

Rehabilitación oral de una paciente de 21 meses de edad: reporte de caso clínico

Oral rehabilitation of a 21-month-old patient: clinical case report

Mayra Gonzales-Llompart ^{1,a}, Mariela Romero Velarde ^{2,b}

RESUMEN

En la actualidad, se observan pacientes pediátricos con caries de infancia temprana severa, donde las lesiones de caries son extensas y de rápida progresión en los dientes primarios, con posibles lesiones pulpares y complicaciones infecciosas que determinan la pérdida prematura de algunos dientes. La especialidad de odontopediatría ofrece una serie de tratamientos restauradores y rehabilitadores que permite el restablecimiento de la estética, fonética, masticación y oclusión necesarias para el correcto desarrollo fisiológico y emocional del infante. El propósito de este reporte de caso es mostrar el tratamiento restaurador y rehabilitador bucal realizado en una paciente del sexo femenino de 1 año 9 meses de edad, con diferentes factores de riesgo de caries en el tratamiento. Se realizó tratamiento odontopediátrico integral específico para la patología y edad de la paciente. Los resultados obtenidos fueron la erradicación del dolor en el sector anterior, restablecimiento de la estética, fonética, masticación, oclusión y se mejoró la calidad de vida. La rehabilitación bucal de niños en dentición primaria permite la correcta transición entre la dentición primaria a permanente.

Palabras clave: Rehabilitación bucal; Odontología pediátrica. ([Fuente: DeCSBIREME](#))

ABSTRACT

Currently there are pediatric patients with early childhood caries including severe and fast affectation of primary teeth, with possible pulpares injuries and infectious complications that determine the premature loss of some teeth. The specialty of pediatric dentistry offers a number of restorative and rehabilitation treatment that allows the restoration of aesthetics, phonetics, mastication and occlusion necessary for the proper normal physiological and emotional development. The purpose of this paper is to report the oral restorative and rehabilitation treatment performed in a female patient 1 year 9 months old, with different unfavorable during treatment, such as denial of the treatment plan presented to parents factors. Direct and indirect pulp capping is performed in the upper anterior parts, restorations modified ionomer resin and acetate placing crowns on the 4 top incisors glass. The results are the eradication of pain in the anterior region, restoring aesthetics, phonetics, mastication, occlusion and eradicate previous negative experiences with the dentist parents and child. Oral rehabilitation of children in primary teeth allows smooth transition between primary and permanent dentition.

Key words: Oral rehabilitation; Pediatric dentistry. ([Source: MeSH NLM](#))

Recibido: 30 de mayo de 2019

Aprobado: 23 de setiembre de 2019

Publicado: 06 de enero de 2020

¹: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Odontología, Especialidad de Odontopediatría. Lima, Perú.

^a: Odontóloga, estudiante de la Especialidad

^b: Odontóloga, especialista, docente de la Especialidad

Correspondencia:

Mayra Gonzales Llompart
Av. San Luis 1265, San Luis. Lima, Perú.
Correo electrónico: mayra2642@gmail.com

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Compartir Igual 4.0



Citar como: Gonzales Llompart M, Romero Velarde M. Rehabilitación oral de una paciente de 21 meses de edad: reporte de caso clínico. KIRU. 2020;17(1): 30-37. <https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n1.05>

INTRODUCCIÓN

El tiempo ideal para iniciar la atención dental debe ser de preferencia a los seis meses de edad, tiempo en que aparecen los primeros órganos dentales; sin embargo, esta suele darse aproximadamente a los dos años y medio a tres años de edad, de acuerdo con el conocimiento, la idiosincrasia y la cultura odontológica presente, exponiendo al infante a una ausencia de cuidado dental por un periodo de dos a dos años y medio, tiempo en que los riesgos de la presencia de caries son severos ⁽¹⁻³⁾.

