



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NEGLIGENCIA DENTAL PARENTAL Y SU  
CONDICIONANTE CON CARIES DE LA INFANCIA  
TEMPRANA SEVERA. REPORTE DE CASO.

### CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA**

P R E S E N T A:

FRIDA ESTEFANÍA MIRELES ROMERO

TUTOR: Mtro. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ

*Vg Bo*  
*29/08/22*

MÉXICO, Cd. Mx.

AGOSTO, 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.

# Negligencia Dental Parental y su Condicionante con Caries de la Infancia Temprana Severa. Reporte de Caso.

Frida Estefanía Mireles Romero\*, César Darío González Núñez<sup>§</sup>

---

## Resumen

**Introducción.** El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agrupa la negligencia como un tipo de maltrato infantil, y la establece como: *“la imposibilidad de cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de los niños para protegerlos del peligro o para obtener atención médica y dental, a pesar de que las personas responsables de su cuidado tienen los medios, los conocimientos y el acceso a los servicios”*. El objetivo del presente caso clínico es describir las manifestaciones clínicas bucales como consecuencia de una negligencia dental parental, así como el manejo, control, seguimiento y la repercusión directa con la calidad de vida. **Reporte de Caso:** Paciente masculino con edad de ingreso de 5 años, es referido a la Clínica de Odontopediatría de la DEPeI-UNAM. En la exploración clínica se observa acumulación excesiva de biopelícula, restos radiculares con procesos infecciosos, fenestración de primeros molares superiores y lesiones cariosas limitadas a esmalte y dentina. Por el número de lesiones y la edad del paciente se diagnosticó: Caries de la Infancia Temprana Severa (CIT-S). Se estableció el plan de tratamiento en tres fases: prevención primaria, secundaria y terciaria (rehabilitación terapéutica). La orientación y concientización que se brindó al tutor fue fundamental para lograr excelentes resultados. **Conclusiones:** Conseguir la rehabilitación oral integral del menor, ayudó a mejorar por completo la calidad de vida y autoestima, recuperar y mejorar las funciones orgánicas del sistema masticatorio, así como las nutricionales y de fonación, además de permitir el óptimo crecimiento y desarrollo de los maxilares.

**Palabras clave:** *Negligencia dental parental, caries infancia temprana severa, Educación salud bucal.*

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The United Nations Children's Fund (UNICEF) groups neglect as a type of child abuse and defines it as: *“the failure to meet children’s physical and psychological needs, protect them from danger or obtain medical and oral health when those responsible for their care have the means, knowledge and access to services to do so.”* The aim of this clinical case is to describe the oral clinical manifestations as a result of parental dental

negligence, as well as the management, control, follow-up, and the direct impact on quality of life. **Case Report:** A 5-year-old male patient, was referred to the Pediatric Dentistry Clinic of DEPeI-UNAM. Clinical examination revealed excessive accumulation of biofilm, halitosis, and root debris with infectious processes, fenestration of the upper first molars, and carious lesions limited to enamel and dentin. Due to the number of lesions and the age of the patient, this diagnosis was made: Severe Early Childhood Caries (S-ECC). Treatment plan established three phases: primary prevention, secondary prevention and tertiary prevention (therapeutic rehabilitation). The guidance and awareness-building provided to the tutor were essential to achieving excellent results. **Conclusion:** Completing the comprehensive oral rehabilitation of the minor, helped to completely improved his quality of life and self-esteem, in addition to being able to recover and enhance the organic functions of the masticatory system, as well as nutritional and phonation, to allow optimal growth and development of the teeth and jaws.

**Key words:** *Parental dental negligence, severe early childhood caries, oral health education.*

\* Egresada del programa de Especialización en Odontopediatría, DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.

§ Profesor de la Especialización en Odontopediatría, DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre la Violencia y Salud, definen la violencia hacia los niños como: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o afectivo contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga altas probabilidades de provocar daño efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad”*. (1)

La violencia hacia los niños es conocida como Maltrato Infantil (MI). En México y el

mundo se han publicado numerosas definiciones del MI. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría y la Universidad Nacional Autónoma de México (CAINM-INP-UNAM) indica: *“Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligente, intencional, dentro o fuera del hogar, contra una persona menor de edad, antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial”*. (2)

Dentro del núcleo parental se agrupan 4 tipos de maltrato infantil, divididos en activo y pasivo (*Figura. 1*). (3)

Tipo de maltrato	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico	Abandono físico
Emocional (psicológico)	Maltrato emocional	Abandono emocional
Sexual	Abuso sexual	---
Negligencia	---	Falta de cuidado, protección y/o abandono

Fig 1. Tipos de maltrato infantil (UNICEF).

