



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E

INVESTIGACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN:**

ODONTOPEDIATRÍA

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO:

**REHABILITACIÓN BUCAL EN PACIENTE FEMENINA DE 7 AÑOS
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL.**

PRESENTA:

C.D. ARANXA DEL CARMEN CABRERA BENÍTEZ

ASESOR: DRA HILDA CEBALLOS HERNÁNDEZ.

REVISOR EXTERNO:

Ep. Gerardo Positio Guerrero



Cd. Mx. Octubre, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

CIUDAD DE MÉXICO 2022.

REHABILITACIÓN BUCAL EN PACIENTE FEMENINO DE 7 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL.

*Aranxa del Carmen Cabrera Benítez. **Hilda Ceballos Hernández.***

Resumen

La Artritis Idiopática Juvenil o AIJ, agrupa una serie de trastornos inflamatorios que presentan niños menores de 16 años de edad; es también considerada como la enfermedad reumática más frecuente y se clasifica dentro del grupo de pacientes con inmunocompromiso sistémico, por lo que conocer el manejo estomatológico es de vital importancia para el campo de la odontopediatría. **Objetivo:** Presentar el manejo estomatológico para rehabilitación bucal en sillón dental de una paciente pediátrica con diagnóstico de AIJ. **Caso clínico:** Se presenta la rehabilitación bucal en una paciente femenina de 7 años, con el diagnóstico de AIJ, a quien se realiza la rehabilitación bucal previa al inicio del tratamiento inmunosupresor por su diagnóstico de base. **Resultados:** El manejo estomatológico en pacientes con AIJ centra su atención en la erradicación de focos potencialmente infecciosos de la cavidad bucal con la finalidad de evitar complicaciones durante su tratamiento inmunosupresor. Así mismo, se hace hincapié en el uso de profilaxis antimicrobiana para evitar bacteriemia y por consiguiente, una infección en el paciente inmunosuprimido.

Palabras clave: Artritis idiopática juvenil, caries, profilaxis antimicrobiana.

Abstract

Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) encompasses a heterogeneous group of inflammatory disorders that occur in children under 16 years of age; It is considered as the most frequent rheumatic pathology, this is why, knowing the stomatological management is vital for the field of paediatric dentistry. **Objective:** To present the stomatological management in a patient of 7 with juvenile idiopathic arthritis (JIA). **Clinical case:** Oral rehabilitation is presented in a 7-year-old female patient with a diagnosis of Juvenile Idiopathic Arthritis, to whom oral rehabilitation is performed prior to immunosuppressive treatment. **Results:** Stomatological treatment in patients with JIA focuses its attention on the practice of radical restorative techniques in order to avoid complications during immunosuppressive treatment. Likewise, emphasis is placed on the use of antimicrobial prophylaxis to avoid bacteraemia and consequently an infection in the immunosuppressed patient.

Keywords: Juvenile idiopathic arthritis, caries, antimicrobial prophylaxis.

*Alumna de la Especialidad de Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría.

**Especialista en Odontopediatría, adscrita al Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

La AIJ o Artritis Idiopática Juvenil, consiste en un grupo de trastornos inflamatorios que se manifiestan generalmente en niños de entre 16 años o menos. Es considerada como una importante causa de incapacidad crónica en niños, así como la enfermedad reumática más frecuente en este mismo grupo de edad.¹

Se ha descrito su aparición en todas las regiones y etnias demográficas, con cierta predilección por el sexo femenino, exceptuando en la presentación sistémica.

Su etiología continúa siendo desconocida. Hoy en día, se estudian los posibles agentes detonantes, como: infecciones bacterianas y víricas, traumatismos, reacciones a vacunas, fiebres o inclusive estrés; factores de los cuales ninguno se ha logrado definir. Así mismo, existen estudios que reportan que puede originarse por una respuesta inmunomoduladora, lanzada por los linfocitos auto reactivos. Datos que no han sido 100% determinantes, por lo que se continúa en estudios.¹

Los síntomas de la AIJ tienden a iniciar entre los 12 meses y los 3 años de edad; ésta usualmente se manifiesta de forma aguda con 3 datos clínicos característicos, los cuales son: Hipertermia persistente por más de 2 semanas, exantema maculo papuloso; ya sea en torso y

extremidades o en la palma de las manos o pies. Y, por último, la inflamación articular, acompañada de dolor o sensibilidad.

La evolución clínica puede llegar a cursar con lesiones osteoarticulares severas, es decir, que involucre huesos además de las articulaciones, así como también, incapacidad funcional.

