente así como factores nutricionales o de dieta rica en azúcares.

El síndrome de biberón no sólo lesiona la integridad bucal del niño sino que también afecta la conducta de comportamiento del mismo y su desarrollo psicológico, ya que el niño se intimida al hablar o participar en una actividad en grupo por el miedo de ser criticado o rechazado, por este mismo grupo aun los adultos que lo rodean lo compadecen o juegan con su aspecto siendo que no es culpa de él, ese estado de destruc-

ción que aunque es transitorio no deja de ser importante en su desarrollo.

En el síndrome de biberón también podemos contar el factor anémico del niño ya que por lo general su dieta se encuentra desproporcionada consumiendo en mayor cantidad grasa y azúcares (carbohidratos) que proteínas, vitaminas y minerales y - la forma de consumo de los mismos es una dieta en su gran mayoría blanda, ayudando la acumulación de placa dentobacteriana - en los dientes y creando un medio propicio para el desarrollo de caries.

PROLOGO

Actualmente, el ochenta por ciento de la población infantil padece de algún tipo de caries, que puede variar de un estado leve, a la destrucción total de los órganos dentarios infantiles.

Estudios realizados indican que muchos de estos estados graves se inician con el síndrome de biberón, el cual es el resultado de la falta de información de los padres con respecto al daño ocasionado por el biberón cuando éste se da por periodos prolongados por la falta de alimentación adecuada y administración de alimentos ricos en azúcares y la falta de hábitos de higiene durante la lactancia.

Este problema trasciende, cuando por falta de atención -- odontológica el niño llega a perder los órganos dentarios involucrados y ocasionan problemas mayores, como la mala masticación y la mala nutrición, y posteriormente la pérdida de espacio y maloclusiones que afectan a los dientes permanentes y la salud bucal y general del futuro adulto. Esta responsabilidad recae también en el Cirujano dentista que en muchas ocasiones no está preparado adecuadamente para restablecer la salud perdida por causa de este síndrome.

Otro problema es la industrialización y comercialización-

de los alimentos que se le administran por el biberón a los niños actualmente. La publicidad que se les dá a estos alimentos y la facilidad de su preparación llevan a su consumo en forma desordenada. Estos alimentos por lo general son ricos en - azúcares y por lo tanto fáciles de fermentar en el medio bucal y muy cariogénicos.

Este estudio pues, está encaminado a la investigación del consumo de azúcares y alimentos cariogénicos que se le administran al lactante por el biberón y que son parte importante en el desencadenamiento de este síndrome.

INTRODUCCION

El síndrome de biberón se presenta únicamente en dientes temporales afectándolos en diferentes niveles hasta llegar a su estadio mas grave como es la destrucción de la corona del mismo y reacciones periapicales ocasionando abscesos frecuentes y orillando al tratamiento de extracción.

El síndrome de biberón tiene por característica lesionar los incisivos superiores en su primera etapa y puede ir afectando a los caninos, molares superiores, molares inferiores y por último a los caninos e incisivos inferiores. Esto se debe principalmente a la deglución y masticación, ya que el niño -- por lo general duerme con la mamila y no deglute el último trago, al estar durmiendo el niño protulle la lengua al expulsar el aire y la retrae al respirar esto crea una especie de marea en la zona de los dientes anteriores que viaja y penetra por los espacios interproximales de los incisivos superiores no -- siendo una presión con la fuerza suficiente para eliminar los restos acumulados en esta superficie comenzando la caries en estas zonas precisamente y así al encontrar retención los restos alimenticios y no ser removidos rodean al diente por su -- parte vestibular ya que son compactados por el labio y retenidos por la caries interproximal y la encía, en los caninos y -

molares se desarrolla subsecuentemente.

La dentición temporal tiene una gran importancia en el desarrollo óseo ya que dirige o desvía su formación, con respecto a los dientes permanentes los dirige en su erupción y posición en los arcos y en función fonética son los dientes que -- permiten al niño la pronunciación de las palabras, estéticamente dan un aspecto de salud y psicológicamente seguridad, el niño puede consumir alimentos de cualquier tipo de consistencia sin temor al dolor.

Los dientes temporales no por el hecho de permanecer durante poco tiempo tienen menor o ninguna importancia con respecto a los dientes permanentes, ya que existe muy frecuentemente la creencia que los cambian y por ello no deben de preocuparse tanto por ellos, esto es muy frecuente en cuanto a los padres (o gente en general) y también a los dentistas de práctica general o conocimiento escaso del paciente pediátrico, la mayoría de las maloclusiones se anteceden a un tratamiento incorrecto del infante tanto en cuidados como en atención en su desarrollo.

CAPITULO I

CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad que afecta a los tejidos calcificados. Es detectable en su primera manifestación - por crear una zona blanquecina en la superficie dentaria en este momento está afectando al tejido superficial que es el esmalte, cuando esta zona padece una desmineralización más profunda se torna de color amarillento, esto indica que la lesión se encuentra en contacto con la dentina a simple vista es más evidente, ya que progresivamente aumenta de un tono amarillento a un tono café pardo y en su evolución más crónica en un color café oscuro a negro, aumentando la extensión de la zona de desmineralización y destrucción.

EPIDEMIOLOGIA:

La caries dental tiene una gran cantidad de factores favorables a su evolución pero entre tantos se puede decir que - - existen tres básicos que conjuntan una tríada de esta enfermedad, estos factores son: Huésped: este lugar lo ocupa el diente que es en donde específicamente se desarrolla la enfermedad.

Agente: Es la flora bucal que es capaz de afectar al - -

huésped si existen condiciones favorables para su desarrollo.

Medio ambiente: Este está dado por elementos de asentamiento del agente sobre el huésped y a su vez favorece su desarrollo, existen otros factores importantes en el padecimiento y frecuencia de caries como por ejemplo los hábitos de dieta, si es blanda o fibrosa, si existe higiene, hipoplasias del esmalte, situación geográfica, raza, etc.

La ingestión de carbohidratos así como no tener un orden de alimentación son factores que incrementan el riesgo de padecimiento y desarrollo de la enfermedad, ya que la saliva tiene capacidad de variar su pH (potencial de hidrógeno) esto es que en ausencia de alimento el pH de la saliva se encuentre básico que quiere decir que no favorece el desarrollo de las bacterias de la flora bucal, pero cuando hay presencia de alimentos el pH baja a conservar en un medio ácido la boca y esto se explica por que los alimentos se pueden asimilar más por el organismo cuando se encuentran afectados por sustancias ácidas mismas que junto con los carbohidratos son un medio ambiente para la proliferación y desarrollo de la caries.

ETIOLOGIA:

La caries dental no tiene una explicación del todo aceptada, se han propuesto muchas teorías de las cuales se aceptan dos de ellas que son:

La teoría Proteolítica, y la teoría acidogénica, en esta segunda enfocaremos la explicación y curso de la caries dental.

La teoría acidogénica o del doctor Miller, se aprecia -- que la caries es un proceso dual en que intervienen factores químicos y orgánicos como parásitos por eso se dice que es quimio parasitaria y se observa que tiene dos factores, el primero es la desmineralización del esmalte afectando al tejido que lo compone como son los prismas el esmalte y penetrando entre ellos en los espacios interprismáticos, cuando logra romper algunos prismas el esmalte es más vulnerable a la enfermedad y por lo tanto es más fácil que se propague en dirección a la dentina que es el segundo factor en el desarrollo de la caries, en este tejido menos resistente a la acción ácida de las bacterias las desmineralizaciones y destrucciones es más evidentes ya que la conformación de este tejido es menos organizada que la del esmalte propagándose y empezando, a manifestar molestias según avance su crecimiento.

En la teoría acidogénica se ha observado que la degradación de los alimentos no removidos de las superficies de los dientes en las 24 a 48 horas subsecuentes crean ácido suficiente para desmineralizar la dentina sana.

Los microorganismos, los carbohidratos y un medio ácido son factores que dan en conjunto la desmineralización de los tejidos calcificados entre los microorganismos existen los que

son acidógenos que por medio de degradación de los carbohidratos producen ácido y otros más especializados que son los acidófilos que pueden vivir en un medio ácido, como es el que se crea, cuando la saliva trata de descomponer los azúcares que se encuentran en la boca, y también este medio ácido es producido si existe gran cantidad de caries.

Todos estos elementos se verán favorecidos por la presencia de un depósito dental que se encuentra estructurado de elementos orgánicos e inorgánicos y este depósito es más conocido como Placa Dento Bacteriana.

PLACA DENTOBACTERIANA

La placa dentobacteriana tiene su inicio en una película adquirida que se forma sobre los dientes así como en otras superficies no susceptibles a la descamación, expuestas al medio ambiente y no hay presencia de microorganismos, es una sustancia acelular afibrilar, granular y homogénea con un espesor de 0.1 a 0.8 micrones.

La película adquirida se forma constantemente y está compuesta por glucoproteínas de la saliva adsorbidas selectivamente la superficie de los cristales de hidroxiapatita del esmalte.

La película adquirida forma la interfase entre la superficie del diente y la placa dentobacteriana.

En los procesos cariosos la composición de los depósitos-cambia, es un depósito libre de materia orgánica pero puede facilitar la adhesión, colonización, supervivencia y crecimiento bacteriano.

La placa dentobacteriana clínicamente se aprecia como una masa blanca amarillenta difícil de desprender (sólo con medios mecánicos) localizado tanto en tejidos blandos, duros y en restauraciones.

Es un depósito de naturaleza predominantemente microbiana y resulta de la colonización y el crecimiento de materia orgánica sobre la superficie de los dientes y en la película adquirida.

La placa dentobacteriana está formada por diferentes colonias de bacterias como son: cocos, diplococos, estafilococos, -estreptococos y menos cantidad hongos y levaduras, entre las diferentes cepas de bacterias encontramos aerobias y anaerobias, las aerobias se encuentran hacia la superficie de la placa y las anaerobias se encuentran en la parte más profunda y -hacia la superficie del diente.

La formación de la placa dentobacteriana es en dos pasos- que son:

- a) Adherencia selectiva.
- b) Crecimiento y maduración.