Por su parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) también agrupa la negligencia como un tipo de MI, y la establece como: *“la imposibilidad de cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de los niños para protegerlos del peligro o para obtener atención médica y dental, a pesar de que las personas responsables de su cuidado (padres de familia, tutor) tienen los medios, los conocimientos y el acceso a los servicios”*. (4)

Actualmente se tiene conocimiento de la negligencia como una forma muy frecuente de MI, con gran complejidad clínica y social para diagnosticarla y poder brindar una atención integral que permita recuperar la salud, calidad de vida y adecuado desarrollo biopsicosocial. (5)

También se considerada un tipo de MI “pasivo”, al no involucrar fuerza física alguna y sus consecuencias pueden ser visibles a mediano y largo plazo.

Los niños durante su primera infancia son la población más vulnerable y expuesta a

ser víctimas de negligencia por parte de sus padres o cuidadores, pudiendo ser más notable en aquellas familias con un estado socioeconómico y nivel de escolaridad bajo, o con poco acceso a la información. (1,3,6)

Existen diferentes subtipos de negligencia, entre los principales se encuentran: (1,2)

- **Física/En el cuidado/Parental:** Falta de protección al individuo, incluyendo su supervisión o cubrir con sus necesidades básicas: comida adecuada, vestido y/o cuidado médico-dental básico.
- **Ambiental:** Falla en brindar una vivienda digna, limpia y segura.
- **Médica/Dental:** Carencia y retraso de la atención médica, dental o especializada.
- **Emocional o psicológica:** Falta de soporte emocional, inatención crónica o cuidadores *“psicológicamente no aptos o disponibles”* que pasan por alto los signos y señales de los niños pequeños y la exposición a la violencia de pareja o el abuso de drogas o alcohol.

- **Educacional:** Falta para cumplir con los requerimientos que por ley tienen los cuidadores de asegurar la educación de los niños asistiendo a la escuela.
- **Desamparo y abandono:** Grado más severo de negligencia.

Las secuelas de los malos tratos impactan de manera negativa en el crecimiento y desarrollo de los niños durante la primera infancia; su comportamiento, salud y calidad de vida se ve afectado y puede perdurar hasta la vida adulta. (1,4)

En el año de 1983 se introdujo el término de negligencia dental, la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) la definió como: *“falta intencional de los padres o cuidadores, de buscar, y seguir el tratamiento adecuado para mantener la salud bucal libre de dolor, infección o pérdida de la función. Con repercusiones directas en la calidad de vida del niño durante su desarrollo”*. (7)

La declaración de Bangkok por la Academia Internacional de Odontología Pediátrica (IAPD) establece la caries dental como *“una enfermedad prevenible, mediada por la biopelícula, impulsada por azúcares, de origen multifactorial, que da como resultado un desbalance en el proceso de remineralización-*

*desmineralización, afectando la estructura dental”*.

El término actual de CIT Severa comprende *“una enfermedad más compleja, involucra la presencia de lesiones cariosas no cavitadas o cavitadas, pérdida o ausencia de dientes y/o obturaciones, con un total de dientes afectados mayor o igual a la edad del niño, comprendida entre los tres y cinco años”*.(8)

La prevalencia a nivel mundial de caries dental no tratada en dientes temporales es de 600 millones de niños. En México se estima un porcentaje alrededor del 60% en la población infantil. (9,10)

Las intervenciones dentales a edades tempranas de manera continua para la prevención y detección de enfermedades como la caries dental, garantizan en los niños un crecimiento saludable, desarrollo social y emocional adecuado, aprendizaje positivo y una reducción de los factores de riesgo. (4,11)

Saber identificar la negligencia dental parental y su relación con CIT, permitirá una rehabilitación oral exitosa y grandes cambios reflejados en la calidad de vida.

El objetivo del presente caso clínico es describir las manifestaciones clínicas bucodentales como consecuencia de una negligencia dental parental.