La Caries de Infancia Temprana (CIT); *The American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) define a la caries de infancia temprana o *Early Childhood Caries* (ECC) como la presencia de una o más lesiones de caries cavitadas o no cavitadas en niños menores de 6 años de edad y caries dental de infancia temprana severa o *Severe Early Childhood Caries* (S-ECC), cuando la lesión de caries se inicia en los incisivos deciduos superiores en menores de 71 meses de edad. Se reporta una alta prevalencia en Lima-Perú según los datos presentados por Villena et al. (85%) y Alvitez (94.4%) ⁽⁴⁻⁹⁾.

En la actualidad, se observa a los pacientes pediátricos con presencia de caries de infancia temprana, extensa y rápida en los dientes deciduos, acompañada con afección pulpar y por añadidura complicaciones infecciosas que determinan tratamientos amplios, complejos, costosos, a veces realizados tardíamente, que incluyen extracciones dentarias múltiples, especialmente de los incisivos superiores, que en virtud de su desarrollo son los primeros involucrados ⁽¹⁰⁾.

Los factores asociados a la caries dental que se han identificado son: 1) riesgos ambientales, incluyendo la falta de la fluorización del agua de la comunidad, el Índice de Masa Corporal (IMC) de sobrepeso, y la experiencia de lesiones de caries materna; 2) los factores de riesgo socio-culturales, incluyendo el bajo estatus socio-económico y ser una madre soltera; 3) las conductas de riesgo, incluidos los patrones de alimentación tales como el consumo excesivo de azúcar; alto nivel de consumo de golosinas, la lactancia materna ≥ 7 veces al día; inadecuados hábitos de alimentación del infante (uso del biberón en la cama); dormir con el biberón que contiene hidratos de carbono durante la noche, el uso del biberón en la noche como un sustituto del chupete y su uso en la demanda durante el día; baja frecuencia cepillado y métodos inadecuados de cepillado, el inicio de cepillarse los dientes después del primer año de vida, y 4) el uso de los servicios dentales y los que utilizan los servicios dentales sólo al presentar alguna emergencia ⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Al evaluar el manejo de comportamiento, Klinberg et al. (2007) deja en claro que el comportamiento positivo aumenta entre las edades de 3 a 6 años. Primero evalúa la prevalencia de miedo y ansiedad dental; donde el miedo se refiere a la reacción emocional normal a estímulos amenazantes en la situación dental y la ansiedad dental denota un estado de temor de que algo terrible va a suceder

en relación con el tratamiento dental junto a un sentimiento de pérdida de control ⁽¹⁵⁾.

Gomes et al. (2016) muestran que en niños con problemas de comportamiento se elevan los niveles de cortisol en saliva, en un tratamiento inicial como es la profilaxis dental. Además, el estrés del niño se asocia con el dolor dental y no al tratamiento previo, así como también el comportamiento negativo y la restricción física activa (realizada por los padres) durante la evaluación dental. Por otro lado, comenta que la ansiedad dental se asocia a niños sin experiencia dental y a niños con dolor provocado por lesiones de caries ⁽¹⁶⁾.

Vasiliki et al. (2016), menciona que en los niños con comportamiento negativo se observan problemas para exteriorizar sus miedos y de desarrollar características personales especiales para lidiar con situaciones adversas; como lo es el miedo al dentista. Durante situaciones de estrés, los niños pueden sentir una pequeña cantidad de dolor y esto puede aumentar la ansiedad dental y resulta un comportamiento no cooperativo ⁽¹⁷⁾.

Los niveles de ansiedad de los padres no muestran una relación estadísticamente significativa con los niveles de ansiedad de los niños ⁽¹⁸⁾.

Por consiguiente, el manejo de la conducta del paciente pediátrico, exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño; la clasificación de este tipo de paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar son importantes para definir qué tipo de manejo del comportamiento se le puede dar al paciente ⁽¹⁹⁾.

El tratamiento debe ser ejecutado de acuerdo con las condiciones individuales del paciente, precedido de una historia clínica y un examen clínico y radiográfico completo, con el propósito de establecer el plan de tratamiento y la secuencia de trabajo ⁽¹⁻³⁾.