Adherencia selectiva, es cuando los microorganismos capaces de crear caries se integran a la película adquirida, y estos microorganismos por sí solos no pueden establecerse en la superficie de los dientes por que poseen una carga negativa al igual que la que poseen los dientes y como las cargas iguales se repelen evita su contacto por lo tanto al estar presente la película adquirida con glucoproteínas salivales hay más cationes que son de carga positiva favoreciendo el adosamiento de los microorganismos los cuales cuentan con prolongaciones llamadas fibrillas y una sustancia llamada adhesiva que junto con los glicocalis favorecen la unión con otros microorganismos.

El crecimiento de las colonias está también dado por zonas de retención como pueden ser las fisuras, las fosetas y las grietas.

Al encontrarse ya establecidos los microorganismos producen una matriz extracelular (formada por dextranos, levanos y productos tóxicos de las bacterias) que junto con la saliva (glucoproteínas), células muertas (pared de las células bacterianas), esto tiene por función el almacenamiento de elementos nutritivos, crear una mayor estructura de sostén, permite el paso del exterior hacia el interior y viceversa, crecimiento continuo por aposición mayor complejidad de la flora e incremento en el crecimiento y profundidad de la lesión!

Las colonias de microorganismos se verán favorecidas por la maltosa lactosa y glucosa que son carbohidratos de mayor -- presencia en el niño preescolar.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Los factores contribuyentes los podríamos clasificar en -- tres:

- a) Diente.
- b) Saliva.
- c) Dieta.

Diente, en cuanto a su composición se debe remarcar los -- defectos de calcificación que se pueden presentar una ameloge-- nesis imperfecta (hipoplasia adamantina) esto crea que el teji-- do del diente sea anormal y por lo tanto crea un factor predi-- sponente, otro factor es las características morfológicas como-- pueden ser las grietas, los surcos y depresiones de los dien-- tes, y por último la posición de los dientes si están en con-- tacto interproximal estrecho o apiñonados.

La saliva posee un factor amortiguador que le permite -- crear un medio ácido en la boca al ingerir un alimento y tener un medio básico al no comer, cuando el medio ácido se encuen-- tra trabajando para desdoblar los elementos de los alimentos -- es aprovechado por los microorganismos para acelerar su fun-- ción acidógena y propagar la caries.

La dieta es el factor contribuyente sobre el cual se puede decir que la caries se podría controlar en un gran porcentaje, esto es a que el consumo de carbohidratos se debe de controlar tanto en frecuencia como en cantidad por que a mayor consumo en tiempo y cantidad mayor puede ser el desarrollo cariogénico.

La consistencia de los alimentos debe ser de consistencia fibrosa y un tanto reseca, ya que la consistencia blanda y pastosa o pegajosa ayuda a que los alimentos se queden impactados y adheridos en las superficies o depresiones de los dientes -- contribuyendo al desarrollo cariogénico.

ASPECTOS CLINICOS DE LA CARIES

La caries se puede clasificar de muchas maneras pero las más comunes son: de acuerdo a su localización, a) caries de fosa y fisuras; b) caries de las superficies lisas.

De acuerdo a la rapidez del proceso: a) aguda; b) crónica.

También por su ataque inicial orecidiva: a) Caries primaria o virgen; b) caries secundaria o recidivante.

La caries de fosas y fisuras por lo general en el niño es de tipo primario dándose más comúnmente por la falta de higiene y se desarrolla principalmente en primeros molares temporales y en incisivos superiores.

La caries en superficies lisas también es de tipo primario y se puede localizar en las zonas en las cuales la placa dentobacteriana es difícil de ver, se localiza en los espacios interproximales como el niño no tiene el hábito o la pericia de lavarse bien los dientes la caries se asentará en esta zona.

La caries aguda es de evolución rápida y afecta principalmente al niño ya que los túbulos dentinarios son más grandes y se encuentran menos calcificados este tipo de caries en muy corto tiempo puede llegar a crear lesión pulpar irreversible y dolor constante y de generar en inflamación de tejidos blandos circundantes al diente.

La caries crónica no es tan frecuente en niños y es de evolución muy lenta y de superficie más extensa y por esto mismo la saliva y si existe higiene ayudan a que su desarrollo sea más lento.

La caries primaria o virgen es en la que el diente lesionado no ha sido tratado mecánicamente ni químicamente es la caries en su manifestación más pura en este tipo de lesión es en donde se encuentra en mayor cantidad los pacientes que manifiestan síndrome de biberón, ya que el paciente es llevado a consulta más que nada por el dolor e inflamación que por su aspecto.

La caries secundaria o recidivante es de consideración -

también en odontopediatría, por que es donde se manifiestan -- dos aspectos. El primero que puede ser una iatrogenia por culpa del odontólogo y el segundo que persista la falta de cuidado por parte de los padres y el niño padezca caries en el mismo diente ya tratado.

METODOS DE CONTROL DE CARIES

Los métodos de control de caries están dirigidos a evitar el aumento de índice de caries y no a erradicarla únicamente - cuando está presente esto se puede lograr mediante medidas generales y pueden ser: 1) químicas; 2) nutricionales; 3) mecánicas.

Las medidas químicas pueden ser la aplicación de fluoruro por vía endógena como es fluoración del agua, fluoración de la sal, y consumo diario de fluoruros preparados en sustancias ingeribles.

En las medidas nutricionales se pueden aplicar dietas fosfatadas y de un contenido un poco mayor de calcio y a su vez - reduciendo la cantidad y frecuencia de carbohidratos en cualquiera que sea su presentación.

Las medidas mecánicas para el control de caries son en -- realidad las más específicas ya que los resultados se observarán inmediatamente y eso hará que el paciente receptivo sienta un alivio al sentirse protegido por la prevención y se puede -

lograr por medio de técnicas de cepillado de acuerdo a sus capacidades de elaboración de la misma e instruyendo a los padres del niño, profilaxis dental cada seis meses para control y revisión, aplicación tópica de fluoruros, selladores de fosetas y fisuras y en cuanto a dieta alimentos, detergentes que sean fibrosos y duros y en casos de consumir golosinas se recomienda se le dé gomas de mascar que no tengan azúcar y que su consistencia al masticar no llegue a ser demasiado suave y no pierda la característica de ser pegajosa para así eliminar -- los dentritos y restos de alimentos, también se recomienda que no mastique o muerda los caramelos, ya que se impactan en las depresiones de los dientes.

CAPITULO II

PREVENCION

1) CONCIENTIZACION DE LA IMPORTANCIA DE LA DENTICION TEMPORAL

Es muy frecuente encontrar en la creencia de los padres - que los dientes temporales carecen de importancia por su corto tiempo de permanencia en boca y porque de una u otra manera se rán sustituidos por dientes permanentes.

Es el papel del dentista estar consciente del valor real- que tiene cada uno de los dientes temporales en el desarrollo- dental y óseo del niño, por ello debe de enfocarse los trata- mientos a mantener el mayor tiempo conveniente los dientes tem porales en boca y en función neuromuscular para el desarrollo- integral de su aparato masticatorio.

El niño tiene en su aparato bucal a los dos años 20 órga- nos dentarios temporales, 10 en la arcada superior y 10 en la- arcada inferior y 5 por lado, esto carecería de importancia si los dientes no se vieran relacionados cunos con otros, ya que- los di-ntes temporales tienen funciones, como la de mantenedo- res de espacio para los dientes permanentes al existir ausen- cia de un diente, los dientes contiguos y más los que se en- -

cuentran distalmente tenderán a recorrerse y ocupar ese espacio vacío, esto pasa por que los dientes no detienen nunca sus fuerzas eruptivas, sólo permanecen en un lugar cuando éstas -- fuerzas se ven equilibradas con unas en sentido contrario, por ejemplo al hacer al extracción del primer molar inferior temporal, el segundo molar inferior temporal comenzará a perder resistencia a su fuerza mesial de erupción y por lo tanto tenderá a ocupar el espacio libre que se encuentra en dirección mesial al llegar a recorrerse y ocupar el segundo lugar molar superior temporal a no encontrar un equilibrio y poca resistencia del antagonista empezará a continuar su erupción en dirección vertical descendente hasta encontrar una fuerza de resistencia en sentido contrario que podría ser el proceso alveolar inferior y entonces equilibraría nuevamente sus fuerzas eruptivas y se estabilizaría en esa posición sea en la que se encontrare, con estos movimientos existe una pérdida total de patrón de erupción para los dientes permanentes y por consecuencia existirá una maloclusión ya que a pérdida de espacio el -- primer molar permanente tenderá a mesializarse y al erupcionar los premolares se apiñarán y se desviará la oclusión.

Los dientes temporales tienen la función de estimular el desarrollo de los maxilares, ya que en ellos y por ellos se -- descargan y dirigen las fuerzas de masticación, el niño en su etapa temprana y sin presencia de ningún diente tiende a hacer movimientos protrusivos al deglutir esto lo hace por que su --

lengua no encuentra apoyo para detenerse y permitir el paso -- del alimento a la faringe y por lo tanto la debe de protruir -- para permitir el paso del alimento sin ejercer ninguna fuerza -- con ella. Cuando existen dientes el niño controla sus movi- -- mientos de lateralidad por medio de los molares y caninos y -- sus movimientos de protrusión con los incisivos anteriores, al morder las fuerzas de masticación descansan en las superficies oclusales de los molares y al cortar en el borde incisal de -- los dientes anteriores y a su vez estimulan el crecimiento del hueso y la tonicidad de los músculos masticadores.

La característica de la fonación, es una de las consecuencias más obvias en la pérdida de los dientes anteriores superiores temporales, ya que el niño empieza a cecear por lo tanto las palabras no las dice correctamente y se debe a que la - lengua no encuentra apoyo para pronunciar algunas letras o palabras, tampoco el labio inferior encuentra apoyo y otras palabras o letras no serán pronunciadas correctamente o completamente.

La función estética y el estado psicológico de salud del niño van ligados íntimamente, ya que el niño a no tener dientes anteriores temporales presenta un aspecto raro y da pie a que sea señalado por esa ausencia, esto crea un aspecto raro y a su vez influencia al niño a perder seguridad en sí mismo y - al temor a la burla en público por lo tanto se retrae y se aisla de los demás tanto niños como adultos.

La pérdida de los dientes anteriores creará que el niño - incurse en la lengua por el espacio libre creando separación - de los dientes inferiores y protruyendo la mandíbula al no encontrar un freno a su desplazamiento y asimismo perdiendo la - dimensión vertical y creando una sobre mordida vertical, y un - pseudoprognatismo y prognatismo.

