

Odontología restauradora en niños: Artículos esenciales y recomendaciones consensuadas, 2021

American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. 2019. Available at: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf?v=new. Accessed, Feb. 29, 2020.

American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. 2014. Available at: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_pulptherapy.pdf. Accessed, April 29, 2020.

Bjørndal L, Reit C, Markvart M, Kjaeldgaard M, et al. Treatment of deep caries lesions in adults: Randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. *Eur J Oral Sci* 2010;118:290-7.

Department of Health and Human Services. Final Rule. Federal Register 75: Issue 112 (Friday, June 11, 2010). Available at: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2010-06-11/html/2010-14083.htm>. Accessed, May 15, 2020.

Donly KJ, Sasa I, Contreras CI, Mendez MJC. Prospective randomized clinical trial of primary molar crowns: 24-month results. *Pediatr Dent* 2018;40:253-8.

Hickel R, Kaaden C, Paschos E, Buerkle V, et al. Longevity of occlusally-stressed restorations in posterior primary teeth. *Am J Dent* 2005;18:198-211.

Lenters M, van Amerongen WE, Mandari GJ. Iatrogenic damage to the adjacent surface of primary molars in three different ways of cavity preparation. *Eur Archives Paediatr Dent* 2006; 1:6-10.

Maltz M, Jardim JJ, Mestrinho HD, Yamaguti PM, et al. Partial removal of carious dentine: A multicenter randomized controlled trial and 18-month follow-up results. *Caries Res* 2013;47:103-9.

Slayton RL, Urquhart, O, Araujo, MWB, Fontana, M et al. Evidence-based clinical practice guideline on non-restorative treatments for carious lesions. *J Am Dent Assoc* 2018;149:837-49.

Soncini JA, Meserejian NN, Trachtenberg F, Tavares M, Hayes C. The longevity of amalgam versus compomer/composite restorations in posterior primary and permanent teeth: Findings from the New England Children's Amalgam Trial. *J Am Dent Assoc* 2007;138:763-72.

Taran PK, Kaya MS. A comparison of periodontal health in primary molars restored with prefabricated stainless steel and zirconia crowns. *Pediatr Dent* 2018;40:334-9.

Zagdwon AM, Fayle SA, Pollard MA. A prospective clinical trial comparing preformed metal crowns and cast restorations for defective first permanent molars. *Eur J Paediatr Dent* 2003; 4:138-42.

Recomendaciones consensuadas de la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica (IAPD)

El tratamiento actual de la caries dental incluye la identificación del riesgo de caries de una persona, la comprensión del proceso de la enfermedad de esa persona y el tratamiento con medidas preventivas apropiadas, complementadas con terapia de restauración cuando esté indicado. Los beneficios de la terapia de restauración incluyen: mantener la vitalidad de los dientes, restaurar la cavitación o los defectos para eliminar las zonas susceptibles de sufrir caries, sostener la estructura dental restante, ayudar a disminuir la progresión de la desmineralización de los dientes, restaurar la integridad de la estructura dental, prevenir la propagación de la infección en la pulpa dental y evitar el desplazamiento de los dientes debido a la pérdida de la estructura dental. Los riesgos de la terapia de restauración pueden incluir la reducción de la longevidad de los dientes al hacerlos más susceptibles a fracturas y lesiones recurrentes, la exposición de la pulpa durante la excavación de la caries, las futuras complicaciones pulpares y el daño iatrogénico a los dientes adyacentes.

1. Los cementos de ionómero de vidrio de alta viscosidad pueden utilizarse con el tratamiento restaurador atraumático (ART) y las restauraciones terapéuticas provisionales (ITR), como opción para el tratamiento convencional en los dientes primarios. El ART/ITR también puede utilizarse para controlar la caries en niños que no cooperan en el tratamiento definitivo, o para tratar múltiples lesiones cariosas abiertas, antes de realizar la restauración definitiva.

2. Si bien los materiales de restauración de amalgama dental, resinas compuestas, ionómero de vidrio y vidrio modificado con resina son eficaces en la restauración de lesiones cariadas de Clase I tanto en dientes primarios como permanentes:

a. Hay menor evidencia de la eficacia de los materiales de restauración de ionómero de vidrio y de ionómero de vidrio modificado con resina para las restauraciones de múltiples superficies.

b. La utilización de amalgama dental se ha reducido con el tiempo debido a problemas con el mercurio en el medio ambiente, la apariencia antiestética y la contraindicación en personas con sensibilidad al mercurio conocida. Varios países ya no permiten el uso de amalgama para restaurar los dientes de niños.

3. Hay evidencia que demuestran una mayor longevidad de las restauraciones de coronas metálicas preformadas en comparación con las restauraciones multicapas de superficies intracoronarias en dientes primarios. Se recomienda el uso de coronas metálicas preformadas para niños con alto riesgo de caries y que tengan lesiones de multisuperficies o grandes cavidades en los molares primarios, especialmente cuando los niños se someten a una rehabilitación completa de la boca bajo anestesia general.

4. En los casos de dientes muy cariados o con graves defectos del esmalte en la dentición permanente, pueden utilizarse coronas de resina compuestas o de metal preformado como restauraciones semi-permanentes para los dientes molares.

5. Las coronas de zirconio preformadas son una alternativa estética a las coronas metálicas preformadas y tienen indicaciones similares. Las coronas metálicas preformadas tienen una mejor retención en comparación con las coronas de zirconio; sin embargo, la salud gingival y el control de la placa alrededor de las coronas de zirconio son mejores que con las coronas metálicas preformadas.