

|Anomalías dentarias y patologías estomatológicas en las clínicas odontopediátricas.

|Dental anomalies and stomatological pathologies in the odontopediatric clinics.

"Sin conflicto de interés"

Facultad de Odontología - UNLP
Calle 50 e/ Av. 1 y 115 La Plata (1900). Bs. As. Argentina
Fuente de apoyo financiero: Universidad Nacional de La Plata

- Iriquin, S.M., Sapienza M., Rom M., Ruiz M., Hernandez S., Cambroner S., Pertino M.R. -

|RESUMEN

Al tratar niños y adolescentes, tenemos la posibilidad de descubrir condiciones patológicas a nivel de la cavidad bucal. El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de presentación de patologías en tejidos blandos y duros de la cavidad oral, clínicamente observables en la población infantil que asiste a las clínicas de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP. La metodología empleada es un estudio de tipo transversal y descriptivo. Se seleccionaron 160 pacientes niños entre 0 y 16 años que concurren en el período Marzo-Julio 2019. Se confeccionaron historias clínicas con los datos personales: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, lugar de residencia, motivo de la consulta; historia médica donde consta estado de salud en general, enfermedades presentes y pasadas, alergias, traumatismos y otros datos de interés. Se realizaron exámenes dentarios utilizando espejo bucal, explorador, luz del equipo dental y campo seco. De los 160 pacientes niños estudiados en este período, 65 no tenían patologías, 57 tenían anomalías dentarias y 38 patologías de los tejidos blandos. Concluyendo la importancia de la detección temprana para la prevención de enfermedades y llegar con el tratamiento adecuado.

Palabras clave: DIAGNÓSTICO - ANOMALÍAS - PATOLOGÍAS - ODONTOPEDIATRÍA

|SUMMARY

When treating children and adolescents, we have the possibility of discovering pathological conditions at the level of the oral cavity. The purpose of this study was to determine the frequency of presentation of pathologies in soft and hard tissues of the oral cavity, clinically observable in the child population that attends the clinics of the Integral Dentistry of Children of the School of Dentistry of the UNLP. The methodology used is a cross-sectional and descriptive study. 160 patients were selected, children between 0 and 16 years of age who attended the March-July 2019 period. Medical records were prepared with personal data: name, date of birth, age, sex, place of residence, reason for the consultation; medical history where health status in general, present and past diseases, allergies, trauma and other information of interest. Dental examinations were performed using oral mirror, explorer, dental equipment light and dry field. Of the 160 child patients studied in this period, 65 had no pathologies, 57 had dental anomalies and 38 soft tissue pathologies. Concluding the importance of early detection for disease prevention and arrive with the appropriate treatment.