PREVENCIÓN Y ENSEÑANZA DE MÉTODOS DE HIGIENE

La prevención de caries se iniciaría por parte de los padres dando a conocer los alcances de una destrucción o pérdida de un diente y sus consecuencias más lamentables.

En el consultorio dental se pueden tratar niños de diferentes edades y mucho depende del dentista que el paciente se vuelva renuente o receptivo al tratamiento, otro método de prevencción son los programas de higiene dental que se están desarrollando en las escuelas y guarderías en los cuales se aplica flúor de formatópica por medio de colutorios y técnica de cepillado en casos más avanzados se remite a los centros de salud para su atención general.

CEPILLADO DENTAL

El paciente pediátrico junto con sus padres se les debe - de instruir en una adecuada técnica de cepillado para sí lo - grar que el niño por costumbre y asesoría casera logre evitar - la formación de depósitos en los dientes.

Para que el paciente tenga mayor control sobre los movimientos y direcciones del cepillo dental se debe de escoger un cepillo dental de cabeza pequeña y pocas hileras de cerdas para que las mismas cerdas no impidan la penetración en los espacios interproximales, el mango del cepillo debe de ser un poco más grueso de lo normal para que el niño pueda apretarlo y no se le gire en la mano, esto se puede lograr enrollando abatelenguas con cinta adhesiva, al mango y también recortándolo para que el niño no lo introduzca más de lo debido y se evite -- que se lastime.

La presencia de placa dentobacteriana se puede percibir -- por medio de tinciones las cuales ponen de manifiesto por medio de zonas más oscuras alrededor del cuello de los dientes y por lo tanto es la zona de principal acumulo así como las caras oclusales de los molares, las tinciones para ser posible -- estas manifestaciones se presentan en forma de pastillas masti cables y de sabor agradable el paciente las mastica y las escupe logrando de esta manera la tinción de la placa y por medio del cepillado se debe de eliminar las zonas de placa, al terminar de eliminar la placa se procederá a repetir la técnica de cepillado pero con pasta dental para reafirmar la técnica de -- eliminación de placa y control del cepillado es conveniente -- realizar este proceso una vez por semana para reafirmar el hábito y forma de higiene dental.

Las pastas de diente juegan un factor importante en el de

sarrollo de la técnica de cepillado ya que el niño encuentra una sensación agradable al gusto al cepillarse con un sabor agradable aunque esté condicionado a una rutina, las pastas dentales se pueden ver acondicionadas con fluoruros y calcio pero las cantidades que se les integre deben de ser muy bajas por la frecuencia de su uso y aunque tienen estos elementos no superarán la aplicación de fluoruros por vía tópica aplicados por el dentista ya que estos fluoruros se encuentran más concentrados y puros y son mejor asimilados por el esmalte.

Los enjuages no tienen un uso muy práctico y difundido en la odontopediatría, que aunque su acción química es muy por debajo a las mecánicas no deja de ser un auxiliar en la higiene dental.

Un método de higiene en situaciones de ausencia de un lugar para efectuarla correctamente es la goma de mascar y es la ideal aquella que no contiene azúcar ni es de consistencia blanda sino que se adhiere y se despega fácilmente de las superficies dentales acarreando restos alimenticios aunque no remueva del todo la placa ya que solamente se remueve por métodos mecánicos directos.

APLICACION DE FLUORUROS

La aplicación de fluoruros por vía endógena se suministra por vía acuosa pero es muy difícil que el fluoruro en esta si-

tuación cause los efectos deseados ya que como sabemos es un elemento muy inestable en el medio ambiente y por lo tanto es muy fácil que se inactive y su efecto sea muy bajo o nulo, en ciudades donde la cantidad de fluoruro es muy alta y sus condiciones son muy adecuadas para su acción existe el problema de fluorosis que un exceso en la administración o consumo del fluoruro.

La vía más conveniente y eficaz para un control de aplicación y frecuencia en la absorción de fluoruros es la vía tópica que se aplica en el consultorio dental ya que la naturaleza del fluoruro se ve más conservada por encontrarse aislado de otros elementos y en forma más pura ya que su concentración es de:

El número de aplicaciones lo determina el grado de predisposición de caries o la presencia de caries para inducir su remineralización y detención del proceso carioso, como la consistencia del fluoruro dental es en gel y por lo tanto su retención en las superficies es más adherida y se absorbe mejor. Recientemente existe en México una solución de fluoruro por vía endógena y es administrado en gotas diarias por sus características parece ser efectivo pero no se han desarrollado estudios sobre su efecto inconveniente.

DIETA

La dieta del infante se ve enriquecida por carbohidratos y grasa en términos generales las grasas, son estrictamente necesarias en su desarrollo y de cierta manera no son un elemento nocivo por sí solas ya que protegen al diente de otros elementos y son estables en su pH por lo tanto no crean medios -- ácidos.

Los carbohidratos se asimilan por medio de enzimas que se desarrollan en medio ácido, por medio de la saliva, esto favorece la producción de elementos acidógenos por parte de la flora microbiana normal de la boca y al estar éstos establecidos en la placa dentobacteriana se produce desmineralización del esmalte y penetración de elementos cariogénicos a la dentina, y se desencadena el proceso carioso.

CONTROL DE LOS CUIDADOS Y CITAS PERIODICAS

Los cuidados generales que se deben de tener presentes es el hábito de higiene por medio del cepillado y si éste se ve favorecido por el uso de pastillas reveladoras para su control de placa y si se administra fluoruros por vía endógena es otro elemento favorable.

Las citas periódicas se avocarán a inspección general de tejidos blandos y duros, la inspección dental en general e - -

identificación de caries y obturaciones en caso necesario, revisión de la técnica de cepillado y aplicación tópica de fluoruro como método preventivo y de manutención con estos elementos periódicos el control de la caries está prácticamente dominado.

CAPITULO III

SINDROME DE BIBERON

El biberón es un método para alimentar al bebé, pero muy-frecuentemente, se prolonga su tiempo de uso, e indebidamente-se le agregan endulzantes a los líquidos que por el se adminis-tran al niño, para ser usados como calmantes al tratar de con-solar al niño controlando su comportamiento aún en horas de --sueño. Este hábito puede causar fácilmente la aparición del -síndrome de biberón, en el cual los dientes de los niños de 2-a 4 años de edad son destruidos por caries dental de proceso -agudo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Al diagnosticar el síndrome de biberón debe de tenerse -precaución de no confundir el tipo de lesión con la hipoplasia del esmalte, ya que la hipoplasia de esmalte sigue el patron de formación del esmalte y por esto, las lesiones, se pueden ob--servar tanto en dientes superiores como inferiores y en poste-riores como en anteriores, abarcando el borde incisal de los -incisivos y raras veces las caras oclusales de los molares, es por lo general simétrica y su presencia se nota inmediatamente después de la erupción de los dientes, también se encuentra --

asociada a problemas sistématicos del niño.

En el síndrome de biberón, las lesiones aparecen en la superficie palatina de los incisivos superiores desarrollándose en sentido proximal hacia la superficie vestibular de los mismos, afectando en esta etapa, el contorno del diente y muy poco el borde incisal, las superficies oclusales de los molares - también se ve afectada, su desarrollo no es tan simétrico como la hipoplasia, su presencia se nota cuando la lesión esta establecida, después de un período considerable de la erupción de los dientes y no se encuentra relacionada a problemas sistématicos.

CARACTERISTICAS DEL SINDROME DE BIBERON

En el síndrome de biberón debemos de considerar a diferentes características como son:

- a) Clasificación de zonas de aparición de las lesiones.
- b) Grado de las lesiones.
- c) Evolución del síndrome.
- d) Dieta.
- e) Historia medica y dental.
- f) Datos familiares.

A) En la clasificación de las zonas de aparición de las - lesiones, se debe de contemplar las superficies de los dientes - dañados ya que el síndrome de biberón se puede ver íntimamente

relacionado a procesos cariosos de otras índoles, como puede ser la caries rampante o a imperfecciones en la formación de los tejidos del diente, como son la hipoplasia del esmalte, todas estas lesiones tienen la característica de desmineralizar el esmalte y unas a otras pueden favorecer su desarrollo por simbiosis, las zonas típicas de lesión del síndrome son: las caras palatinas de los cuatro incisivos superiores, las caras oclusales de los primeros molares superiores e inferiores, los segundos molares superiores e inferiores y por último los caninos superiores.

B) Grado de lesiones, el grado de las lesiones se puede clasificar por el número de caras afectadas de los dientes, esto quiere decir, que si un incisivo superior se encuentra con la cara palatina y las caras proximales destruidas por el proceso carioso se puede decir que más del 60% del diente está invadido por la lesión, si un molar se ve afectado en su cara oclusal sin existir alteración o proximidad a la pulpa se puede decir que un 30 a 40% del tejido está invadido.

Pero cuando las lesiones abarcan todas las caras sin existir comunicación pulpar la lesión el 90% de la estructura dentaria, aunque en este grado es irremediable el tratar de conservar la vitalidad pulpar en la porción coronaria y es necesario un tratamiento de extirpación parcial. En el momento que la destrucción involucra a todos los tejidos coronarios y parte de los periodontales, creando abscesos y supuraciones con -

reblandecimiento de la dentina y destrucción completa del esmalte la afección llega al 100% de su desarrollo, en este caso el tratamiento es radical al realizar la extracción de la pieza dañada.

