

## 3<sup>as</sup> Jornadas de Encuentro Pediatría/Odontopediatría



*Dr. Marina y Dra. Planells.*

El pasado trece de diciembre tuvieron lugar en Madrid las Terceras Jornadas de Encuentro Pediatría-Odontopediatría.

Como ya os antecíamos la petición de inscripciones nos superó ampliamente en lo previsto (cerca del 50% de peticiones quedaron en lista de espera). El número total de asistentes fue de 250, de ellos el 50% fueron pediatras y el restante 50% profesionales del ámbito odontológico. Estos números nos hacen reflexionar acerca del interés despertado por nuestra profesión en el ámbito dental y médico, constituyendo un éxito sin precedentes en el campo de la odontología pediátrica en nuestro país.

Desde la dirección de las mismas, nos gustaría reiterar nuestro agradecimiento a la industria que desde un



*Vista parcial de la sala.*

principio apostó por nuestra idea, especialmente a ORAL B, laboratorios en la persona de su *product manager*, Carmen Sermeño, por su eterna disponibilidad y entusiasmo en la organización.

La presentación del acto corrió a cargo de los directores de las jornadas, Dr. Marina y Dra. Planells, acompañados por los secretarios generales de la Asociación Española de Pediatría, Dra. Polanco, y la Sociedad Española de Otorrinolaringología, Dr. Escola, especialidad invitada en las actuales Jornadas.

Las ponencias cumplieron todas las expectativas de rigor científico y claridad expositiva propias del nivel de los ponentes, estableciéndose un gran interés en la discusión de cada tema. A continuación se exponen los resúmenes de cada ponencia aportados por los respectivos autores.

Desde estas páginas os convocamos ya a las Cuartas Jornadas de Encuentro Pediatría Odontopediatría que se celebrarán previsiblemente en diciembre de 2004, esta vez con otro apasionante tema monográfico –psiquiatría infantil– del cual nos sentimos necesitados todos los que deseamos obtener soluciones a los interrogantes sobre el comportamiento actual del niño y adolescente.

## Resúmenes de Ponencias

### OBSTRUCCIÓN NASAL CRÓNICA Y ALTERACIONES DENTOFACIALES

M. A. VILLAFRUELA SANZ  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid*

#### INTRODUCCIÓN

El crecimiento facial es un complejo fenómeno influenciado por factores genéticos y ambientales. Ocurre durante la infancia en 2 grandes fases: la primera entre los 5 y 10 años (mientras dura el cambio a la dentición permanente) y la segunda entre los 10 y 15 años. La obstrucción nasal produce respiración oral, que causa alteraciones posturales como apertura labial, descenso y anteversión de la lengua y rotación posteroinferior de la mandíbula en un intento de estabilizar la vía aérea. Estas alteraciones posturales en los tejidos blandos alteran el equilibrio de presiones ejercidas sobre los dientes y las estructuras óseas de la cara, alterándolas. También pueden alterar la masticación, la deglución y la fonación por alteración de la musculatura adyacente.

En los pacientes con respiración oral crónica puede observarse estrechez de fosas nasales, hipoplasia de senos paranasales e inflamación crónica de la mucosa rinosinusal. A su vez todo esto puede producir un déficit de crecimiento del maxilar superior, produciendo en unos casos paladar estrecho, generalmente asociado a mordida cruzada, en otros casos retrusión maxilar y en otros casos mayor inclinación palatina en relación a la base del cráneo e infraoclusión dental. La lengua juega un papel muy importante en el desarrollo de la mandíbula. Una lengua muy anterior puede producir prognatismo mandibular, una lengua muy posterior puede producir defecto en el desarrollo y una lengua interpuesta, anomalías maloclusales.

Sin embargo hay autores que no asocian la obstrucción nasal con el crecimiento facial. Algunos de ellos apuntan la importancia de factores genéticos en la génesis de alteraciones craneofaciales. Otros reportan que las alteraciones craneofaciales ocurren en periodos de crecimiento facial rápido y que la duración, intensidad y momento del inicio del factor causal son importantes en la magnitud de las alteraciones producidas. Estudios prospectivos han demostrado que la mejoría en la respiración nasal produce una tendencia a la normalización de las estructuras esqueléticas, aunque, en general nunca se conseguía una normalización total y esta era mayor en relación inversamente proporcional a la edad del niño.

