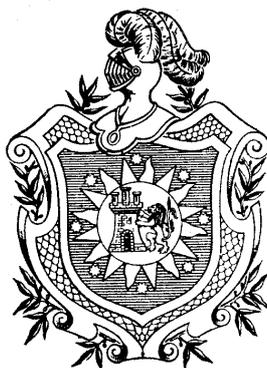


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

“PREVALENCIA DE ALTERACIONES MUCOGINGIVALES EN NIÑOS CON ATENCIÓN ODONTOLÓGICA “SISTEMA INCREMENTAL”, CLÍNICA AYAPAL, UNAN-LEÓN, JULIO – DICIEMBRE, 2008.”

AUTORAS:

EDICSA DE LOS ANGELES VIVIAN MARENCO SABORÍO.

FLOR EDUVIGES OBANDO FLORES.

TUTORES:

Dr. Joel Esquivel Muñoz

Dra. Lucía López Pastora.

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Róger Espinoza.

León, 28 de abril de 2009

ÍNDICE

RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
DISEÑO METODOLÓGICO.....	11
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	19
CONCLUSIONES.....	21
RECOMENDACIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	24

RESUMEN

Aunque se menciona que las alteraciones mucogingivales son predominantes de la edad adulta, las investigaciones revelan que éstos inician desde la niñez y que si no son tratados a tiempo podrán empeorar durante la dentición permanente.

Dado que solamente existen datos completos disponibles para las alteraciones mucogingivales en la edad adulta, la presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de alteraciones mucogingivales en niños atendidos en el Sistema Incremental de la Clínica AYAPAL, Julio a Diciembre del año 2008.

Es un estudio de tipo Descriptivo de Corte Transversal, realizado en la Clínica Ayapal de la Facultad de Odontología, ubicada en el Complejo Docente de la Salud. Se tomó como población de estudio todos los niños que fueron atendidos en el Sistema Incremental que abarca las edades comprendidas entre los 6 y 15 años. Los criterios de inclusión fueron: 1) Niños entre las edades de 6 – 15 años. 2) Niños que son atendidos en el Sistema Incremental año 2008. Para la recolección de la información se utilizó sonda periodontal (Sonda de la Universidad de Carolina del Norte) y el espejo No 5 con los que se examinaron los tejidos orales de acuerdo a su orden de examen. Se inició en el cuadrante superior derecho, luego al cuadrante superior izquierdo y se continuó con el cuadrante inferior izquierdo y derecho respectivamente. Se detectó la presencia de recesiones gingivales, inserción alta de frenillos, vestíbulos poco profundos, agrandamientos gingivales, paladar hendido, defectos del reborde alveolar. Cada uno de los problemas mucogingivales se anotó en la ficha clínica donde se relacionaron con las distintas causas.

Las alteraciones mucogingivales se presentaron en un 100% de los niños observados, de estos se obtuvo como resultado que el agrandamiento gingival fue la alteración mucogingival más frecuentemente encontrada (51.4% según sexo y 83.1% según edad), seguido de gingivitis en un 87% según edad y 39.8% según sexo y en tercer lugar, la presencia de recesiones gingivales en un 36.9% según sexo y 79.2% según edad. La causa principal de dichas alteraciones mucogingivales fue la biopelícula dental, asociada a mala técnica de cepillado en un 64.52% aproximadamente.

I. INTRODUCCIÓN

Por lo general el periodonto de los niños se caracteriza por estar sano, con patología limitada a la gingivitis marginal. Muy pocos niños presentan alguna enfermedad sistémica que abarque pérdida ósea y exfoliación prematura de dientes primarios.

Las deformidades de la encía y la mucosa alveolar, usualmente referidas como alteraciones mucogingivales (Recesiones gingivales, agrandamientos gingivales, alteraciones del reborde alveolar, etc.) están asociadas con una gran variedad de condiciones como: Presencia de biopelícula dental, mala técnica de cepillado, ortodoncia, entre otros, que afectan a un gran número de pacientes. (3)

Los datos epidemiológicos de las alteraciones mucogingivales están más completos para los adultos que para los niños. Los resultados de los estudios en niños muestran una prevalencia de gingivitis 38% (6-11 años) y 62% (12-17 años) y de periodontitis entre un 5.9% a 7.6% hasta la edad de 5 años, dejando por fuera el resto de las alteraciones mucogingivales.

