



POSICIÓN CONJUNTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP) Y LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA (SEOP) SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Las organizaciones científicas de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la lactancia materna (LM) como mejor opción nutricional para la alimentación del lactante.

La odontología ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas pasando de tener un carácter principalmente intervencionista a constituirse en una especialidad cuyo objetivo fundamental es el conocimiento de los mecanismos implicados en la enfermedad para instaurar un correcto tratamiento aplicando, además, las estrategias más adecuadas para la prevención de la enfermedad en la edad pediátrica.

La odontopediatría materno-infantil dirigida a los lactantes se encuentra en la base de este cambio, en el cual el odontopediatra tiene la oportunidad de analizar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad antes de que ésta aparezca.

LAS GRAVES CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES DE CARIES EN LOS “DIENTES DE LECHE”

El concepto de caries dental ha ido evolucionando en el tiempo, siendo actualmente considerada una enfermedad crónica que pasa por diferentes estadios, desde la mancha blanca inicial hasta la última manifestación como lesión macroscópica en forma de cavidad del diente.

Es frecuente la creencia errónea en la población de que el cuidado de los dientes temporales o “de leche” tiene poca importancia debido a que estos dientes serán reemplazados por los dientes permanentes, a pesar de la información y las recomendaciones dadas en los programas de prevención y promoción de la salud de la infancia en las revisiones de pediatría de AP desde las primeras visitas del recién nacido.

La salud bucodental infantil no ha estado en la cartera de servicios hasta épocas recientes. Los programas de asistencia dental empezaron a funcionar en España en el año 1990 en País Vasco y Navarra y se fueron extendiendo al resto de CCAA a lo largo de la primera década de este siglo. Aunque, inicialmente solo estaban incluidas las prestaciones a partir de la presencia del primer

molar permanente, que suele aparecer a los seis años, en la actualidad hay distintos programas preventivos que incluyen seguimiento más allá de los seis años, incluso durante toda la infancia.

En junio de 2022, se acordó aprobar el “Plan de ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el SNS” que incluye a la población infantil y juvenil **desde el nacimiento hasta los 14 años**, a la que se le facilitará revisión periódica del estado de salud oral, que incluirá la determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los **dos primeros años** de vida.

Los dientes de leche forman parte de la estructura anatómica normal y son clave para que se pueda desempeñar una adecuada función de nutrición y alimentación, así como su participación en el desarrollo del lenguaje en los primeros años de vida y el mantenimiento del espacio anatómico para la correcta erupción de los dientes permanentes.

La caries dental es actualmente la enfermedad infecciosa crónica no transmisible más prevalente en la infancia con graves repercusiones en la salud general del lactante y del niño. Constituye un problema de salud pública con graves repercusiones en la infancia y edad adulta y se puede evitar con una adecuada prevención y cuidado de la salud bucodental. Se ha podido observar que existe una relación directa entre el cuidado inadecuado de la dentición temporal y la aparición de lesiones de caries en los dientes temporales y permanentes. Es decir, un niño con lesiones de caries en sus “dientes de leche” será probablemente un niño con lesiones de caries en los dientes permanentes y, por tanto, un adulto con múltiples tratamientos dentales con las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y económicas que ello implica.

Cuando se detectan lesiones de caries en sus fases más precoces, estas pueden ser detenidas. Sin embargo, si progresan hacia la dentina y el nervio, deben ser abordadas para evitar dolor, infecciones bucales y faciales, etc.

Cuando los cuidadores del lactante o los pediatras y su personal de enfermería detecten signos precoces de caries dental como las manchas blancas en la parte externa de los dientes junto al reborde gingival de un lactante, se debe consultar con el odontopediatra tanto para intentar detener el proceso destructivo del diente como para revertir los factores de riesgo que favorecieron la aparición de la enfermedad.



Importancia de la lactancia materna como alimento.

La LM no sólo tiene enormes beneficios nutritivos, inmunológicos y emocionales para el lactante, sino que, además, favorece el correcto posicionamiento de las arcadas dentarias y, con ello, una buena oclusión dentaria (buen encaje entre los dientes superiores e inferiores).