El tratamiento de esta enfermedad está basado en fármacos que tienen como objetivo limitar el dolor y la inflamación, así como el mejorar la calidad de vida del paciente a través de la disminución de la progresión de la enfermedad y logrando la remisión temprana. Algunos de éstos medicamentos presentan un efecto inmunosupresor, ya que esta terapia a largo plazo puede disminuir la respuesta inflamatoria. Es importante agregar que, la inmunosupresión prolongada aumenta la susceptibilidad a infecciones.¹

Para niños y adolescentes con AIJ, la medicación constituye una parte sustancial de su vida; ésta a su vez, puede generar un impacto importante en su salud bucal. Motivo por el cual, los estomatólogos debemos ser conscientes de las interacciones y efectos secundarios que puede desencadenar la terapia inmunosupresora.²

La definición de salud bucal descrita por *Marit Slattelid Skeie et al*,² menciona que ésta no solo incluye la condición y el estado de la enfermedad, sino también involucra determinantes subyacentes; así como

la salud y bienestar general del paciente, haciéndola parte de un todo. Dentro de los componentes que se integran en la salud bucal encontramos al habla, la acción de masticar, la de sonreír, saborear, tragar y expresar emociones, todas expresadas sin sentir dolor o incomodidad.²

Los niños y adolescentes con AIJ pueden experimentar reducción en una, algunas o todas estas habilidades, lo que resulta en una disminución en la calidad de vida.²

Los individuos con AIJ pueden estar sujetos a situaciones desfavorables en lo que respecta a su salud bucal. Un ejemplo de ello, son las dificultades en la higiene bucal que pueden llegar a presentar; así como también, cambios en la composición salival y desequilibrio de la flora oral debido a la terapia medicamentosa. Los pacientes inmunodeprimidos también pueden presentar un mayor riesgo de colonización de placa dentobacteriana.²

El sistema inmune en óptimas condiciones es capaz de actuar ante infecciones por distintos agentes como bacterias, virus, hongos y parásitos, teniendo una respuesta favorable ante el daño causado por agentes patógenos. Sin embargo; un sistema inmunocomprometido, predispone a una persona a infecciones por patógenos particulares que normalmente serían erradicados por una persona sana. La cavidad bucal es un sitio común de infecciones y enfermedades para el individuo inmunocomprometido. Por lo

que es crucial conocer las posibles complicaciones que pueden ocurrir en este grupo de pacientes.

Antes del inicio de la terapia inmunosupresora, se debe realizar una evaluación oral integral que incluya un examen bucal y radiográfico. Los focos potencialmente infecciosos deben identificarse y eliminarse para evitar posibles exacerbaciones y diseminación de la infección.

Para este grupo de pacientes se indica la profilaxis antibiótica, sistémica o local, durante el tratamiento estomatológico, con el propósito de evitar una infección oportunista y las reacciones adversas a los medicamentos.³

Artritis idiopática juvenil (AIJ)

Podemos describir a la AIJ, como una inflamación crónica de la membrana sinovial articular, así como de algunos tejidos que la rodean⁴ con un potencial de afectación a otros órganos, lo cual puede llegar a limitar las actividades diarias y la productividad del paciente diagnosticado.⁵

Sus características fueron detalladas por primera vez en 1867 por Diamant-Berger y Cornill⁶; pero fue hasta 1940, cuando Coss y Boots⁶ reportaron oficialmente el nombre de “Artritis Reumatoide Juvenil”, término que se empleó por varios años⁶, hasta

ser llamada “Artritis Idiopática Juvenil” como lo denominamos actualmente.

Epidemiología

La AIJ es la más común de las enfermedades reumáticas de la infancia, con una incidencia estimada de 0.4 a 0.8 por cada 100 000 niños.⁷ Afectando por igual a sujetos de cualquier raza o etnia.⁸

Clasificación

Actualmente, la Artritis Idiopática Juvenil está clasificada según la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR) como Artritis sistémica, poliartritis, oligoartritis (persistente o extendida), la asociada a entesitis, artritis indiferenciada y finalmente la artritis psoriásica.⁹

Etiología

Aún no se determina la causa de la AIJ, por lo que es motivo de constantes estudios. Sin embargo, la teoría más respaldada es aquella en la que se reporta la influencia de mecanismos inmunogénicos presentes debido a factores ambientales y genéticos. Por otro lado, tenemos que los factores detonantes más relacionados pueden ser infecciones, estrés y la presencia de algún trauma.

Un dato relevante según los resultados de estudios recientes, es el que la microbiota intestinal está surgiendo como un factor importante de enfermedades autoinmunes;

incluida la Artritis Idiopática Juvenil. No obstante, la mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes entre los pacientes con AIJ sigue sugiriendo la base genética, siendo el antígeno leucocitario humano (HLA) B27 uno de los principales involucrados en la patogénesis.