Nicaragua es un país en vías de desarrollo y por tanto, no está exento de los problemas de salud bucal. En los últimos decenios, se ha abandonado gradualmente el enfoque en el tratamiento de las enfermedades orales para concentrarse en su prevención.

Una estrategia para la atención odontológica de los escolares es el “Sistema Incremental”, el cual es un procedimiento de trabajo que tiene como propósito la completa cobertura en atención odontológica de una población dada en forma sistemática. Por lo tanto, la atención odontológica integral a los escolares cumple funciones eminentemente educativas, preventivas y curativas. (9)

En febrero de 2003, la Facultad de Odontología UNAN – LEÓN, decide integrar en la atención odontológica a los escolares en las Clínicas “Niños Mártires de Ayapal”, el Sistema Incremental de Atención, como método organizativo de trabajo, el cual atiende a

los estudiantes de primaria, incluyendo los Colegios: Nuestra Señora de Mercedes, Sagrado Corazón de Jesús y Salzburgo.

Dado que el Sistema Incremental incluye la prevención de las enfermedades orales en los niños, la presente investigación brinda datos epidemiológicos del resto de las alteraciones mucogingivales presentes en los niños, omitidos en estudios anteriores. La detección temprana de estos problemas conlleva a la instauración de medidas preventivas y correctivas que evitarán complicaciones mayores al periodonto. Dado que la Facultad de Odontología brinda servicios a escolares de diversos colegios, estos se beneficiarán al realizarle diagnósticos y tratamientos tempranos.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de alteraciones mucogingivales en niños atendidos en el Sistema Incremental de la Clínica AYAPAL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las alteraciones mucogingivales más frecuentes.
- Identificar la edad con mayor frecuencia de alteraciones mucogingivales.
- Señalar el sexo con mayor frecuencia de alteraciones mucogingivales.

III. MARCO TEÓRICO

La Encía en el niño.

Las características clínicas de la encía del niño son un poco diferentes a las características de la encía del adulto. La coloración de la encía del niño es más roja que la del adulto, ya que el epitelio escamoso estratificado es más delgado y menos queratinizado; además, la vascularización del corion es más evidente. El punteado gingival de la encía del adulto no existe en el niño pues las papilas del corion son muy cortas. Sin embargo, se estima que un 35% de niños entre 5 – 13 años de edad presentan algún grado de punteado gingival. La encía del niño tiene consistencia más blanda por presentar un tejido conectivo un poco más laxo, sin colagenización marcada. (1, 7).

Es importante para el clínico conocer las estructuras periodontales y hacer el diagnóstico temprano de lesiones, que en otra forma pueden agravarse de manera irreversible cuando se llegue a la edad adulta. No es normal apreciar pérdidas extensas del hueso alveolar de soporte en el niño; por tanto, el clínico debe sospechar entidades que comprometan la salud general del paciente. (6)

El margen gingival en el niño es romo y la profundidad del surco gingival es mayor; generalmente de 3-4mm considerándose normal, teniendo un promedio de 2.5mm. Las cifras que se obtienen al hacer el sondaje del surco gingival en niños son muy relativas por el contorno convexo de la corona del diente que impide en ciertas ocasiones llegar al fondo del surco con la sonda periodontal. (7)

La encía insertada es la que se extiende desde el margen libre de la encía hasta la unión mucogingival. Es considerada esencial para mantener la salud gingival. Una banda adecuada de encía insertada es aquella que disipa la tracción muscular y de los frenillos y permanece sin recesiones gingivales. Sin embargo, el ancho de esta encía ha sido considerada como materia de controversia. (6) La ausencia de la encía insertada no indica necesariamente la necesidad de intervención quirúrgica.