Aunque la leche de fórmula está diseñada para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, es la leche materna, considerada hoy en día un alimento funcional y un biofluido dinámico, el único alimento capaz de proveer multitud de nutrientes y compuestos bioactivos como factores de crecimiento, hormonas o sustancias antimicrobianas; así como, microbiota de la leche humana con efectos beneficiosos para la salud, protegiendo frente a enfermedades infecciosas y cardiometabólicas frecuentes a corto, medio y largo plazo.

a. Beneficios generales de la leche materna

De acuerdo con la evidencia científica actual, no existe duda de que la LM es el *gold standard* de la alimentación del lactante, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Entre los beneficios generales más significativos se encuentran: menor riesgo de infecciones (otitis media aguda, gastroenteritis e infecciones respiratorias), menor riesgo de enfermedades graves (enterocolitis necrosante y síndrome de muerte súbita del lactante) y, probablemente, menor riesgo de enfermedades metabólicas en la edad adulta, actuando como prevención de enfermedades no transmisibles en el adulto (obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades autoinmunes y prevención de ciertos tipos de cáncer)

b. Beneficios orales /dentales

El crecimiento y desarrollo craneofacial se ve afectado por estímulos funcionales como la respiración, la deglución, la masticación y la succión. La actividad muscular de los lactantes que reciben LM exclusiva les confiere menor probabilidad de desarrollar patrones musculares disfuncionales, los cuales predisponen a la maloclusión.

Además de la importancia para la salud de la madre y el niño, la LM promueve el desarrollo óptimo de la mandíbula y los dientes al facilitar la respiración nasal que ayuda a un posicionamiento correcto de la lengua y a un buen desarrollo de la musculatura oral, lo que previene patrones de



deglución anormales, promueve una correcta forma del paladar y aumenta el flujo salival entre muchas otras ventajas.

Un niño amamantado tiene menos probabilidades de sufrir maloclusión y malposición dental ya que, cuanto más tiempo se amamanta al niño, mayor es la reducción de este riesgo. La LM, junto con la dieta, la higiene dental y bucal es crucial para prevenir las cavidades de la caries dental.

PROPIEDADES DE LA LECHE MATERNA

La leche materna, en sí misma, no es cariogénica si bien contiene lactosa compuesta por dos azúcares simples, galactosa y glucosa, como fuente de hidratos de carbono principal.

La evidencia sugiere que las intervenciones preventivas durante el primer año de vida son críticas para reducir la incidencia de la caries dental. Los consejos a las familias y/o cuidadores deben ser implementados con la ayuda de los proveedores de salud para la correcta aplicación de estas medidas y derivación, en su caso, para poder recibir los cuidados oportunos.

¿Cuáles son las recomendaciones Internacionales?

Tanto la OMS, como la Academia Americana de Pediatría (AAP), la AEP y la SEOP, afirman que la LM exclusiva es la norma con la que los demás métodos de alimentación se deben comparar.

Estas instituciones recomiendan la LM exclusiva y a demanda los primeros 6 meses de edad. La OMS afirma que, de preferencia, la LM debería continuar pasado el año de vida e inclusive llegar de manera complementaria hasta el segundo año de vida o más en poblaciones con alta prevalencia de infecciones. La AAP también indica que la LM debe durar al menos hasta el primer año de vida o más allá si la madre y su hijo así lo desean; mientras que la AEP menciona que se debería prolongar hasta los 2 años de vida o más.

La SEOP, siguiendo a la OMS, al referirse a la Odontopediatría materno-infantil moderna dirigida a los lactantes incide en la gran importancia de la LM durante los primeros seis meses, como mínimo, y más recomendable hasta el primer año para el correcto desarrollo de la respiración, de la boca, de la oclusión (mordida) y de la deglución durante la infancia.

LACTANCIA PROLONGADA Y CARIES

La LM prolongada (después del año si es diurna y/o después de la erupción del primer diente de leche si es nocturna) y su relación con la enfermedad de la caries dental es un tema que ha generado gran controversia. Es importante tener en cuenta que la caries dental en la infancia tiene un origen multifactorial y, para su prevención, debemos actuar sobre múltiples variables.

Estudios sobre lactancia

Varios metaanálisis (Tham 2015, Neves 2016, Victora 2016, Wong 2017, Feldens 2018, Peres 2018, Branger 2019, van Meijeren 2021, Panchanadikar 2022), con la implicación de más de 150.000 niños, indican que la lactancia hasta los 12 meses no está asociada con un incremento del riesgo de caries.

Sin embargo, estos estudios nos dicen que parece que los niños amamantados por más de 12 meses tienen mayor riesgo de caries de la primera infancia (CPI), y aún mayor si es nocturna y más de 8 veces/día. Se indica que el riesgo de aparición de caries dental es del 7%, 8%, 11% y 16% según sea la duración de la lactancia; 12, 18, 24 y 36 meses respectivamente.