## REPORTE DE CASO

Paciente masculino con edad de ingreso de 5 años (*Figura. 2*), acudió a la Clínica de Recepción y Diagnóstico de la DEPeI-UNAM y es referido a la Clínica de Odontopediatría.



Fig 2. Paciente al inicio del

Al interrogatorio su tutor menciona que el menor refiere dolor la mayor parte del día, dificultad para dormir, “mal olor de su boca” (halitosis), acumulación de alimento en los dientes cariados, infecciones respiratorias y estomacales recurrentes, así como dificultades escolares por bajo rendimiento y acoso (*bullying*) por el aspecto de sus dientes.

Se identificaron diversos factores de riesgo que han llevado a la enfermedad: déficit en hábitos de higiene oral

(cepillado dental en casa por debajo de la concentración mínima de 1000ppm de F), alimentación con biberón a base de bebidas adicionadas con azúcar hasta los tres años de edad, así como una dieta alta

en consumo de carbohidratos en comidas y bebidas a libre demanda.

El tutor también refiere que la madre del menor migró a Estados Unidos de América cuando tenía 2 meses de nacimiento, y durante sus primeros 3 años de vida, vivió bajo la custodia de su abuela materna. Como antecedentes personales patológicos presenta hernia umbilical diagnosticada a los 5 meses de edad y no se han realizado procedimientos quirúrgicos. Al momento de ingreso a la Clínica de Admisión y el Departamento de Odontopediatría su peso y talla fueron de 17kg y 108cm respectivamente. Se encontraba por debajo del peso y talla promedio conforme a su edad, el cual corresponde a 18.3 kg y 110cm, según los datos mostrados en la Cartilla Nacional de Salud para Niñas y Niños de 0-9 años. (12)

Al momento de la revisión clínica se inició con el primer Control Personal de Placa Dentobacteriana (CPP), donde se obtuvo un porcentaje elevado del 96%. En la exploración clínica se observa

acumulación excesiva de biopelícula en dientes y lengua, halitosis y restos radiculares con procesos infecciosos en incisivos superiores y molares de ambas arcadas, fenestración dental primeros molares superiores, e incisivos y caninos inferiores con lesiones cariosas limitadas a esmalte y dentina (*Figura. 3*).



**Fig 3.** Fotografías intraorales iniciales.

Como auxiliares de diagnóstico, se utilizó la inspección visual y táctil con sonda periodontal, así como la toma de serie radiográfica con película infantil #2 para ambos cuadrantes. La zona de molares superiores e inferiores se observan con absorciones internas provocadas por las lesiones cariosas profundas, extensas y con compromiso pulpar (*Figura. 4*).

**Fig 4.** Serie radiográfica.

Por el número de lesiones y la edad del paciente se diagnosticó: Caries de la Infancia Temprana Severa, con un riesgo a caries extremo según el cuestionario CAMBRA. Debido al gran avance de la enfermedad y las repercusiones a largo plazo, el paciente tendrá un seguimiento clínico y radiográfico hasta la erupción de los dientes permanentes.

El objetivo de la rehabilitación dental es eliminar focos de infección para preservar el mayor número de dientes, y es importante resaltar el pronóstico reservado de la rehabilitación. Se estableció un plan de tratamiento en tres fases, según la clasificación de Leavell & Clark. (13)

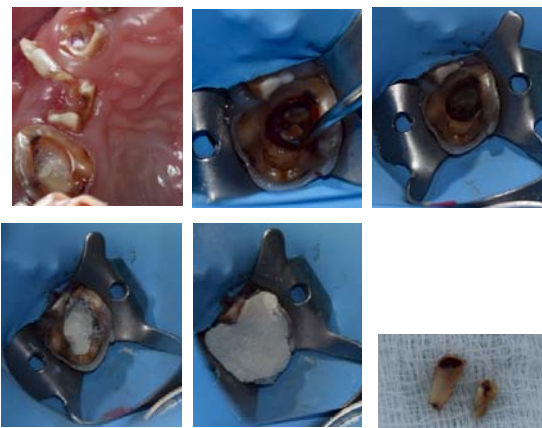
- 1) Prevención primaria: Eliminar factores de riesgo (reforzar y mejorar hábitos de salud oral, así como cambios dietéticos) y educación para la salud.
- 2) Prevención secundaria: Detección de la enfermedad e impedir su progresión (Resturaciones Terapéuticas Interinas, arresto de lesiones de caries).
- 3) Prevención terciaria: Tratamiento y rehabilitación.