C) Evolución del síndrome de biberón es un proceso degenerativo selectivo en el cual al avanzar el padecimiento se propaga a ciertas piezas. Inicia en los incisivos superiores por ser los dientes de mayor contacto con sustancias que desarrollan el proceso carioso y tener mayor acúmulo de placa dentobacteriana, al no realizarse métodos de higiene adecuados. Las piezas que le son subsecuentes, son los primeros molares superiores por ser los dientes que la lengua angloba al conservar el último trago del líquido no ingerido. Los primeros molares inferiores y los segundos molares superiores casi se encuentran afectados al mismo tiempo ya que los segundos molares superiores se ven en contacto con el líquido o leche al escurrir en movimientos involuntarios en dirección a la faringe y los primeros molares inferiores también se verán afectados por el escurrimiento lateral que se da por los bordes de la lengua y almacenamiento en piso de boca y fondo de saco. Posteriormente se afectaran los caninos superiores por un padecimiento de evolución más crónica y los segundos molares inferiores, este padecimiento tiene como característica muy exclusiva que los incisivos inferiores no se verán afectados por el desarrollo de caries, solo en casos muy extraordinarios no siendo de-

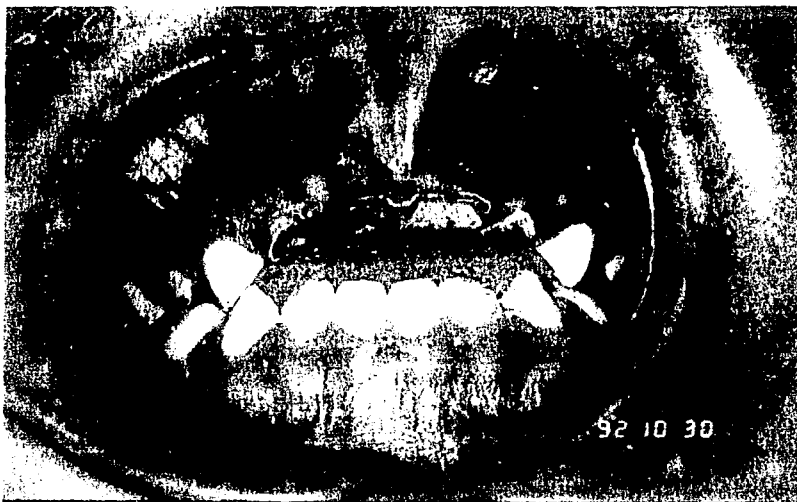
importancia el grado de lesión.

D) Una dieta rica en carbohidratos es un factor de gran importancia en el desarrollo del síndrome, ya que, el medio ácido en el que la saliva desglosa los hidratos de carbono favorecen la aparición y desarrollo de la caries viéndose ayudados por las glucoproteínas de la saliva ya que en los primeros veinte minutos la acidez de los azúcares se aumenta en tal grado que puede alcanzar un grado de desmineralización junto con la placa dentobacteriana del 100% efectiva, conservándola por un tiempo hasta la siguiente toma.

E) Historia médica y dental. En ella se apreciará la evolución de enfermedades sistémicas, por las cuales, pudo ser administrados medicamentos por vía oral y en concentraciones altas afectando en menor o mayor grado la estructura de los dientes y si el niño estuvo bajo observación médica al ingerir todos los medicamentos.

En su historia dental se debe de obtener información acerca de cita periódicas y de que índole y si estuvo o esta bajo el tratamiento dental adecuado, si acaso se le ha aplicado fluoruro o se le ha instruído a él o a sus padres en tipos y técnicas de higiene y si las llevan a cabo y con que frecuencia, observación de hábitos bucales y si se le otorgan cuidados o se le dejan hasta la aparición del dolor nuevamente.

F) Los datos familiares son de gran importancia ya que en



estos se puede apreciar la atención que se le da al niño y - por que causa, la falta de atención esta dada por factores como: el nivel socioeconómico, de los padres, así como el grado escolar, el número de hijos en el hogar la falta de concientización de la importancia de la dentición temporal, el tipo de creencias y el grado de influencias de la gente que rodea a la familia, la falta de un servicio médico dental que se encuentre en el lugar o cerca del lugar de residencia familiar.

DEGLUCION

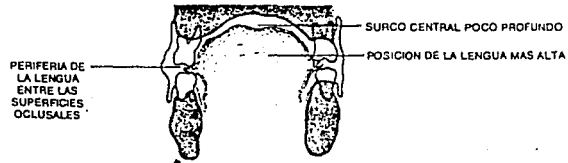
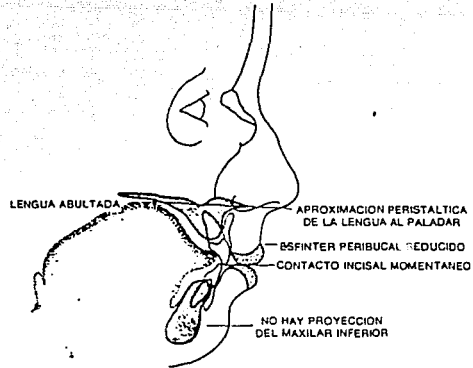
El tipo de deglución que practica el niño desdentado es - muy diferente a la que lleva a cabo el niño con dentición temporal, el niño de 0 a 18 meses de vida lleva a cabo el tipo de deglución infantil víxceral en la cual se observa que los maxilares se separan por la lengua al efectuar un movimiento pro--trusivo, colocándose entre las encías, el maxilar inferior se ve estabilizado por la contracción de los músculos y la lengua interpuesta, el movimiento de deglución es controlado por un - intercambio sensorial entre los labios y la lengua creando una especie de cámara de succión regulada por el movimiento lin--gual.

Al tener el niño la presencia de los dientes no modifica- inmediatamente la presencia de los dientes no modifica inmediatamente su tipo de deglución ya que se deben de activar por medio la maduración neuro muscular, el cambio de postura de la -

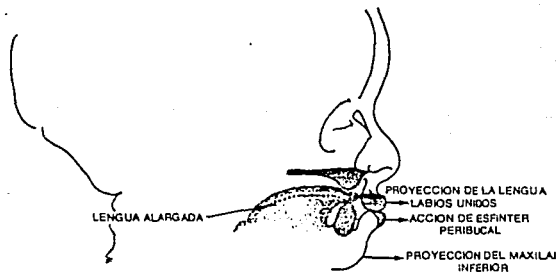
cabeza y el efecto de gravedad sobre el maxilar inferior, cuando todos estos factores se encuentran en evolución se le llama período de transición que termina cuando existe la presencia de la mayoría de los dientes temporales esto es alrededor de los 18 meses, entonces se presenta la deglución madura o somática en la cual los dientes están mas juntos, el maxilar inferior es estabilizado por la contracción de los músculos elevadores, la punta de la lengua se coloca contra el paladar arriba y por detrás de los incisivos y existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura.

La deglución madura se vera modificada en el síndrome debiberón por la presencia del chupón en la boca, ya que, la lengua rodeará el chupón y lo presionará contra los incisivos superiores haciendo fluir la leche en dirección a la faringe, -- creando así fuerza para deglutir con los carrillos atrapándola en la porción superior de la boca y bañando así las superficies de los dientes, al encontrarse en reposo el niño no traga el ultimo trago por lo tanto con la parte mas posterior de la lengua sella la faringe para no atragantarse y poder respirar, esto lo provoca la lengua por su propio peso y dirección al estar acostado dando por resultado el estancamiento del líquido y escurrimiento del mismo, al encontrarse en estado de sueño profundo el niño tendera a crear una especie de corriente con el líquido hacia afuera de la boca y que va de acorde con su respiración por eso no es raro ver que el niño escurra leche -

DEGLUCION MADURA (SOMATICA)



DEGLUCION INFANTIL (VISCERAL)



al dormir por lo tanto se verán más afectados los incisivos superiores por ser la zona de paso constante de esta corriente.

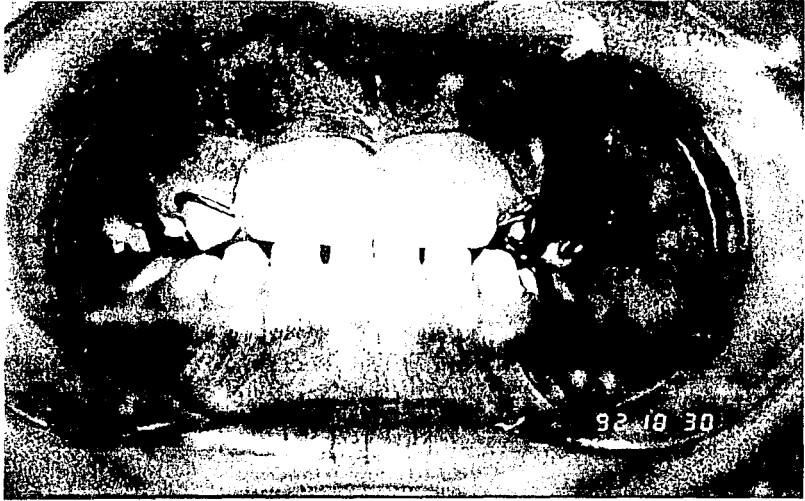
PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION

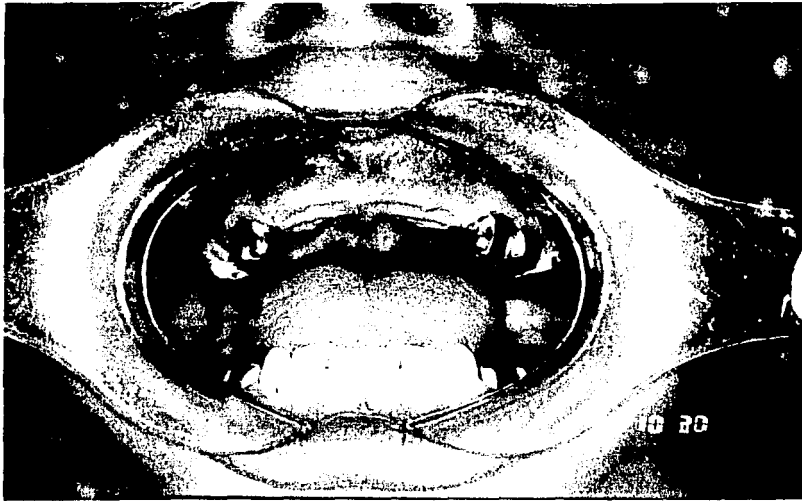
El plan de tratamiento está dado por diferentes factores como son, el grado de destrucción, eliminar el uso actual del biberón, rehabilitación de las piezas dañadas y extracción de aquellas que presenten un grado de lesión irreparable o de tratamiento exhaustivo para el paciente. Los dientes temporales deben de conservarse en buenas condiciones hasta que sean reemplazadas por los permanentes, pues la pérdida prematura, afecta seriamente la erupción de los dientes permanentes, creando mal posiciones y maloclusiones, la ausencia de dientes se debe tratar por medio de mantenedores de espacio que supliran la acción de conservación de espacio y función de las mismas en la masticación.