La etiología de la caries precoz involucra múltiples factores de riesgo; entre otros, la presencia de defectos en el esmalte, dificultad para limpiar los dientes de un niño y el consumo de bebidas azucaradas y/o alimentos “enemigos” del diente, resultaron ser el riesgo más común. Se requieren ensayos adicionales para evaluar la correlación de estos factores de riesgo para poder comprender mejor esta enfermedad infecciosa global.

El estudio de Abanto y cols. publicado en la revista *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, en 2023 recoge que la inclusión de azúcar en la dieta y la interrupción temprana de la LM son los principales factores que contribuyen a la aparición de caries dental a los 2 años. En el estudio se indica que algunos informes previos señalan una asociación entre la lactancia prolongada (durante 12 meses o más) y la aparición de caries dental, pero sin explicar adecuadamente el papel del consumo temprano de azúcares añadidos en la dieta de estos niños. En la investigación se encontró que el mayor riesgo de caries en el contexto de la lactancia prolongada se correlaciona con el consumo de azúcar. **Prácticamente todos los niños incluidos en el estudio estuvieron expuestos al azúcar libre a una edad temprana.**

Neves y cols. en 2016, tras estudiar el comportamiento de la sacarosa y la lactosa constataron que la leche humana no provocaba una caída en el pH de la biopelícula mientras que la sacarosa sí reducía el pH de la biopelícula. Sus hallazgos sugieren que la leche humana no es cariogénica porque la biopelícula no la fermenta con la suficiente velocidad como para provocar una caída del pH, desmineralizante del esmalte. Por el contrario, la sacarosa indujo una caída del pH de la biopelícula, confirmando su potencial cariogénico; es bien sabido que la microbiota del biofilm fermenta la sacarosa más rápidamente que la lactosa.

Los hallazgos mostraron claramente que el rango de caída del pH fue sacarosa > lactosa > leche humana, lo que respalda los hallazgos sobre el potencial cariogénico de la sacarosa sobre el esmalte.

En conclusión, la LM no provoca una caída significativa en los niveles de pH en la biopelícula tanto de los niños libres de caries como de los que presentan CPI, lo que sugiere que la caries en este grupo puede explicarse por el consumo de productos dietéticos distintos de la leche materna.

Debemos tener presente que los estudios a menudo analizan los efectos de la lactosa en los dientes, no los efectos de la leche materna en su conjunto, con sus propiedades antibacterianas y pH alto; por tanto, no hay evidencia científica sólida que demuestre que la LM en sí misma sea un factor de riesgo de caries y que no amamantar pueda tener un efecto preventivo sobre la aparición de caries en los lactantes amamantados de manera prolongada.

En cuanto a la lactancia con fórmula, los estudios muestran que un niño amamantado tiene una probabilidad significativamente menor de sufrir caries dental que un niño alimentado con fórmula. Según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero de 2020, la evidencia sugiere que los lactantes que son amamantados en el primer año de vida tienen menos prevalencia de caries dental que los que reciben fórmula infantil.

Se observa, también, que la LM durante 24 meses reduce el consumo de alimentos ultraprocesados o con azúcares añadidos, actuando como un factor de protección frente a la caries dental.

El informe de la OMS de 2019 titulado "Revisión sistemática de la evidencia relativa a los factores que modifican el riesgo de caries en la primera infancia" concluyó que brindar acceso al flúor y educar a los cuidadores son enfoques justificados para la prevención de la caries y que limitar los azúcares en los biberones y los alimentos complementarios ricos en azúcares debería ser parte de

esta educación.

Parece haber un acuerdo general de que la mejor manera de proteger la salud dental de un niño es el buen cepillado de los dientes al menos dos veces al día con pasta dental con flúor. Aunque algunos profesionales sanitarios recomienden limpiar los dientes después de cada lactancia, incluso durante la noche, actualmente se desaconseja ya que puede resultar un procedimiento difícil e innecesario.

Si bien no es necesario evitar que el niño se amamante durante la noche, es importante cepillarle los dientes antes de irse a dormir y no ofrecerle alimentos ricos en azúcares durante la noche.

PRESENCIA DE LOS AZÚCARES EN LA DIETA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de lesiones de caries dental es la frecuencia de las ingestas ya que el constante descenso del pH es el que ocasiona la desmineralización del esmalte e impide que la saliva y sus componentes protectores produzcan una remineralización.

Uno de los puntos clave a hablar con las madres que deciden prolongar la lactancia es la frecuencia de las tomas. Si las tomas son constantes y a demanda, día y noche, una vez se haya iniciado la alimentación complementaria y hayan erupcionado los incisivos y si, además, este niño consume alimentos “enemigos” del diente (galletas, cereales azucarados, snacks, bebidas azucaradas, etc.), el pH se mantendrá siempre bajo (por debajo de 5,5), aumentando el riesgo de que las bacterias desmineralicen el esmalte.