Diagnóstico

El dictamen de la AIJ dependerá en su mayor parte de la presencia de artritis (inflamación articular) continua por más de tres meses.⁴ Es decir, su diagnóstico se basa principalmente en criterios clínicos, ya que, hasta el momento, no existen datos de laboratorio específicos para la enfermedad.⁵

Signos y síntomas

La artritis idiopática juvenil sistémica se caracteriza por manifestaciones generalizadas destacadas, como fiebre, erupción cutánea y serositis. Presenta una activación pronunciada del sistema inmune innato del paciente, así como la ausencia de una asociación constante con autoanticuerpos o el antígeno leucocitario humano (HLA), lo que ha llevado a la hipótesis de que esta forma sistémica de enfermedad se trata de un síndrome autoinflamatorio poligénico.¹⁰

El dolor e inflamación articular puede estar presente en una o más articulaciones a la vez; de carácter aislado o acompañada de fiebre, la

cual también puede presentarse antes o después de la aparición de la artritis. Ésta suele manifestarse más frecuentemente en rodillas, muñecas y tobillos, seguida de columna cervical y cadera.¹¹ Si ésta inflamación no es tratada o controlada, la cronicidad puede llegar a limitar considerablemente la productividad y calidad de vida del paciente.⁵

Tratamiento médico

El tratamiento de la artritis idiopática juvenil se basa en una combinación de intervenciones farmacológicas, terapia física y psicosocial.¹⁰ Su objetivo es moderar el dolor, así como conservar el rango de movilidad y fuerza. De igual manera, pretende inducir la remisión de la enfermedad, controlar las complicaciones sistémicas y facilitar el desarrollo físico y psicosocial.⁵

En la terapia farmacológica se incluye antiinflamatorios (esteroideos y no esteroideos) y a los medicamentos utilizados para el control de la enfermedad, así como a aquellos con acción inmunomoduladora o inmunosupresora, de acuerdo a la necesidad de cada paciente. Los glucocorticoides, son de los fármacos más empleados y su función es principalmente reducir el proceso inflamatorio⁸. La dosis de Prednisona utilizada generalmente es de hasta 1 mg / kg / día.⁵

Por otro lado, dentro del grupo de inmunomoduladores podemos encontrar al Tocilizumab, Rituximab,

Azatioprina, la Ciclofosfamida^{5,6}, y el metrotexate; los cuales tienen la finalidad de lograr nuevamente el equilibrio perdido en el sistema inmune del paciente.⁸

La elección del tratamiento dependerá de la severidad en la que se presente en cada paciente, y su modulación de acuerdo a la respuesta y tolerancia farmacológica.⁵

Manifestaciones estomatológicas

*Welbury et al.*² documentaron que las personas con AIJ tenían una mayor carga de caries que las personas sin AIJ. Por el contrario, el estudio de *Santos et al.*², reveló que la caries en los dientes primarios es más frecuente entre los niños sanos que entre los niños con AIJ. De manera que no se reportaron datos concluyentes donde se refiera que la caries era más frecuente entre niños y adolescentes con AIJ comparado con pacientes sanos.² Es decir, su condición no los hace más propensos a desarrollar caries; sin embargo, la inmunosupresión podría permitir la expansión de comunidades microbianas, similar a la observada en pacientes con inmunodeficiencia primaria, que normalmente sería controlada por la inmunidad de un huésped sano. Las comunidades microbianas pueden contribuir a la inflamación crónica local y sistémica.¹²

Las características clínicas relacionadas con el sistema estomatognático que se pueden presentar en los pacientes con AIJ son: limitación en apertura bucal y movimientos articulares, inflamación de ATM con dolor miofacial, retrognatia mandibular, dificultad en el cepillado o uso de hilo dental, debido a alteraciones en la motricidad fina cuando están afectadas las extremidades superiores; así mismo, como evidencia radiográfica de asimetría y aplanamiento condilar, además de una muesca antegonial acentuada. Por último, también pueden presentar cambios en la composición salival, como niveles bajos de fosforo, potasio, calcio, lisosimas e Inmunoglobulina A.¹³

Otro punto importante de mencionar, es que el consumo de metrotexate, está relacionado con la aparición de úlceras orales y la ciclosporina con agrandamientos gingivales¹³, por lo que también son manifestaciones a tomar en consideración en este grupo de pacientes.

Manejo estomatológico

Por motivos de la presentación de este caso clínico, mencionaremos los aspectos importantes que deben abordarse al tratar a un paciente con compromiso de tipo inmunológico. En primer lugar, la integridad del huésped es de suma importancia cuando se considera la susceptibilidad de éste ante infecciones. Los patógenos orales tienen más probabilidades de causar destrucción local, bacteriemia

o septicemia cuando se compromete la integridad de la mucosa.

Por otro lado, estos individuos tienen mayor posibilidad de desarrollar infecciones oportunistas orales o sistémicas debido a la incapacidad de su sistema inmune para suprimir y destruir a los patógenos.