En el niño la capa de cemento radicular es más delgada, el ligamento periodontal es más ancho, los haces de fibras colágenas que lo constituyen son menos prominentes y la población celular y los vasos sanguíneos y linfáticos son más numerosos en el ligamento periodontal en comparación con las del adulto. (1,2,6)

La lámina dura del hueso alveolar de soporte del niño es más delgada, la trabécula es más escasa pero más gruesa, los espacios medulares son más amplios y el componente inorgánico del tejido óseo es menor. La cresta ósea del septum interradicular es aplanada. (6)

Con cierta frecuencia el niño presenta alteraciones mucogingivales de tipo inserción defectuosa del frenillo y atrofia gingival, generalmente localizada. Con prevalencia de 6.5% de defectos mucogingivales en el niño. Si el frenillo contribuye a la formación de un diastema, está indicada la frenectomía.

Las deformidades de la encía y la mucosa alveolar, usualmente referidas como alteraciones mucogingivales, están asociadas con una gran variedad de condiciones que afectan a un gran número de pacientes. (3)

Stamm, define Gingivitis en niños como: “Una condición que se manifiesta clínicamente por enrojecimiento, edema, fibrosis, tendencia a la hemorragia espontánea o con el sondaje y profundización del surco; la gingivitis es un proceso inflamatorio que se inicia en la niñez temprana...”

Factores inmunológicos y microbiológicos pudieran explicar la menor tendencia de la gingivitis de los niños a evolucionar a periodontitis. En comparación con los adultos, la gingivitis crónica en los menores al parecer cesa en la etapa de lesión incipiente en que los linfocitos T infiltran histológicamente el tejido conectivo. (7)

Los datos epidemiológicos de alteraciones mucogingivales en los niños están disponibles solo para algunas condiciones (Gingivitis y Periodontitis). Mientras que para el adulto los

datos están más completos: Por ejemplo, la recesión gingival en adultos, ocurre en un 60% a 90% independientemente del nivel de higiene oral. De los fármacos que influyen el agrandamiento gingival y que están asociados con este problema se menciona la ciclosporina (13% a 85%) y agentes bloqueadores de los canales de calcio (20% a 44%). El Síndrome del frenillo que tira del margen gingival está asociado en un 100% cuando es del tipo papilar. (3)

Otros estudios epidemiológicos han demostrado que la gingivitis se inicia alrededor de los 5 años y su prevalencia aumenta hasta alcanzar su pico en la pubertad, para luego decrecer. Generalmente, la gingivitis entre los 5-10 años de edad está asociada con la erupción dentaria. Entre los 6-11 años de edad, la prevalencia de la gingivitis es de un 38%; de los 12-17 años de edad, esta se estima en un 62%. (1)

En un estudio realizado por Bimstein y colaboradores en 1988, utilizando radiografías de aleta de mordida, encontró reabsorción anormal de la cresta alveolar en un 7.6% de niños de 4 años y en 5.9% en niños de 5 años. La muestra se obtuvo de una población bastante sana pero de bajos ingresos y con una alta tasa de caries. (7)

Alteraciones Mucogingivales.

Definición.

Se han propuesto muchas definiciones en cuanto a las alteraciones mucogingivales y en cuanto a su tratamiento. El principal problema con este término es que esencialmente ha sido para describir su terapia sin tener previamente establecida una conclusión de las condiciones a tratar. (3)

El Glosario de Términos Periodontales define como Alteración Mucogingival a todas aquellas desviaciones de las relaciones anatómicas normales entre el margen gingival y la unión mucogingival. Además, describe el término mucogingival como “término genérico utilizado

para describir la unión mucogingival y su relación con la encía, mucosa alveolar, frenillo, inserciones musculares, vestíbulo y piso de la boca.”(4)

Maynar y Wilson describen 8 principales situaciones de cuando una alteración mucogingival se convierte en un verdadero problema en el niño ya que puede progresar con la edad:

1. Cuando el tejido marginal es mucosa alveolar y se encuentra localizado en la unión cemento adamantina y existe gran estrés producido por el frenillo en este margen.
2. Cuando una superficie radicular es expuesta, el tejido queratinizado es mínimo y no hay presencia de encía insertada.
3. Cuando uno(os) incisivo(s) erupciona (n) labialmente a sus dientes vecinos, existe una mínima encía queratinizada, no existe encía insertada y no es posible realizar un movimiento lingual de éste o estos dientes.
4. Cuando un incisivo erupciona en una posición rotada y existe una mínima banda de encía queratinizada en la porción vestibular del diente.
5. Cuando existe un periodonto relativamente delgado y se va a realizar un movimiento vestibular de los incisivos inferiores.
6. Cuando existe exposición radicular durante un movimiento ortodóntico.
7. Cuando los incisivos superiores sobreerupcionados ocluyen sobre el tejido queratinizado de los dientes inferiores y lo destruye.
8. Cuando cualquiera de los problemas anteriormente mencionados existe, y existe la pregunta en la mente del odontólogo si este problema pudiera convertirse en grave, por lo que sería bueno examinar a los padres o hermanos porque por lo general estos van a presentar las mismas características.

Clasificación de las Alteraciones Mucogingivales.

La clasificación de las alteraciones mucogingivales puede estar basada en criterios clínicos, cronológicos, etiológicos y de morfología. El criterio cronológico (congénito versus adquirido) no es apropiado puesto que es difícil determinar si la alteración ha estado presente desde el

nacimiento. Se prefiere el criterio etiológico para la clasificación clínica, pero no debe ser adecuado como criterio primario para las alteraciones mucogingivales. De hecho, el factor etiológico (trauma) puede causar diferentes y variadas alteraciones mucogingivales en el tejido blando y en el hueso. De esta manera se recomienda que las alteraciones mucogingivales sean divididas de acuerdo a criterios clínicos y morfológicos.

El primer criterio propuesto es el clínico y está basado en la presencia o ausencia de dientes, de esta manera, las alteraciones mucogingivales en los niños pueden dividirse en:

1. Alteraciones del tejido blando asociadas con los dientes.
2. Alteraciones del tejido blando asociadas con los rebordes edéntulos.

El segundo criterio es la severidad de la alteración e implica una evaluación cuantitativa y semicuantitativa (clasificación de las recesiones gingivales por Miller, 1984). El clínico debe evaluar la severidad de cualquier alteración mucogingival tomando en cuenta la forma y tamaño así como la presencia o ausencia de tejido queratinizado, la localización de la unión mucogingival y la naturaleza local o generalizada de la alteración.

Causas de los Alteraciones Mucogingivales.

Los factores etiológicos que contribuyen a la clasificación de las alteraciones mucogingivales son: alteraciones del desarrollo, trauma, infecciones y factores neoplásicos. Además, ciertas enfermedades mucocutáneas y algunos medicamentos pueden resultar en la formación de dichas alteraciones.

Factores del desarrollo:

- erupción de los dientes hacia vestibular o lingual
- paladar hendido
- ausencia congénita de dientes
- quistes.

Causas traumáticas:

- Fracturas
- injurias a los dientes o hueso alveolar
- tratamiento de ortodoncia.

Causas infecciosas:

- enfermedad periodontal
- infecciones radiculares y periradiculares.

Factores neoplásicos: tumores benignos y malignos:

- displasia fibrosa
- fibromatosis gingival
- lesiones reactivas como el granuloma piógeno.

Enfermedades mucocutáneas:

- liquen plano erosivo
- eritema multiforme. (3)

Ocasionalmente las lesiones en la mucosa gingival pueden ser de origen iatrogénico, artefacto o ficticio (ocasionalmente por el mismo paciente).

Los tejidos gingivales del niño son susceptibles de reaccionar con agrandamiento más o menos severa ante la presencia de biopelícula dental a la cual se suma la acción de un factor etiológico que puede ser hábito de respiración bucal, la terapia por drogas como fenitoína, ciclosporina y presencia de irritantes mecánicos de tipo bandas ortodónticas. El agrandamiento gingival se presenta en un 33% de los pacientes tratados con ciclosporina y fenitoína y se considera más frecuente que en adultos. (1)

La gingivitis en el niño es muy frecuente, hay autores que encuentran prevalencia de 100% con acumulación de biopelícula dental y factores irritativos locales de tipo cálculos dentarios,

erupción mixta, caries dental y apiñamiento dentario. La gingivitis infantil generalmente se limita a la zona marginal y papilar de la encía, respetando la mucosa gingival insertada. (1)

Se ha mencionado que la prevalencia de la gingivitis es mayor en negros que en blancos. Esta diferencia se ha explicado parcialmente por la existencia de cofactores tales como higiene oral, estado socioeconómico y acceso al cuidado dental.