Se inició con la fase preventiva: enseñar y reforzar hábitos de higiene oral en casa, cambios dietéticos para reducir el consumo de azúcares y la exposición diaria a fluoruros (cepillado dental con

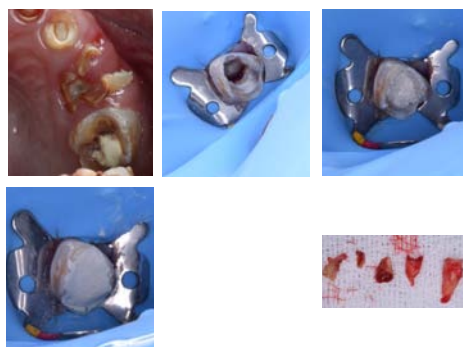


pasta fluorada con concentración de 1500ppm de F).

La intervención terapéutica se realizó en citas semanales con técnicas básicas del control y manejo de conducta. Se inició con el protocolo clínico de Pulpectomía No Instrumentada (NIET) del diente 5.5 con aislamiento absoluto, e infiltración anestésica (FD® lidocaína HCl 2% / epinefrina 1:100,000 solución inyectable) con técnica supraperióstica y extracciones simples de los dientes 5.4 y 5.3 (Figura. 5).



**Fig 5.** Pulpectomía No Instrumentada diente 5.5 y extracciones simples de dientes 5.4, 5.3.

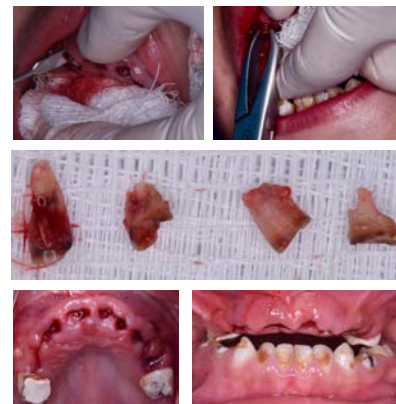


**Fig 6.** Pulpectomía No Instrumentada diente

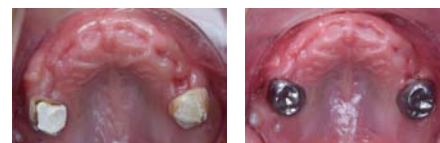
6.3.

En citas subsecuentes se realizó el cuadrante superior izquierdo con los mismos procedimientos e indicaciones del cuadrante superior derecho (Figura. 6).

Las extracciones simples de los dientes 5.2, 5.1, 6.1 y 6.2 se realizaron posteriormente, sin complicaciones (Figura. 7).



**Fig 7.** Extracciones simples de



**Fig 8.** Ajuste y colocación de CAC de

Controlados los procesos infecciosos de los cuadrantes superiores, se procedió a realizar el tallado, ajuste y aumento de la

dimensión vertical con Coronas de Acero Cromo (CAC) para los segundos molares superiores 5.5 y 6.5 (Figura. 8).

En la arcada inferior las NIET y CAC se indicaron en los dientes 7.4, 7.5 (Figura. 9) y 8.5 (Figura. 10). El diente 8.4 se indicó para extracción con mantenedor de espacio corona-ansa.

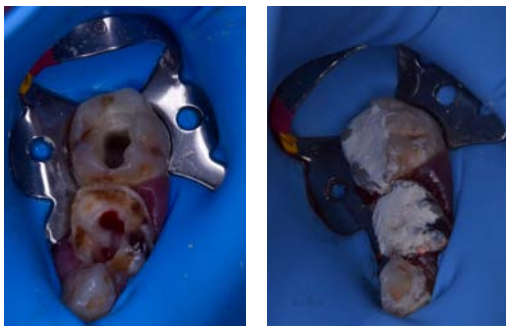


Fig 9. Pulpectomía No Instrumentada diente 7.4, 7.5.



Fig 10. Pulpectomía No Instrumentada diente 8.5 y ajuste de CAC.

