

## **Doctor, ¿tiene cinco minutos?**

Sección a Cargo de Miriam Tonietti<sup>a</sup> y Bettina Viola<sup>b</sup>

### **Special considerations in paediatric dental trauma**

*Consideraciones especiales en traumatismos dentales pediátricos*

Némat SM, Kenny KP, Day PF.

Prim Dent J. 2023; 12(4):64-71. doi: 10.1177/20501684231211413. PMID: 38018674.

Las lesiones dentales traumáticas (LDT) son frecuentes en pediatría. Un tercio de los niños experimentan una LDT en la dentición temprana y una cuarta parte de los niños en edad escolar en la dentición permanente. La etiología de dichas lesiones está asociada a caídas durante la transición de gatear a caminar en la dentición primaria, mientras que en la dentición permanente se asocian a caídas, accidentes y/o lesiones deportivas. Es importante tener en cuenta la posibilidad de lesiones no accidentales, dado que el trauma orofacial está involucrado en al menos el 50% de los casos de abuso físico. Los incisivos centrales y laterales superiores son los dientes con mayor probabilidad de traumatizarse; los episodios repetidos son frecuentes. En la dentición primaria son más frecuentes las lesiones periodontales (por ejemplo, por luxación) mientras que, en la dentición permanente, las fracturas de la corona.

Los pacientes y sus familiares suelen acudir a la consulta con niveles elevados de angustia. Su manejo puede ser un desafío. El diagnóstico precoz y preciso, en combinación con el tratamiento adecuado, contribuyen a obtener resultados favorables. El manejo de los dientes primarios tiende a favorecer la observación o el tratamiento conservador, a menos que se evidencie alteración de la oclusión, riesgo de ingestión o aspiración. En el caso de las piezas dentales permanentes, se hace hincapié en la importancia del diagnóstico certero que determina la urgencia del tratamiento.

En general, las lesiones que requieren reposicionamiento y entablillado son las más urgentes. Es típico que los dientes traumatizados presenten inicialmente cambios transitorios como decoloración, movilidad y sensibilidad a la percusión que no necesariamente indican una pérdida de la vitalidad. Las lesiones complejas, requieren largos tratamientos con asistencia regular a controles odontológicos generando costo en las familias y el sistema de salud.

Además de las consecuencias dentales directas, existen consecuencias psicológicas con disminución de la interacción social y renuencia a sonreír y reír. En los dientes primarios pueden existir consecuencias en las piezas no erupcionadas: defectos locales del desarrollo o en el esmalte de la corona, cambios o retrasos en los patrones de erupción, cese del desarrollo

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

de raíces o formación de odontomas. En los dientes permanentes, según la gravedad, edad del paciente y etapa del desarrollo de la raíz, puede haber decoloración, obliteración del canal pulpar, necrosis pulpar y reabsorción radicular.

Es importante considerar consecuencias a largo plazo; en caso de pérdida de un diente permanente, tener en cuenta el riesgo de pérdida de espacio en un paciente en crecimiento y la colocación de un implante en edad adulta.

### **Timing of Primary Surgery for Cleft Palate**

#### *Momento de cirugía primaria del paladar hendido*

Gamble C, Persson C, Willadsen E, et al. TOPS Study Group. Timing of Primary Surgery for Cleft Palate.

N Engl J Med. 2023; 389(9):795-807. doi: 10.1056/NEJMoa2215162. PMID: 37646677;

PMCID: PMC10880183

El paladar hendido (PH) aislado afecta de 1 a 25 recién nacidos por cada 10 000 nacimientos en todo el mundo. Según el tipo y la gravedad del defecto, puede causar dificultades en la comunicación, alimentación, alteraciones del desarrollo dental y del crecimiento facial, así como dificultades psicológicas. Es por ello, que requiere atención multidisciplinaria.

En la actualidad se sigue debatiendo el rol de la técnica quirúrgica, la edad al momento de la cirugía y el número de cirugías para optimizar el desarrollo del habla. Aun así, aproximadamente un 30% de los niños presentan síntomas de insuficiencia velo-faríngea.

Se realizó el ensayo TOPS (Timing of Primary Surgery), un estudio internacional, aleatorizado y controlado de dos grupos, en 23 centros de Brasil, Dinamarca, Noruega, Suecia y el Reino Unido, con el objetivo de evaluar si la reparación primaria del PH con una técnica estandarizada (Técnica de Sommerlad) producía mejores resultados del habla cuando se realizaba a los 6 meses o a los 12 meses de edad. Desde septiembre de 2010 hasta julio de 2015 se incluyeron 558 bebés con PH no sindrómicos. Una proporción 1:1 en ambos grupos fue sometida a cirugía de cierre de la fisura a los 6 meses (281 bebés) y 12 meses (277 bebés) respectivamente.