Generalmente las pérdidas severas de las estructuras periodontales en el niño están asociadas con condiciones sistémicas de tipo hereditario o inmunológico o defectos de las células fagocíticas (polimorfonucleares, neutrófilos y macrófagos). (1,5) Se manifiesta en la encía marginal por enrojecimiento debido a hiperemia, agrandamiento debido al edema, destrucción ósea, sin embargo, como se mencionó anteriormente está asociado a factores irritantes locales o a enfermedades sistémicas. (6)

La periodontitis agresiva localizada afecta solamente algunos de los dientes primarios. Comienza aproximadamente a los cuatro años de vida o antes de esta fecha. Los sitios de ataque presentan pérdida rápida de hueso, placa mínima y sólo escasa inflamación gingival a pesar de la profundidad anormal detectada en el sondeo. La forma generalizada, comienza desde la salida de los dientes primarios y se caracteriza por inflamación gingival intensa, pérdida rápida de hueso alrededor de casi todos los dientes, movilidad y pérdida dental.

Así también existen los casos especiales como ser los pacientes con labio y paladar hendido los cuales, la principal razón de su tratamiento son la función y la estética. Una de las metas a largo plazo es preservar los dientes en el caso primariamente de una situación de higiene oral pobre con predisposición a la retención de biopelícula dental. (8)

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio realizado: Estudio Descriptivo de Corte Transversal.

Área de estudio: Clínica Niños Mártires de Ayapal, Facultad de Odontología, ubicada al suroeste del Complejo Docente de la Salud.

Población de estudio: Los 138 niños (mujeres: 60 y varones: 78) atendidos en la Clínica Ayapal en el Sistema Incremental en las edades comprendidas entre los 6 y 15 años (61 niños de 6-10 años y 77 de 11- 15años)

Criterios de Inclusión:

- Niños entre las edades de 6 – 15 años.
- Niños que son atendidos en el Sistema Incremental en la Clínica Ayapal año 2008.

Instrumento y Método de Recolección de la información:

Se realizó una carta de solicitud a la dirección de Clínicas Ayapal en la que se pidió la autorización para la examinación clínica de los niños que acudieron a ésta y que son atendidos en el Sistema Incremental. Una vez que aprobaron dicha solicitud y ya teniendo elaborada nuestra ficha de recolección de datos se procedió a realizar una prueba piloto la que se hizo en 10 niños para hacer los ajustes necesarios. Luego de estar validada la ficha de recolección de datos se sentó al niño en el sillón dental y primeramente se anotó su edad y sexo. Luego utilizando sonda periodontal (Sonda de la Universidad de Carolina del Norte) y el espejo No 5 se examinaron los tejidos orales de acuerdo a su orden de examen. Se inició en el cuadrante superior derecho, luego al cuadrante superior izquierdo y se continuó con el cuadrante inferior izquierdo y derecho respectivamente. Se detectó la presencia de recesiones gingivales, gingivitis, agrandamientos gingivales, inserción alta de frenillos, frenillo lingual corto, vestíbulos poco profundos, paladar hendido, defectos del reborde alveolar y periodontitis. Cada uno de las alteraciones mucogingivales anteriormente mencionadas se anotó en la ficha clínica.

Para dicha examinación se utilizaron:

- Espejo No. 5
- Sonda periodontal (Sonda de la Universidad de Carolina del Norte, marca Hu-Friedy).
- Sillón dental (Kavo Unic).
- Guantes (Nippro)
- Nasobuco (Henry Schein)
- Lentes protectores.
- Pijama.
- Vasos desechables.
- Eyectores de saliva.
- Campos operatorios.
- Papel de aluminio.
- Ficha clínica.
- Lapicero.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Alteraciones Mucogingivales	Alteraciones en las relaciones anatómicas presentes en la encía, mucosa y reborde alveolar.	<p>-Recesión gingival: Cuando se observa expuesto el cuello del diente y parte de la superficie radicular.</p> <p>-Gingivitis: Cuando se presenta enrojecimiento marginal y/o papilar con sangrado al sondaje.</p> <p>-Inserción alta de frenillos: Frenillo que se inserta muy cerca de la papila gingival.</p> <p>-Frenillo lingual corto: Cuando al pedir al paciente tocar el paladar con la punta de la lengua, éste no lo logra.</p> <p>-Vestíbulo poco profundo: Cuando al medir desde el margen gingival al fondo del vestíbulo midió de cero a tres milímetros.</p> <p>-Agrandamiento gingival: Cuando al hacer el sondaje este midió más de 5 milímetros pero sin pérdida de inserción.</p> <p>-Paladar hendido: Cuando se observa una hendidura en el paladar duro y/o que afecte además el reborde alveolar.</p> <p>-Defecto del reborde alveolar: Cuando se observa un reborde alveolar delgado.</p> <p>-Periodontitis: Cuando al realizar sondaje se encuentra profundidad del surco igual o mayor a 5mm con pérdida en el nivel de inserción, sangrado al sondaje.</p>	<p>Presente</p> <p>Ausente</p>
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la persona hasta la fecha del examen clínico.	Años: Cumplidos y que se encuentran en la ficha clínica	6 a 15 años
Sexo	Cualidad que distingue a un hombre de una mujer	Rasgos físicos	M: masculino F: Femenino

Los resultados fueron analizados a través del uso de la estadística descriptiva que comprende el porcentaje. Estos se presentan en cuadros. Se utilizó el programa de Microsoft Excel 2003.

Se realizó cruces de variables y los datos obtenidos se plasmaron en cuadros de recolección de la información para luego ser analizados. Se observó la relación existente entre el sexo, edad y las alteraciones mucogingivales.

V. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de alteraciones mucogingivales en niños de 6 a 15 años atendidos en el Sistema Incremental en la Clínica AYAPAL, Campus Médico Julio a Diciembre 2008.

ALTERACIÓN MUCOGINGIVAL	n	%
Presente	138	100
Ausente	0	0
Total	138	100

Fuente: primaria

La Tabla 1 muestra que la Prevalencia de las Alteraciones Mucogingivales fue de un 100%.

Tabla 2. Frecuencia de alteraciones mucogingivales en niños de 6 a 15 años atendidos en el Sistema Incremental en la Clínica AYAPAL, Campus Médico Julio a Diciembre 2008.

ALTERACIÓN MUCOGINGIVAL	n	%
Recesión gingival	91	65.9
Agrandamiento gingival	117	84.78
Gingivitis	100	72.46
Inserción alta de frenillos	3	2.17
Frenillo lingual corto	21	15.2
Vestíbulo poco profundo	3	2.17
Paladar hendido	1	0.72
Defectos del reborde alveolar	12	8.7
Periodontitis	0	0

Fuente: primaria

La Tabla 2 muestra que el agrandamiento gingival fue la alteración mucogingival que se presentó con mayor frecuencia (84.78%) seguido de la gingivitis y la recesión gingival en 72.46% y 65.9% respectivamente. De esta manera puede observarse también que la periodontitis no se presentó en ninguno de los casos.

Tabla 3. Frecuencia de alteraciones mucogingivales según la edad en niños de 6 a 15 años atendidos en el Sistema Incremental en la Clínica AYAPAL. Campus Médico Julio a Diciembre 2008.

ALTERACIONES MUCOGINGIVAL	GRUPO ETÁREO			
	6 – 10 años		11 – 15 Años	
	n	%	n	%
Recesión gingival	30	49.18	61	79.2
Agrandamiento Gingival	53	86.88	64	83.1
Gingivitis	33	54	67	87
Inserción alta de Frenillos	2	3.28	1	1.3
Frenillo Lingual Corto	7	11.47	14	18.2
Vestíbulo poco profundo	1	1.64	2	2.6
Paladar Hendido	0	0	1	3
Defecto del Reborde	8	13.1	4	5.19
Periodontitis	0	0	0	0

Fuente: primaria

En cuanto a la edad, la gingivitis fue la alteración mucogingival más frecuente, predominando en el grupo de 11 a 15 años con un 87%, seguido del agrandamiento gingival en los niños de 6 a 10 años con un porcentaje de 86.88% y un 83.1% en los de 11 a 15 años. Importante, señalar que en el grupo de 11 a 15 años también se presentó en alto porcentaje la recesión gingival (79.2%).

