

CARIES VERSUS CAVIDADES

CARIES VERSUS CAVITIS

TXANTXARRAK VERSUS BARRUNBEAK

Julian Aguirrezabal-Iñarritu

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Bilbao. Bizkaia. España UE.
Vicepresidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*

Introducción

Es frecuente escuchar a la gente decir: - Estoy desesperado -, acabo de estar en el dentista y me han encontrado dos caries y ¡ eso que me cepillo todos los días !.

Estas frases que nos parecen absolutamente normales, encierran una equivocación semántica que hace que tanto los pacientes como los profesionales estemos desorientados a la hora de tratar y de plantear medidas preventivas frente a esa enfermedad común que es la caries.

La llamada " Epidemia de la caries ", comienza hacia el siglo XVI, hasta entonces la enfermedad de la caries era infrecuente, posiblemente el comercio con la colonias de alimentos como la caña de azúcar, provocó el desarrollo de la profesión dental, tal como hoy la conocemos.

En aquella época la caries afectaba tanto a niños como a adultos.

Desde hace unos años, esta enfermedad está disminuyendo de manera llamativa. Algunos lo atribuyen al consumo indiscriminado de antibióticos de amplio espectro, otros a las medidas preventivas que se han generalizado como el uso de pastas dentales con flúor.

Sin embargo, las estadísticas nos muestran que en determinados sectores, la enfermedad de la caries no solamente disminuye sino que incluso aumenta, concretamente en preescolares de sectores económicos desfavorecidos.

Concepto actual

A lo largo de los años muchas fueron las definiciones que se hicieron de la enfermedad y múltiples las teorías de su génesis, desde la Teoría Quelante – Proteolítica pasando por la de La Proteolisis de Frisbie y por último la Químico-Biológica de Miller, que en 1840 demostraba que la caries

era debida al concurso de bacterias que produciendo ácidos hacía que se disolviera la estructura inorgánica del esmalte, lo que motivaba el colapso de la estructura dental. Actualmente y según los gurús de la cariología, Ferjerskov y Featherstone la caries se define como: " Aquella enfermedad, crónica , común y compleja que resulta del desequilibrio entre múltiples factores etiológicos de riesgo y múltiples factores protectores que interaccionan al mismo tiempo " .

La caries es una enfermedad común

Por ejemplo, la caries, es cinco veces más común que el asma en niños, un 59 % frente a un 11 %.

El 41 % de los niños en USA de 2 a 11 años, tienen cavidades en la boca.

Así el 70 % de los adolescentes han tenido una experiencia de caries en edades comprendidas entre los 16 y los 19 años.

A pesar de éstas cifras tan impresionantes, debemos de pensar que sólo son una aproximación y que no reflejan la realidad de la enfermedad, ya que con la actual tecnología somos incapaces de detectar estados subclínicos.

La caries es una enfermedad compleja

La enfermedad de la caries pertenece al grupo de enfermedades comunes consideradas complejas o multifactoriales, como el cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes. Se ha descubierto que no obedecen a una única causa, no se curan por el simple hecho de eliminar un germen causante, o ser la consecuencia de la mutación de un gen o un factor del medio ambiente, si no que estarían influidas por varios genes, bacterias, factores del medio ambiente y conductas de riesgo.

La caries es una enfermedad crónica

Los datos epidemiológicos señalan inequívocamente que la caries una enfermedad crónica.

Correspondencia:
Dr. Julián Aguirrezabal-Iñarritu
Vicepresidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
C/ Lersundi, 9-5º
48009 Bilbao. Bizkaia. Euskadi. España UE.
Tfno. +34 944 233 768
Fax. +34 944 232 161
Correo electrónico: gacetamedica@gruponahise.com

Las encuestas muestran que la proporción de niños con evidencia clínica de caries en sus dientes permanentes incrementa un 20 % de los 6 a los 11 años pasando al 50 % entre los 12 y los 15 años y al 70 % de los 16 a los 19 años.

El concepto de equilibrio

El progreso de la caries puede ser visualizado como un desequilibrio entre los factores patológicos y los factores protectores. Los factores patológicos serían : Bacterias cariogénas, carbohidratos fermentables, disfunción salival. Los factores protectores : El flujo salival, el flúor y la terapia antibacteriana.

Así los factores protectores impedirían la progresión de la enfermedad de la caries en el curso de la vida de las personas. Y la " Cavidad " es una consecuencia tardía de la enfermedad.

De tal manera que todos aquellos que no sean capaces de entender la diferencia entre " Caries –enfermedad " y " Caries-cavidad ", equivocarán la naturaleza fundamental de ésta enfermedad.

Por ello nunca diremos que el paciente está libre de caries, ya que los datos nos están indicando que lo que no tiene, son cavidades.

Sólo desde la comprensión de que la caries es una enfermedad infecciosa y trasmisible podemos optimizar estrategias oportunas para conseguir una buena salud oral en los niños.