Keywords: DIAGNOSIS - ANOMALIES - PATHOLOGIES - ODONTOPEDIATRY

INTRODUCCIÓN

El examen de cavidad bucal, proporciona importantes herramientas en el diagnóstico de las alteraciones del desarrollo, enfermedades infecciosas, inflamatorias, neoplásicas, etc. Las anomalías de tamaño, forma, color y número de dientes son para el paciente niño el origen de muchas situaciones ya que afectan su apariencia personal. Teniendo como base la fase de formación en que el agente causal actuó, las anomalías pueden ser hereditarias, congénitas y adquiridas. En las anomalías hereditarias, los factores etiológicos actúan en la fase de información genética, provocando alteraciones en la diferenciación celular, promoviendo modificaciones estructurales antes o después del nacimiento. En las alteraciones congénitas los factores etiológicos actúan en la fase de formación intrauterina, sin modificar la condición genética del portador, alterando la constitución, morfología y/o funciones del órgano afectado. En las anomalías adquiridas los factores etiológicos actúan en la fase de formación posnatal. Lewis y Davis clasifican las anomalías dentarias de la siguiente forma: **I:** de número, **II:** de forma, **III:** de estructura y textura, **IV:** de color, **V:** de erupción y exfoliación, y **VI:** de posición. Por otro lado tenemos las anomalías de la estructura dentaria pueden ocurrir cuando algún agente injurioso o noxa interfiere en la odontogénesis normal, interrumpiendo las etapas de Histodiferenciación, Aposición y Calcificación. Tenemos: a) Amelogénesis imperfecta: defectos hereditarios del esmalte que afectan a la dentición temporaria y permanente, se describen tres tipos: hipoplásico, hipomineralizado e hipomadura. La dentinogénesis imperfecta se caracteriza porque los dientes tanto primarios como permanentes presentan una translucidez opaca y ámbar que van desde el amarillo hasta un gris que se ve a través de un esmalte normal pero debido a las alteraciones dentinales, éste se fractura permitiendo el desgaste estructural. Clínicamente los dientes presentan una corona en forma de bulbo con respecto a lo delgado de las raíces; las cámaras pulpares obliteradas por producción continua de dentina con túbulos excesivamente amplios. Las lesiones estomatológicas son diversas patologías que se pueden presentar tanto en la mucosa oral, como en sus estructuras involucradas. Usualmente tienen diversos factores etiológicos y características clínicas diferentes. Los estudios que analizan la prevalencia de las enfermedades bucales están en su mayoría asociados a la edad adulta y por lo tanto en la literatura mundial existen relativamente pocos reportes que comenten acerca de las condiciones de la mucosa bucal y de las enfermedades pediátricas. En nuestro país Crivelli y cols, estudiaron la prevalencia de lesiones de mucosa bucal en niños de entre 4 y 13 años⁹. Por otra parte muchos trabajos toman en cuenta grupos específicos de patologías y no la totalidad de las lesiones de manifestación bucal. Entre las diferentes clasificaciones para este tipo de lesiones que afectan los tejidos blandos, McDonald las agrupa según su carácter: benigno o maligno y según el sitio que afecten, Kaban las clasifica según el tipo de cirugía correctiva que requieran, Regezzi las considera según el sitio que afecten en: lesiones mucosas o de superficie y lesiones submucosas. Nosotros vamos a agruparlas según el factor etiológico y las características clínicas predominantes en: a) Infecciones virales (Virus Herpes Simple (VHS); Virus del Papiloma Humano (VPH); Virus Varicela Zoster (VZ); Virus Cocksackie; b) Infecciones Bacterianas (Gingivitis, Impétigo, Sífilis, Actinomicosis); c) Infecciones Micóticas (Candidiasis eritematosa, candidiasis