En vista a la etiopatogenia multifactorial de las lesiones de caries, se debería considerar que el aumento del consumo de azúcares provenientes de otros alimentos no saludables y la mayor frecuencia de las ingestas, podrían ser algunas de las principales razones por las que la caries dental ha aumentado de manera considerable en los lactantes en las últimas décadas.

La caries de la primera infancia está estrechamente asociada con un consumo frecuente de carbohidratos fermentables, por lo que cualquier tipo de azúcar consumido con frecuencia puede ocasionarla. Por ello, **SE ACONSEJA EVITAR TODA FUENTE DE AZÚCARES REFINADOS DURANTE LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA** cuando el niño es más susceptible de establecer un proceso virulento de caries dental. Se debe informar y sugerir a los padres que eviten azúcares ocultos, presentes en la leche chocolatada, las galletas y la bollería, jugos industriales, pan de molde o pan

blando, patatas fritas embolsadas, refrescos con azúcar, etc.

Se desaconsejan de manera especial los azúcares entre comidas y los de consistencia pegajosa. Las recomendaciones actuales de una dieta saludable son compatibles con las sugeridas para mantener una buena salud oral.

Para reducir el riesgo de obesidad y caries dental, los nuevos protocolos de la OMS recomiendan que los niños y los adultos reduzcan la **ingesta diaria de azúcares libres a menos del 10% del total de la ingesta energética diaria lo que supone 90 Kcal/día para un niño de hasta 1 año y de 100 Kcal/día para uno de 2-3 años**. La OMS, en su nuevo protocolo, menciona particularmente la fuerte asociación entre la ingesta de azúcares libres y la caries dental.

Los datos disponibles indican claramente que la gente consume de manera significativa más azúcar del que deberían incrementando el riesgo de caries dental, sobrepeso y obesidad por lo que la estrategia mejor para la prevención de las consecuencias del abuso del azúcar es que se reduzca la cantidad de azúcares libres en los productos de consumo y se reduzca la frecuencia de consumo de productos que contengan azúcares libres ya que reducir la cantidad sin reducir la frecuencia no parece que sea un enfoque eficaz en la prevención de la caries dental.

IMPORTANCIA DEL FLÚOR TÓPICO

Resulta fundamental una adecuada pauta de higiene dental que incluya el cepillado con flúor pues es el factor protector más importante para prevenir la caries en el lactante amamantado.

Las recomendaciones actuales (AAP, Asociación Internacional de Odontopediatría, NHS de Reino Unido, SEOP, etc.) recomiendan el cepillado dental con un dentífrico que contenga un mínimo de 1000 partes por millón (ppm) de flúor desde el inicio de la erupción de la dentición temporal. Aunque la ausencia de flúor no es una condición indispensable para el desarrollo de las lesiones, el flúor tópico resulta imprescindible para el control de la enfermedad.

Como hemos mencionado, el factor clave para la prevención de la CPI es el hábito de higiene oral diario. Mientras más temprano se empiece con la higiene oral, menores las probabilidades de que el niño desarrolle lesiones por caries dental y enfermedades periodontales.

Los padres deben tener la información de cómo y cuándo empezar con la higiene bucal. Debe quedar

claro que el cuidado de la boca del niño es responsabilidad de los padres o cuidadores, por lo menos hasta que adquiera la habilidad motora suficiente para hacerlo sólo que, por norma, se consigue sobre los 7–10 años. A partir de este momento y hasta la adolescencia, se recomienda la supervisión por un adulto en el cepillado nocturno.

Pautas de higiene bucodental desde enfermería y pediatría de AP priorizando la actualización de consejos sobre higiene dental, cepillado y recomendaciones de flúor en primera infancia, con información activa en cada revisión del PSI y cada vez que sea pertinente.

- Es obligado comenzar la higiene de los dientes con la erupción del primer diente temporal o “de leche” – que suele darse alrededor de los 6 meses de edad – dos veces al día; en la mañana y, sobre todo, por la noche.
- Para niños entre 0 y 3 años: Utilizar un dedal de silicona o un cepillo dental de lactantes con pasta dental de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor, en cantidad equivalente a un grano de arroz o una pequeña mancha.
- Cuando hayan salido los molares temporales, pasar el hilo dental por las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir. Puede usarse un hilo dental con cera y, si fuera complicado debido al reducido tamaño de la boca del bebé, pueden utilizarse posicionadores de hilo (flossers).
- A partir de los 3 años, la cantidad de pasta dental con 1000 ppm de ion flúor, debe ser equivalente a un guisante o, para unificar mejor el criterio, a la anchura del cabezal del cepillo dental. La concentración de ion flúor de la pasta de dientes vendrá determinada en función del riesgo de caries del niño y será el odontopediatra quién lo recomendará a los padres o cuidadores.
- El cepillado dental en niños es efectivo sólo si es realizado por un adulto hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada.