Las evaluaciones estandarizadas de grabaciones de audio y video a diferentes edades (1, 3 y 5 años) y el análisis de un total de 235 grabaciones (83,6%) del grupo de los 6 meses y 226 grabaciones (81,6%) del grupo de los 12 meses, permitió observar insuficiencia velo-faríngea en el 8,9% en el grupo de los 6 meses (34 de 226) y en el 15,0% en el grupo de los

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

12 meses (34 de 226) (índice de riesgo 0,59; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,36 a 0,99;  $P = 0,04$ ). Las complicaciones posoperatorias (dehiscencia, infección y fístula) fueron poco frecuentes y similares en ambos grupos. Se informaron cuatro eventos adversos graves (tres en el grupo de 6 meses y uno en el grupo de 12 meses) resueltos durante el seguimiento.

Los autores concluyeron que los bebés clínicamente aptos que se sometieron a cirugía primaria de PH aislado a los 6 meses de edad tenían menos probabilidades de presentar insuficiencia velo-faríngea a la edad de 5 años. Como conclusiones secundarias, observaron que, al año de edad, el balbuceo canónico, la sensibilidad auditiva y la función del oído medio fueron mejores en los niños con reparación temprana. El número de niños que requirieron una cirugía secundaria fue similar en los dos grupos, pero por diferentes causas: en el grupo de los 6 meses fue por insuficiencia velo-faríngea mientras que en el grupo de los 12 meses fue por fístula.

### **Management of sialorrhea in children: a systematic review**

*Manejo de la sialorrea en niños: una revisión sistemática*

Vasconcelos ML, Cunha DGPD, Alves GÁDS, et al.

Rev Assoc Med Bras (1992). 2024; 70(3):e20230971. doi: 10.1590/1806-9282.20230971.

PMID: 38655996; PMCID: PMC11042815.

La sialorrea es la pérdida involuntaria de saliva a través de la boca, considerada patológica en niños a partir de los 4 años; puede deberse a un aumento de la producción de saliva o a una alteración en la deglución, siendo esta última la afección más frecuente en niños con trastornos neurológicos. La literatura señala diferentes métodos de intervención, desde técnicas menos invasivas hasta más invasivas si no se evidencia una respuesta favorable.

El objetivo de esta revisión fue analizar la eficacia de las intervenciones para controlar la sialorrea en niños. Se realizó una búsqueda sistemática en 5 bases de datos entre el 1 de marzo de 2021 hasta el 16 de enero de 2022 que incluyó ensayos clínicos aleatorizados con intervenciones de control de la sialorrea en niños de hasta 12 años. La búsqueda inicial notificó 1608 artículos; de los cuales, según los criterios de elegibilidad, cinco artículos constituyeron la muestra final.

Se abordaron las siguientes intervenciones de control de la sialorrea: terapia conductual, ejercicios motores de terapia oral, entrenamiento de masticación, vendaje kinésico, toxina botulínica y cirugía del conducto submandibular, lo que permitió comparar la eficacia de estas intervenciones con un grupo placebo u otro tipo de intervención, mediante la

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

Escala de Severidad y Frecuencia de Babeo, Cociente babeante, Escala de impacto babeante, escala analógica visual y recuento de episodios de sialorrea.

Los estudios que comprendieron la muestra tuvieron diseños heterogéneos y limitaciones metodológicas que afectan la calidad de la evidencia, y por tanto, aunque la mayoría de ellos reportaron efectos positivos, no fue posible verificar la eficacia y comparación de las intervenciones. Se considera como último recurso la intervención quirúrgica (por ejemplo, resección de glándulas salivales y la reubicación del conducto submandibular) porque es la estrategia más invasiva; aunque las investigaciones muestran mayor eficacia que el uso de la toxina botulínica.

Teniendo en cuenta todas las estrategias de manejo de la sialorrea, se destaca la individualidad de cada afección. La estrategia a utilizar debe ser considerada/evaluada por un equipo multidisciplinario basado en una cuidadosa evaluación y análisis de comorbilidades, las respuestas a otros tratamientos y el riesgo y beneficio de cada intervención en particular. Además, la combinación de terapias puede ser factible ya que evita procedimientos más invasivos.

### **Prevalence of, and risk factors for, dental sequelae in adolescents who underwent cancer therapy during childhood**

*Prevalencia y factores de riesgo de secuelas dentales en adolescentes que se sometieron a tratamiento oncológico durante la infancia*

Rabassa-Blanco J, Brunet-Llobet L, Marcote-Sinclair P, et al.

Oral Dis. 2024; 30(2):604-614. doi: 10.1111/odi.14317. Epub 2022 Aug 10. PMID: 35841375

Anualmente, alrededor de 400 000 niños y adolescentes de entre 0 y 15 años son diagnosticados con cáncer en todo el mundo. Los avances en las terapias y la mejora en las tasas de supervivencia han provocado un aumento de la aparición de secuelas sistémicas. Las alteraciones orales se manifiestan en el 60-90% de los casos, incluso años después de finalizado el tratamiento. Algunas pueden ser reversibles (gingivitis, mucositis, queilitis, dolor bucal, herpes recurrente y xerostomía) y otras irreversibles (defectos de mineralización del esmalte, microdoncia, agenesia, acortamiento radicular, retraso y malformación del crecimiento radicular, taurodontismo y alteraciones de la erupción).

