

Caso Clínico

Negligencia parental y su contribución al desarrollo oral infantil deficiente.

Hernández Márquez Ximena,* Hernández Molinar Yolanda,** Garrocho Rangel J Arturo,**
Esquivel Hernández Rocío,** Pérez Zárate Patricia.**

Resumen

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define al descuido o negligencia dental como "la incapacidad deliberada por parte de los padres o tutores para solicitar y continuar con el tratamiento necesario para asegurar una adecuada salud bucal, libre de dolor e infecciones". Objetivo: Conocer los padecimientos que ocurren durante el crecimiento, desarrollo físico, emocional y cognitivo de una paciente de 3 años de edad con una salud oral deficiente debido a la negligencia de sus padres. Descripción del Caso: Paciente que acude a la Clínica del Posgrado en Estomatología Pediátrica, acompañada de su madre y abuela materna, porque "le duelen los dientes y sangran encías". A la exploración oral se aprecian restos radiculares y lesiones cariosas de tercer y cuarto grado, con pobre higiene bucal. Conclusión: Se aprecia omisión en el cuidado dental por parte de los padres, lo que tuvo como consecuencia una historia prolongada de abscesos dentales recurrentes, pérdida dental prematura, hipomineralización del esmalte y lesiones cariosas extensas.

Palabras clave: negligencia dental parental, Niños, Desarrollo deficiente.

Abstract

The American Academy of Pediatric Dentistry defines dental neglect as "deliberate inability on the part of parents or guardians to request and continue treatment necessary to ensure adequate oral health, free from pain and infection." Objective: To know the ailments that occur during the growth, physical, emotional and cognitive development of a 3-year-old patient with poor oral health due to her parents' negligence. Case Description: Patient attending the Postgraduate Clinic in Pediatric Stomatology, accompanied by his mother and maternal grandmother, because "his teeth hurt and bleed gums". Oral examination reveals root rests and carious lesions of third and fourth degree, with poor oral hygiene. Conclusion: Dental care was overlooked by parents, resulting in a prolonged history of recurrent dental abscesses, premature dental loss, enamel hypomineralization and extensive carious lesions.

Key words: parental dental negligence, Children, Poor development.

* Residente del Posgrado en Estomatología Pediátrica, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

** Docente del Posgrado en Estomatología Pediátrica, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Correspondencia: Ximena Hernández Márquez e-mail: Ximena.hdz92@hotmail.com

Recibido: Mayo 2017 Aceptado: Julio 2017

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como "los abusos y la desatención del que son objeto los menores de 18 años", e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.^{1,2,3} La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.^{4,6} En el mundo existen alrededor de 275 millones de niños que son maltratados con golpes, insultos, humillaciones y abandonos. De acuerdo a la UNICEF, en México el 62% de los niños y niñas han sufrido maltrato en algún momento de su vida, 10.1% de los niños en edad escolar han padecido algún tipo de agresión física, 5.5% ha sido víctima de violencia de sexual y 16.6% de

violencia emocional.² Por su parte, La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define al descuido o negligencia dental como: "La incapacidad deliberada por parte de los padres o tutores de un niño para solicitar y continuar con el tratamiento necesario para asegurar una adecuada salud bucal, libre de dolor e infecciones".³⁻⁷

La caries dental en dientes primarios es la enfermedad crónica más común en la niñez, que se ha convertido en un problema muy importante de salud pública a nivel mundial. Se trata de un proceso infeccioso considerado prevenible y reversible que, cuando se deja evolucionar y sin tratar, puede dar como resultado dolor, pérdida prematura de dientes primarios con secuelas en la oclusión, masticación, alteraciones en el lenguaje, daño a la dentición permanente, bacterianas, estética y reducción en el crecimiento y desarrollo

somáticos, además de los altos costos inherentes al tratamiento.^{8,9} En México el 35% de la población afectada por caries corresponde a niños menores de 3 años.⁸ Se ha confirmado una clara correlación entre los hábitos alimenticios inadecuados, como la ingesta frecuente y excesiva de carbohidratos simples, principalmente sacarosa, y la aparición de lesiones cariosas. Otros factores de riesgo que se han asociado a la aparición de la enfermedad son la colonización temprana y altos niveles de bacterias criogénicas, higiene bucal pobre, hipoplasia del esmalte, flora microbiana materna, estado socioeconómico bajo y el escaso nivel de educación de los padres.⁸