Para la zona de incisivos inferiores y caninos (7.3, 7.2, 7.1, 8.1, 8.2, 8.3) se planeó realizar Restauración Terapéutica Interina (ITR) mediante la colocación de

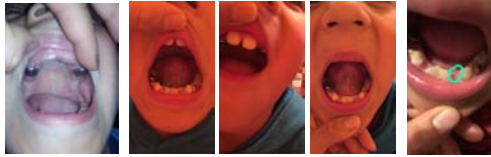
coronas de celuloide con Ionómero de Vidrio modificado con Resina. Únicamente se colocaron restauraciones interinas en los dientes 7.3 y 8.3 (Figura.11).



Fig 11. Restauraciones Terapéuticas Interinas de dientes 7.3, 8.3.

La colocación de las coronas de celuloide permitiría el proceso de exfoliación de los incisivos inferiores, dada la edad del paciente y la pronta erupción de los incisivos permanentes. Sin embargo, no fueron realizadas, al igual que las CAC de los dientes 7.4 y 7.5, debido al confinamiento.

La pandemia por COVID-19, provocó la suspensión temporal de toda actividad clínica durante 1 año 7 meses, por lo que los tratamientos planeados inicialmente no se pudieron realizar. Así mismo se continuó brindando seguimiento remoto mediante mensajes a través de redes sociales (WhatsApp®) (Figura. 12).



**Fig. 12.** Seguimiento vía electrónica. Mayo 2020, Enero y Mayo 2021.

En Octubre de 2021 nuevamente se retomó el tratamiento integral (*Figura. 13*).



**Fig. 13.** Fotografías intraorales al regreso de actividades clínicas-October 2021.

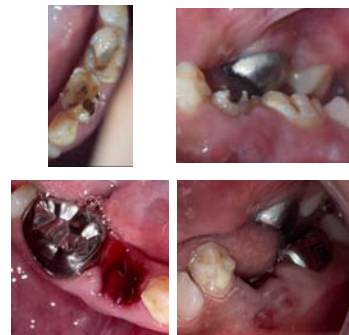
Se inició con cita preventiva: CPP, técnica de cepillado, profilaxis dental y aplicación tópica de barniz de flúor (3M® Clinpro® White Varnish con Fluoruro de Sodio al 5% y TCP). En citas subsiguientes se colocaron selladores a base de ionómero de vidrio (3M® Ketac® Molar Easymix) en primeros molares permanentes superiores e inferiores y toma de radiografías periapicales para valorar el estado actual.

En la arcada inferior se indicaron extracciones de dientes 8.4, 8.5 (*Figura.*

14), 7.4 y CAC en diente 7.5 con previo tratamiento pulpar (*Figura. 15*).



**Fig. 14.** Radiografía periapical y Extracciones simples de dientes 8.4, 8.5.



**Fig. 15.** Extracción simple de diente 7.4 y CAC de diente 7.5.

Una vez finalizados los tratamientos restauradores, se colocó mantenedor de espacio fijo inferior bilateral: arco lingual (*Figura. 16*).



**Fig. 16.** Mantenedor de espacio fijo bilateral: Arco lingual.

En la arcada superior, el diente 2.6 presenta erupción ectópica. Clínica y

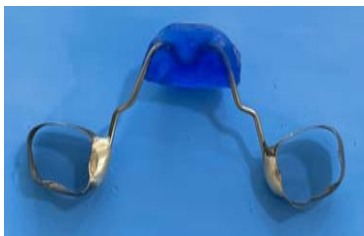
radiográficamente se encuentra impactado en la prominencia distal de la corona del segundo molar primario (6.5), por lo que se indicó terapia de activación con aparato Halterman. Durante dos semanas se dejó colocado con cadena elástica cerrada para posteriormente colocar ligadura metálica de 0.010 por 3 semanas (Figura. 17).



**Fig. 17.** Aparato de Halterman. Activaciones

calibre 0.0010.

Se consiguió desimpactar y redireccionar la vía de erupción del molar, para posteriormente colocar el mantenedor de espacio fijo bilateral superior: Botón de Nance (Figura. 18).



**Fig. 18.** Mantenedor de espacio fijo bilateral: Botón de Nance.

Finalizado el tratamiento integral (Figura. 19), se realizó nuevamente la fase preventiva (Figura. 20) y se mantiene con citas de control dental periódico cada 3 meses para realizar controles de placa dentobacteriana, profilaxis con aplicación tópica de flúor, observar si hay presencia de lesiones de caries iniciales, así como monitorear las restauraciones previamente realizadas.