Por estas razones, el estomatólogo debe realizar un tratamiento dental integral para minimizar el potencial de eventos adversos a la terapia inmunosupresora.

Para brindar un tratamiento dental seguro, antes del inicio de la terapia inmunosupresora, se debe realizar una evaluación oral integral que incluya un examen dental, tanto clínico como radiográfico. Se identificarán los focos orales de posible infección y se deberán tratar para evitar alguna diseminación de ésta.

En el manejo dental de estos pacientes, se indica la administración sistémica de medicamentos, con la finalidad de que se evite una infección oportunista.³ La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD)¹⁴ reconoce que numerosas afecciones médicas predisponen a los pacientes a infecciones inducidas por bacteriemia. Razón por la cual se recomiendan antibióticos profilácticos cuando estos pacientes se someterán a procedimientos que están en riesgo.

Por lo tanto, se considerará el uso de profilaxis antimicrobiana en aquellos pacientes con un sistema inmune comprometido, tales como:

a. Aquellos que presenten Inmunosupresión secundaria a:

- Virus de inmunodeficiencia humana o VIH.
- Inmunodeficiencia combinada severa.
- Neutropenia.
- Quimioterapia secundaria a tratamiento contra el cáncer.
- Transplante de células hematopoyéticas o de órganos sólidos.

b. Historial de radioterapia de cabeza y/o cuello.

c. Quienes presenten alguna enfermedad de tipo autoinmune (por ejemplo, artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico, etc).

Esto debido a que no es posible predecir cuándo un paciente susceptible desarrollará una infección.¹⁴

En niños se recomienda el uso de amoxicilina vía oral 50 mg/kg y en caso de alergias a la penicilina, se prefiere el uso de clindamicina a 20 mg/kg vía oral, una hora previa al procedimiento estomatológico.¹⁵

CARIES DENTAL

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) ¹⁶, la caries consiste en una enfermedad considerada un problema de salud pública global* que en la población infantil causa reducción de la calidad de vida, altos costos de tratamiento,

ausentismo escolar y una barrera para la capacidad educativa. Actualmente, continúa siendo la enfermedad más común de la infancia a pesar de las medidas de prevención distribuidas e implementadas¹⁶.

Epidemiología

En el año 2017, el Estudio Global de la Carga de Enfermedad¹⁷, reportó que más de 530 millones de niños en el mundo presentan caries de la infancia temprana. Sin embargo, es común que se diga que debido a que los dientes primarios se exfolian durante el crecimiento del niño, no se les otorga la importancia necesaria a lo largo de la historia.¹⁷

La caries dental disminuyó desde principios de los años 70 hasta mediados de los 90, en niños de entre 2 y 11 años. Sin embargo, desde mediados de la década de *1990 hasta la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de los Estados Unidos¹⁸ realizada en 1999-2004, esta tendencia se ha revertido, ya que según estudios, se reportó un pequeño pero significativo aumento en la caries de la infancia temprana. Según los informes descritos, esta inversión de tendencia fue más grave en los niños de más corta edad.¹⁸

Fisiopatología de la caries

Se describe a la caries como el resultado de la interacción frecuente y constante entre microorganismos productores de ácido, el material que será metabolizado por la bacteria y diversos factores biológicos asociados con la saliva y la biopelícula dental; así

como la velocidad de flujo, el pH salival, la propiedad de amortiguación, la participación de ciertas comunidades microbianas y el sistema inmunitario. Todos estos factores, junto con la práctica de higiene oral y la dieta, influyen en la desmineralización de las superficies dentales.¹⁶

Aquellas bacterias formadoras de la caries viven en las superficies de los dientes en microcolonias agrupadas en una matriz orgánica que contiene dentro de sus elementos: proteínas, polisacáridos y ADN secretado por las células, lo que proporciona protección contra la desecación, las defensas del huésped y los depredadores, proporcionando una mayor resistencia a los agentes antimicrobianos. Las superficies para la colonización microbiana, un gran número de bacterias y sus subproductos, participan acumulándose en una biopelícula en las superficies de los dientes, en pacientes sanos o con compromiso inmunológico.¹⁹ A esto podemos agregar cambios en el medio ambiente del huésped; ya sean impuestos o no por enfermedad; debilidad, cambio de comportamiento o hábitos, dieta o medicamentos, los cuales perturban la homeostasis y conducen a daños en éste.⁸

Las bacterias involucradas, van a producir ácidos orgánicos débiles en la biopelícula como un subproducto del metabolismo de los carbohidratos fermentables. Estas condiciones ácidas prolongadas, con un pH cercano a 5.5, pueden causar la aparición principalmente del

Estreptococos mutans en la flora microbiana, lo que resulta en la desmineralización de las superficies de los dientes.²⁰ Si se permite que continúe la difusión de calcio, fosfato y carbonato fuera del diente, la cavitación finalmente tendrá lugar.¹⁹