La identificación de casos de negligencia dental, excepto en las situaciones muy evidentes, es en ocasiones una tarea difícil, ya sea por la escasez de información, o la incapacidad o indiferencia por parte del odontólogo. Davies y cols., mencionaron los siguientes indicadores en una posible negligencia dental: A) Caries de la infancia temprana fácilmente detectada y no tratada, B) Dolor, C) Múltiples procesos infecciosos. D) Sangrado o trauma no tratados, que afectan la región orofacial, C) Historia de falta de continuidad de atención odontológica, en presencia de morbilidad dental identificada.^{8,9}

Aunados a estos indicadores, deben ser considerados también problemas de origen económico, de escolaridad y sociales para establecer un diagnóstico más preciso. Es imperativo que el odontólogo que trata niños sea capaz de distinguir entre la ignorancia paterna acerca de la severidad del problema dental de su hijo, y una verdadera omisión deliberada de atención odontológica.⁸

Descripción del caso

Paciente femenina de 3-6 años de edad originaria de Salinas, Zacatecas, acude a la Clínica del Posgrado en Estomatología Pediátrica (Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí) acompañada de su madre y abuela materna. Sin antecedentes heredofamiliares de relevancia. Fue producto de la primera gesta materna a los 15 años, con parto eutócico a las 38

semanas de gestación, sin complicaciones. Peso al nacer de 3.050 kg, estatura: 49 cm. Recibió alimentación por seno materno hasta los 2.5 años; al momento de su visita inicial, la paciente se alimentaba con fórmulas lácteas en biberón, e inició ablactación a los 3 meses. Aún usaba pañal. Caminó a los 14 meses. Sin antecedentes personales patológicos. Contaba con cartilla de vacunación completa. El motivo de consulta fue "le duelen los dientes y sangran las encías". Su madre menciona que cepillan sus dientes una vez al día con ayuda. La niña presenta los hábitos perniciosos de succión digital, mordedura objetos, lengua protráctil, respiración bucal y bruxismo.

Valoración pediátrica. Se realizó una valoración integral por parte del médico pediatra. Físicamente se apreció un descuido general a nivel personal. Se presentaron serias dudas acerca de que la madre haya amamantado a la paciente, debido a que durante la entrevista fue evidente el rechazo hacia la niña, en ocasiones la niña permaneció aislada en un rincón y porque presentaba quemaduras en la cara debido a las lagañas persistentes y babeo que no son limpiados oportunamente. Se observaron las uñas de los pies crecidas y sucias, y con frecuencia la menor se las tiene que morder porque le lastiman, ya que los padres no se las cortan regularmente.

Evaluación psicológica. Asimismo, se llevó a cabo una valoración psicológica la cual determinó que la paciente ha sido educada de una manera sobreprotectora. Su desarrollo cognitivo se ha detenido desde los 2 años debido a que es la niña todavía es considerada como la "bebé de la casa", por lo que se le sigue tratando de esa manera; inclusive los padres aún no han accedido a que ella reciba educación preescolar.

Esto se ha manifestado en aspectos tanto cognitivos como psicomotrices, lo que se manifiesta en que la menor no sabe hablar apropiadamente para su edad, tiene atención dispersa y que no confía en su propia madre. Esto también puede explicarse por la desatención de la madre por el nacimiento de su hermanito, hace un año. La misma valoración hace mención que la menor no reconoce a ningún tipo de autoridad adulta.

Exploración extraoral (figura 1). La paciente midió 89 cm y pesó 13.5 kg, colocándose ligeramente por debajo del percentil 50. Se apreció una asimetría facial, biotipo normofacial, cuello con manchas oscuras debido a la deficiencia en la higiene, cara con manchas blancas debido a lagañas y baba que no se limpiaron de manera oportuna, incompetencia labial con xerostomía.



Figura 1. Fotografía extraoral.

Exploración intraoral. Inicialmente, se apreciaron inflamación gingival papilar y marginal moderadas, presencia de restos radiculares en múltiples órganos dentarios primarios: 51, 52, 54, 61, 62, 63, 64 y 74; además de caries profundas en 55, 65, 75, 84 y 85 (figura 2). Molares con destrucción casi total de caras oclusales por caries dental. También se apreciaron hipomineralización del esmalte en forma de manchas blancas, higiene oral deficiente y halitosis notoria.

Figura 2. Fotografías intraorales



Se reportaron episodios aislados de dolor dental, durante los últimos 3 meses, en la zona antero-superior provocado por la masticación y bebidas frías. Se inició tratamiento con manejo de conducta, profilaxis dental, aplicaciones tópicas con barniz de flúor de sodio 22,600 ppm (Duraphat, Colgate®). Durante estas citas la niña exhibió una muy pobre cooperación (Frankl I). Al mismo tiempo, se instruyó exhaustivamente a los padres y a la paciente sobre el cepillado dental regular – especialmente antes de ir a dormir, la eliminación gradual del biberón y el control de los carbohidratos en la dieta.

