

Dra. Alicia Kurth¹⁻²
Dra. Marina Campodónico¹⁻²
Dra. Raquel Daniels¹⁻²

1. Docentes de Odontología
Integral del Niño, Universidad Mayor
2. Odontopediatras Fundación Gantz

Dirección postal:
Vaticano 3821 Dep. 304 Las Condes
Fono: 207 1602 cel: 09-730 0077
e-mail: aliciakurth@hotmail.com

Trabajo de Investigación

Programa Preventivo de Caries en Niños con Labio Leporino y Paladar Fisurado en la Fundación Gantz

Falta título en inglés

Resumen

En este estudio, 121 niños entre 3 y 6 años fueron examinados en la Fundación Gantz. 82 de estos niños ingresaron a un programa preventivo de caries desde Recién Nacidos. 39 niños son del grupo control. Para el análisis estadístico se aplicó el test de Chi-square. Los resultados son estadísticamente significativos, 0.00045%. En el primer grupo el 57.3% está libre de caries y 42.7% tiene lesiones incipientes. En el grupo control, el 41% está libre de caries y el 59% tiene policaries severas. Los padres del primer grupo se capacitaron y comprendieron la importancia de la salud bucal para el éxito de los diferentes tratamientos médico-odontológicos futuros que necesitarán sus hijos.

Summary

In this study, 121 children, between 3 and 6 years of age, from Fundación Gantz were examined. 82 of these children, entered since birth, a preventive program, for caries. 39 Children were the test group.

The Chi-square test was applied, and statistically significant differences were found, (0.00045 %). In the first group 57.3% are free of caries, and 42.7% have initial lesions. In the test group, 41% are free of caries, and 59 % have severe lesions. The parents of the first group understood the importance of oral health for future treatment of the children.

Key Words: Cleft Palate, Preventive Program.

Introducción

La prevalencia de la caries en la población infantil de Santiago, a los 4 años, es de 87.8%, con un índice ceod de 4.88²³. La literatura revisada menciona mayor frecuencia de caries y rehabilitaciones complejas y de difícil manejo. Son frecuentes los defectos en el esmalte, alteraciones de tamaño y forma de los dientes en la zona de la fisura^{1, 18}. El estado emocional de los padres, alimentos cariogénicos como reforzadores primarios y la permisividad son los responsables de la mayor incidencia y severidad de la caries en los niños fisurados^{6, 7, 9, 11, 23}.

Todos los autores consultados se refieren a la necesidad de establecer pro-

gramas de prevención en salud oral desde el recién nacido, para lograr una oclusión armónica y estable. La tendencia mundial actual apoya los programas preventivos en niños de corta edad, como también la atención primaria y tratamientos curativos específicos para todos los niños¹⁶. Luiz Reynaldo de Figueiredo⁸, describe la secuencia histórica de diferentes intentos de iniciar en forma muy temprana la atención del niño. También se refiere a la necesidad de incorporar a los pediatras para que los deriven, antes de la aparición de daño en las piezas dentarias^{10, 21}. En relación a los tratamientos preventivo – curativos, son es-

casos los profesionales que les otorgan atención odontopediátrica integral⁷.

Magnusson¹³ señala la conveniencia del trabajo multidisciplinario en la rehabilitación de los fisurados y agrega: “Un factor fundamental del tratamiento, es la odontología preventiva, sin cuyas medidas pueden verse limitados los resultados del resto de la terapéutica”.

El propósito de este estudio es demostrar que los niños fisurados pueden tener sus piezas dentarias sanas, cuando sus padres participan responsablemente en un Programa Preventivo Odontológico personalizado.

Material y Método

Participan 121 niños fisurados no sindrómicos, de ambos sexos, nacidos entre 1995 y 1997 que reciben atención integral en la Fundación Gantz.

El primer grupo “Niños del Programa” (N=82), fue derivado por el Cirujano Plástico a la clínica de Odontopediatría, con menos de un año de edad. Sus padres participan activamente en el Programa Preventivo.

Conceptos enseñados en la primera sesión:

- Importancia de mantener las piezas dentarias sanas para futuros tratamientos quirúrgicos y ortodóncicos.
- Alimentación sólo según indicación pediátrica por riesgo cariogénico.
- Indicaciones para formar hábito de higiene desde los primeros meses de vida.
- Ventana de infectividad y períodos de mayor riesgo cariogénicos^{5, 12, 22}.
- Citación a control según riesgo cariogénico y etapa del desarrollo del niño.