Este caso clínico tiene como propósito la descripción de una rehabilitación bucal de una niña de 1 año 9 meses de edad, con todos los factores de riesgo asociados a las lesiones de caries presentes desde el inicio del tratamiento, los cuales fueron modificados con la colaboración de la madre y un diagnóstico adecuado para la ejecución del plan de tratamiento.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 1 año 9 meses de edad, quien acude con su madre a la clínica especializada de la Universidad de San Martín de Porres, debido a que hace un mes presenta dolor en el sector antero superior, por presentar lesiones cavitadas.

Durante la anamnesis, la madre de la niña refiere haber tenido un embarazo gemelar y tuvo pérdida del segundo gemelo, la madre informa que el paciente no tiene antecedentes médico-patológicos personales, ni familiares de relevancia. Además informó que tuvo atención odontológica previa por presentar dolor en las piezas antero superiores. En dicha atención, la paciente se mostró no colaboradora a la hora de realizar las restauraciones con ionómero de vidrio modificado con resina en las tales piezas (52, 51, 61, 62), las cuales se encontraron desadaptadas.

Por otro lado, la madre refiere que continúa con lactancia materna dos a tres veces al día y en la noche a la hora de dormir; se observa una nula disposición a cepillarle los dientes a su hija refiriendo la

madre y el padre no sentirse a gusto con los llantos de su hija. Por último, la madre manifestó que debido al dolor presente en el sector anterior no estaba ingiriendo alimentos sólidos, lo cual tuvo como consecuencia el bajo peso corporal de la niña y la preocupación de los padres. A la inspección, se observó un comportamiento negativo, tipo 2 en la escala de Frankl.

La valoración clínica intraoral reporta: una deficiente higiene bucal, gingivitis papilar generalizada. Solo la pieza 54 (o) presentó fosas y fisuras profundas, en las demás piezas se observaron lesiones de caries no cavitadas activas presentes en la parte vestibular; así como también lesiones de caries cavitadas en las piezas dentarias: 52, 51, 61, 62 (v,p,m,d), 64, 74, 84 (o); en las piezas 51 y 61 se encontraron restos de material restaurador (Figura 1 y 2).



Figura 1. (A) Fotografía inicial de Arcada superior. (B) Fotografía inicial de Arcada inferior

Para la corroboración del diagnóstico y la correcta evaluación, se le realizó la toma de radiografía periapical de la zona anterior del maxilar superior, evidenciando que había un aparente compromiso en la cámara pulpar en los 4 incisivos superiores. (Figura 2).



Figura 2. Radiografía de sector anterior de la arcada superior

Se formuló un diagnóstico de caries de la infancia temprana severa y se presentó un plan de tratamiento basado en etapas, el cual se realizó en cinco fases.

En la primera de ellas, se le explicó a la madre y padre la importancia de cambiar los hábitos alimenticios del paciente (dieta y retiro de lactancia materna) y de la familia, así como el cumplimiento de los procedimientos de higiene dental que previa instrucción incluyeron cepillado dental, detección de placa bacteriana y se realizó profilaxis dental. Se obtuvo el consentimiento informado de la madre para la ejecución de dicho plan, el cual inició después de dos semanas. Cabe recalcar que dos semanas fueron utilizadas para llegar a un acuerdo con los padres con respecto a la forma de cómo se iba a ejecutar el plan de tratamiento.

La segunda fase incluyó los procedimientos de prevención, desfocalización y rehabilitación. El tratamiento de la paciente en esta

etapa se llevó a cabo de la siguiente forma: Para la fase preventiva, se reforzó el cepillado dental de todas las piezas dentales con técnica rodilla a rodilla y restricción física activa (madre) con flúor barniz (Duraphat®. Colgate®),

lo cual permitió realizar un cambio de ph en cada nicho ecológico presentado en cada pieza dental con lesiones de caries que favorece el proceso de remineralización. (Figura 3 y 4)



Figura 3. Cepillado dental



Figura 4. Aplicación de fluor barniz Na F 5%

En la tercera fase se procedió a la realización en primera instancia de un sellante ionomérico con ionómero de alta viscosidad (Ketac Molar Easymix®) en la pieza 54 (o); y las

restauraciones con técnica TRA y el mismo material en las piezas: 64, 74, 84 (o) (Figura 5).