Plan de tratamiento. Debido al comportamiento de la paciente en el sillón dental, se platicó con los padres acerca de considerar la anestesia general como opción de manejo para el tratamiento odontológico rehabilitador, sin embargo, los padres rechazaron la continuación del tratamiento.

Discusión

En el presente caso clínico es un ejemplo de que la omisión de la atención odontológica por parte de los padres, ya sea por ignorancia, descuido o negligencia puede acarrear graves consecuencias al desarrollo de la cavidad oral de un paciente pediátrico, como son la aparición de caries dental a edades tempranas, presencia de abscesos

dentales recurrentes y pérdidas dentales prematuras, entre otras anomalías.⁹ De esta manera, se puede observar que las malas prácticas paternas al impedir el tratamiento odontológico oportuno de su hijo lo expone a un riesgo mayor de sufrir dolor y procesos infecciosos locales o sistémicos, que pueden afectar su calidad de vida, además de su desarrollo físico, intelectual y social.³

En la situación clínica reportada aquí, la negligencia de los padres hacia la salud dental de su hija fue confirmada a través de las evaluaciones odontológica, médica y psicológica realizadas. Fueron notorios el grado tan avanzado de caries dental de la paciente, la actitud desinteresada de la madre y la condición general de la niña durante la consulta inicial. Además, los padres se negaron a recibir el tratamiento odontológico planeado, a pesar de haber sido informados exhaustivamente acerca de la gravedad del estado oral de su hija y de las posibles complicaciones asociadas a corto y mediano plazo.

Dos estudios relacionados con el tema en cuestión mencionan que a pesar de los múltiples esfuerzos preventivos, muchos niños desarrollan caries dental

debido a la negligencia paterna y a que ciertos hábitos cariogénicos están ya tan arraigados en la familia que superar cualquier programa preventivo, por extraordinario que sea. Asimismo, se ha demostrado que entre los padres de niños con caries de la infancia temprana, alrededor del 70% no sigue al pie de la letra las indicaciones dadas por el Estomatólogo Pediatra, como la sustitución de las bebidas altamente cariogénicas por agua natural en el biberón.^{10, 11}

Por lo tanto, es obligación del Estomatólogo Pediatra dedicar tiempo y esfuerzo durante su práctica diaria para informar a los padres de sus pacientes acerca de la importancia de la prevención y el tratamiento temprano de las diferentes anomalías orales propias de la niñez y sus efectos futuros, especialmente la caries de la infancia temprana. La educación dada a los padres debe acompañarse con técnicas de modificación de la conducta, con el objetivo de reducir los hábitos cariogénicos de los niños, y así conseguir resultados positivos.

Es muy importante que los padres se involucren en el cuidado preventivo de sus hijos para evitar consecuencias en su salud oral, evitando prácticas inadecuadas durante las etapas de desarrollo físico, emocional y cognitivo. De acuerdo a lo antes mencionado, es importante identificar los puntos vulnerables de cada paciente para recomendar una adecuada medida preventiva y un seguimiento de control de la salud oral de los niños.

Referencias

1. OMS. Maltrato infantil. 2016. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/
2. UNICEF. México. Violencia y maltrato. 2016. Disponible en: www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm.
3. Costacurta M. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Impantol.* 2015; 8 (2-3): 68-73.
4. Kvist T, Zedren-Sunemo J, Graca E, Dahllof G. Is treatment under general anesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children?. *Eur Arch Pardiatr Dent.* 2014; 15 (5): 327-32.
5. Council R. Definition of Dental neglect. *AM Acad Pdeiatr Dent.* 2016; 13.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent.* 2004; 26 (Suppl 7): 63-6.
7. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F, Macario V, De Rosa S, Solarino B, et al. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg.* 2009; 7 (2): 96-101.
8. Requena-Mendoza A, Robles-Bermeo N, Lara-Carrillo E. Afectacion de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil. Reporte de un caso. *Ind J Odontostomatol.* 2014; 8 (1): 167-73.
9. Duran-Ibarra G, Rosales-Beber M., Ruiz-Rodriguez M, Pozos-Guillen A, Martínez-Zumaran A. Caries de la infancia temprana ¿negligencia o ignorancia? Reporte de un caso. *Odontol Pediatr.* 2012; 10 (2): 140-7.
10. Tinanoff N, Daley N, O'Sullivan D. Failure of intense preventive efforts to arrest early childhood and rampant reports, and cognitions. *J Periodontol.* 1992; 63: 657-75.
11. Milnes A. Description and epidemiology of nursing caries. *J Pub Health Dent.* 1996; 56:38-50.