#### Causas de obstrucción nasal

Malformaciones congénitas  
Encefalocele, mielomeningocele

Disostosis mandibulofaciales  
Teratomas, craneofaringiomas  
Quistes congénitos  
Traumáticas  
Desviación septal  
Cuerpos extraños  
Inflamatorias  
Rinitis infecciosas  
Rinitis alérgicas  
Hipertrofia adenoidea  
Poliposis nasal  
Tumorales  
Metabólicas

#### Pruebas objetivas de flujo nasal

La rinomanometría convencional y la rinomanometría acústica se encuentran discretamente desarrolladas para su utilización en el campo pediátrico, por lo que su valor es relativo y no se correlacionan bien con los hallazgos en la exploración clínica.

#### HIPERTROFIA ADENOIDEA. DIAGNÓSTICO Y FISIOPATOLOGÍA

Probablemente este es el único término que, por ahora, debería utilizarse desde un punto de vista estrictamente clínico. Hasta hace poco tiempo el diagnóstico de la hipertrofia adenoidea se venía haciendo en base a la Rx lateral de cavum. Hoy día podemos afirmar que esta exploración está prácticamente en desuso por varios motivos. El principal es que no siempre hay una correlación entre el tamaño adenoideo real y el que aparece en la placa lateral sujeta a errores de técnica y a falta de colaboración del paciente. Otro motivo es que el tamaño de las adenoides no tiene que ir forzosamente asociado a la patología que produce. La mayoría de los autores recomiendan diagnosticar la hipertrofia adenoidea por visión endoscópica directa. Por otro lado, está claro que una hipertrofia de las adenoides producirá como primer síntoma obstrucción nasal. Esta obstrucción cursará en forma de obstrucción nasal crónica o intermitente (ronquido nocturno. Muy raramente síndrome de apnea del sueño). En base a esto hoy día se considera que entre el primer año de vida y los 7 años, cualquier niño que presente obstrucción nasal y que no presente: desviación septal, rinorrea de cualquier causa o tumoración intranasal, puede ser diagnosticado clínicamente de hipertrofia adenoidea. Y ante cualquier duda, la exploración obligada sería la endoscopia. Esta exploración se puede realizar sin riesgo hoy día en la consulta sin ningún género de anestesia.

## INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Hipertrofia adenoidea diagnosticada clínicamente o por endoscopia y que produzca una o más de las siguientes situaciones:

- Obstrucción nasal crónica diurna de más de 6 meses de evolución.
- Otitis media recurrente.
- Rinosinusitis aguda recurrente o crónica.
- Otitis media con efusión crónica.
- Síndrome de apnea del sueño.

### Bibliografía recomendada

1. Kozak FK. Characteristics of normal and abnormal postnatal craniofacial growth and development in CW. In: Cummings (ed). Pediatric otolaryngology Head and Neck Surgery 3rd ed. Mosby 1998. p. 40-65.
2. Cole Ph. Doctors and Dentists Journal of Otolaryngol 1989; 18 (4): 135-6.
3. Belenky WM. Nasal obstruction and rhinorrhea. In: Bluestone/Stool (ed). Pediatric otolaryngology. Philadelphia: Ed Saunders, 1990. p. 657-71.
4. Brodsky MD. Nasal obstruction in Childhood. In: Healy (ed). Common Problems in Pediatric Otolaryngology. Chicago: YBMP, 1990. p. 157-64.

## INDICACIONES DE LA AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA

M. BARTOLOMÉ BENITO

*Hospital 12 de Octubre. Madrid*

Son cirugías (el legrado adenoideo y la disección amigdalina, habitualmente con sutura) frecuentes en niños menores de 6 años, que en los últimos 20 años han descendido su frecuencia en un 80% en todo el mundo.

Se trata de intervenciones técnicamente sencillas para el especialista otorrinolaringólogo, no exentas de riesgos peri y postoperatorios (principalmente hemorrágicos y los relacionados con la anestesia general) que precisan una *protocolización de las indicaciones*, siempre adaptadas a las *particularidades individuales* de cada paciente.