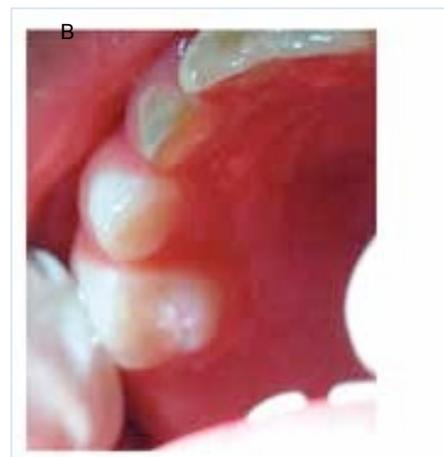


Figura 5. (A) Colocación de sellante ionomérico con la técnica TRA. (B) Vista oclusal de sellante ionomérico

En la cuarta fase, se decidió comenzar con las restauraciones en el sector anterior pieza por pieza. Primero, en cada pieza se comenzó con la remoción de la dentina infectada y dejando la dentina afectada para no recurrir a un tratamiento pulpar, ya que este fracasaría por no haber culminado el cierre apical de las 4 piezas

antero superiores. Luego, se realizó un recubrimiento pulpar indirecto por el cual se colocó hidróxido de calcio en presentación pasta y posteriormente se colocó ionómero de vidrio modificado con resina (Vitremar®, 3M ESPE), para finalmente realizar el ajuste oclusal y pulido respectivo (Figura 6).

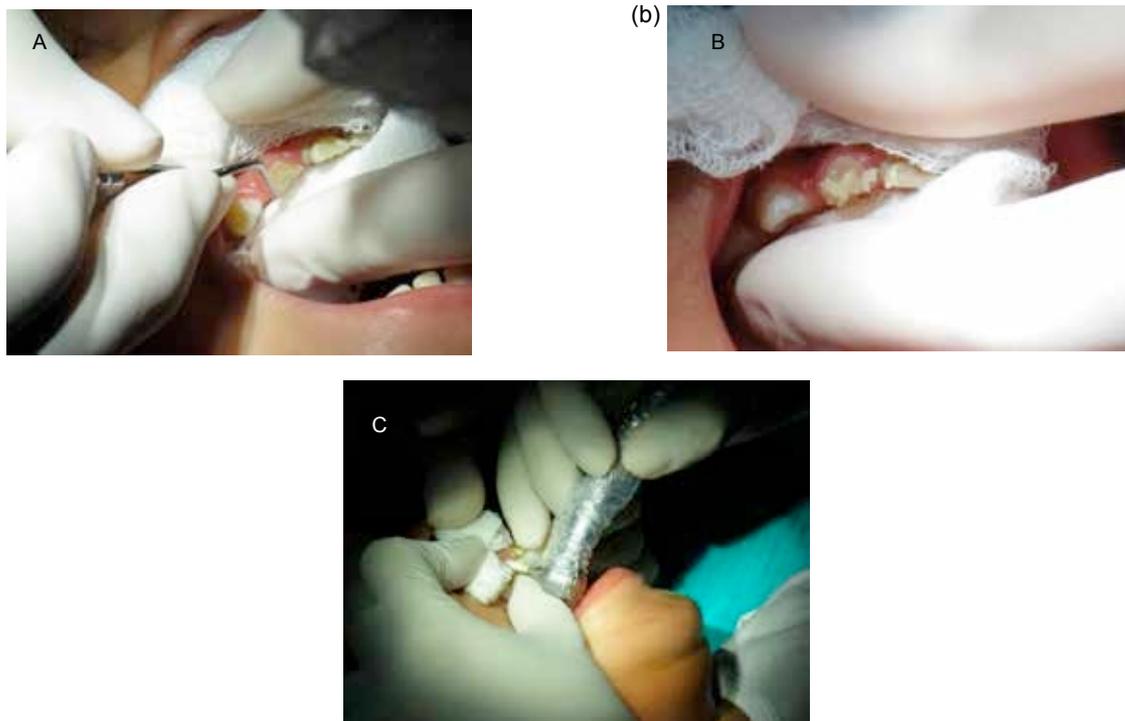


Figura 6. (A) Remoción de lesión de caries activa (B) Aplicación de restauración Ionómero de vidrio modificado con resina, (C) Pulido con piedra de grano fino.