La fonación se ve severamente afectada por la ausencia de dientes en la pronunciación de algunas palabras y la emisión de ceseus, un aspecto poco tomado en cuenta es el psicológico ya que si un niño con síndrome de biberón no es rehabilitado su desarrollo psicosocial será limitado a las personas o niños por los que se sienta aceptado y no criticado en sus actividades cotidianas llegando a suspender aquellas en las que se sienta inseguro o presionado.

El plan de tratamiento sera acompañado de una rehabilitación en el cual se desarrolle en el menor tiempo posible y sea lo menos agresivo ya que el niño no entiende el por que es sometido a algo que no le agrada, por desconocerlo la rehabilitación sera por medio de coronas de acero cromo en piezas no -- muy destruidas y con buen soporte, pulpotomías y pulpectomías en piezas que así lo requieran, resinas, y mantenedores de espacio en caso de piezas pérdidas o ausentes antes de su tiempo de exfoliación.







CAPITULO IV
INVESTIGACION DE CAMPO

Se practicó una encuesta en la clínica de odontopediatría del cuarto piso de la facultad de odontología, en la cual en un total de 80 niños que acudieron a atención dental integral, se encontró que cerca del 37% de ellos padecían síndrome de biberón esto quiere decir que 29 niños estaban afectados considerablemente y muy probablemente otros más lo estaban desarrollando en menor escala al acudir a consulta dental. Bajo esta estimación de grado de presentación de este tipo de lesión no es difícil estimar por los hábitos de higiene y uso de biberón que de un 10 a un 15% de los pacientes que acudieron a consulta pudieran desarrollar el síndrome de biberón teniendo estadísticamente la presencia del padecimiento en un 45 a 50% del total de los pacientes en mayor o menor grado afectados por el síndrome.

A continuación se presentan el cuestionario que fué aplicado y los resultados más relevantes que se obtuvieron.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 X SEMINARIO DE TITULACION
 ODONTOPEDIATRIA
 ENCUESTA SOBRE EL SINDROME DE BIBERON

Edad: Años Meses Sexo: (F) (M)

- 1) ¿El niño(a) toma biberón actualmente? SI NO
- 2) ¿A qué edad empezó el niño a tomar biberón?
- 3) ¿A qué edad dejó de tomarlo?
- 4) ¿Si el niño(a) tomó pecho hasta que edad lo dejó de tomar?
- 5) ¿Qué alimentos toma o tomó por el biberón? (leche, atole, refresco, jugos, etc.)
- 6) ¿Qué leche le daba por el biberón? (indique la marca)
- 7) ¿Cómo prepara la leche del biberón? (indique la cantidad y relación)
- 8) ¿Con qué endulza la lecha del biberón?
 Miel (indique marca y cantidad)
 Azúcar (Indique cantidad)
- 9) ¿Qué otros alimentos consume o consumió aparte del biberón?
 Hasta los dos años.

Después de los dos años.

- 10) ¿Qué alimentos le recomienda el pediatra o el médico del niño(a)?

- 11) ¿Con qué frecuencia se le da o daba el biberón?
- 12) ¿Dormía con el biberón?
- 13) ¿A qué edad le notó la aparición de caries y en qué diente?
- 14) ¿Se le han administrado medicamentos al niño por mas de 7 días e indique cuáles?
- 15) ¿El niño ha estado en guarderías o al cuidado de otra persona?
- 16) Higiene bucal.
Frecuencia (veces al día o a la semana)
Quién la realiza
Cómo y con qué la realiza
- 17) ¿Tiene el niño(a) hábitos con la boca?
- 18) ¿Consuma dulces?, ¿cuáles y con qué frecuencia?

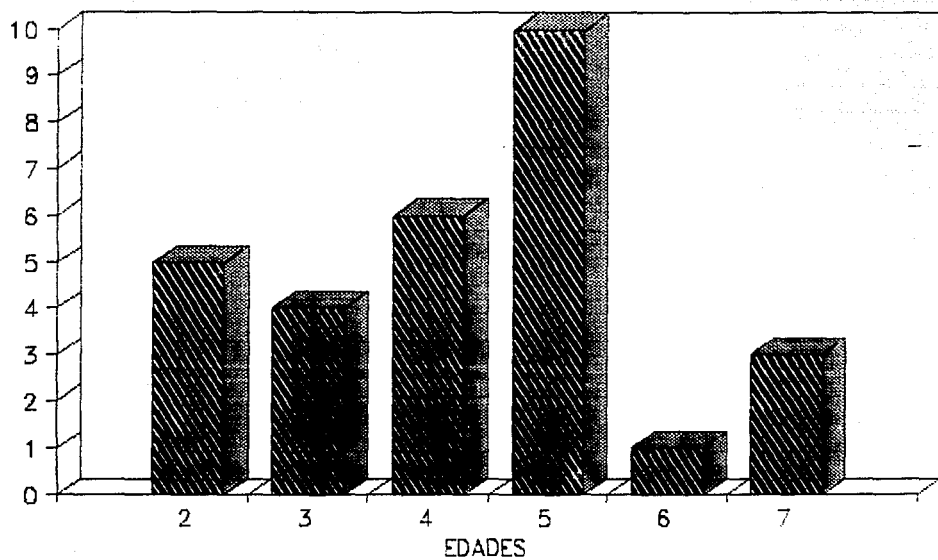
RESULTADO DE LAS ENCUESTAS

De 29 encuestas con síndrome de biberón se obtuvieron los siguientes resultados:

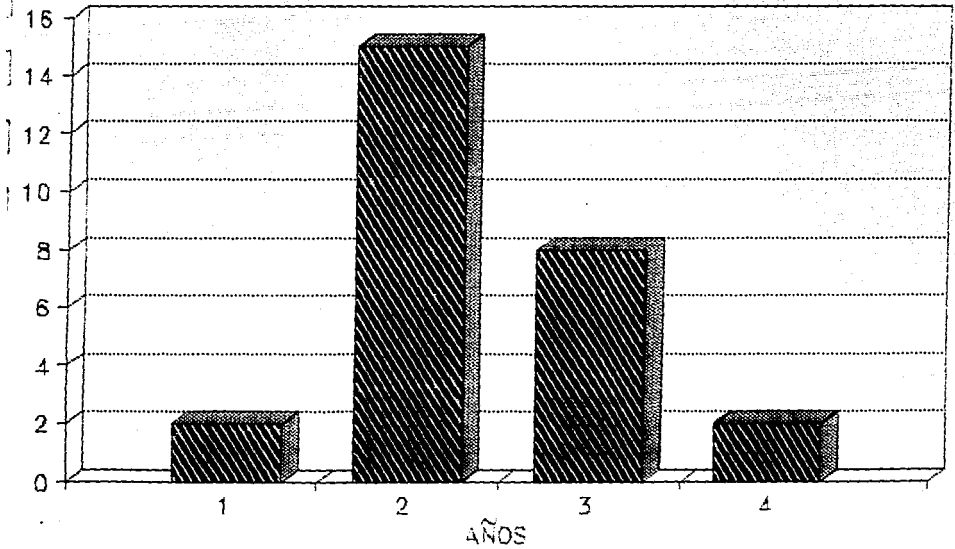
| | | | | | | | |
|---|--------------|------|------------|----------------|--------------|----------|---------|
| Edad en años: | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 o mas. | |
| No. de niños: | 5 | 4 | 6 | 10 | 1 | 3 | |
| Sexo: | Femenino 13 | | | Masculino 16 | | | |
| Comienzo del uso del biberón: | de 0 a 1 año | | | de 1 a 2 años | | | |
| No. de niños: | 25 | | | 2 | | | |
| Terminación de uso del biberón en años: | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| No. de niños: | 2 | 15 | 8 | 2 | | | |
| Hasta que edad se le dio pecho: | de 0 a 1 año | | | de 1 a 2 años. | | | |
| No. de niños | 14 | | | 8 | | | |
| Marcas de leche: | Liconsá | Nido | Clavel | NAN | SMA | ENFALAC | OTRAS |
| No. de niños: | 16 | 12 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 |
| Endulzantes de la leche: | Azúcar | | Miel Karo | | Miel Natural | | |
| No. de niños: | 12 | | 4 | | 4 | | |
| Cantidad de consumo por biberón: | 5 onzar | | 6 onzas | | 7 onzas | | 8 onzas |
| No. de niños: | 1 | | 6 | | 3 | | 13 |
| Frecuencia de consumo en horas, cada: | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| No. de niños: | 8 | 17 | 0 | 2 | | | |
| Edad en la que aparecio caries, años: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| No. de niños: | 2 | 12 | 8 | 5 | 0 | | |
| Dientes en los que aparecio caries: | <u>A/A</u> | | <u>D/D</u> | | <u>A/A</u> | | |
| No. de niños: | 26 | | 7 | | 1 | | |

| Administración de medicamentos: | PENICILINAS | | METRONIDAZOL |
|---------------------------------|----------------|---------|-----------------------|
| No. de niños: | 16 | | 1 |
| Higiene frecuencia: | 3 x día | 2 x día | 1 x día 1 x 2 días |
| No. de niños: | 6 | 4 | 14 4 |
| Forma de realizar la higiene: | Cepillo | | Trapo |
| No. de niños: | 22 | | 1 |
| Hábitos: | Chupar el dedo | | Morder cosas |
| No. de niños: | 8 | | 6 |
| Consumo de dulces, frecuencia: | cada hora | | cada dos horas |
| No. de niños: | 6 | | 20 |

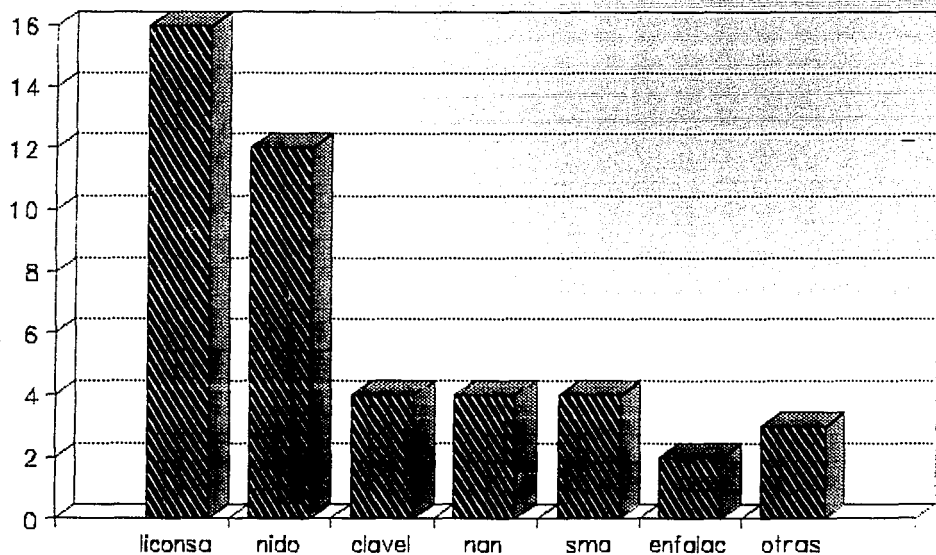
EDADES DE LOS NIÑOS CON SINDROME DE BIBERON