En ambas intervenciones se valoran *factores infecciosos suficientemente documentados* por los padres y pediatras (amigdalitis, procesos catarrales, otitis), y *factores obstructivos*, objetivables mediante los estudios polisomnográficos del sueño.

### AMIGDALECTOMÍA

- Indicaciones absolutas.
  - Hipertrofia que causa obstrucción severa de la vía aérea, apnea del sueño o complicaciones cardiopulmonares.
  - Hipertrofia amigdalina unilateral con sospecha de neoplasia.
  - Convulsiones febriles secundarias a amigdalitis agudas.
  - Hemorragia amigdalina persistente o repetida.



*Dra. Bartolomé Benito.*

—Indicaciones relativas:

- Paciente con tres o más infecciones anuales a pesar de un tratamiento médico adecuado, presentando:
  - 7 amigdalitis /año x 1 año.
  - 5 amigdalitis /año x 2 años.
  - 3 amigdalitis/ año x 3 años.
- Absceso periamigdalino en que no hubo respuesta a tratamiento médico y precisó drenaje salvo que se realizara amigdalectomía en estado agudo o segundo episodio.
- Hipertrofia que causa maloclusión o alteración del crecimiento facial documentado por ortodoncista.
- Enfermedad sistémica por infección estreptocócica como fiebre reumática y nefritis.
- Mal definidas y con escaso soporte científico:
  - Halitosis persistente por amigdalitis crónica que no responden a tratamientos médicos.
  - Amigdalitis crónica o recidivante asociada a portador de estreptococo que no responden a antibioterapia.

### ADENOIDECTOMÍA

El carácter de la indicación (absoluta o relativa) va a depender del grado de afectación de las siguientes afecciones y de que sean, exclusiva o parcialmente, atribuibles a las adenoides:

- Hipertrofia adenoidea que origina insuficiencia respiratoria nasal mantenida.
- Infección adenoidea que aún sin IRN marcada tenga:
  - Repercusión ótica repetida o persistente.
  - Rinosinusitis recurrente.
  - Reagudizaciones de procesos de vías respiratorias inferiores.

### Bibliografía recomendada

1. Compendio de indicaciones clínicas de la Academia Americana de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello AAO de 1999. Aceptadas por la Sociedad Española de ORL.

## EL NIÑO CON ALERGIA AL LÁTEX

M. MARTÍN ESTEBAN

*Servicio de Alergología*

*Hospital Universitario La Paz. Madrid*

El látex o caucho natural es un producto vegetal procesado que se obtiene de la savia lechosa de numerosas especies vegetales, aunque el único que se ha explotado comercialmente es el procedente del árbol "*Hevea brasiliensis*". Debido a sus propiedades elásticas se utiliza para la elaboración de múltiples artículos de uso cotidiano, como guantes, preservativos, chupetes, tetinas de biberón, globos, adhesivos, etc.; y para otros más específicos como material médico, catéteres, torniquetes, guantes, mascarillas, etc. Se estima un consumo en todo el mundo de 5,5 millones de toneladas al año. Durante la producción de estos objetos de goma se añaden diversas sustancias químicas al látex natural, para mejorar su procesamiento y para dotar al producto final de las características fisicoquímicas y mecánicas deseadas. Entre estos aditivos se encuentran acelerantes, conservantes y antioxidantes.

La alergia al látex ocurre por hipersensibilidad tipo I o inmediata, mediada por anticuerpos IgE, a las proteínas del látex. Sus manifestaciones clínicas ocurren generalmente por el contacto directo con los artículos que contienen látex, aunque también se puede desarrollar por inhalación de partículas de látex. Posiblemente la vía respiratoria es la que más fácilmente induce la síntesis de IgE, y puede ser la vía principal de sensibilización en los trabajadores sanitarios, especialmente en áreas de trabajo en las que el uso frecuente de guantes provoca altas concentraciones de látex aerosolizado en las partículas de almidón de maíz (material que recubre la superficie interna de los guantes).

