



La caries del biberón. Qué es y cómo prevenirla

M. Sánchez Molins*, J.M. Ustrell Torrent**

*Profesora asociada. **Profesor titular. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

RESUMEN

La caries del biberón es la aparición brusca de caries en los incisivos y molares temporales, relacionadas con el hábito de succionar el chupete o el biberón, impregnados de sustancias cariogénicas. Afecta a los niños en las primeras etapas de la vida. Los dientes de leche son fundamentales para diferentes funciones como la masticación y el habla. Este trabajo revisa cuáles son sus causas más comunes y las medidas preventivas más indicadas.

Palabras clave: caries, succión del biberón, sustancias cariogénicas, educación bucodental

SUMMARY

Bottle feed caries is when sudden caries occurs in the incisor teeth and molar temporary teeth, involved in the habit of suckling the comforter or the teat of bottle saturated with cariogenic substances. This caries affects children in the first stages of life. Primary teeth are basic to develop different functions, such as chewing and speaking. This survey reviews the most common causes of caries and the most appropriate preventive measures.

Key words: caries, bottle feed, cariogenic substances, bucal health education

INTRODUCCIÓN

La caries del biberón es una enfermedad que afecta a los niños en las primeras etapas de la vida. Según diferentes estudios, la prevalencia varía entre el 5 y el 8% de la población infantil, aunque es más frecuente en niños de clase social baja y/o minorías étnicas. Con frecuencia, los padres no son conscientes de la importancia de la dentición temporal y de su repercusión en el correcto desarrollo de la dentición permanente. Los dientes temporales son fundamentales para la función masticatoria, en una época de la vida en la que el niño aprende a masticar. También son importantes en otras funciones como el habla y la pronunciación, además de la estética, puesto que ayudan en el correcto desarrollo de la autoestima del niño. La caries y los procesos infecciosos pueden producir en el niño dolor, alteraciones en la formación del diente permanente, infecciones graves en otros

órganos (cardiopatías, enfermedades reumáticas...) y alteración de la oclusión, tanto en la dentición temporal como en la permanente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó una revisión bibliográfica desde el año 1980 hasta la actualidad en monografías específicas y relacionadas con el tema; asimismo, se buscaron artículos y libros en la biblioteca del campus de Bellvitge (UB) y en la del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña (COEC).

DEFINICIÓN

La caries del biberón es la aparición brusca de caries en los incisivos superiores, caninos y molares temporales, relacionada con la succión prolongada del chupete o biberón impregnados de sustancias cariogénicas. Una característica importante es la no afectación de los incisivos inferiores, debido al papel protector de la posición lingual durante la succión¹⁻⁵.

En los años treinta, se definía esta enfermedad como *les dents noire de tout-petits*, es decir, los dientes negros de los niños pequeños, haciendo referencia al aspecto de las lesiones⁶.

Uno de los problemas en el diagnóstico de la caries del biberón es la falta de consenso en su definición. Algunos autores la definen como la afectación de todos los incisivos superiores; otros, como la afectación de como mínimo dos dientes superiores, y otros, como la afectación de más de tres... En cualquier caso, la definición más utilizada y aceptada es la inglesa: «La caries del biberón es la presencia de caries en la cara labial o palatina en más de dos incisivos superiores».⁵

PREVALENCIA

Determinar la prevalencia de la caries del biberón resulta difícil por diversas razones:

- Los niños afectados sólo visitan al dentista cuando tienen dolor o infección. Pocos pacientes establecen un seguimiento dental desde los primeros años de vida³.
- Las diferencias entre los criterios para definir la caries del biberón, así como los mecanismos para medir las lesiones, dificultan la comparación de prevalencias entre diferentes estudios.

Tabla 1.

	Canadá	EE.UU.	Reino Unido	Australia	Sudáfrica	Indonesia
%	3,2	5-8	3,1	5,4	8,4	48

Tabla 2.

Dientes afectados	%
Incisivos superiores	36
Segundos molares inferiores	29
Primeros molares inferiores	18
Segundos molares superiores	10
Primeros molares superiores	7

La prevalencia de la caries del biberón es diferente según el país donde nos encontremos (tabla 1). En países como Indonesia, el porcentaje de niños con caries del biberón aumenta de forma significativa^{7,8}. Sin embargo, los porcentajes pueden variar dependiendo de si pertenecen a diferentes grupos étnicos y/o culturales, pudiendo afectar hasta al 53% de los niños⁸. Los niños de familias de bajo nivel socioeconómico son los más afectados por esta entidad^{3, 5, 7-9}.