- Hay que recordar que la higiene oral se realiza tanto para establecer unos buenos hábitos orales como para proteger los dientes temporales. Al acostumbrar al bebé a una limpieza dental suave y a pasar el hilo dental, se creará un patrón de cuidados bucales que lo acompañarán durante el resto de su vida.

CONSECUENCIAS BUCALES DEL USO TEMPRANO DEL BIBERÓN

Cuando una madre no amamanta a su hijo, el biberón suele ser el instrumento para alimentarlo. Es importante en los exámenes de salud y las consultas de pediatría recordar que el uso de biberones puede interferir con el adecuado desarrollo del maxilar y la musculatura facial.

Se desaconseja la adición de azúcar o miel al biberón por ser un claro factor de riesgo de CPI. De igual manera, a partir de la erupción del primer diente, no se recomienda que el lactante se quede dormido mientras toma el biberón.

Para la prevención de maloclusiones, se recomienda la tetina anatómica con un orificio pequeño. El uso del biberón debe abandonarse progresivamente hacia los 12 meses para fomentar el cambio de un patrón alimenticio de succión a masticación; razón por la cual los padres deben intentar que sus hijos beban de una taza hacia el primer año de vida. Con la erupción de los primeros molares temporales, alrededor de los 18 meses, la masticación se vuelve más eficiente y es a partir de ese momento cuando se debe abandonar definitivamente el biberón. La persistencia del biberón puede favorecer un patrón de succión infantil, la aparición de una deglución atípica y posteriores maloclusiones.

CONCLUSIONES SOBRE LA LM

1. La leche humana, por sí sola, rara vez contribuye a la presencia de cavidades de caries y, de hecho, tiene propiedades para fortalecer los dientes. Los padres deben ser conscientes de los peligros de los alimentos y bebidas con azúcares añadidos y de los beneficios de una estricta higiene bucal y de las visitas al odontopediatra por lo que es importante no pasar por alto el impacto en la salud física y emocional de la LM para el lactante, la familia y la sociedad.

2. La OMS recomienda que los lactantes sean amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos y luego continuar con la LM junto con alimentos complementarios, hasta los dos años o más.
3. La LM hasta los 12 meses se asocia con un menor riesgo de caries dental.
4. No ser amamantado se asocia con un mayor riesgo de morbilidad infecciosa (gastroenteritis, infecciones respiratorias e infecciones del oído medio, p.ej.).
5. La LM, cuando se acompaña del cepillado de dientes y de una mejor nutrición mediante la reducción de la frecuencia y el consumo de alimentos azucarados y/o “enemigos” del diente, continúa contribuyendo de manera significativa al bienestar de muchas madres y lactantes.
6. Los equipos de odontología deben seguir apoyando y alentando a las madres a amamantar, además de promover la salud bucodental, junto a los pediatras, enfermeras pediátricas y matronas.
7. Los esfuerzos del personal sanitario alrededor de la madre y el lactante deberían ir encaminados a hacer énfasis en la higiene dental desde una fase temprana de la infancia, asesorar a los padres para reducir la frecuencia de consumo de azúcares del niño, aconsejarles que eviten dar besos en la boca del niño, soplar o probar la comida antes de suministrarla, especialmente si tienen caries activas, entre otras medidas preventivas.
8. Se recomienda para la adecuada higiene de la cavidad bucal y dientes en el lactante amamantado que se limpien los dientes del lactante una vez haya finalizado cada toma de pecho.
9. En el caso de que un niño se quede dormido mientras es alimentado, es necesario que los padres limpien sus dientes inmediatamente después. Es muy importante ofrecer a las familias esta información, asegurándose de su correcta comprensión.
10. El verdadero problema nace de la ausencia de una limpieza adecuada de la boca del niño después de mamar o tomar el biberón tanto de día como de noche.
11. La adopción de un buen régimen de higiene oral, el uso de pasta dental de 1000 ppm de flúor desde el inicio de la erupción de la dentición temporal y el consumo de una dieta

baja en azúcar tienen un gran impacto en términos de reducción del riesgo de caries en la primera infancia.