Los aditivos del látex producen reacciones tardías o tipo IV, mediadas por linfocitos, entre las que se encuentra la dermatitis alérgica de contacto. Los agentes que producen esta clínica tienen un peso molecular bajo, actuando como haptenos que se unen a las proteínas autólogas. A lo largo de los últimos 20 años la alergia al látex ha pasado de ser una anécdota a un verdadero problema de salud pública que tiende a aumentar. Son varias las explicaciones del aumento de la sensibilización del látex, entre las que se encuentran un mejor conocimiento y diagnóstico de esta entidad clínica, la utilización masiva de productos de látex para la profilaxis de las enfermedades infecciosas (sida, hepatitis) y, por último, un descenso en la calidad final de los productos sanitarios de látex para bajar el precio y aumentar la rapidez de su producción.

La mayor parte de los casos de alergia al látex ocurren en grupos definidos de riesgo, entre los que destaca el personal sanitario, los trabajadores de la industria del caucho y los enfermos con espina bífida y anomalías urogenitales. Obviamente cualquier actividad en la que se utilicen como protección productos elaborados con látex debe considerarse de riesgo. El único factor en común de estos grupos es la exposición repetida al producto. Además, la atopía es otro factor condicionante importante en el desarrollo de la sensibilización. También es frecuente la asociación de alergia al látex y a diversas frutas principalmente plátano, castaña, higo, tomate, kiwi, aguacate y piña, lo que se conoce como "síndrome látex-frutas", en relación con la existencia en el látex de antígenos similares a los encontrados en estas fru-



*Dr. Martín Esteban.*

tas. Los síntomas de la alergia al látex son muy variable dependiendo de la cantidad del alérgeno contactado y la variabilidad individual. Pueden ser locales o sistémicos: dermatitis alérgica de contacto, dermatitis de contacto por proteínas, urticaria, angioedema, conjuntivitis, rinitis, asma y anafilaxia. La urticaria de contacto es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes y, a menudo, la única manifestación de la alergia al látex. Por el contrario, el prurito de forma aislada no es un síntoma frecuente. En un paciente determinado, los síntomas pueden progresar gradualmente con los sucesivos contactos, desde urticaria leve hasta anafilaxia, o bien permanecer relativamente estables con el paso del tiempo, sin que hasta el momento se pueda predecir la historia natural de la situación.

Aunque las manifestaciones de mayor gravedad, como los episodios de anafilaxia, pueden ocurrir en múltiples situaciones, la gran mayoría aparecen en intervenciones quirúrgicas. También se han descrito cuadros de anafilaxia durante la realización de pruebas diagnósticas como enemas de bario y manometrías rectales, así como con la utilización de productos de látex de uso cotidiano.

El diagnóstico de la alergia a látex se basa en una historia clínica detallada, pruebas cutáneas y de laboratorio y test de provocación. La historia clínica aporta gran cantidad de información, pero no permite detectar a todos los pacientes alérgicos al látex, ya que pueden o no pertenecer a un grupo de riesgo, y los síntomas por los que consultan pueden ser típicos o no de alergia al látex. En la anamnesis de un niño con espina bífida hay algunos datos que no deben ser olvidados: el número de intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometido, la utilización de sondas vesicales, la existencia de derivaciones ventriculoperitoneales, la existencia de síntomas al hinchar globos y la existencia de antecedentes familiares de atopía.

Las pruebas cutáneas presentan una alta sensibilidad y especificidad. Se realizan mediante la técnica de *prick test* con látex natural, con extractos comerciales de látex o con extractos obtenidos a partir de productos de látex. También es posible realizar la técnica de *prick-prick* (directamente con el guante de látex). De forma excepcional se han comunicado reacciones alérgicas generalizadas al realizar estas pruebas en pacientes con espina bífida y en los que refieren clínica de anafilaxia, por lo que deben ser realizadas en un centro con medios y personal preparado para el tratamiento de estas reacciones. Las pruebas *in vitro* se efectúan habitualmente por enzi-

moimmunoanálisis (CAP, RAST, etc.). Su principal ventaja es la seguridad y el principal inconveniente, su menor sensibilidad y variable especificidad.