pseudomembranosa); d) Lesiones inflamatorias (glositis migratoria); e) Lesiones Traumáticas (úlceras traumáticas, Morsicatiobuccarum); f) Seudotumores de la mucosa bucal (Granuloma gigantocelular periférico, Fibroma por irritación - diapneusico); h) Tumores Benignos (Papiloma, Hemangioma, Hemangioma capilar lobulado, Linfangioma, Nevomelanocítico); i) Patología de las Glándulas Salivales (Mucocele); j) Malformaciones de los tejidos blandos (Puntos de Fordyce, lengua escrotal); k) Alteraciones de la Pigmentación y Otras. En el grupo de las lesiones inmunológicas, la Estomatitis aftosa recurrente en los niños, es la presentación más frecuente. Estas lesiones erosivas son muy dolorosas y usualmente tienen forma ovalada de pocos milímetros, con un área central amarilla-grisácea rodeada por un halo eritematoso. Curan entre 7 y 10 días después de iniciadas y por lo general no dejan ninguna cicatriz. Se han relacionado con traumas menores, masticación, cepillado, quemaduras y otras. Las úlceras aftosas mayores son lesiones similares pero más grandes que persisten por varias semanas y al curar dejan una cicatriz. Las lesiones traumáticas que se presentan con más frecuencia son provocadas por hábitos incorrectos. Las lesiones de lengua geográfica se presentan con mayor frecuencia en punta, bordes laterales y dorso de lengua, en ocasiones estas lesiones pueden llegar a extenderse hacia la porción ventral, el diagnóstico usualmente está basado en la historia y examen clínicos. Los traumas se presentan por lesiones directas en los tejidos blandos de la boca, entre ellos podemos encontrar: la úlcera traumática, el morsicatiobuccarum, morsicatiolabiarum, morsicatiolinguarum, que pueden ser ocasionados por hábito de succión, mordedura, daño local, como fracturas dentales, tratamientos ortodónticos etcétera. Las úlceras traumáticas constituyen la lesión más común de tejido blando en boca. Clínicamente, se ubican en área de labios, carrillos y bordes laterales de la lengua. Se presentan como úlceras crónicas que persisten más de un mes, de sintomatología variada y con las siguientes características: diámetro de 1 o más centímetros, bordes elevados, indurados y crateriformes, cubiertas por una membrana gris amarillenta, hemorragia submucosa frecuente, edema y en ocasiones la presencia de un halo eritematoso que las circunscribe. Al eliminar el agente causal de una úlcera traumática cura rápidamente en pocos días, revelando con claridad su origen traumático y por tanto su diagnóstico. Los serotipos Herpes Virus Simple tipo 1 (HSV-1) y tipo 2 (HSV-2), pertenecen a la familia Herpesviridae. El HSV-1 se transmite fácilmente por contacto con lesiones activas, a través de saliva, objetos contaminados y secreciones. Mientras que el HSV-2 se asocia a lesiones genitales. Las madres infectadas pueden transmitírselo a sus bebés por el canal de parto. Aunque también puede presentarse en la región orolabial por infecciones cruzadas. La autoinoculación es una fuente de diseminación. La Gingivostomatitis o Primoinfección Herpética (GEH) se presenta como exposición inicial al HSV-1 y ocurre la mayoría de los casos en niños o jóvenes. Se caracteriza por un periodo prodrómico de fiebre, decaimiento, adenopatías, disfagia y presencia de vesículas orales y periorales que se agrupan y se rompen dejando erosiones. Se presentan también en las encías. Son muy dolorosas. Se llega al diagnóstico a través de la clínica y la sintomatología característica y por la Citología exfoliativa, PCR, Inmunofluorescencia. El Herpes Virus se mantiene latente en los ganglios sensitivos y se reactiva periódicamente como Herpes Labial o Intraoral. Los desencadenantes incluyen el estrés, trauma físico, fiebre, el sol, inmunodepresión (VIH+) entre otros. Hay

ardor, dolor y picazón hasta que se forman las vesículas, que luego se erosionan en hemimucosa labial y se cubren de costras. Curan en un lapso entre 8 a 14 días. El tratamiento es a base de enjuagues alcalinos y/o antisépticos, Dieta blanda, higiene oral y la administración de antivirales. La GEH es una de las patologías virales más frecuentes en la infancia. Se estima que entre el 10 al 15% de la población adulta está infectada por el VHS. Con mayor incidencia en mujeres, con la localización recidivante más habitual en semimucosa labial, también puede presentarse intraoral. Para llegar a su diagnóstico se requiere de una historia clínica detallada del paciente. El proceso de desarrollo dentario, denominado odontogénesis, es un proceso fisiológico de evolución continua, en el cual los cambios histológicos, fisiológicos y bioquímicos tienen lugar simultáneamente y de forma progresiva. La formación y la diferenciación del órgano dentario son realizadas en varios periodos de desarrollo. La hipomineralización incisivo-molar (MIH) se define como “una lesión del esmalte, de origen sistémico y diverso, que afecta de 1 a 4 primeros molares permanentes, frecuentemente asociado a lesiones en incisivos permanentes. La magnitud de los daños puede diferir en cada uno de los elementos afectados, de modo que el esmalte del primer molar puede ser gravemente afectado, mientras el contralateral se presenta sano o con mínimo defecto. La fusión dental es una anomalía anatómica dentaria que consiste en la unión embriológica o en fases pre eruptivas de dos o más gérmenes dentarios adyacentes por medio de dentina con el resultado de un diente único. En ocasiones pueden incluso compartir la cámara pulpar, aunque generalmente los dientes fusionados presentan dos cámaras pulpares. Los dientes afectados erupcionan ya fusionados, efectuándose la fusión a lo largo de dientes situados en el mismo plano, pudiendo ser total, o limitada a la corona o a la raíz.

