

Puesta al día en avulsión dentaria: actualización y estudio en una muestra de población infantil

Autores: Rey Duro A., Olaya Rubial A., Mourelle Martínez M.R., Saavedra Marbán G. Rey Duro A.

Centro: Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Introducción y Objetivos

En este trabajo se estudian las avulsiones dentarias en niños porque determinan una patología de gran inquietud para la Odontopediatría, pues se trata de una patología inmediata y urgente.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y, posteriormente, se revisaron 1071 historias pertenecientes al departamento de Estomatología IV, a fin de compararlas con los resultados de la revisión bibliográfica.

Resultados

Se entiende por avulsión a la salida completa del diente de su alveolo. Existe una mayor incidencia en varones, causada por sus agresivos juegos, encontrándose el pico de incidencia entre los 7 y 9 años, por la inmadurez del ligamento periodontal, siendo más afectados los incisivos superiores.

Como causas de traumatismos dentales destaca el maltrato infantil, caídas, accidentes automovilísticos y deportes, y como factores predisponentes encontramos resalte mayor de 4 milímetros, respiración oral, mordida abierta y labios incompetentes.

Los autores determinan como crítico tanto el tiempo extraoral del diente como su medio de conservación. Debe reimplantarse el diente inmediatamente, o conservarse en medio húmedo, recomendándose la solución salina balanceada de Hank. En clínica se lavarán

raíz y alveolo, y se reimplantará presionando y comprobando su correcta posición. Si el ápice está cerrado se reimplanta de inmediato; si han pasado más de 60 minutos lo sumergiremos en fluoruro sódico 5-20 minutos previamente. En ápices abiertos sumergimos en doxiciclina 5 minutos y reimplantamos; si han pasado más de 60 minutos, procederemos como en ápice cerrado. Finalmente colocaremos una férula semirrígida y monitorizaremos el diente.

Discusión y Conclusiones

En nuestra revisión sólo 10 niños refirieron haber sufrido avulsiones (*19 dientes, todos incisivos*), siendo:

- » 8 cincuenta y unos (42,1%).
- » 7 sesenta y unos (36,8%).
- » 2 sesenta y doses (10,5%).
- » 1 cincuenta y uno (5,3%).
- » 1 treinta y uno (5,3%).

Esto coincide con los autores revisados (*mayor incidencia en incisivos centrales superiores*) y resulta una incidencia del 1,77% (*1,68% en temporales y 0,093% en permanentes*). El porcentaje de dientes permanentes no entra en el 0,5-16% estimado por los trabajos consultados. Además, encontramos igualdad de sexos, posiblemente debido a que comparten cada vez más los mismos juegos.

Los afectados tienen entre 2 y 7 años, poseen dientes temporales, mientras que los autores hablan de edades con dientes permanentes. El pico de incidencia está en los 6 años, posiblemente por la reabsorción de la raíz de los incisivos, produciéndose la avulsión ante cualquier impacto.

Higiene oral y estado periodontal en niños VIH (+) comparado con un grupo control sano.

Autores: Marín Castro I.M., Gómez Cuadrado R., Aznar Martín T., Domínguez Reyes A.

Centro: Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

Introducción y Objetivos

Aunque en el adulto el estudio de las manifestaciones periodontales asociadas al VIH suele ser bastante frecuente, en niños no son muchos los trabajos que, fuera del contexto general de las manifestaciones orales, analizan las lesiones que se refieren a la encía.

Por ello queremos determinar el estado de higiene oral y periodontal en estos niños VIH (+) y compararlo con un grupo control de niños sanos.

Material y Método

Seleccionamos 68 niños (33 niños y 35 niñas) VIH+, nacidos de madres VIH+ y lo comparamos con otro de niños sanos, constituido por 64 niños (35 niños y 29 niñas).

Para el estado de higiene oral nos basamos en la extensión coronaria de la placa de las superficies vestibulares del 11, 31, 16, 26 y la superficie lingual del 36 y 46. **Los criterios fueron:** 0: No hay placa ni manchas; 1: Residuos blandos que cubren menos de 1/3, 2: Residuos blandos que cubren más de 1/3, pero menos de 2/3; 3: Residuos blandos que cubren más de 2/3. Los niños con valores entre 0.0 y 1.0 tenían buena higiene oral; entre 1.1 y 2.0 regular; y entre 2.1 y 3.0 mala higiene oral.

Para estado periodontal dividimos la boca en sextantes limitados por los caninos y sondamos en seis puntos diferentes: mesio-bucal, medio-bucal, disto-bucal y los correspondientes en lingual. **Las consideraciones fueron:** 0: Ausencia de signos patológicos, 1: Sangrado al sondar. No hay cálculo. No tiene bolsa periodontal, 2: Presencia de cálculo y/o obturaciones desbordantes, 3: Bolsa periodontal < 3.5mm., 4: Bolsa periodontal de 5.5mm o más.

Utilizando los mismos criterios de evaluación quisimos determinar el índice periodontal de Necesidades de Tratamiento de la Comunidad (CPTIN) 1982. Dividimos igualmente la boca en sextantes limitados por los caninos y examinamos seis dientes: 16, 11, 26, 31, 46, 36.

Resultados

En cuanto al estado de higiene oral, la mayoría de los niños VIH+ presentaban una buena higiene oral.

Al relacionar el IHO con el sexo sólo obtuvimos relación significativa en la primera de las revisiones realizadas siendo los varones los que peor higiene oral tenían.

No encontramos relación significativa entre el IHO en cada una de las revisiones y el estado socioeconómico.

El estado periodontal en los niños VIH+ se encuentra dentro de los límites normales para niños de esas edades. Y el índice periodontal (IP), igualmente se encontraban dentro de la normalidad.

En el grupo control la mayoría presentaban una buena higiene oral. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo VIH+ y el grupo control ($p=0,57$).

No encontramos diferencias significativas entre el IHO y el sexo ($p=0,188$) ni con el nivel socioeconómico.

La mayoría de los niños no presentaban ninguna afectación periodontal.

Y aunque en el grupo VIH+ el estado periodontal era sensiblemente peor sólo se obtuvo relación significativa estadísticamente en el sextante superior derecho, superior izquierdo, inferior central y en el inferior derecho.

No existe una relación significativa al valorar la distribución del índice periodontal ($p=0,053$).

Conclusiones

- Que al igual que en el grupo control, los niños VIH+ revisados, presentan un estado de higiene oral dentro de la normalidad.
- En general, los niños VIH+ tienen peor higiene oral que las niñas VIH+, siendo estadísticamente significativo sólo en la primera revisión.
- Que en la población objeto de estudio, el estado periodontal, valorado por sextantes, es en general sensiblemente peor en los niños VIH+ al observado en el grupo control.
- Que aunque no hayamos encontrado relación estadísticamente significativa ($p=0,053$), el índice periodontal de los niños VIH+ es más elevado que el observado en el grupo control.
- Y que la colaboración odontólogo-pediatra es un factor importante a la hora de tratar a estos pacientes tan vulnerables.