A veces es necesario recurrir a la prueba de provocación para establecer una asociación entre la clínica del paciente y la exposición al látex. Para ello, es útil el test de uso del látex, que se realiza mediante frotamiento de un guante de látex sobre la piel del antebrazo previamente humedecida, aumentando progresivamente el tiempo de contacto. En la población infantil el test de uso se realiza en un primer paso con un dedil durante 30 minutos realizando un control en la otra mano con un guante de vinilo.

El único procedimiento preventivo y de tratamiento disponible en la actualidad es evitar, dependiendo de la vía de exposición, la exposición al látex. Sin embargo, debido a su ubicuidad, se convierte en una labor muy compleja ya que, además de afectar a los hábitos personales del paciente, obliga a cambios en la escuela, el hogar y en la asistencia sanitaria. Son muchas las asociaciones médicas y de pacientes que han publicado recomendaciones para evitar del látex. No es fácil dar unas normas generales ya que se debe evitar que el paciente viva una situación de constante estrés ante la posibilidad del contacto con látex. Gran parte de los sujetos toleran la exposición a objetos de goma con el potencial alergénico de los objetos cotidianos.

Todo ello exige una atención personalizada que evite una precaución excesiva que afecte a la vida diaria del paciente, pero que asegure la suficiente protección para evitar la aparición de una reacción grave al contacto con látex. Para prevenir las posibles reacciones durante la cirugía hay que actuar antes, durante y después de la intervención. Se recomienda la realización de un estudio preoperatorio para detectar alergia al látex en los pacientes de los grupos de riesgo. Los pacientes con espina bífida deben ser operados desde el nacimiento en un ambiente libre de látex.

### Bibliografía recomendada

1. De la Hoz B, Gómez J, Sánchez-Cano M, Losada E. Protocolo de adecuación del material anestésico-quirúrgico para pacientes alérgicos al látex. *Rev Español Alergol Inmunol Clin* 1999; 14: 11-8. [<http://revista.seaic.es/tarchivo.htm>].
2. Natural Rubber Latex Sensitivity. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (No2 August part 2): S1-S140.
3. Cullinan P, Brown R, Field A, Hourihane J, Jones M, Kekwick R, Rycroft R, et al. Latex allergy. A position paper of the British Society of Allergy and Clinical Immunology. *Clin Exp Allergy* 2003; 33: 1484-99.



Dra. Beltri Orta.

El odontólogo o estomatólogo utiliza numerosos productos que contienen látex, no solamente los guantes y los diques de goma, sino otros materiales, sus embalajes o elementos del equipo como pueden ser las mangueras, por lo que puede resultar complicado en algunos casos el tratamiento de los pacientes alérgicos al látex.

La aparición de reacciones alérgicas durante el tratamiento dental, aunque es un hecho infrecuente, es una situación crítica, que requiere un tratamiento urgente y que en algunos casos puede comprometer la vida del paciente.

Los pacientes alérgicos al látex pueden acudir a la consulta para una revisión dental o solicitando un tratamiento de urgencia, por lo tanto parece necesario contar con un protocolo para el tratamiento de estos pacientes, evitando la exposición al látex durante el tratamiento dental.

Para la realización de este protocolo hemos estructurado el tema en los siguientes puntos:

- Identificación de los pacientes de riesgo.
- Identificación de los materiales de la consulta dental que pueden contener látex y los productos alternativos.
- Tratamiento dental del paciente alérgico al látex.
- Necesidad de contar con instrumental y medicamentos sin látex para el tratamiento de las situaciones de emergencia.

Ante cualquier duda sobre si un material contiene o no látex, podemos solicitarla a las casas comerciales, que en la mayoría de los casos facilitan esa información de una forma ágil y rápida, sobre todo si la solicitamos a través de e-mail.

También podemos solicitar la información a través de las asociaciones de afectados. En España contamos con la Asociación Española de Alérgicos a alimentos. Sección de Alergia al látex, e-mail: [latexno@terra.es](mailto:latexno@terra.es) o en la web [www.aepnaa.helcom.es](http://www.aepnaa.helcom.es).

En EE.UU. está la *American Latex Allergy Association* (ALERT) en cuya página web ([www.latexallergy-resources.org](http://www.latexallergy-resources.org)) podemos encontrar información actualizada sobre los materiales médicos y dentales que contienen látex y los materiales alternativos.