En la quinta fase, se procedió a devolverle la estética, mediante la colocación de coronas de acetato en los cuatro incisivos superiores. Primero, la realización de desgaste de las restauraciones hechas anteriormente para la prueba de las coronas de acetato y su adaptación. Luego, se procedió a colocar teflón en las piezas adyacentes con el propósito de que no se encuentren en contacto con el ácido y adhesivo a utilizar. Por último, se le coloca la corona de acetato llena de material restaurador previamente preparada; se fotocura por los cuatro lados por 20 segundos y se procede

al retiro de la corona de acetato; se retira el exceso del material, se procede a realizar ajuste oclusal y pulir las zonas adyacentes al margen gingival (Figura 7 y 8).

Luego de realizar la fase rehabilitadora, se envió a servicio de terapia de lenguaje, para su evaluación y recuperación de las funciones estomatológicas, las cuales se encontraban alteradas por la falta de piezas anteriores, como la masticación, deglución y fonética.

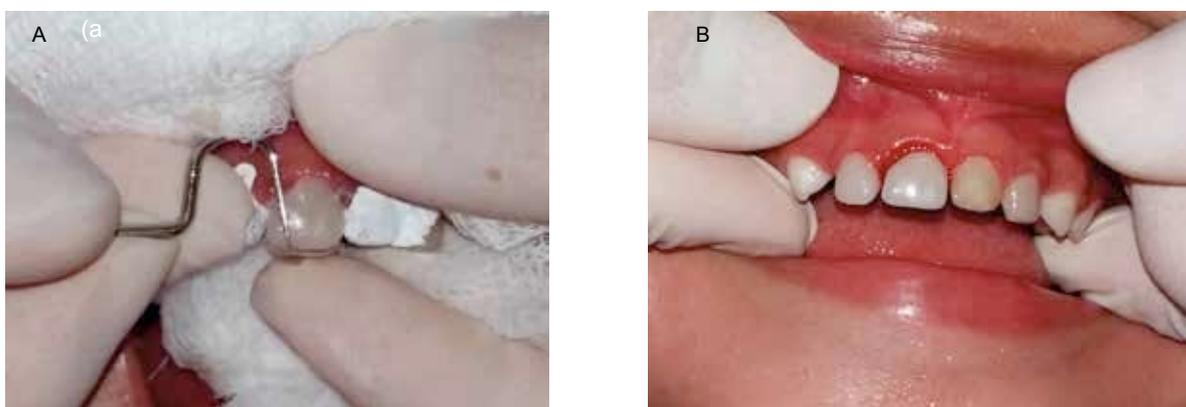


Figura 7. (A) Retiro de corona de acetato, (B) Presentación final de corona de acetato.

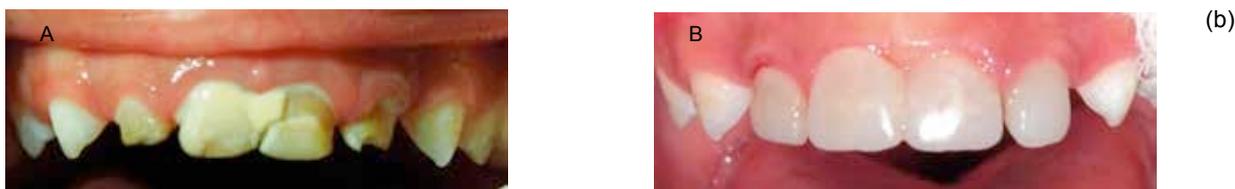


Figura 8. (A) Fotografía inicial, (B) Fotografía final de colocación de 4 coronas de acetato