Factores de riesgo

Actualmente, el protocolo CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment) está implementando estrategias en el manejo de la caries, que representan un enfoque basado en la identificación del riesgo de cada persona para presentarla; con la finalidad de prevenir, revertir y tratar la caries.^{21, 22}

La consideración de los factores de riesgo, estará basada en la presencia de Estreptococos mutans o Lactobacilos en la cavidad bucal, antecedente de caries, exposición al fluoruro, calidad y cantidad del flujo salival, y pertenecer a un bajo nivel socioeconómico; así como también el juicio del dentista. Esto con la finalidad de mejorar el plan de tratamiento y obtener resultados beneficiosos en el manejo de la caries.

El determinar cierto nivel de riesgo a presentar caries en cada paciente, permite establecer un plan que mejora el diagnóstico y los tratamientos, ya sean preventivos y/o restaurativos.

Para predecir mejor la ocurrencia de la caries, en el año 2007, *Featherstone et al.*²², sugirieron tres variables, las cuales son: 1. Factores de riesgo, 2. Indicadores de riesgo, y 3. Factores protectores.

Los factores de riesgo se han relacionado con la etiología de la enfermedad, debido a su naturaleza patogénica. Dentro de este grupo tenemos a las Bacterias cariogénicas, la ausencia o la producción disminuida de saliva y al estilo de vida o los malos hábitos, ya sean dietéticos o de higiene bucal.

Dentro del grupo de indicadores de riesgo se encuentran: aparición de manchas blancas en superficies dentales lisas, restauraciones que fueron colocadas en los últimos tres años por caries, lesiones interproximales detectadas radiográficamente y aquellas cavitaciones que radiográficamente muestran avance en la dentina.

Por último, los elementos que son considerados protectores, los cuales serán aquellos que se puedan usar para prevenir o detener los cambios patológicos. Éstos permiten un equilibrio entre los factores previamente mencionados, conduciendo a la homeostasis y salud bucal del paciente. Tales como: el tener suministro de agua corriente fluorada, el uso repetido de dentífrico y colutorio con flúor, una adecuada y frecuente técnica de cepillado, recibir aplicaciones tópicas de flúor y la colocación de selladores de fosetas y fisuras.

Los factores de riesgo y los indicadores en conjunto, incrementan la probabilidad de aparición de caries, mientras que la misión de los factores protectores consiste en la reducción de dicha probabilidad.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) elaboró dos formatos con una serie de datos, que serán elegidos por el estomatólogo de acuerdo a la edad del paciente, lo que le permitirá identificar al grupo de riesgo en el que se encuentra dicho paciente.²¹

Diagnóstico

Las lesiones de caries se desarrollan donde la biopelícula oral madura y permanece en las superficies dentales durante períodos prolongados. Si se permite que se desarrolle una cavidad, esa zona propiciará a que los organismos de la placa se adapten y ocasionen gradualmente un pH reducido. Por lo que en aquellas superficies en las que el paciente no pueda limpiar, la formación de una lesión cavitada protegerá la biopelícula, y entonces el proceso carioso continuará.

La caries dental va a ser observada en el esmalte generalmente como áreas de desmineralización debajo de zonas de acumulación de biopelícula.¹⁹

Radiográficamente observaremos a las lesiones cariosas como una zona radiolúcida que puede iniciarse en el tercio correspondiente al esmalte y continuarse a la dentina e inclusive más allá de ella. Según *Van Amerongen et al*²¹, si se continuara 0.5 milímetros por debajo del límite amelodentinario, podríamos estar hablando que la lesión ya compromete la dentina. Sin embargo, es común que las lesiones que se encuentren únicamente en esmalte, no sean tan

sencillas de visualizar por la superposición de los tejidos mineralizados en una imagen bidimensional. Por lo tanto, los autores sugieren el uso del método radiográfico únicamente de apoyo y no como principal elemento diagnóstico. (21)

Tratamiento

En la práctica clínica del día a día, el tratamiento de la caries generalmente se centra en la restauración de los daños. Pese a que puede presentar limitantes, sigue siendo el método favorito para la mayoría de los dentistas. No obstante, en la actualidad se han implementado enfoques más preventivos para la atención.

Los principales defectos de la restauración sin un enfoque preventivo, son la corta durabilidad de las restauraciones y la propensión a que se formen nuevas lesiones de caries en los márgenes de las restauraciones si las causas de la enfermedad no se eliminan.

En el manejo de la caries dental en niños, se propone un enfoque hacia la prevención, pero cabe mencionar que las lesiones por caries son el proceso de una enfermedad que necesita ser manejado durante toda la vida para redireccionar su tratamiento y manejo integral.