Tabla 4. Frecuencia de alteraciones mucogingivales según sexo, en niños de 6 a 15 años atendidos en el Sistema Incremental en la Clínica AYAPAL. Campus Médico Julio a Diciembre 2008.

ALTERACIÓN MUCOGINGIVAL	SEXO			
	F		M	
	N	%	n	%
Recesión gingival	40	28.9	51	36.9
Agrandamiento gingival	46	33.3	71	51.4
Gingivitis	45	32.6	55	39.8
Inserción alta de Frenillos	1	0.7	2	1.45
Frenillo Lingual Corto	6	4.3	15	10.9
Vestíbulo poco profundo	0	0	3	2.17
Paladar Hendido	1	0.7	0	0
Defectos del Reborde	7	5	5	0.6
Periodontitis	0	0	0	0

Fuente: primaria

La Tabla 4 muestra que el agrandamiento gingival fue la alteración mucogingival más frecuente tanto en varones (51.4%) como mujeres (33.3%), sin embargo, se presentó ligeramente aumentado en varones; seguido de gingivitis y recesión gingival, las cuales, también se encontró en mayor frecuencia en varones (39.8% y 36.9% respectivamente). La periodontitis no se encontró en ninguno de los casos.

VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de alteraciones mucogingivales en niños atendidos en el Sistema Incremental de la Clínica Ayapal. Tomando en cuenta la definición del Glosario de Términos Periodontales acerca de las Alteraciones Mucogingivales, estos pueden presentarse tanto en la dentición temporal como la permanente. Los datos epidemiológicos sólo existen de manera parcial para ambas denticiones, sin embargo, es la edad infantil la que se encuentra con menos datos disponibles.

Es de mucha importancia contar con dichos datos desde la infancia puesto que estas alteraciones mucogingivales podrían agravarse en la edad adulta, así se podría prevenir en un futuro situaciones que ameriten tratamientos de mayor complejidad, sin embargo, esto no se cumple con algunas alteraciones mucogingivales como son: paladar hendido, inserción alta de frenillos, frenillo lingual corto y vestíbulo poco profundo; puesto que estos tienen como causa, el factor congénito. En estos casos, la prevención será de manera indirecta al corregir la alteración mucogingival evitando que éste, cause otra alteración mucogingival más.

Según Barrios (1989), en su libro menciona que el agrandamiento gingival en los niños es de aproximadamente un 33%, asociándose principalmente a biopelícula dental, respiración bucal, uso de algunas drogas y ortodoncia. El presente estudio mostró que el agrandamiento gingival fue la alteración mucogingival más frecuentemente (84.78%) encontrado tanto en varones (52.9%) como en mujeres (33.33%)

El agrandamiento gingival, es una variante de la gingivitis, el cual puede ser edematoso, fibroso o fibroedematoso según la causa, como ser: biopelícula dental, drogas, enfermedades sistémicas, traumatismos, erupción dental entre otras. Sin embargo, Armitage en 1999, clasifica a la gingivitis simple en inducida por biopelícula dental y la no inducida por biopelícula dental. El presente estudio mostró que la gingivitis se presentó con mayor frecuencia en el grupo etáreo comprendido entre los 11 a los 15 años en un 87% de los

casos. Este dato es muy parecido al mencionado por Barrios, el cual es de un 100% y que está asociado a acumulación de biopelícula dental, cálculo, erupción mixta, caries dental y apiñamiento dentario. Dependiendo del biotipo periodontal, la encía puede responder con agrandamiento y con recesión gingival

Los estudios epidemiológicos muestran que la gingivitis entre las edades de 5 a 10 años está asociada a erupción dentaria. Entre las edades de 6 a 11 años, la prevalencia de gingivitis es de un 38% y entre los 12 a 17 años, la prevalencia se estima en un 62%. El presente estudio mostró que entre las edades de 6 a 10 años la prevalencia fue de 54% y entre los 11 y los 15 años fue de 87%.