Los fármacos quimioterapéuticos como los alcaloides vegetales (p. ej., vinblastina y vincristina), los agentes alquilantes (p. ej., ciclofosfamida y busulfán) y los antibióticos citotóxicos (p. ej., doxorubicina y daunorrubicina) inducen cambios en el tejido dental. El tipo

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

y la gravedad de las complicaciones dentales dependerán de varios factores: la edad en el momento del diagnóstico, el tipo y la duración del tratamiento, los fármacos utilizados en la quimioterapia, la dosis de radiación absorbida, el campo de radiación y la exposición a más de un tipo de tratamiento contra el cáncer.

Los autores diseñaron un estudio con dos objetivos: correlacionar el tipo de terapia oncológica administrada a pacientes con cáncer en la primera infancia (0-5 años) con las secuelas dentales presentadas por los supervivientes de 12-18 años y cuantificar el riesgo atribuible a cada tipo de terapia oncológica. Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico en el Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona, desde octubre de 2019 hasta julio de 2021, donde fueron examinadas al azar historias clínicas de pacientes de 12 a 18 años que habían recibido tratamiento contra el cáncer durante la primera infancia (0 a 5 años); se agruparon en tres grupos según el diagnóstico y la terapia contra el cáncer recibida.

Fueron incluidos 109 participantes, con una edad media de 15,5 años (rango 12-22 años). La edad media de inicio del tratamiento fue de 2,9 años (DE 1,7) y la duración media del tratamiento fue de 1,9 años (DE 2,1). Los tipos de cáncer más prevalentes fueron las leucemias y los linfomas (41,3%), seguidos de los tumores sólidos no pertenecientes al sistema nervioso central (SNC) (38,5%) y, por último, los tumores sólidos del SNC (20,2%). Todos los pacientes recibieron quimioterapia. Los agentes alquilantes y los alcaloides vegetales fueron los grupos de fármacos administrados con mayor frecuencia, seguidos de los antibióticos citotóxicos. Los 33 pacientes que recibieron radioterapia también se les indicó/administró quimioterapia. Dieciséis pacientes (14,7%) se sometieron a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TCMH).

Los autores encontraron que las secuelas dentales de algún tipo estuvieron presentes en el 85,3% de los pacientes (57,8% lesiones graves y 28,4% leves). La microdoncia fue la más prevalente (52,3%). Los pacientes de mayor edad al inicio del tratamiento presentaron menos lesiones dentales ( $p = 0,004$ ); mientras que aquellos que iniciaron el tratamiento oncológico antes de los 36 meses, tuvieron el doble de los que iniciaron la terapia más tarde. La terapéutica con agentes alquilantes tuvo un mayor número de lesiones dentales ( $p = 0,002$ ), así como un número significativamente mayor de secuelas dentales moderadas ( $p = 0,0004$ ) y graves ( $p = 0,01$ ), específicamente, mayores tasas de agenesia, alteraciones radiculares y microdoncia. Los inhibidores de la topoisomerasa y los antibióticos citotóxicos

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG

presentaron riesgos relativos de 1,6 (1,07-2,38) y 2,08 (1,02-4,26) de alteraciones radicales y agenesia, respectivamente.

En cuanto al tipo de tratamiento, los pacientes tratados con radioterapia y quimioterapia y los sometidos a TCMH presentaron un mayor número de secuelas en la dentición permanente. Además, los pacientes que recibieron radioterapia y quimioterapia fueron significativamente más propensos a presentar agenesia y alteraciones radicales. Por el contrario, los pacientes que recibieron TCMH también tuvieron una mayor tendencia a desarrollar/manifiestar microdoncia, agenesia y cambios radicales.

Los autores concluyen que la gran mayoría de los sobrevivientes de cáncer infantil tuvieron al menos una secuela dental. Cuanto mayor sea la combinación de terapias oncológicas, será más considerable la probabilidad de presentar un gran número de secuelas dentales moderadas y graves. Una de las limitaciones de la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha es la falta de índices para clasificar las secuelas y comparar los resultados.

A la vista de los resultados, se propuso una clasificación de los tipos de lesiones dentales en función de sus consecuencias para la calidad de vida de los pacientes y de agentes quimioterapéuticos utilizados según su mecanismo de acción. Dicha metodología brinda a los profesionales clínicos una herramienta de detección útil ya que permite evaluar las secuelas dentales y el pronóstico a largo plazo de los dientes afectados en estos pacientes.

a. Médica pediatra especialista en nutrición. Ex Jefa de Sección Nutrición, HNRG

b. Médica pediatra. Hospital de Día Polivalente, HNRG