12. Las recomendaciones de la OMS indican que **SE REDUZCA LA INGESTA DIARIA DE AZÚCARES LIBRES** a menos del 10% del total de la ingesta energética diaria (fuerte recomendación) y, preferiblemente por debajo del 5% de la ingesta total (recomendación condicional).
13. **SE ACONSEJA EVITAR TODA FUENTE DE AZUCARES REFINADOS DURANTE LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA** cuando el niño es más susceptible de establecer un proceso virulento de caries.
14. Recomendar a las familias que lleven al lactante **EN SU PRIMER CUMPLEAÑOS**, al odontopediatra para que informe de las medidas para evitar la aparición de caries y otras enfermedades orales.
15. Se recomienda la consulta regular con un odontopediatra para un examen y asesoramiento preventivo sobre prácticas dietéticas (especialmente la ingesta de azúcar), higiene bucal o suplementos de flúor.

Criterios de derivación a unidades de odontopediatría.

Siguiendo las recomendaciones existentes de las principales academias mundiales en odontología pediátrica (incluyendo a la Sociedad Española de Odontopediatría) para todos los niños, presenten o no factores de riesgo para la aparición de la CPI, se indica que hay que llevar al bebé al odontopediatra cuando cumpla su primer año; incluso antes, cuando le salgan los primeros dientes, no estaría de más. Recordemos que los dientes temporales o “de leche” empiezan a erupcionar sobre los 6 meses, por lo que ya en ese momento se puede visitar al odontopediatra.

Cuáles son las señales precoces de caries dental en lactantes y niños pequeños

La CPI también llamada “Caries del Biberón” puede producirse desde el mismo instante en que aparecen los primeros dientes en la boca del niño. Desde este mismo instante, pues, es conveniente empezar la limpieza bucal de sus dientecitos; sin embargo, el factor tiempo juega un papel muy importante, ya que cuanto más se tarde en iniciar los procesos de higiene dental, más probabilidades tendrá el niño de presentar lesiones por caries dental.

El especialista en odontopediatría, mediante las revisiones periódicas que han de tener lugar cada seis meses o incluso menos en función del riesgo de caries del niño, es quién diagnosticará si existe o no tal patología en un niño determinado. Si son los padres los que la observan, ya suele ser tarde porque el proceso de cavitación ya se ha iniciado y se ha perdido un tiempo precioso.

En todo caso, la primera señal es la aparición de un cambio de color en el diente que se vuelve blanquecino y sin brillo – la llamada “mancha blanca” – y en una fase más avanzada, se observa un borde amarillo, marrón o negro a nivel de la zona afectada como paso previo a la aparición de la cavidad. En la fase más visible, aparece la pérdida de sustancia y el socavón del esmalte, que se acaba rompiendo; la destrucción del diente indica que el proceso de caries puede llevar hasta varios meses en la boca siendo, por tanto, un proceso muy lento.

La lesión de “mancha blanca” es el primer indicio clínico del desequilibrio en la superficie del esmalte. Estas lesiones siguen la forma del margen gingival de los incisivos superiores, en forma de “media luna” o semicircular. Las lesiones aparecen siguiendo el patrón eruptivo.

Las lesiones de caries se suelen iniciar en los sitios de retención de comida, por eso los molares (los que mastican y en los que es más habitual que se depositen los alimentos) son los más susceptibles de padecer esta enfermedad.

Recomendaciones para las patologías de riesgo con mayor dificultad para la higiene dental como el síndrome de Down, el trastorno del espectro autista, la patología del neurodesarrollo y la patología de la cavidad oral.

Definimos a los niños con necesidad de cuidados especiales de salud como aquellos que tienen una discapacidad o condición limitante de tipo físico, mental, sensorial, conductual, cognitivo, emocional o del desarrollo que requieren tanto control médico como procedimientos intervencionistas para el control de la salud y/o el uso de programas y servicios especializados.

La provisión de salud a los pacientes con necesidades especiales está más allá de lo que se considera rutina y requiere de un conocimiento especializado acompañado de un aumento de concienciación, atención y acomodación al paciente. Los jóvenes pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud deben tener acceso a los servicios de promoción de la salud y de prevención de

enfermedades que enfoquen sus necesidades de salud oral de un modo comprensible, centrado en la familia y basado en la comunidad.

Son pacientes que debido a su medicación (especialmente las que contienen azúcares), a las dietas especiales (dietas altas en CH fermentables) o a las dificultades físicas para una correcta higiene oral en casa suelen presentar un detrimento importante de la salud oral y presentan una susceptibilidad marcada a tener caries de la primera infancia, enfermedades gingivales o traumas orales.

Cualquier paciente con necesidad de cuidados especiales de salud tendrá una salud oral óptima si el cuidado dental es de inicio temprano y es seguido de manera consecuente y constante.