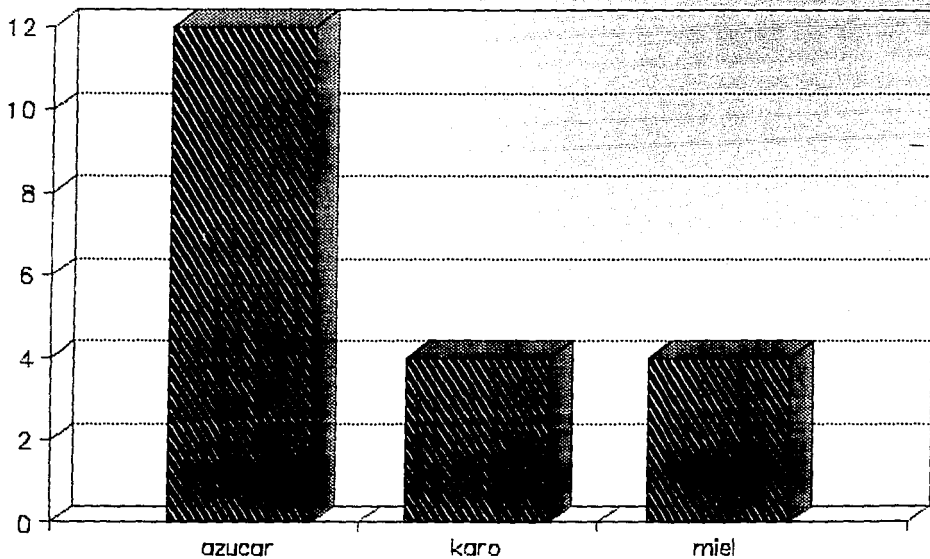
TERMINACION DEL USO DEL BIBERON EN AÑOS



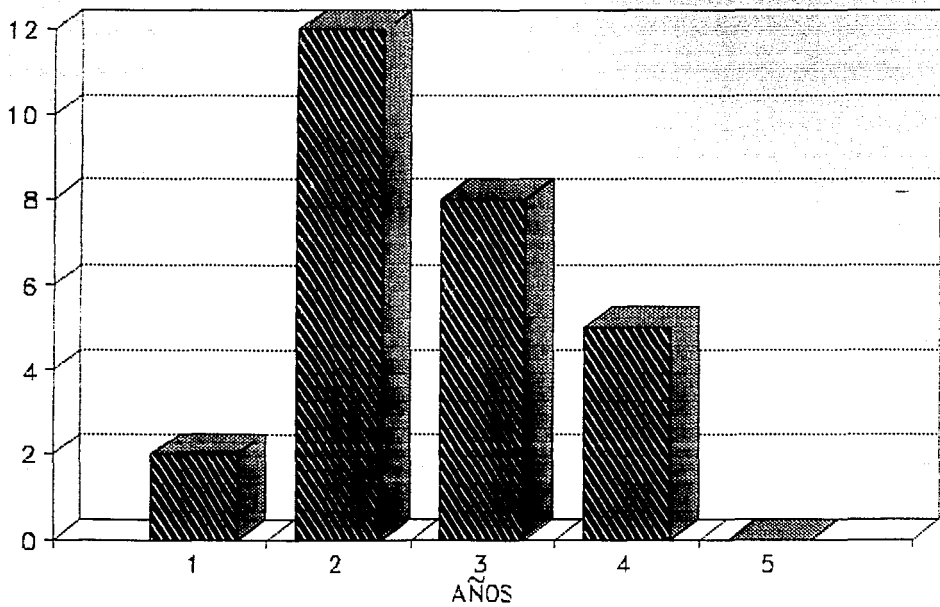
MARCAS DE LECHE MAS CONSUMIDAS POR LOS NIÑOS



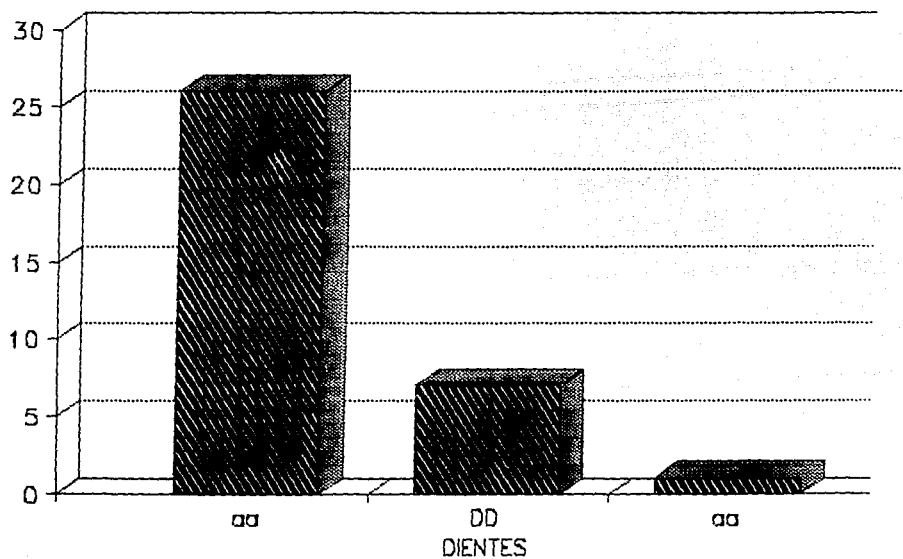
ENDULZANTES DE LA LECHE DE MAYOR CONSUMO



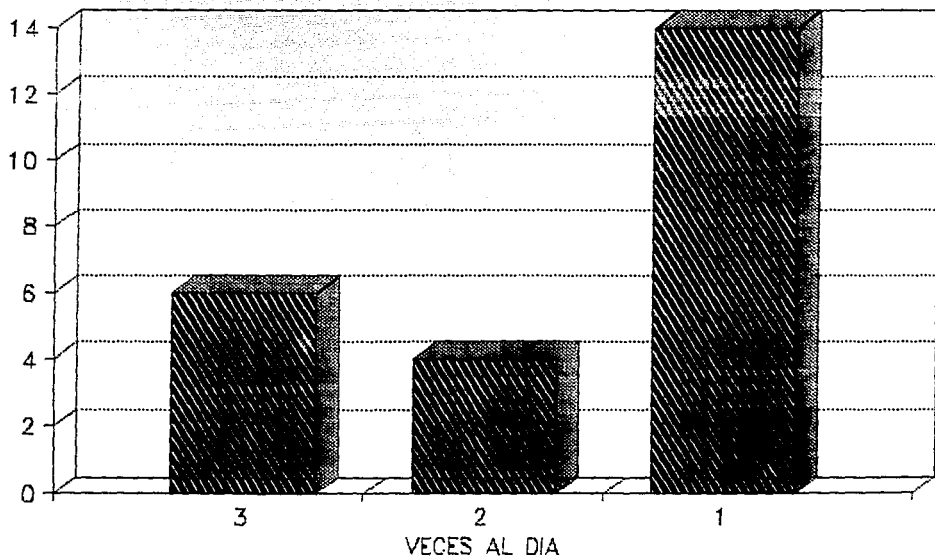
EDAD DE APARICION DE CARIES



DIENTES EN LOS QUE APARECIO L CARIES



FRECUENCIA DE HIGIENE CARIES



VENTAS PER-CAPITA DE AZUCAR EN EL D.F. (KILOGRAMOS)

| AÑO | VENTAS | POBLACION |
|------|-----------|-----------|
| 1977 | 73.6 Kg. | |
| 1986 | 82.4 Kg. | |
| 1990 | 139.0 Kg. | 8'236,960 |

EL AUMENTO DE CONSUMO DE 1977 A 1986 fue de 11.9% PER-CAPITA.

EL AUMENTO DE CONSUMO DE 1986 A 1990 fue de 68.5% PER-CAPITA.

EL AUMENTO DE CONSUMO DE 1977 A 1990 fue de 88.8% PER-CAPITA.

CONCLUSION: El consumo de azúcar ha aumentado considerablemente desde 1977 hasta 1990, esto puede estar indicado por los hábitos de alimentación de la población, así también puede estar dado por cambios de costumbres en el modo de preparación de los alimentos de consumo frecuente dando así un aumento de 200 gms. al día por persona en 1977, a 380 gms. al día por persona en 1990.