Las personas que se encuentran bajo tratamiento previo o actual de radioterapia en cabeza y/o cuello, y aquellos que toman medicamentos que disminuyen el flujo salival, son quienes más deberían someterse a

evaluaciones dentales periódicas previas y posteriores a dicha terapia.

Para poder tener un mayor alcance, se ha llegado a proponer el proporcionar aplicaciones profesionales de fluoruro tópico por médicos pediatras, en especial para aquellos pacientes de alto riesgo a caries,¹⁹ como lo son quienes padecen algún compromiso sistémico; tal como la Artritis Idiopática Juvenil, logrando así una protección agregada.

OBJETIVO

Presentar las consideraciones en el manejo estomatológico para la rehabilitación bucal en sillón dental de una paciente pediátrica con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil.

Caso clínico

Femenina de 7 años de edad con diagnóstico de Artritis Idiopática juvenil quien se encuentra en seguimiento por el servicio de Inmunología. Fue enviada a al Departamento de Estomatología para eliminar posibles focos infecciosos activos en cavidad bucal por encontrarse con tratamiento inmunosupresor a base de Prednisona y Metotrexate. Razón por la cual se indica su rehabilitación bucal inmediata.

A la exploración clínica se encuentra activa, reactiva; se observa cráneo normocéfalo sin hundimientos ni exostosis palpables, ojos simétricos

con pupilas isocóricas, pabellones auriculares normoimplantados, conductos auditivos externos y narinas permeables, cuello cilíndrico sin adenomegalias palpables.

Intraoralmente se observa higiene regular, biopelícula sobre superficies dentales vestibulares, mucosas íntegras con adecuada coloración e hidratación, periodonto sano, lengua con dorso saburral y dentición mixta con múltiples lesiones cariosas de diversos grados.

Diagnóstico y plan de tratamiento dental

Se realizó toma de fotografías intraorales iniciales (Fig. 1); así como de radiografías dentoalveolares (Fig. 2).



Fig. 1. Fotografías intraorales iniciales. Fuente propia.

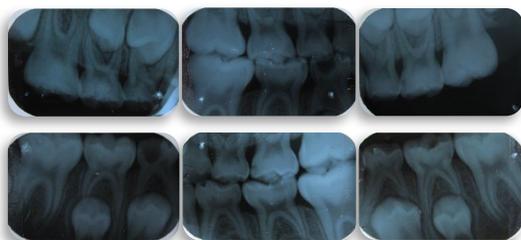


Fig. 2. Radiografías dentoalveolares iniciales. Fuente propia.

Se observaron lesiones de caries grados 1,2,3,4 y 5 según el sistema ICDAS^{23, 24} Fig. (3); punto así mismo, se evaluó el riesgo CAMBRA²⁵ según su grupo de edad en mayores de 6 años, clasificándola en riesgo extremo^{24,25}.

OD	ICDAS	TRATAMIENTO	OD	ICDAS	TRATAMIENTO
5.5	2	Resina	7.5	5	Resina
1.6	1	Sellador de fosetas y fisuras	3.6	3	Resina
6.4	3	Resina	8.4	5	Pulpotomía y corona acero cromo
6.5	2	Resina	8.5	4	Resina
2.6	1	Sellador de fosetas y fisuras	4.6	3	Resina

Fig. 3. Cuadro comparativo con clasificación de caries según ICDAS y tratamiento realizado. Fuente propia.

La paciente se mostró cooperadora desde la primera cita de valoración y toma de radiografías, por lo cual se catalogó en un grado 3 de la Escala Rud y Kisling del manejo de conducta, de modo que se procedió a iniciar su rehabilitación bucal por cuadrantes en sillón dental.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), se recomienda la administración de profilaxis antimicrobiana en este tipo de pacientes, debido a que los antibióticos profilácticos se indican en aquellos que presentan enfermedades autoinmunes; grupo en donde encontramos a la Artritis Idiopática juvenil; por ende, se usarán siempre que se sometan a procedimientos de origen dental que involucren sangrado, manejo de la encía, mucosa o la región periapical de los dientes, con la finalidad de reducir o eliminar la bacteriemia transitoria

causada por procedimientos dentales invasivos.^{14,15} Se procedió a iniciar la restauración de órganos dentales dañados.

Rehabilitación bucal en sillón dental

De acuerdo a la planificación terapéutica implementada en éste caso, se realizó basada en 4 fases; en la fase I o fase Inicial, se procedió con la planeación del tratamiento mediante la exploración clínica y radiográfica previamente explicada. En la fase preventiva (fase II), se colocó tinción de biopelícula (Tri Plaque ID™ gel de la casa comercial GC™) con la finalidad de determinar el índice aproximado de ésta en las superficies dentales de la paciente (Fig. 4), así como para educar y dar instrucciones de higiene. Durante ésta misma fase, se realizó profilaxis dental con pasta abrasiva (Prophytech Zeyco®,) e instrumento de baja velocidad. Así mismo, se realizó la prueba de flujo salival estimulada (Fig. 5) en donde se obtuvo 0.16 ml/min por debajo del rango establecido de 1-3 ml/min en niños, con la finalidad de complementar el estatus de factores de riesgo a la caries dental; lo cual corrobora su estimación según CAMBRA²⁵ dentro del grupo de pacientes de riesgo extremo a Caries.