Con relación al sexo, la mayoría de autores está de acuerdo en afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas^{7, 8, 10}. Un 31% de los afectados tiene, también, un hermano/a con caries del biberón⁷.

En la tabla 2 se muestra la prevalencia de los dientes temporales careados. Los incisivos inferiores no se ven afectados por el efecto protector de la lengua durante la succión¹¹.

En Cataluña, el Plan de Salud del periodo 1999-2001 indica que un 29,8% de los niños menores de 6 años presenta historia de caries¹². La caries del biberón no está documentada todavía, pero es muy probable que dentro de este porcentaje existan algunos casos.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La caries del biberón es una enfermedad multifactorial. No tiene un único agente etiológico, sino que en numerosos estudios se ha comprobado que es la consecuencia de diferentes factores:

- El microorganismo *Streptococcus mutans* se considera el factor etiológico primario. Esta bacteria no está presente en la cavidad oral de los recién nacidos y, en condiciones normales, coloniza la boca del niño entre los 9 y los 12 meses. Esta edad coincide con la erupción de los primeros dientes temporales¹³. Diversos estudios

afirman que la colonización de la cavidad oral del niño siempre es a partir de la madre o el cuidador^{7, 13}.

- La composición de la leche del biberón. Las leches de fórmula que contienen lactosa son menos cariogénicas que las que llevan sacarosa. También son de baja cariogenicidad las fórmulas sintéticas basadas en soja o en proteínas hidrolizadas¹⁴. Sin embargo, la leche materna es la que tiene más baja cariogenicidad y, además, contiene agentes protectores como inmunoglobulinas y anticuerpos contra los *Streptococcus*⁷.

- La duración y frecuencia de la toma del biberón. Cuando el uso del biberón se prolonga más allá de los 12 meses de edad, aumenta la incidencia de caries¹⁰.

Los niños que toman biberón con una frecuencia mayor a la habitual tienen más riesgo de sufrir caries, al igual que aquellos que se quedan dormidos con el biberón en la boca¹⁵⁻¹⁷.

- Las sustancias dulces o cariogénicas impregnadas en las tetinas del biberón o del chupete pueden aumentar considerablemente el riesgo de caries².

- La higiene deficiente, una mala aportación de flúor y un abuso desmesurado de azúcares incrementa el riesgo de caries del biberón¹⁵.

REPERCUSIÓN LOCAL Y SISTÉMICA

Las lesiones dentales de la caries del biberón producen dolor al comer, al beber, al dormir..., causando en el niño diferentes trastornos nutricionales y del sueño, así como un enlentecimiento en su crecimiento¹⁸.

Acs y Shulman observaron que los niños con caries del biberón inicialmente tenían una velocidad de crecimiento mayor a la habitual, debido a un aporte exagerado de azúcares. A partir de los tres años de edad, esta velocidad disminuía respecto al grupo control. La causa de esta disminución era el dolor provocado por las lesiones dentales¹⁸.

Otros autores como Ayhan, Suskan y Yildirim demostraron que los niños con caries del biberón pesaban el 80% de su peso ideal².

PREVENCIÓN

La mejoría o mantenimiento del estado de salud de una comunidad se consigue mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La educación sanitaria es uno de los instrumentos más importantes que se utilizan con dicha finalidad¹⁹.

El Reino Unido cuenta con unos visitantes/educadores sanitarios que son los responsables de educar a las madres sobre los cuidados del lactante. Esta educación se realiza a domicilio, con todas las



ventajas que esto implica (comodidad para la madre, más cumplimiento...). Los contenidos de los programas hacen referencia a hábitos higiénicos y alimentarios, y aconsejan las siguientes prácticas:

- Utilizar cuanto antes el vaso o taza en vez del biberón.
- Usar pasta de dientes fluorada. Además, se enseñan técnicas de cepillado.
- No dar al niño alimentos ni bebidas azucaradas.
- Usar medicamentos (jarabes) sin azúcar.
- Visitar al dentista a partir de la erupción de los dientes temporales.

Estos programas de educación bucodental empiezan cuando el niño tiene alrededor de seis meses^{3, 12}.

La eficacia de los programas de educación a las madres está altamente comprobada, ya que mejoran los niveles de salud bucodental en los niños y, también, en el resto de componentes de la familia.