Aplicación clínica

La aplicación clínica de todo lo anteriormente dicho es considerable.

Así el " Equilibrio de caries", puede ser usado como protocolo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Así los principios básicos son :

- Reducir los factores patológicos
- Incrementar los factores protectores

Para ello deberemos poner al paciente bajo control e inclinar la balanza del lado bueno.

La primera valoración la realizaremos en el momento de la exploración, siguiendo el exámen clínico clásico, en clave de " equilibrio" y decidir si el paciente es de bajo, medio o alto riesgo de caries.

Pacientes de alto riesgo

- Pacientes con cavidades visibles, bien a simple vista o radiográficas. En éste caso es evidente que el paciente tiene un número elevado de E. Mutans o Lactobacilos.

- Pacientes con antecedentes de cavidades dentro de los últimos tres años.
- Pacientes con gran cantidad de placa dental visible. Indica una pobre higiene e indirectamente crecimiento de bacterias cariogénas.
- Frecuente consumo de hidratos de carbono.
- Pacientes en tratamiento con medicamentos que disminuyan el flujo salival. O aquellos que reciban radioterapia en tumores de cabeza o cuello.
- Pacientes que porten aparatos en la boca, en especial ortodoncia fija.

En todos estos pacientes estaría indicado un análisis de saliva en el que debemos evaluar:

- Flujo salival.
- Capacidad buffer de la saliva
- Test bacteriano (E. Mutans y Lactobacilos)

La terapia antibacteriana , si es necesaria , se iniciará lo antes posible y deberá mantenerse hasta que con otro test se evidencie un descenso.

Pacientes de medio riesgo

Una buena recomendación son los enjuagues diarios de 0,05 % de fluoruro sódico y es muy útil si es usado conjuntamente con pasta dental fluorada.

SUMARIO

Existe una fuerte evidencia científica que actuamos en la buena dirección cuando tratamos a nuestros pacientes en " clave de equilibrio ", la enfermedad de la caries. Siempre intentando reducir los factores patológicos y estimulando los protectores.

- Detectar cavidades lo antes posible para detener el proceso.
- Valorar el riesgo de cavidades y usar ésta valoración para dirigir un plan de tratamiento.
- Uso de flúor diario para todos.
- En pacientes de alto riesgo comenzar con terapia antibacteriana inmediatamente. Realizar un cultivo bacteriano como referencia de la efectividad del tratamiento.
- En pacientes de riesgo elevado y medio, debemos emplear terapia adicional de flúor, en forma de barnices, geles, colutorios o pasta dental de alto contenido.
- Añadir xilitol a la dieta como sustituto de aperitivos entre comidas.
- Restauraciones mínimamente invasivas.

Bibliografía

1. James J. Crall. Rethinking Prevencion. *Pediatric Dentistry* 2006;28:96-100
2. Featherstone JDB. The science and practice of caries prevention. *JADA* 2000;131:887-2000.
3. Ferjerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care *Caries Res* 2004;38:182-191.
4. Robert J. Berkowitz. Mutans Streptococci: Acquisition and Transmission. *Pediatric Dentistry*. 2006; 28:106-109.
5. Berkowitz RJ, Jordan HV. Similarity of bacteriocins of *Streptococcus mutans* from mother and infant. *Arch Oral Biol* 1975;20:725-730.
6. Lawrence A. Tabak. In defense of oral cavity : The protective role of the salivary secrecions, *Pediatric Dentistry*.2006 ; 28:110-117.
7. Hotz P, Guggenheim B, Schmid R . Carbohydrates in pooled dental plaque. *Caries Res* 1972; 6: 103-121.
8. Marinho VCC, Higgins JPT, Sheiham A, Logan S. One topical fluoride (toothpastes, o mouth rinses, or gels, or varnishes) versus another for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; issue 3: *Cochrane Library*, ISSN 1464- 780X.
9. Featherstone JDB. Prevencion and reversal of dental caries: role of low level fluoride. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27:31-40
10. Featherstone JDB. The caries balance : Contributing factors and early detection. *CDA Journal* 2003; 31: 129-133.
11. Featherstone, Adair SM, Anderson MH, et al. Caries management by risk assesment: Consensus statement, April 2002. *CDA Journal* 2003; 31:129-133.
12. Krasse B. Biological factors as indicators of future caries. *Int Dent J* 1988;38:219-225.
13. Lynch H, Milgrom P . Xilitol and dental caries: An overview for the clinician. *J Calif Dent Assoc* 2003;31: 205-209.
14. Benson PE, Shah AA, Millett DT et al. Fluorides, orthodontics and demineralization : A systematic review. *J Orthod* 2005;32:102-114.
15. Phoebe Tsang, Fengxia Qi, Wenyuan Shi. Medical approach to dental caries: Fight the disease, not the lesion. *Pediatric Dentistry* 2006;28:188-191.