## LA IMPORTANCIA DEL LÁTEX EN LA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA

P. BELTRI ORTA

*Universidad Europea de Madrid*

Las reacciones alérgicas al látex han aumentado durante las últimas décadas, afectando tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios.

## PROBLEMAS BUCALES DERIVADOS DE LOS MEDICAMENTOS AZUCARADOS

E. M<sup>ª</sup> MARTÍNEZ PÉREZ  
*Universidad Complutense. Madrid*

En la actualidad, los factores que conducen a la caries dental son ampliamente comprendidos. Keyes (1960) fue el primero que estableció el carácter multifactorial de la caries, implicando en ello tres factores esenciales: la microbiota, el sustrato y el huésped, que se refiere al diente susceptible y a la saliva.

Es el factor tiempo, la frecuencia y la duración de la interacción de los factores antes mencionados lo que produce la lesión de caries.

El origen bacteriano de la caries dental viene determinado por la formación de placa dental, la cual es una película viscosa que actúa como mecanismo de unión entre las colonias de las bacterias y los restos alimenticios.

Los microorganismos cariogénicos que forman la placa dental metabolizan, hasta productos terminales ácidos, los hidratos de carbonos propios de la dieta, sobre todo la sacarosa. Estos productos terminales ácidos disminuyen el pH en el interior de la placa en contacto con el diente. El pH bajo provoca la disolución iónica de los cristales de hidroxiapatita (pérdida de calcio y fosfato), con la consiguiente desmineralización del esmalte y la dentina.

Sin embargo, para la proliferación de gérmenes, se necesita que este traspaso de bacterias se acompañe de una introducción simultánea de sacarosa.

En la actualidad, la relación entre la ingesta de productos azucarados y la aparición de caries dental es ampliamente comprendida por la mayoría de la población.

Pero incluso, aunque parezca existir consenso sobre la regulación del uso de los alimentos que contienen azúcar, un aporte no reconocido e importante de hidratos de carbono cariogénico subsiste en forma de medicinas líquidas con azúcar de administración oral.

La administración constante de medicamentos en forma líquida o aerosoles con alto contenido de azúcar, ya sea para el control de las manifestaciones típicas de aquellas enfermedades propias de la infancia, antitusígenos, control del dolor o medicamentos inhalados para los pacientes asmáticos, son otras de las consideraciones a tomar en cuenta en cuanto a lo que consume el niño y el efecto que esto tiene en la aparición de la caries dental.

Particularmente peligrosa será la administración de



*Dra. Martínez Pérez.*

estos medicamentos justo antes o entre las horas de sueño (por ejemplo, niños que se despiertan a media noche con un ataque de tos o con fiebre alta), ya que la cantidad disminuida de saliva, la menor autoclisis y la temperatura de la cavidad bucal favorecen el metabolismo bacteriano de los azúcares en estos momentos.

Algunos estudios han podido desvelar que el problema de los medicamentos en jarabe no incumbía solamente a niños enfermos crónicos, sino también a muchos niños que estaban recibiendo medicamentos debido a patologías benignas recurrentes y automedicación, lo cual sugiere que la caries producida por medicamentos azucarados no es un problema que afecte sólo a un pequeño grupo de niños, sino que puede extenderse a la mayor parte de la población pediátrica de los países desarrollados y representa un problema de salud pública.

Haciendo referencia a las sugerencias de Hobson, Mitchel y Bentley respecto a la lucha contra la caries medicamentosa, es preciso centrarse en cuatro objetivos: la familia, los prescriptores, los farmacéuticos y la industria farmacéutica.

### Bibliografía recomendada

1. Bentley M, Mackie I, Fuller SS. The rationale, organisation and evaluation of a campaign to increase the use of sugar-free paediatric medicines. *Community Dent Health* 1997; 14: 36-40.
2. Shagal J, Sood PB, Raju OS. A comparison of oral hygiene status and dental caries in children on long term liquid oral medications to those not administered with such medications. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2002; 20: 144-51.
3. Miegimolle Herrero M, Planells del Pozo P, Martínez Pérez E, Gallegos López L. Relación de los medicamentos azucarados y la aparición de caries en la infancia. *Odontol Pediatr* 2003; 11: 21-5.