Las indicaciones para la higiene oral de estos pacientes contemplan:

- Limpiar los dientes tan pronto se observe alguno.
- Usar un cepillo para bebés entre 2 y 3 veces al día.
- Limpiar los dientes después de las comidas, especialmente si el niño toma medicaciones líquidas con alto contenido en azúcares.
- El cepillado de antes de ir a dormir es el más importante. No dar nada de comer o beber – excepto agua – después del cepillado nocturno.
- Menores de 2 años, cada cepillado con un “grano de arroz” de pasta con 1000ppm.
- Entre los 2 y los 5 años, cada cepillado con un “guisante” de pasta con 1000ppm.
- Escupir el sobrante, pero sin enjuagar con agua ni otro tipo de líquidos.

Referente a las revisiones dentales:

- Primera visita al odontopediatra a los seis meses después de la erupción del primer diente o a los 12 meses; lo que ocurra antes.
- Establecimiento del “Hogar dental”.
- Los niños con necesidad de cuidados especiales de salud pueden tener que ser revisados cada 2 o 3 meses, o con mayor frecuencia, en función de su patología.



- Los profesionales de la salud deben hablar con los padres para consensuar qué resultados de supervisión dental pueden conseguirse de una forma razonable.
- La valoración de los resultados también sirve a los profesionales para determinar la periodicidad a seguir con las visitas de revisión y refuerzo y les ayudan en el asesoramiento.

Actividades	0 a 5 años			
	B	M	A	E
Riesgo (Bajo, Moderado, Alto, Extremo)	B	M	A	E
Revisión oral cada	6m	6m	3m	1-3m
RX de aleta cada	24m	12m	12m	6m
Asesoramiento dietético	•	•	•	•
Control de higiene oral	•	•	•	•
Control de hábitos	•	•	•	•
Test salivares			•	•
Cepillado 2 veces/día con pasta fluorada	•	•	•	•
Cepillado supervisado	•	•	•	•
1000 ppm de 0 a 3 años	•	•	•	•
1000 ppm de 3 a 5 años	•			
1450 ppm de 3 a 5 años		•	•	•
Seda o cinta dental en mayores de 3 años		•	•	•
Barniz de flúor 5% en 1ª visita y revisión	•	•	•	•
Productos fluorados para remineralizar		•	•	•
Toallitas de xilitol (3 ó 4 veces al día)		•	•	•
Selladores de fosas y fisuras con flúor	•	•	•	•
Sellados interproximales			•	•
Fosfato Cálcico → mancha (0 a 2 años)			•	•
Fosfato Cálcico → guisante (> 2 años)			•	•
Fosfato Cálcico → al ir a dormir			•	•
Obturaciones provisionales liberadoras de flúor				•
CUIDADORES				
Enjuagues de fluoruro sódico		•	•	•
Enjuagues de clorhexidina			•	•
Chicles o caramelos de xilitol (4/día) (6/8 gr/día)		•	•	•

Fig. 1 - Control de caries de la primera infancia según el riesgo del paciente

DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

1. Abanto J, Mayumi J, Pinheiro E, Matijasevich A, Antunes JL, Bönecker M, Cardoso MA, MINA-Brazil Study Group. Prolonged breastfeeding, sugar consumption and dental caries at 2 years of age: A birth cohort study. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2023;51(3):575-582. doi: 10.1111/cdoe.12813. Epub 2022 Nov 15.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Infant Oral Health Care. *Pediatr Dent* 2014 – 2015; 36(6): 141 – 5.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent* 2014 – 2015; 36(6): 50 – 2.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique challenges and Treatment Options. *Pediatr Dent* 2014 – 2015; 36(6): 53 – 5.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the Dental Home. *Pediatr Dent* 2014 – 2015. 36; 6: 24 – 5.
6. American Academy of Pediatrics (AAP). Policy Statement on Breastfeeding and the use of human milk. URL: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;115/2/496>
7. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122: 1387 – 94.
8. Berg J, Stapleton F. Physician and Dentist: new initiatives to jointly mitigate early childhood oral disease. *Clinical Ped* 2012; 5: 531 – 7.
9. Bhaskar V, McGraw K, Divaris K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* 2014; 6: 21 – 7.
10. Boylston J, Tomar S, Catalanotto F. Effect of training pediatricians and family physicians in early childhood caries prevention. *J Pediatr* 2015; 166: 1055 – 61.