VENTA DE AZUCAR REFINADA Y ESTANDARD

MAYOR Y MENOR COMPRADOR, en toneladas

| AÑO | DISTRITO FEDERAL | | QUINTANA ROO | |
|------|------------------|----------------|---------------|-----------|
| | USO DOMESTICO | USO INDUSTRIAL | EMBOTELLADORA | DOMESTICO |
| 1987 | 357,287 | 510,573 | 181,284 | 8,839 |
| 1988 | 365,472 | 512,006 | 191,265 | 5,818 |
| 1989 | 297,860 | 586,539 | 248,570 | 8,138 |
| 1990 | 276,711 | 237,268 | 85,832 | 9,809 |

CUADRO COMPARATIVO DEL CONSUMO DE AZUCAR EN EL
DISTRITO FEDERAL Y LA ZONA SURESTE (TONELADAS)

| AÑO | DISTRITO FEDERAL | SURESTE |
|------|------------------|---------|
| 1990 | 476,242 | 70,028 |
| 1977 | 644,864 | 101,788 |
| 1986 | 829,054 | 160,395 |

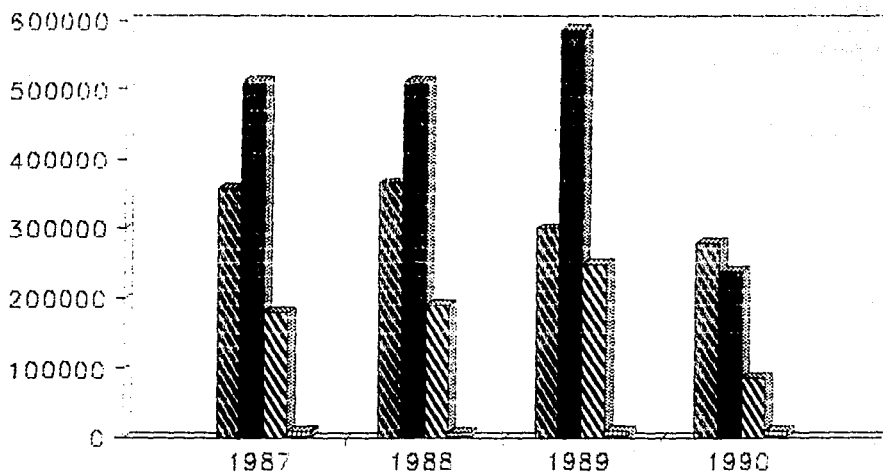
LA DIFERENCIA DEL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE EL D.F. Y EL SURESTE DEL PAIS ES APROXIMADAMENTE DEL 517% Y EQUIVALE A 668,659 TONELADAS DE DIFERENCIA (este cuadro compara al mayor consumidor y al menor consumidor del pais).

TABLA DE COMPOSICION DE LECHEs
(Gramos por 100 gramos de producto)

| NOMBRE | TIPO | ENERGIA EN Kcal | HIDRATOS DE CARBONO | PROTEINAS | LIPIDOS |
|-------------|----------------|-----------------|---------------------|-----------|---------|
| CARNATION | EVAPORADA | 109 | 10.8 | 7.3 | 4.1 |
| ENFALAC | MODIFICADA | 513 | 55.6 | 11.4 | 28.4 |
| SMA | MODIFICADA | 516 | 51.6 | 12.6 | 29.8 |
| NIDO | ENTERA | 500 | 38.3 | 27.1 | 26.9 |
| NIDO KINDER | SEMIDESCREMADA | 487 | 47.7 | 21.0 | 23.6 |
| NAN | MODIFICADA | | | | |
| MILECHE | ENTERA | | 39.0 | 26.0 | 26.0 |
| MATERNA | ENTERA | 45 | 6.9 | 1.5 | 1.0 |

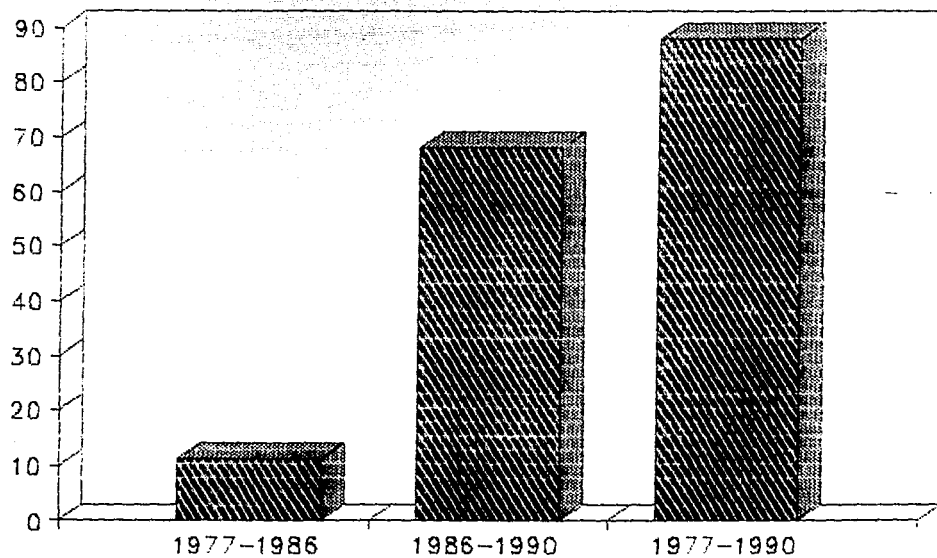
LA MAYORIA DE LAS LECHEs INDUSTRIALIZADAS SE VEN FAVORECIDAS POR SU ENRIQUECIMIENTO PRO-
TICO Y VITAMINICO TENIENDO COMO PRINCIPAL INCONVENIENTE LA GRAN CANTIDAD DE ENDULZANTES
PARA FAVORECER LA ACEPTACION POR PARTE DEL NIÑO, AUNQUE LOS CARBOHIDRATOS VAN MUY RELA-
CIONADOS A LA ENERGIA, EL NIÑO NO LLEGA A PROVECHAR TODAS LAS CALORIAS SATURANDOLO INDE-
BIDAMENTE DE CARBOHIDRATOS QUE EN SU GRAN MAYORIA PUEDEN SER SUSTITUIDOS CON OTRO TIPO-
DE NUTRIMENTOS Y EN CANTIDADES MAS APROVECHABLES.

VENTAS DE AZUCAR REFINADA Y ESTANDARIZADA POR AÑO

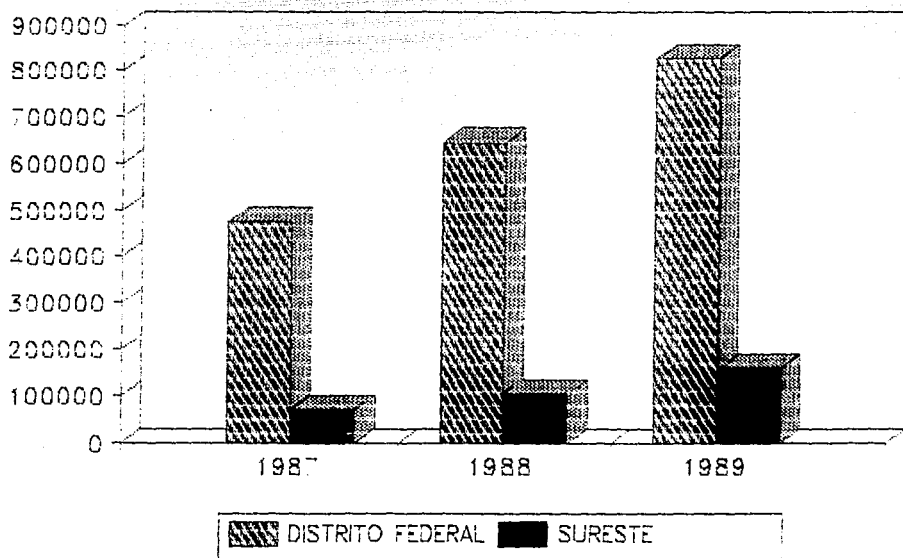


USO DOMESTICO USO INDUSTRIAL EMBOTELLADOR DOMESTICO

PORCENTAJE DE AUMENTO DE CONSUMO DE AZÚCAR EN EL D.F.



CUADRO COMPARATIVO DEL CONSUMO DE AZUCAR EN EL D.F. Y LA ZONA SURESTE



OBSERVACIONES:

El aumento en el consumo de azúcares es debido a los alimentos y productos industrializados y procesados, ya que se modifica sus características para aumentar sus cualidades tanto energéticas como nutritivas, el uso de saborizantes artificiales y la presencia de diferentes azúcares como son la dextrosa, la maltosa, la glucosa y la lactosa en cantidades no conservadoras sino para lograr que un producto de cualquier índole como fármacos, alimentos, dulces, preparados, complementos, etc. Sean aceptados por el niño al disfrasar su sabor real logrando su aceptación, este método cumple su fin pero acarrea consecuencias que unidas a otros muchos factores puede desencadenar una descompensación en la integridad de la salud del niño.

Los endulzantes naturales como son el azúcar y la miel - también son ricos en carbohidratos pero no llegan a ser tan dañinos si su administración es racionada y concienzuda ya que son un excelente aporte energético. Las mieles industrializadas y los azúcares muy refinados son mas complejos en su estructura química y logran cierta resistencia a su asimilación, creando medios de concentración mas acida para su aprovechamiento por el organismo favoreciendo el desarrollo y proliferación de sustancias y medios ácidos en la boca lo cual propaga grandemente el proceso carioso.

CAPITULO V

CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BIBERON

Las consecuencias del síndrome de biberón puede ser degrado reversible cuando no se han involucrado factores importantes como el desarrollo o el crecimiento del niño, también si no existen hábitos que acentuen las consecuencias, o han pasado períodos muy largos de un tratamiento a otro o si ha sido incocluso o suspendido.

PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y FONETICOS

Este tipo de consecuencias son las mas evidentes en corto tiempo ya que el niño empieza a ser marginado en sus actividades por estar señalado y criticado, es el centro de burlas y agresiones personales y directas por parte de sus compañeros y se reprime tanto al actuar como al hablar ya que la pronunciación de alguna letras (t,d,v,f,s,z,e), la ejerce con un ceceo muy evidente no ríe sino sonríe con la boca cerrada, su participación en diferentes actividades la evita y no desarrolla -- sus capacidades en conjunto, en algunos casos desarrolla una actitud agresiva por no conocer la razón de su estado físico y desahoga su ira con objetos o niños menores a él y se encapricha y hace berrinches para logra lo que quiere y no se le nie-

que nada. En otros casos su conducta es reprimida e introvertida y se ausenta de sus actividades al sentirse observado.

Debemos de tomar en cuenta que el patrón de conducta del ser humano está dado en gran parte por sus primeros años de vida, si en este período de vida no se le logra integrar a una sociedad de manera adecuada no es raro, que esta conducta prevalezca por gran tiempo en su vida.

Una rehabilitación funcional y estética podrá aminorar y hasta desaparecer este problema, llegando a crear un estado de superioridad y gran seguridad por ser el portador de un tratamiento exclusivo en su grupo.

MALOCCLUSIONES.

Las maloclusiones que se pueden observar en las secuelas del síndrome de biberón, por caries conduce a la pérdida de la dimensión vertical de los maxilares disminuyéndola y creando -- una sobre-mordida, en otros casos al no existir dientes anteriores superiores, la mandíbula buscará tener contacto con alguna superficie y por lo mismo se protuirá llevandola por delante de su relación normal causando un pseudo-prognatismo, el cual no estimulará con movimientos anteriores y de elevación -- el desarrollo del maxilar superior dejándolo en un estado de inactividad y creando un atrexia maxilar.