DISCUSIÓN

Los niños pre-escolares son poco cooperadores, debido a su corta edad y a sus limitadas habilidades cognitivas, que en muchas ocasiones los hace candidatos a recibir tratamiento odontológico con sedación o bajo anestesia general ⁽²⁾. Sin embargo Sheehy et al., mediante una encuesta, encontraron que el 23 % de los niños tratados por CIT bajo anestesia general, en los que se realizaron restauraciones, necesitaron exodoncias posteriores de las piezas restauradas durante el tratamiento dental inicial. En otro estudio de cohorte, 52 % tratados con anestesia general presentaron nuevas lesiones en esmalte ubicadas en superficie lisa en 4-6 meses después del tratamiento con anestesia general. Sheehy et al., mediante un estudio retrospectivo, informaron que el 57% de los que habían sido tratados bajo anestesia general, requirieron tratamiento para las nuevas lesiones de caries dentro de 6 a 24 meses después del tratamiento con anestesia general ⁽²⁰⁾.

Por lo que llegamos a una conclusión, en cuanto al comportamiento de la paciente, al no ser cooperadora, por ser una niña menor de 3 años, de que debe reaccionar a nuevas situaciones, como perder el control, dolor, conocer una persona no familiar que le presta atención.

De otro lado algunos estudios afirman que la actitud ambiental consta de miedos y la ansiedad paterna, las formas en que los padres reaccionan a las opiniones del niño y la manipulación que este ejerce sobre los padres. Un niño que tenía una buena preparación por parte de los padres disminuye su miedo y, por lo tanto, también su resistencia. El comportamiento del dentista delante del niño también influye en su reacción. Los niños muy pequeños están estrechamente vinculados a la figura materna, por lo tanto, la presencia de la madre durante el examen y la posición del profesional por delante son importantes. La explicación anterior del tratamiento al igual que en la técnica de decir- mostrar-hacer ayuda a reducir el estrés y la ansiedad. Aun así, el profesional debe tener en cuenta los sentimientos del niño ^(16,18).

Anderson et al., encontraron que la progresión de las lesiones de caries en las superficies bucales de los incisivos superiores es mayor en las edades de 1 y 2 años, para luego disminuir su progresión entre las edades de 2 y 3 años ⁽²²⁾. Por lo que en el reporte de caso, se utilizó el flúor barniz como terapia para aprovechar sus propiedades sinérgicas biológicas de un antimicrobiano, agente

remineralizante, no invasivo. Además, según el estudio realizado por Mohd et al., se muestra que el Flúor barniz (Duraphat[®], Colgate[®]) contiene 5 % fluoruro de sodio, lo cual alcanza una significativa remineralización en lesiones de caries presentes en el esmalte⁽²²⁾.

Inagaki et al., nos recuerdan que la AAPD tiene como objetivo principal de diagnóstico ver el estado de la vitalidad de la pulpa dental, se requiere una evaluación clínica y radiográfica, para poder alcanzar un éxito en el tratamiento. Con la premisa de mantener la pulpa dental vital, el tratamiento de RPI es utilizado por los odontopediatras en un 83 %, utilizando hidróxido de calcio (64 %), además la colocación de civ (67%), el cual tiene la ventaja de llevar a cabo la actividad inhibidora contra bacterias. El sellado adecuado de la cavidad se da debido a la adhesión química al diente, lo cual previene la microfiltración. Como última instancia, realizar una evaluación clínica y radiográfica para colocar la restauración definitiva⁽²³⁾.

Gugnani et al., recalcan que al estar comprometida una superficie de la pieza dental se requiere la utilización de resinas compuestas y civ. En situaciones en las que se observa lesiones de caries en más de dos superficies, piezas traumatizadas, piezas con cambio de color; son indicadas las restauraciones "full-coronal", como es el caso de las coronas de acetato con resinas compuestas. Estas muestran una buena estética y va a depender de la técnica para lograr un alto éxito en la retención, además nos da la oportunidad este tratamiento de poder repararlo con el material utilizado⁽²⁴⁾.