**Fig. 19.** Fotografías intraorales finales.



**Fig. 20.** Fotografía actual del paciente de 7 años.

## **RESULTADOS**

Se consiguió eliminar los procesos infecciosos y con ello la rehabilitación oral e integral del menor. Los síntomas referidos por el paciente y tutor como dolor dental, estomacal, también la halitosis, estos desaparecieron conforme se controló el avance de la enfermedad; se observaron cambios positivos, reflejados en una mejor calidad de vida, autoestima y rendimiento escolar, permitiendo recuperar y mejorar las funciones orales, estéticas, nutricionales y de fonación para acompañar su crecimiento y desarrollo.

Actualmente el paciente se encuentra en dentición mixta temprana, libre de caries y procesos infecciosos. Bajo la custodia de su tía, lo que ha permitido instaurar un plan preventivo en donde se han seguido las indicaciones y cuidados; ahora sus necesidades de tratamiento tienden a resolver los problemas de maloclusión para lo cual se generará un nuevo plan de tratamiento.

## **DISCUSIÓN**

La caries dental es una enfermedad prevenible, en la actualidad afecta a más de 600 millones de niños a nivel mundial. El no atender la enfermedad a tiempo, provocará dolor, infección y pérdida de la función, afectando de manera directa y

significativa en la vida diaria, así como en el buen crecimiento y desarrollo futuro de los niños. (10,14)

Establecer en el hogar hábitos de higiene dental desde edades tempranas, ayuda a crear rutinas que permitan prevenir las principales enfermedades de la boca, entre ellas, la caries dental.(6) Cuando un niño se enferma de caries dental, su calidad de vida se ve comprometida, además de todas las dificultades a las que se enfrenta, como: dolor la mayor parte del día, principalmente por las noches, dificultando conseguir un sueño reparador, dificultades para comer, lo cual afecta de manera directa en un menor peso y talla; de acuerdo al promedio de edad, problemas de aprendizaje, acoso escolar y la necesidad de un tratamiento restaurador integral complejo y extenso, que para los padres de familia o tutores se vuelve costoso y en muchas ocasiones imposible de pagar.

En el reporte de caso la negligencia dental y parental, muestra una falta de atención odontológica oportuna, ausencia de hábitos de higiene oral en el hogar y una alimentación no saludable (alta en azúcares), lo cual derivó en la enfermedad de CIT-S, misma que afectó en un déficit en la calidad de vida del paciente, menor peso y talla promedio



conforme a su edad, así como múltiples lesiones de caries, procesos infecciosos, dolor y gran pérdida de estructura dental.

Verduzco N, et al., en su reporte de caso, describe las manifestaciones clínicas de una negligencia dental parental. Teniendo gran similitud con el presente caso clínico y los resultados obtenidos una vez concluida la fase de rehabilitación. En ambos pacientes se mostraron mejoras significativas en su calidad de vida y comportamiento para permitir su óptimo crecimiento y desarrollo.

Zhang T, et al., en 2021 realizó un estudio sobre la relación que existe entre el estatus socioeconómico y la caries dental en niños de edad preescolar en la población China. Reportó que los padres de familia con un nivel socioeconómico bajo (bajos ingresos familiares, baja educación y familias desfavorecidas socialmente), tienen mayor prevalencia de caries y dolor dental. Coincidiendo con el reporte de caso en donde la falta de recursos económicos, condicionó la atención inmediata de las lesiones cariosas.

Tiol-Carrillo A, menciona que la ignorancia y desinformación de los padres, es el verdadero problema a enfrentar para prevenir la caries dental en

la primera infancia y el gran compromiso que tiene el personal de salud bucal de educar y concientizar a los familiares (padres de familia, cuidadores) sobre la importancia del cuidado bucal para la prevención de caries dental, orientar sobre la higiene dental en casa, alimentación, reforzamiento de la técnica de cepillado personalizada y la importancia de las aplicaciones tópicas de flúor.

A pesar de que el paciente acude a consulta, con procesos de caries avanzados en donde gran parte de los dientes terminan en extracción se trató de realizar conciencia sobre los tutores para el cuidado y la prevención de dicha enfermedad.