Otro tipo de maloclusión que se pueden observar son las -

maloclusiones dentarias, en las cuales existe mas comúnmente el apiñonamiento anterior superior y la pérdida de espacio en la zona de molares temporales, por la mesialización del primer molar permanente y por lo tanto es muy difícil que el niño conserve una clase I o neutroclusión ya que por lo general, la pérdida de los molares premaltura no es atendida correctamente ni oportunamente.

Otra maloclusión se presenta cuando están ausentes los incisivos superiores y el hábito de sacar la lengua por el espacio libre, vestibulariza los dientes anteriores, esto aúñado a la pérdida de las cara oclusales de los molares por caries, -- crea una desviación condilar hacia el lado que existe mayor -- pérdida de tejido y cuando exista la presencia de dientes permanente la línea media se encontrará recorrida hacia un lado, - la pérdida de la línea media puede crear asimetrías faciales - no muy perceptibles a simple vista pero de gran importancia - para el paciente ya que puede originar a problemas condilares crónicos como subluxación, luxación, chasquido, crepitación, - espasmos musculares, etc.

ATREXIAS MAXILARES

La atrexia maxilar se caracteriza por la variación de los diámetros transversales en relación con la arcada inferior, - la compresión maxilar puede presentarse bilateral o unilateralmente que es cuando la mandíbula no encuentra acomodado con la -

arcada superior y por lo tanto se desvía hacia un lado, entre los pacientes que se encuentra la atrexia maxilar es en los respiradores bucales y los pacientes que padecen de dolor constante ya que no existe un contacto intercuspídeo constante y por lo tanto los músculos buccinadores ejercen presión sobre los molares palatinizándolos y desviando la posición de las cúspides de los superiores con los inferiores obligando un deslizamiento mandibular hacia alguno de los lados.

HABITOS

Los hábitos bucales son un factor importante en el desarrollo dental del niño, la protusión constante de la lengua crea incursiones anteriores de la mandíbula y por lo mismo el niño pierde relación de un tipo de oclusión normal, esta actividad asociada a un síndrome de biberón no es difícil que fácilmente las cúspides de los molares se deslicen en sentido mesial sobre todo que el movimiento no produce dolor y si distracción.

El hábito de morderse los labios también puede acarrear consecuencias como es la comprensión de los maxilares y desviación dental en dirección palatina de los incisivos superiores e inferiores.

MALPOSICIONES

Las malposiciones por ausencia de dientes temporales es -

muy frecuente verlas en la porción anterior superior y en la zona de molares temporales, esto se debe principalmente a la pérdida prematura de dientes que son los mantenedores de espacio naturales y dirigen la erupción de los dientes permanentes por medio de la raíz, al no existir dientes temporales, los que se encuentren en sentido distal tenderán a recorrerse a ocupar el espacio libre mesializándose y ocupando lugares que no les corresponden y así desviando la erupción de los permanentes los cuales por su fuerza de erupción tenderán a acomodarse en el espacio que quede libre girando, sino existe lugar de acomodo en el arco tenderán a salir en sentido vestibular o palatino en superiores y lingual en inferiores. En el peor de los casos y al no existir espacio de erupción y por encontrarse en una zona ósea densa el diente quedará incluido en el hueso este caso es muy común en los caninos superiores permanentes.

En la porción de molares temporales la pérdida prematura de uno de ellos sin ser tratada por un mantenedor de espacio creará como consecuencia una malposición de los premolares erupcionando girados o en sentido vestibular uno y el otro en sentido lingual por falta de espacio, no es raro encontrar a uno de ellos cruzando el reborde óseo con la corona hacia vestibular y el ápice lingual en piso de boca y en dirección diagonal.

CONCLUSIONES

En el síndrome de biberón como se ha podido apreciar, - la causa principal de esta lesión es la falta de información - por parte de los padres ya que el cuidado general está también enfocado a la integridad dental del niño ya que la mayoría de los casos se hace caso nulo del malestar pasajero por el cual atraviesa el infante cayendo en la creencia de que los dientes temporales por su corta permanencia en la bica no se les debe de otorgar mayor cuidado.

El síndrome de biberón tiene su desarrollo principalmente en los dos primeros años de vida del niño, empezando las lesiones de una manera poco perceptible pero en su etapa de descalcificación las lesiones son mas evidentes, es en ese momento - en que los padres advierten la presencia de caries pero exactamente en ese momento toman la decisión de no tratar al niño -- por no presentar dolor o algún otro malestar o por causas económicas se le resta atención al padecimiento, por desgracia -- existen campañas publicitarias acerca de la higien dental en - general pero sin referirse a los daños que puede sufrir el niño en la etapa de la dentición temporal ni tampoco las consecuencias que acompaña la pérdida de estos dientes como en su - mayoría son: mal oclusiones, hábitos, problemas fonéticos y -

psicológicos.

El uso irracional de endulzantes en los alimentos preparados en el hogar, e industrializados da origen no solo a lesiones en dientes temporales sino también en dientes permanentes-jóvenes.

El consumo de leches, ya sea materna o industrializada debe de ser con indicaciones más completas ya que son un medio de nutrición para el niño también y muy frecuentemente son un medio de destrucción a su aparato masticatorio creándole un estado de malestar tanto gástrico, por no masticar los alimentos sino solo tragarlos y hacer mas difícil la digestión de los mismo, así como dolor en sus dientes por estar expuestos los tejidos internos y ser sensibles tanto a presión al masticar como a las temperaturas de los alimentos.

La frecuencia del síndrome de biberón, también se verá favorecida por la comodidad de los padres, de poder callar el llanto del niño dándole el biberón y arrullándolo para que se duerma. Esto generará un círculo vicioso en el cual al existir película adherida en la superficie del diente y asentarse las bacterias se crea placa dentobacteriana la cual enriquecida con carbohidratos de la leche y la acción ácida de la saliva se desarrollará un medioácido el cual favorecerá el desarrollo de la caries pero si este proceso no se ve interrumpido su acción de formación, desarrollo y crecimiento no se detendrá,-

aumentando su estancia en la boca y pudiendo llegar a sus últi
mas consecuencias que es la pérdida irremediable de los dien--
tes más afectados.

Es gran responsabilidad del dentista instruir y educar a
los padres de familia sobre el riesgo al que están expuestos -
sus hijos y que este padecimiento es totalmente evitable si --
existe atención y prevención de cualquier indicio de un proce--
so tan degenerativo como es el síndrome de biberón.

CONCLUSIONES

Actualmente el consumo de azúcares en la dieta del niño - a aumentado considerablemente, debido a que en muchos casos se substituye la alimentación natural, la leche materna, por el - biberón y por éste medio se administran alimentos con altas -- cantidades de azúcares que ayudan a la digestión de la leche - no materna.

La lactosa es el principal carbohidrato consumido durante los primeros años de vida del niño y cubre el 42% de sus requerimientos calóricos. La sacarosa ayuda a su digestión, pero - hace que los alimentos consumidos tengan un alto grado de ca-- riogenicidad, ya que éste azúcar es fácilmente fermentable por los microorganismos bucales.

Son tres los aspectos importantes que conducen al síndrome de biberón y a la destrucción temprana de los dientes tempo rales:

El primero, es la administración del biberón por períodos prolongados y la frecuencia de administración durante éste período, ya que el hecho de que el niño obtenga el alimento únicamente por medio del biberón, e incluso que se utilice a éste como medio de distracción aumentan el riesgo de la aparición -

del síndrome. La alimentación nocturna por medio del biberón es determinante para la iniciación de la caries, ya que el último trago no es deglutido y queda en la boca para ser fermentado por la flora bucal al bajar el flujo salival durante el sueño.

El segundo aspecto, es el tipo de alimento que se administra por el biberón. En las encuestas realizadas nos percatamos que la mayoría de los niños encuestados consumieron leche endulzada o combinada con otros alimentos ricos en azúcares y almidones fácilmente fermentables como chocolates, atoles o jugos, todos éstos endulzados con azúcar o miel, lo que los hace altamente cariogénicos. Otro dato importante que se recogió de las encuestas es que el 44% de los niños con síndrome de biberón empezaron a consumir éste desde el nacimiento y como único medio de alimentación.

El tercer aspecto importante es la falta de hábitos de higiene en los lactantes, ya que desde el punto de vista de las madres no es necesario hacer una limpieza bucal cuando el niño consume líquidos ó leches y no saben cómo realizarla.

Cuando se unen estos tres aspectos, nos dá como resultado el síndrome de biberón y con el la destrucción de los dientes primarios y sus consecuencias: mala alimentación, mala masticación, maloclusiones, etc.

Es importante para evitar este daño irreversible la in-

tervención del cirujano dentista para dar información necesaria con respecto a la alimentación y hábitos adecuados en el desarrollo del niño y tal vez trabajar en conjunto con el pediatra o el médico que en muchos de los casos son los que recomiendan los alimentos para evitar en la medida de lo posible, este síndrome que afecta en forma importante a la población infantil de nuestros días.

BIBLIOGRAFIA

- 1) A. CARRANZA FERMIN.- PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN.
CAP: 52 Técnica de la Gingivectomía.
56 Cirugía Mucogingival.
p.p. 99 a 181.
Edición Sexta, 1986.
Editorial, Interamericana.
- 2) FINN SIDNEY.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Editorial, Interamericana.
p.p. 397 a 489.
- 3) GRABER T.M.- ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA.
Editorial, Interamericana.
p.p. 157, 162, 341, 347, 269, 289,
- 4) LINDHE JAN.- PERIODONTOLOGIA CLINICA.
CAP: 18 Cirugía Mucogingival
24 Efectos de la Terapeutica Perio
dental.
Edición, 1986.
Editorial, Panamericana.

- 5) SCHLUGER SAUL.- ENFERMEDAD PERIODONTAL.
CAP: 25 Cirugía Reparativa de Mucosas
27 Fase inicial correctiva de la-
rehabilitación bucal.
Tercera Reimpresión, 1984.
Editorial, CECSA.
- 6) SHAFER WILLIAM G.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
EDITORIAL, INTERAMERICANA.
p.p. 369, 427.
- 7) YARENA Ma. ELENEA.- SINDROME DE BIBERON.
Artículo.
p.p. 62 a 84
Práctica Odontológica.