OBJETIVOS

General:

- Determinar la frecuencia de anomalías dentarias y patologías estomatológicas en la clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNLP.

Específico:

- Valorar la importancia de la detección temprana para prevenir enfermedades y actuar tempranamente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo. Se seleccionaron 160 pacientes niños entre 0 y 16 años que concurren en el período Marzo - Julio 2019. Se confeccionaron historias clínicas con los datos personales: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, lugar de residencia, motivo de la consulta; historia médica donde consta estado de salud en general, enfermedades presentes y pasadas, alergias, traumatismos y otros datos de interés. Se realizaron exámenes dentarios utilizando espejo bucal, explorador, luz del equipo dental y campo seco. Se realizó un minucioso examen dentario: total de piezas dentarias presentes en boca, alteraciones de número, erupción,

forma, color, estructura y tamaño. Examen de los tejidos blandos por regiones. Inspección y palpación identificando diferentes patologías. Los datos obtenidos se volcaron en una planilla Excel que se confeccionó para tal fin, donde consta la edad del paciente, el sexo, y la patología encontrada.

RESULTADOS

De los 160 pacientes niños estudiados en este período, 65 no tenían patologías, 57 tenían anomalías dentarias y 38 patologías de los tejidos blandos (gráfico 1). Se diagnosticaron dentro de las **Anomalías dentarias**: 5 fusiones en dentición temporaria: 3 en sexo femenino y 2 en masculino, en edades comprendidas entre 4 y 6 años, entre incisivos centrales y laterales superiores e inferiores. 2 agenesias en temporarios y 8 en permanentes. 2 transposición, 8 Vestibuloverciones, 4 Palatoverciones, 4 Giroversiones, 12 supernumerarios (8 mesiodens), 8 pacientes con manchas Melaninogénicas, 6 Hipoplasias Incisivo Molar (gráficos 2-3-4). **Anomalías en los tejidos blandos**: 5 Lenguas Geográficas, 6 Gingivo Estomatitis Herpética, 1 Pseudopapiloma irritativo por succión, 3 Manchas Melánicas, 2 Mucocelos, 7 pacientes con Aftas, 14 erosiones traumáticas (gráfico 5). La media de dientes afectados fue 3,16; el diente afectado con más frecuencia (78,57% de los casos) fue el primer molar superior derecho (11). El 50% tiene afectados molares e incisivos (7). El nivel de afectación es superior en los centrales que laterales, (2 casos para laterales). Afecta más al sexo masculino (8-6). Se detectaron 14 casos de HIM, con una prevalencia 14%. La media de dientes afectados fue 3,16; el diente afectado con más frecuencia (78,57% de los casos) fue el primer molar superior derecho (11). El 50% tiene afectados molares e incisivos (7). El nivel de afectación es superior en los centrales que laterales, (2 casos para laterales). Afecta más al sexo masculino (8-6). Dentro de las **Anomalías de posición**: 2 por transposición, 8 vestibuloverción, 4 palatoverción y 4 en giroversión.

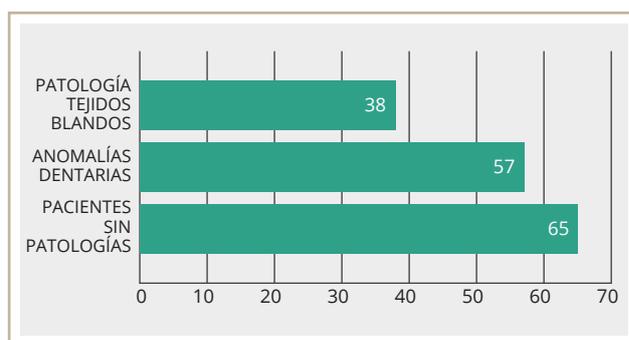


Gráfico 1.