Por otro lado, hay autores que incluyen como medida preventiva la fluorización de las aguas de abastecimiento público¹⁶. De todas formas, la aplicación de flúor tópico (en colutorios o pastas dentífricas) es más efectiva que la del sistémico¹⁹. En nuestro país, quien efectúa el seguimiento del niño en los primeros años de vida es el pediatra y, actualmente, algunas matronas han iniciado programas de salud bucodental para las madres y los más pequeños. Además, sería interesante también realizar un seguimiento odontológico a partir de la erupción de los primeros dientes (a los 6 o 8 meses de vida).

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES

El tratamiento de las lesiones producidas por la caries del biberón es de difícil solución debido a que se ven implicados muchos dientes; sin embargo, si no se tratan pueden producir una rápida destrucción del tejido dental, e incluso afectar a la pulpa².

El tratamiento varía según si se trata de dientes anteriores o posteriores. Las lesiones leves que afectan los dientes anteriores normalmente no se tratan y se espera su recambio. Las lesiones de dientes posteriores habría que tratarlas con obturaciones o incluso con coronas metálicas, con el fin de mantener el espacio del recambio dentario y restablecer la función masticatoria²⁰.

En algunos casos, el tratamiento más indicado es la extracción seguida de la colocación de un mantenedor de espacio. Los dientes que más se extraen son los incisivos superiores, seguidos de los primeros y segundos molares²⁰.

CONCLUSIONES

- La salud dental en niños pequeños suele ignorarse porque la dentición primaria no se considera tan importante como la definitiva.
- La caries del biberón está directamente relacionada con el hábito de succión prolongada del chupete o biberón, especialmente si éstos contienen productos azucarados.

- Las caries de los dientes de leche pueden producir disminución del crecimiento y desarrollo del niño debido al dolor, que provoca astenia, irritación y trastornos del sueño.
- El establecimiento de programas de educación bucodental a las madres es una herramienta muy útil para promover la salud bucodental de la familia y evitar así la aparición de la caries del biberón.
- El mejor tratamiento es la prevención, evitando los hábitos de succión y controlando la aplicación de flúor (cuando sea necesario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayhan H. Influencing factors of nursing caries. *J Clin Pediatr Dent* 1996; 20(4): 313-316.
2. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent* 1996; 20(3): 209-212.
3. Hamilton FA, Davis KE, Blinkhorn AS. An oral health promotion programme for nursing caries. *International Journal of Paediatric Dentistry* 1999; 9(3): 195-200.
4. Rupp RP. Conditions to be considered in the differential diagnosis of child abuse and neglect. *General Dentistry* 1998; 46(1): 96-100.
5. Planells del Pozo P. Prevención en odontopediatría. En: Tratado de Odontología. Madrid: Smithkline Beecham, 1998; 1.897-1.904.
6. Reisine S, Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1998; 26(1 Supl): 32-44.
7. Quartey JB, Williamson DD. Prevalence of early childhood caries at Harris County clinics. *ASDC J Dent Child* 1999; 66(2): 127-131.
8. Hattab FN, Al-Omari MA, Angmar-Mansson B, Daoud N. The prevalence of nursing caries in one-to-four-year-old children in Jordan. *ASDC J Dent Child* 1999; 66(1): 53-58.
9. Harrison R, Wong T, Ewan C, Contreras B, Phung Y. Feeding practices and dental caries in an urban Canadian population of Vietnamese preschool children. *ASDC J Dent Child* 1997; 64(2): 112-117.
10. Milnes AR. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent* 1996; 56(1): 38-50.
11. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 2000; 188(4): 201-205.
12. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya: 115.
13. Berkowitz R. Etiology of nursing caries: a microbiologic perspective. *J Public Health Dent* 1996; 56(1): 51-54.
14. Sheikh C, Erickson PR. Evaluation of plaque pH changes following oral rinse with eight infant formulas. *Pediatr Dent* 1996; 18(3): 200-204.
15. Weerheijm KL, Uyttendaele-Speybrouck BF, Euwe HC, Groen HJ. Prolonged demand breast-feeding and nursing caries. *Caries Research* 1998; 32(1): 46-50.
16. Al-Dashti AA, Williams SA, Curzon ME. Breast feeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the water supply. *Community Dental Health* 1995; 12(1): 42-47.
17. Shantinath SD, Breiger D, Williams BJ, Hasazi JE. The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries. *Pediatr Dent* 1996; 18(5): 375-378.
18. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 1999; 21(2): 109-113.
19. Guayta R. Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones en salud oral. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, eds. *Odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona: Masson 2ª ed., 1999; 401-412.
20. Sheller B, Williams BJ, Lombardi SM. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatr Dent* 1997; 19(8): 470-475.