Fig. 4. Fotografías tomadas con tinción de placa dentobacteriana.



Fig. 5. Fotografías de la prueba de flujo salival estimulada. Fuente propia.

Posteriormente, se procedió con la fase restauradora (Fase III). Se administró Amoxicilina 50 mg/kg/dosis una hora previa al procedimiento estomatológico. Se realizó operatoria dental con la colocación de selladores de fosetas y fisuras (Clinpro Sealant 3M ESPE™) en los órganos dentarios 1.6 y 2.6; resina resina (Filtek Z350 XT 3M™) en los molares 5.5, 6.4, 6.5, 7.5, 3.6, 8.5, 4.6, pulpotomía con MTA Angelus® y corona acero (3M™) cromo en el 8.4.

Se tomaron fotografías y radiografías dentoalveolares al concluir con la rehabilitación bucal en donde la paciente refiere sentirse cómoda y sin presencia de sintomatología dolorosa con el tratamiento realizado (Fig. 6 y 7).



Fig. 6. Fotografías intraorales finales. Fuente propia.

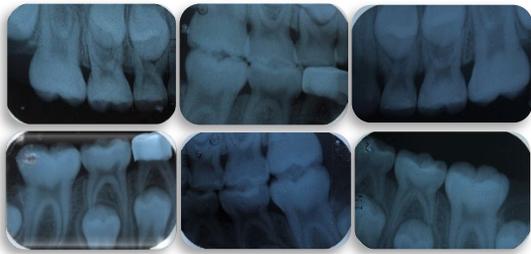


Fig. 7. Radiografías finales. Fuente propia.

Posterior a su rehabilitación se estableció un plan de tratamiento de mantenimiento preventivo con relación a CAMBRA en un grupo de edad de mayores a 6 años de riesgo extremo*, el cual consistió en control de biopelícula cada 1-3 meses, cepillado 2 veces al día con pasta de 1,450 ppm de fluoruro de Sodio (Crest anticaries®), uso de colutorio de clorhexidina al 0.12% una vez al día por una semana, colutorio con Fluoruro de Sodio al 0.05% una vez al día, por tres semanas, así como de crema dental a base de fosfato de calcio (Clinpro Tooth Creme™); asesoramiento preventivo, uso de productos neutralizantes de Ph ácido (chicles y caramelos con xilitol), y finalmente mantener una adecuada hidratación con agua natural y evitando las bebidas azucaradas.

Discusión

En el presente trabajo, se agrupan aquellos criterios para el manejo estomatológico de pacientes con diagnóstico de AIJ descritos en el Handbook de odontología pediátrica²⁶, donde refiere que aquellos pacientes que se encuentren con medicación

inmunosupresora presentarán la incapacidad de combatir eficazmente infecciones. Por ello, el tratamiento indicado estará basado en “prevención agresiva” para evitar septicemia²⁶. La salud bucal de los individuos inmunocomprometidos es particularmente preocupante porque se ha demostrado que los patógenos orales afectan la integridad del huésped al causar bacteriemia y septicemia. Aunque los eventos cotidianos comunes como cepillarse los dientes, usar hilo dental y masticar pueden causar bacteriemia, la diseminación de bacterias de la cavidad oral al torrente sanguíneo es una gran preocupación para los estomatólogos durante los procedimientos dentales invasivos, ya que, para el individuo inmunocomprometido, las infecciones bacterianas orales podrían ser potencialmente mortales. Las tasas exactas de morbilidad y mortalidad asociadas con la infección oral en individuos inmunocomprometidos son difíciles de determinar, debido a que la fuente de infección y el patógeno pueden no estar siempre asociados. Por consiguiente, antes del inicio de la terapia inmunosupresora, se debe realizar una evaluación oral integral que incluya un examen dental clínico y radiográfico, tal y como se realizó en el caso presentado, considerando lo que menciona *Ernesta Parisi et al.*³, donde refiere que los focos orales de infección deben identificarse y eliminarse para evitar posibles exacerbaciones y diseminación de una infección.

Así mismo, es importante su protección con antibiótico profiláctico, el cual debe ser de amplio espectro, y administrarse en dosis y horario apropiado³, criterio cubierto de acuerdo a lo establecido en la guía de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD).