El reporte de caso muestra la importancia del manejo interdisciplinario, la interacción y cooperación entre el odontopediatra y otros especialistas del equipo de salud como los tecnólogos médicos y dentro de esta rama se encuentra el terapeuta de lenguaje que interviene en el tratamiento del niño pre-escolar con CIT y con pérdida prematura de los incisivos centrales del maxilar superior. Inagaki et al., indicaron que en la niñez, las alteraciones anatómicas y funcionales pueden tener desórdenes en el sistema estomatognático, y la pérdida prematura de piezas dentales puede interferir en las funciones orofaciales. Estos desórdenes requieren ayuda del terapeuta de lenguaje y la importancia de que el dentista conozca sobre las alteraciones orales, para poder referirlo. La evaluación formal con el terapeuta de lenguaje solo se puede realizar a partir de los 2 años de edad, ya que instauran las funciones

orofaciales y los fonemas labiales m/p/b los cuales se presentan como inicio en el lenguaje⁽²¹⁻²³⁾.

Siempre que sea factible, se debe intentar mantener los dientes deciduos, de no ser así, la sustitución de ellos debe preservar el espacio para la erupción de los dientes permanentes, restablecer la oclusión, prevenir la extrusión del diente antagonista, restaurar la masticación para tener una dieta adecuada y no interferir en el desarrollo fisiológico y emocional normal.

Weinstein et al., proponen que aparte de la instrucción a los padres mediante folletos y videos, se les motive para reforzar la higiene y que haya comunicación de seguimiento durante el primer año. En nuestro caso, se evidencia lo anteriormente expuesto, pues durante todo el tiempo teníamos contacto con los padres, les realizábamos fisioterapia en todas las consultas y posteriormente se hizo hincapié sobre la importancia de cooperar en la higiene bucal de su hija^(25,27).

CONCLUSIÓN

En el reporte de caso, la CIT se trató sin métodos farmacológicos, lo cual permitió mejorar e instaurar nuevos hábitos en la paciente y sus padres; además de no tener fracaso durante el año en que se hizo el seguimiento; de modo que se tuvo como beneficio el restablecimiento de la salud bucal de la menor.

Es importante recalcar el manejo interdisciplinario que se debe realizar con la terapeuta de lenguaje para poder instaurar bien los fonemas labiales, ya que los incisivos superiores son los más afectados por la CIT (1 y 5 años) y traumas (2 y 4 años).

Basados en este caso y de acuerdo a la literatura, se sugiere que los tratamientos preventivos promocionales de la CIT empiecen en el primer año de vida.