La salud oral de los niños es responsabilidad de los padres o cuidadores. La falta de atención dental, por descuido, falta de acceso a la información o ingresos económicos bajos, es considerada negligencia dental parental y por lo tanto un tipo de maltrato infantil. En muchas situaciones, cuando los padres o cuidadores buscan ayuda, es tal el avance de la enfermedad que se necesitan tratamientos radicales, costosos o ser tratados bajo técnicas de manejo de conducta avanzadas, como lo es anestesia general. (6,15)

Saber reconocer los signos de negligencia dental parental y CIT ayudará a establecer una adecuada atención dental para recuperar su salud. Sin embargo, es imprescindible establecer conjuntamente estrategias y programas eficientes de Educación para la Salud Bucal dirigidas a padres y tutores con el fin de disminuir la negligencia dental y los riesgos que involucra a la salud general de los niños. (16,17)

El personal médico: dentistas, odontopediatras, pediatras, tienen la responsabilidad de orientar a las familias sobre el cuidado de la salud oral para hacer frente a los altos índices de caries dental y su asociación con la negligencia parental. (17)

Identificar la negligencia dental parental y su condicionante con CIT permitió devolver la salud oral al paciente, realizar una rehabilitación integral con un enfoque coordinado y centrado en la educación, así como la orientación para poder establecer hábitos y rutinas saludables que permitan conservar la salud oral y el éxito de los tratamientos realizados.

## **CONCLUSIONES**

Se consiguió la rehabilitación oral integral del paciente, ayudando a mejorar por completo su calidad de vida, autoestima,

aprendizaje y rendimiento escolar; además de recuperar las funciones orgánicas del sistema masticatorio, así mismo como las nutricionales y de fonación, para permitir el óptimo crecimiento y desarrollo de los maxilares.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Loredó Abdalá A, Abigail Casas Muñoz D. VIOLENCIA ENTRE SERES HUMANOS Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención.
2. Loredó Abdalá A, Abigail Casas Muñoz D. GENERALIDADES DEL MALTRATO INFANTIL Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención.
3. Ministerio de Educación, UNICEF. Maltrato infantil en Chile. Biblioteca del Congreso Nacional. 2000;20.
4. Modovar C, Ubeda ME. La violencia en la primera infancia [Internet]. Unicef. 2017. 1–25 p. Available from: [https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20171023\\_UNICEF\\_LACRO\\_FrameworkViolencia\\_ECD\\_ESP.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf)
5. Loredó Abdalá A, Abigail Casas Muñoz D. NEGLIGENCIA: MODALIDAD DEL MALTRATO INFANTIL POCO RECONOCIDA Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención.
6. Verduzco Núñez Karla Estefanía \* Rodríguez Torres Claudia Miroslava,\* Pedroza Uribe Issac Muriel,\*\* Alfonso Sánchez Carmen Celina,\*\* Bayardo González Rubén Alberto.\*\*. Revista Tamé. 2017.
7. Definition of Dental Neglect. *Pediatr Dent*. 2018;40(6):13.

8. Revision L. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent.* 2018;40(6):60–2.
9. Sectorial De Salud P. Programa de Acción Especifico Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018.
10. CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA: La Declaración de Bangkok del IAPD.
11. Lourenço CB, Saintrain MV de L, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr.* 2013;13(1).
12. Nacional Vacunación C de. Niñas y niños de 0 a 9 años CARTILLA NACIONAL DE SALUD.
13. Díaz SSandra, Ballinas U. Ciencias de la salud I. 1era edición. Díaz SS, editor. 38 p.
14. CLINICAL REPORT 278 CLINICAL REPORT [Internet]. Available from: [www.abfo.org](http://www.abfo.org)
15. de Souza MC, Harrison M, Marshman Z. Oral health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia for early childhood caries – a UK-based study. *Int J Paediatr Dent.* 2017 Jan 1;27(1):30–6.
16. Smitt HS, Mintjes N, Hovens R, de Leeuw J, de Vries T. Severe caries are a clue for child neglect: a case report. *J Med Case Rep.* 2018;12(1):109.
17. Hartung B, Schaper J, Fischer K, Ritz-Timme S. Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *Int J Legal Med.* 2019;133(2):641–50.