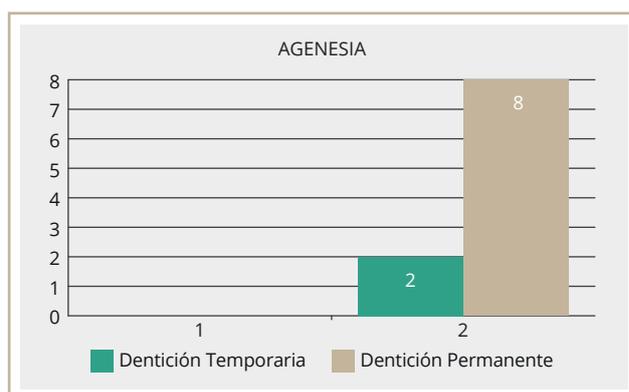


Gráfico 2.

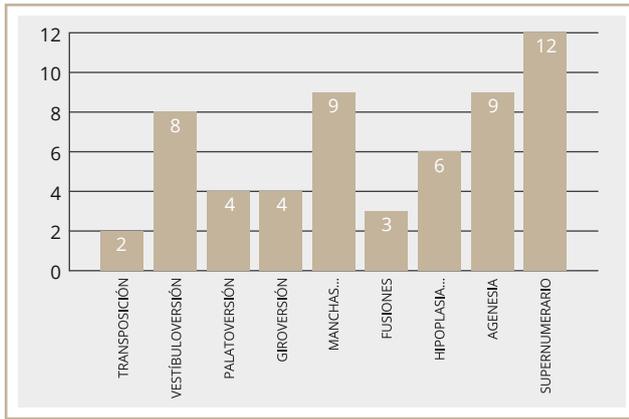


Gráfico 3.

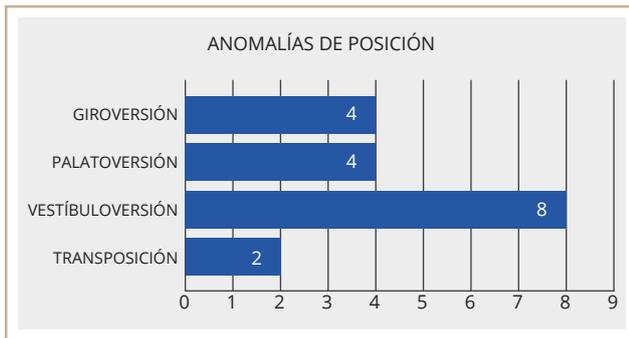


Gráfico 4.

DISCUSIÓN

Los estudios que analizan la prevalencia de las enfermedades bucales están en su mayoría asociados a la edad adulta y por lo tanto en la literatura mundial existen relativamente pocos reportes que comenten acerca de las condiciones de la mucosa bucal y de las enfermedades pediátricas. De las cuales existen pocas referencias sobre la incidencia y tipo de lesiones en los tejidos blandos que se presentan en niños y adolescentes⁸. En las diferentes publicaciones académicas hay discrepancias de criterios en cuanto a las franjas de edad consideradas y las agrupaciones taxonómicas propuestas, lo que hace difícil arribar a conclusiones universales. En nuestro país Crivelli y cols, estudiaron la prevalencia de lesiones de mucosa bucal en niños de entre 4 y 13 años. Por otra parte muchos trabajos toman en cuenta grupos específicos de patologías y no la totalidad de las lesiones de manifestación bucal. Los estudios encontrados informan sobre las alteraciones de manera independiente, no se ha encontrado en la literatura un análisis integral teniendo en cuenta las anomalías dentarias y estomatognáticas en un mismo paciente. En Argentina nos encontramos con la casi total ausencia de los estudios epidemiológicos que analizan específicamente la frecuencia de las lesiones orales en niños. En la población latinoamericana (Argentina) que reporta un 16,25% (Discacciati, 2005)⁹ o con los obtenidos en zonas geográficamente más distantes como Japón, con un 17,2% (Cho, Ki, Chu y Chan, 2006)¹⁰. Por otra parte muchas anomalías no se incluyen en el diagnóstico inicial de las historias clínicas, por lo que se propone realizar cambios en el formato de la historia clínica que permitan posteriormente realizar estudios más completos y sobre todo darle la importancia que merece esta situación, en vista de que la edad escolar es el momento ideal en el que se debe realizar el diagnóstico de las anomalías dentarias, y así iniciar a tiempo el tratamiento respectivo.