Contribuciones de autoría: MGLL y MRV diseñaron realizaron el casos clínico redactaron, revisaron y aprobaron el manuscrito.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: las autoras declararon no tener conflicto de interés en este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guedes-Pinto A. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. Bogotá: AMOLCA; 2003.
- Casafont A, Chan L, Brenes A. Rehabilitación protésica en pacientes pediátricos. Pub. Cient. Fac Odont UCR. 2005;1(7): 57-60
- Barrios Z, Salas M. Tratamientos protésicos en dentición primaria. Rev Odont de los Andes. 2006; 1 (2): 61-9.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early Childhood caries clasifications consecuencias and preventive strategies. Reference manual of Pediatric Dentistry. Chicago Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:79 -81.
- Abadía Barrero, C. E. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioethica*, 12(1), 9-22.
- Nithila, A., Bourgeois, D., Barmes, D. E., & Murtomaa, H. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1998;4(6).
- Montero D, López P, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Rev Odont Mex. 2011; 15(2): 96-102.
- Villena R, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalence of Early Childhood Caries in children under 6 years old, living in marginal communities in the north of Lima. Rev Estomatol Herediana. 2011; 21(2):79-86.
- Alvitez P. Prevalencia de caries de infancia temprana según el criterio de diagnóstico ICDAS en niños de 12 a 71 meses de edad residentes en el Cercado de Lima [TESIS]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 2015.
- Anderson Maria, Dahll" of G" oran, Soares Fernanda Cunha, Grindefjord Margaret. Impact of biannual treatment with fluoride varnish on toothsurface-level caries progression in children aged 1–3 years. *Journal of Dentistry* <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2017.07.009>
- Mangla, R. G., Kapur, R., Dhindsa, A., & Madan, M. (2017). Prevalence and associated Risk Factors of Severe Early Childhood Caries in 12-to 36-month-old Children of Sirmaur District, Himachal Pradesh, India. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*; 10(2): 183.
- . Avila, Walesca M., et al. "Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta-analysis." *PLoS One*, 2015; 10(11): e0142922.
- . Warren, J. J., Weber-Gasparoni, K., Marshall, T. A., Drake, D. R., Dehkordi-Vakil, F., Kolker, J. L., & Dawson, D. V. Factors Associated with Dental Caries Experience in 1-Year-Old Children. *Journal of public health dentistry*. 2008;68(2): 70-75.
- Lambert, M. J., Vanobbergen, J. S., Martens, L. C., & De Visschere, L. M. Socioeconomic inequalities in caries experience, care level and dental attendance in primary school children in Belgium: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 2017; 7(7): e015042.
- Klingberg, G., Broberg, A. G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2007; 17(6):391-406.

16. Gomes, H, Vieira, L, Costa, P, Batista, A, Costa, L. Professional dental prophylaxis increases salivary cortisol in children with dental behavioural management problems: a longitudinal study. *BMC oral health*. 2016; 16(1): 74.
17. Vasiliki, B, Konstantinos, A, Nikolaos, K, Vassilis, K, Cor L., Jaap, V. Relationship between Child and Parental Dental Anxiety with Child's Psychological Functioning and Behavior during the Administration of Local Anesthesia. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2016. 40(6):431-437.
18. Zhou, Y., Cameron, E., Forbes, G., & Humphris, G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient education and counseling*, 2011; 85(1):4-13.
19. Carvalho, T. S., Abanto, J., Mendes, F. M., Raggio, D. P., & Bönecker, M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Brazilian oral research*, 2012; 26(6):557-563.
20. Sheehy, E., Hirayama, K., & Tsamtsouris, A. A survey of parents whose children had full-mouth rehabilitation under general anesthesia regarding subsequent preventive dental care. *Pediatric dentistry*, 1994; 16:362-362.
21. Shetty P. Speech and language delay in children: A review and the role of a pediatric dentist. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2012; 30:103-8.
22. Mohd Said SN, Ekambaram M, Yiu CK. Effect of different fluoride varnishes on remineralization of artificial enamel carious lesions. *Int J Paediatr Dent* 2017;27:16373.
23. Inagaki, L. T., Prado, D. G. D. A., Iwamoto, A. S., Pereira Neto, J. S., Gavião, M. B. D., Puppim-Rontani, R. M., & Pascon, F. M. Interdisciplinary approach between dentistry and speech-language pathology in treatment of children with early childhood caries. *Revista CEFA*, 2015; 17(2): 595-603.
24. Gugnani N, Pandit IK, Gupta M, Nagpal J. Esthetic Rehabilitation of Primary Anterior Teeth using Temporization Material: A Novel Approach. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017;10(1):111-114.
25. Divaris, K. "Predicting dental caries outcomes in children: a "risky" concept." *Journal of dental research*, 2016; 95(3): 248-254.
26. Barragán, P. E., & Lozano, S. S.. Identificación temprana de trastornos del lenguaje. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(2), 227-232.
27. Sicca C, Bobbio E, Quartuccio N, Nicolò G, Cistaro A. Prevention of dental caries: A review of effective treatments. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(5):e604-10.

Mayra Gonzales Llompart
mayra2642@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5781-0408>

Mariela Romero Velarde
mromerov@usmp.pe

 <https://orcid.org/0000-0002-7081-6780>