Cabe mencionar que la atención preventiva e integral de la salud bucal en los pacientes inmunosuprimidos que se ha mencionado en este trabajo, también debe ser continua y de forma rutinaria, para reducir las complicaciones derivadas del abandono, descuido y malos hábitos de higiene.³

Conclusión

Las personas con el diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil, pertenecen al grupo de pacientes considerados como inmunocomprometidos debido al cuadro de medicamentos que consumen. Por esta razón su manejo consiste en la implementación de profilaxis antimicrobiana y un manejo enfocado en liberar focos infecciosos de la cavidad bucal, tratando la caries con un protocolo que erradique aquellas lesiones que representen un potencial riesgo de infección a corto o mediano plazo; así como una terapia de mantenimiento a largo plazo para evitar el riesgo de bacteriemia y septicemia en algún momento durante su terapia inmunosupresora.

Finalmente, es importante mencionar que el papel del estomatólogo pediatra es fundamental en el tratamiento y la

prevención de las alteraciones bucales que pueden llegar a exponer la salud general de este grupo de pacientes. Es indispensable la toma correcta de decisiones en cuanto al diagnóstico y manejo estomatológico, para así contribuir en una mejoría de la calidad de vida en el paciente pediátrico inmunocomprometido.

Referencias

1. Morales-López A. Artritis Idiopática Juvenil. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI. 2014.609; 61-66.
2. Marit S. Skeie. Oral health in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis, a systematic review and metanalysis. BMC Oral Health. 2019. 19 (285); 2-16.
3. Parisi E. Immune suppression and considerations for dental care. Dent Clin N. 2003. 47; 709-731.
4. Aguilar-Guzmán A. Artritis idiopática juvenil: caso clínico y revisión bibliográfica. Rev. Medicina. 2008. 14 (4) 348-359.
5. Barut K. Juvenile Idiopathic Arthritis. Balkan Med J. 2017. 34: 90-101.
6. Solís Sánchez P. Artritis idiopática juvenil (AIJ). Pediatr Integral 2013; XVII(1): 24-33.
7. Lee J. Y. L. Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. Pediatr Clin N Am 65 (2018) 691-709
8. Martínez Muñoz G. Diagnóstico de artritis idiopática juvenil en el primer nivel de atención: a propósito de un caso. Revista

- Cubana de Reumatología. 2019. 21; 1-7.
9. Berthold E. Outcome in juvenile idiopathic arthritis: a population-based study from Sweden. *Arthritis Research and Therapy*. 2019. 21 (218): 2-10.
 10. Prakken B. Juvenile idiopathic arthritis. *The Lancet*. 2011. 377: 2138–49.
 11. Penadés Calvo I. Enfermedades reumáticas: Actualización SVR. 2013. 4: 91-122.
 12. Grevich S. Oral health and plaque microbial profile in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*. 2019. 17 (81): 4-9.
 13. De Camargo A. Manejo odontológico de pacientes pediátricos comprometidos sistemáticamente. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2015. 5 (1):33-50.
 14. American Academy of Pediatric Dentistry. Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk of Infection. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021: 416-421.
 15. Rodríguez-Campos LF. Profilaxis antimicrobiana previa a procedimientos dentales. Situación actual y nuevas perspectivas. *Acta Pediatr Mex*. 2017. 38(5):337-350.
 16. Angarita-Díaz M. P. Effects of a functional food supplemented with probiotics on biological factors related to dental caries in children: a pilot study. *European Academy of Paediatric Dentistry*. 2019. 1-9.
 17. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 18. Cannon M. Retrospective Review of Oral Probiotic Therapy. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2019; 43(6): 367-371.
 19. Selwitz R. Dental Caries. *The Lancet*. 2007;369: 51 – 59.
 20. Takahsi N. Caries Ecology Revisited: Microbial Dynamics and the Caries Process. *Caries Res*. 2008; 42: 409–418.
 21. Páez M, De la Cruz D. Indicadores de prevalencia y de predicción de riesgo de caries dental. *Vertientes*. 2014; 17(1): 61-72.
 22. Featherstone J. Caries Risk Assessment in Practice for Age 6 Through Adult. *CDA Journal*. 2007. 35 (10):703-13
 23. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. *Rev. CES Odont*. 2015; 28(2): 77-87.
 24. Guía de referencia rápida para ICCMS para clínicos y educadores. *International Caries Detection and Assessment System*. 2014.
 25. Morales J, Lenguas L, Mateos M, Bratos E, Garcillán M, Riesgo de caries en una población infantil según el protocolo CAMBRA. *Odontol Pediátr (Madrid)*. 2018.26 (2)127-143.
 26. Tootla R. *The Handbook of Pediatric Dentistry*. The American

Academy of Paediatric Dentistry.
3rd edition. p. 285-202

27. Mateos V. Protocolos para la actuación con niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. Protocolos para la actuación con niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. 2013.