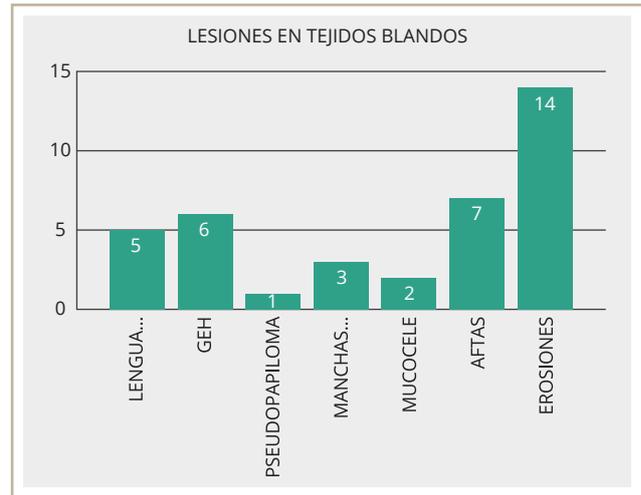


Gráfico 5.

CONCLUSIONES

Las patologías dentarias y estomatológicas no diagnosticadas y no tratadas causan graves perturbaciones en la población infantil con consecuencias en la población adolescente y adulta. Es importante diagnosticarlos en el niño para iniciar tempranamente el tratamiento y evitar las connotaciones físicas y psíquicas que generan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Adeboye, S. O., C. de B. O. y Hobson, R. S. 2006. Severe Hypodontia in a set triplets. *Br(Chic). Jan-Apr; 70(1):58-60.*
- 2- Cho, S. Y., Ki, Y., Chu, V. y Chan, J. 2006. Concomitant developmental dental anomalies in Chinese children with dens evaginatus. *Int J PaediatrDent, 16(4):247-51.*
- 3- Discacciati de L., M. S. 2005. Anomalías dentarias. Prevalencia observada clínicamente en niños de la ciudad de Corrientes. *Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas.*
- 4- Endo, T., Ozoc, R. y Kubota, M. 2006. A survey of hypodontia in Japanese orthodontic patients. *Am J. OrthodDentofacialOrthop, 129(1):29-35.*
- 5- Espinosa - Zapata M, Loza G, Mondragón R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. *Informe preliminar. Cir Ciruj 2006;74(3):153-157*
- 6- Gabris, K., Fabian, G., Kaan, M. y Rozsa, N. 2006: Prevalence of hypodontia and hyperdontia in paedodontic and orthodontic patients in Budapest. *CommunityDentHeal, 23(2):80-2.*
- 7- García Pola MJ., García JM., González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo. *Medicina Oral 2002; 7: 184-91. ©Medicina Oral. B-96689336ISSN 1137-283*
- 8- Gómez de F., M. y Campos, M. A. 2002. *Histología y embriología bucodental. 2da. ed.*
- 9- Pinkham, J. R. 2001. *Odontología pediátrica. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana*
- 10- Rioboo - Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. *Epidemiology of the most common oral.*
- 11- *Mucosal diseases in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:376-87. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447.*