Solamente pueden mencionarse los porcentajes de otras alteraciones mucogingivales encontrados en este estudio, sin embargo, no pueden ser comparados ya que no se encontraron datos epidemiológicos disponibles. Siendo así, el frenillo lingual corto, los defectos de reborde alveolar, la inserción alta de frenillos junto con vestíbulo poco profundo y paladar hendido ocuparían el cuarto, quinto, sexto y séptimo lugar en orden decreciente con porcentajes de 15.2%, 8.7%, 2.17%, 0.72% respectivamente. Sería de mucha utilidad y valor epidemiológico el realizar un estudio que aumente el tamaño de dicha muestra e involucrando distintas regiones geográficas.

VII. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de alteraciones mucogingivales fue del 100%.
2. La alteración mucogingival que se presentó con mayor frecuencia fue el agrandamiento gingival, seguido por la gingivitis y recesión gingival.
3. En niños menores de 10 años, la alteración mucogingival más frecuente fue el agrandamiento gingival.
4. Los niños mayores de 10 años fueron afectados principalmente por: gingivitis y recesión gingival seguidos por el agrandamiento gingival.
5. No hubo diferencia de Prevalencia en las Alteraciones Mucogingivales respecto al Sexo.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer a los Padres de Familia y docentes del colectivo del Sistema Incremental, los datos obtenidos en esta investigación para crear conciencia de que las alteraciones mucogingivales inician desde la infancia y por lo tanto deben ser prevenidas y tratadas en este período.
2. Involucrar a los padres de familia en las charlas de prevención de las enfermedades orales de los niños.
3. Realizar exámenes orales periódicos de los niños para evaluar la evolución de dichas alteraciones mucogingivales.
4. Que los estudiantes responsables de la atención de los niños del sistema incremental motiven más a los niños procurando mejorar sus hábitos de higiene oral.
5. Crear un Banco de pacientes para que en conjunto con el componente de Cirugía Oral se les dé solución a las alteraciones mucogingivales de tipo congénito.
5. Anexar a la historia clínica utilizada en el sistema incremental una ficha para el diagnóstico de las alteraciones mucogingivales.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRIOS, GUSTAVO. Periodoncia. Su Fundamento Biológico. Gustavo Barrios Editor. Bogotá, Colombia. 1989. Capítulo 12.
2. NEWMAN MG; TAKEI HH; CARRANZA FA. Periodontología Clínica. Editorial McGraw Hill. 2004. Capítulo 20.
3. PINI PRATO GP. Mucogingival Deformities. Annals of Periodontology 1999. Vol.4, Number 1. December.
4. THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Glossary of Periodontal Terms. 2001. 4th edition.
5. PINKHAM JR. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana McGraw Hill 1991. Capítulo 23.
6. BIMSTEIN E. Periodontal Considerations in the Child Dental Patient. Acta Odontol Pediat. 8 (1): 13-19, junio 1987.
7. DELANEY JE. Anormalidades Periodontales y de tejidos blandos. Clínicas Odontológicas de Norte América 1995
8. SHULTES G.; GAGGL A.; KARCHER H. Comparison of Periodontal Disease in Patients with Clefts of Palate and Patients with Unilateral Clefts of Lip, Palate and Alveolus. J Periodontol 1999; 70: 171-178.
9. CERRATO, JA. Implementación del Sistema Incremental, en la Atención Odontológica a Escolares del Colegio “Sagrado Corazón de Jesús”, León – Nicaragua, 2003 – 2007”.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FICHA CLÍNICA

“PREVALENCIA DE ALTERACIONES MUCOGINGIVALES EN NIÑOS CON ATENCIÓN ODONTOLÓGICA “SISTEMA INCREMENTAL”, CLÍNICA AYAPAL, UNAN-LEÓN, JULIO – DICIEMBRE, 2008.”

Nombres y apellidos: _____ Edad _____ Sexo _____

Marcar con una “X”:

ALTERACIÓN MUCOGINGIVAL	ESTADO	
	PRESENTE	AUSENTE
-Recesión gingival.		
-Agrandamiento gingival.		
-Gingivitis.		
-Inserción alta de frenillos.		
-Frenillo Lingual Corto.		
-Vestíbulo poco profundo.		
-Paladar hendido.		
-Defecto del reborde alveolar.		
-Periodontitis		