11. Branger B, Camelot F, Droz D, Houbiers B, Marchalot A, Bruel H, Laczny E, Clement C. Breastfeeding, and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. Arch Pediatr. 2019 Nov;26(8):497-503. doi: 10.1016/j.arcped.2019. 10.004.
12. Bravo M, Llodra JC, Cortés FJ, Casals E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE 2007; 12: 143 – 68.
13. Brian Palmer, DDS: “Infant Dental Decay: Is it related to Breastfeeding?” Available at <http://www.brianpalmerdds.com/pdf/caries.pdf>
14. Casals E, García MA. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE 2014; 19 (3): 189 – 248.
15. de Carvalho L, Abanto J, Bönecker M. Maternal-child health in- and is complete by the end of the child's first year of life indicators associated with developmental defects of enamel in primary dentition. Pediatr Dent 2022;44(6):425-32. E16.
16. Douglas AB, Douglas JM, Krol DM. Educating pediatricians and family physicians in children’s oral health. Academic Pediatr 2009;9(6):452-6.
17. Feldens CA, Humbert P, de Anastácio G, Vítolo MR, Chaffee BW. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. Int Dent J. 2018 Apr;68(2):113-121. doi: 10.1111/idj.12333.
18. Fontana M. The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: evidence for caries risk assessment. Pediatr Dent 2015; 37 (3): 217 – 35.
19. García L, Martín N, Ciriza E, Ruiz M, Fernández V, Barandiaran A. Lactancia materna y caries dental infantil: ¿tienen alguna relación? Rev Pediatr Aten Primaria. 2021; 23:133-42.
20. Ghazal T, Levy S, Childers N, et al. Factors associated with early childhood caries incidence among high caries-risk children. Community Dent Oral Epidemiol 2015; 43: 366 – 74.
21. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, et al. Parental influence, and the development of dental caries in children aged 0 – 6 years: A systematic review of the literature. J Dent 2012; 40: 873 – 85.

22. Leong P, Gussy M, Barrow SY, et al. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paed Dent* 2013; 23: 235 – 50.
23. Marsh PD. The commensal microbiota and the development of human disease – an introduction. *J Oral Microbiol* 2015; 18(7): 291-8.
24. Moynihan, P. et al. Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. *JDR Clin Trans Res*, 2019; 4 (3): 202–16. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30931717/>
25. Neves P, Costa C, Andaló LM, Leitão TJ, Monteiro-Neto V, Nunes AM, et al. Breastfeeding, Dental Biofilm Acidogenicity, and Early Childhood Caries. *Caries Res* 2016; 50:319-24 DOI: 10.1159/000445910
26. Panchanadikar NT, Abirami S, Muthu MS, Selvakumar H, Jayakumar P, Agarwal A. Breastfeeding, and its Association with Early Childhood Caries - An Umbrella Review. *J Clin Pediatr Dent*. 2022 Mar 1;46(2):75-85. doi: 10.17796/1053-4625-46.2.1.
27. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A.J Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. *Dent Res*. 2018 Mar;97(3):251-258. doi: 10.1177/0022034517738925.
28. Seow W. Environmental, maternal and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Intl J Paed Dent* 2012; 22: 157 – 68.
29. Simón-Soro A, Mira A. Solving the etiology of dental caries. *Trends Microbiol*. 2015 Feb;23(2):76-82. doi: 10.1016/j.tim.2014.10.010. Epub 2014 Nov 27.
30. Singleton, R. et al. Association of Maternal Vitamin D Deficiency with Early Childhood Caries. *J Dent Res*, 2019; 98 (5): 549-55. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6995990/>
31. Tham R, Bowatte G, Dharmage S, Tan D, Lau M, Dai X, et al. Breast feeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015 Dec; 104(467): 62-84
32. van Meijeren-van Lunteren AW, Voortman T, Elfrink MEC, Wolvius EB, Kragt L.



- Breastfeeding and Childhood Dental Caries: Results from a Socially Diverse Birth Cohort Study. *Caries Res.* 2021;55(2):153-161. doi: 10.1159/000514502.
33. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Breastfeeding Series Group.Lancet.* 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
34. Wong PD, Birken CS, Parkin PC, Venu I, Chen Y, Schroth RJ, Maguire JL. Total Breast-Feeding Duration and Dental Caries in Healthy Urban Children. *Acad Pediatr.* 2017;17(3):310-315. doi: 10.1016/j.acap.2016.10.021.
35. World Health Organisation. Global Action Plan for Non-Communicable Diseases 2013 – 2020. Healthy diet. Factsheet nº 394. Updated May 2015.
36. World Health Organization. Ending Childhood Dental Caries: WHO Implementation Manual, <https://www.who.int/publications/i/item/ending-childhood-dental-caries-who-implementation-manual>