

Tratamiento de la erosión dental: Artículos esenciales y recomendaciones

- Bartlett D, Ganss C, Lussi A.** Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Invest.* 2008;12:65-68.
- Ganss C.** Is Erosive Tooth wear an oral disease. *Erosive tooth wear.* Lussi A, Ganss C. (eds) *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2014;25:16-21.
- Loomans B, Opdam N, Attin T, et al.** Severe tooth wear: European consensus statement on management guidelines. *J Adhes Dent.* 2017;19:111-119.
- Lussi A.** Erosive tooth wear – a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2006, 20:1-8.
- Lussi A, Buzalaf MAR, Duangthip D, et al.** The use of fluoride for the prevention of dental erosion and erosive tooth wear in children and adolescents. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019;20:57-527.
- Lussi A, Jaeggi T.** Dental erosion in children. *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2006, 20:140-151.
- O’Sullivan E, Milosevic A.** UK national guidelines in Paediatric Dentistry: diagnosis, prevention and management of dental erosion. In *J Paediatr Dent.* 2008;18 Suppl 1:29-38.
- Pace F, Pallotta S, Tonini M, Vakil N, Bianchi Porro G.** Systematic review: Gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27:1179-1186.
- Ranjitkar S, Kaidonis JA, Smales RJ.** Review Article: Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion. *International J Dent.* 2012;1-10. DOI:10.1155/2012/479850
- Scheutzel P.** Etiology of dental erosion – intrinsic factors. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:178-90
- Taji S, Seow WK.** A literature review of dental erosion in children. *Australian Dent J.* 2010; 55:358-367.
- Zero DT.** Etiology of dental erosion – extrinsic factors. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:162-77.

Antecedentes

La erosión dental se define como la pérdida irreversible de la estructura del diente debido a la disolución química por ácidos que no son de origen bacteriano. La fuente de ácido puede ser intrínseca (por ejemplo, ácido gástrico) o extrínseca (por ejemplo, ácidos dietéticos). La dentición primaria es más susceptible a la erosión en comparación con la dentición permanente, debido a su esmalte más fino y menos mineralizado. En los pacientes pediátricos,

la erosión dental en los molares es más común con ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y la erosión dental en lingual de los incisivos superiores se asocia con la bulimia. La erosión dental provocada por los ácidos de la dieta puede aparecer en cualquier superficie dental dependiendo de cómo el individuo beba, mastique, haga gárgaras o mantenga la bebida o el alimento ácido en su boca.

Recomendaciones de la IAPD

1. Una vez observada la erosión dental, se debe documentar la ubicación y el nivel de erosión utilizando una escala adecuada. En cada visita dental posterior, la erosión dental debe ser controlada, documentada y manejada.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 87%

2. Debe explorarse la etiología de la erosión dental. Deben tenerse en cuenta las exposiciones dietéticas ácidas, los antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la bulimia.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 100%

3. Si la exposición ácida de la dieta es la causa de la erosión dental, se debe aconsejar al paciente que reduzca los alimentos y las bebidas ácidas.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 97%

4. Hay que evitar hacer buches con cualquier bebida ácida para evitar la erosión de las superficies faciales de todos los dientes.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 96%

5. Si el niño/la niña informa de síntomas de ERGE (por ejemplo, dolores de estómago, eructos calientes, ardor en el corazón o en la garganta) debe remitirse a su médico.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 96%

6. Si se sospecha que la bulimia es la causa de la erosión, las indicaciones son remitir al/la paciente a su médico.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 96%

7. Los pacientes con desgaste dental erosivo deben utilizar una fuente adicional de fluoruro, como un dentífrico o un enjuague que contenga preferentemente fluoruro de estaño.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 87%

8. Si la erosión dental está progresando, es necesario volver a abordar la etiología y ofrecer un tratamiento adecuado.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 100%

9. La intervención restauradora de los dientes no cariados con erosión debe retrasarse, si es posible, para permitir el seguimiento.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 71%

10. Las lesiones erosivas que causen dolor deben ser tratadas con el material restaurador adecuado para eliminar el dolor.

Declaración basada en el consenso > Acuerdo global del 87%