La segunda sesión se realiza cuando erupcionan los primeros dientes antero - superiores con el objeto de enseñar la forma de limpiarlos con el cepillo dedal (Foto N° 1). Si se detectan zonas hipoplásicas en dientes erupcionados, se protegen con vidrio-ionómero en la

misma sesión. Si el niño tiene más de 12 meses, se indica disminuir la alimentación con biberón en la noche, con el objeto de suprimirla totalmente a los 14 – 16 meses.

Se refuerzan todos los conceptos ya enseñados. Además, se agregan otros, como el mayor riesgo cariogénico de los dientes hipoplásicos de la zona de la fisura. Las otras piezas dentarias son de igual calidad que la de niños no fisurados de la misma edad. En la zona de la fisura, puede haber dientes de mala calidad, hipocalcificados, con alteraciones de forma y/o mal posiciones. También son frecuentes las agenesias y supernumerarios^{1, 18}.

Se continúa con citaciones personalizadas a control según la evolución dentaria del niño, detectando oportunamente patologías incipientes, realizando la acción clínica preventiva- rehabilitadora necesaria y refor-



Foto N° 1. Niña de 8 meses. Uso del cepillo dedal desde la erupción de los primeros dientes.

zando los conceptos ya enseñados. (Foto N° 2)

Todos los niños fueron examinados por el mismo operador, cuando tienen la edad preestablecida para este estudio (3 a 6 años) y su dentadura temporal completa.

Mensajes:

- La buena salud oral de su hijo depende de usted.
- La autoestima será mejor porque el aspecto estético de su niño, será bueno.
- El habla también se beneficia.
- Su niño también puede sonreír.

El Grupo “Control “ (N=39) son niños que solicitaron atención dental por primera vez en la Fundación Gantz entre los 3 y 6 años de edad.

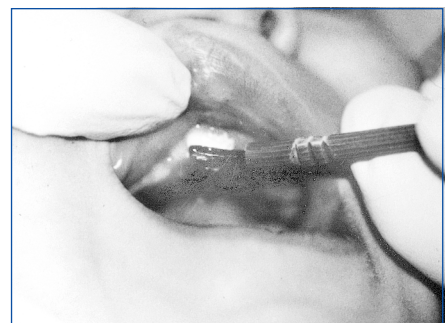


Foto N° 2. Niña de 7 meses. Aplicación de Flúor Barniz en dientes hipoplásicos en erupción.

Resultados

Tabla 1. Distribución de los niños examinados.

Grupo	N°	%
Programa	82	67.8
Control	39	32.2
Total	121	100

Número de niños que participan en este estudio. El menor número del Grupo Control se debe a que son derivados tardíamente de otros servicios.

Tabla 2. Distribución de los niños según sexo.

Grupo	M	%	F	%
Programa	48	58.5	34	41.5
Control	24	61.5	15	38.5
Total	72	59.5	49	40.5

Es mayor el número de niños por la mayor incidencia de fisuras en varones.

Tabla 3. Distribución de niños sanos y en actividad de caries.

Grupo	Niños	%	Sano	%	Actividad caries	%
Programa	82	67.8	47	57.3	35	42.7
Control	39	32.2	16	41.0	23	59.0
Total	121	100	63	52.1	58	47.9

Porcentaje de niños sanos y en actividad de caries de ambos grupos.

Tabla 4. Distribución de niños sanos y en actividad de caries por sexo.

Grupo	Sanos				Actividad caries			
	M	%	F	%	M	%	F	%
Programa	29	61.7	18	38.3	19	54.3	16	45.7
Control	11	68.8	5	31.2	13	56.5	10	43.5
Total	40	55.5	23	46.9	32	44.4	26	53.0

El porcentaje de niñas sanas es menor que el de los varones en ambos grupos.

Tabla 5. Porcentaje de niños sanos y en actividad de caries de ambos grupos.

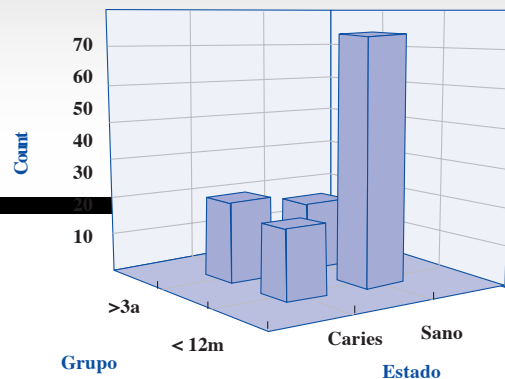
Niños	% Sanos	% Caries	Total	N
Programa	78.04878	21.95122	1.00E+02	82
Control	46.15385	53.84615	1.00E+02	39
Total	67.76860	32.23140	1.00E+02	
N	82	39		121

Los datos fueron analizados estadísticamente por el test Chi-square y calculados en porcentajes

Test statistic	Value	df	Prob
Pearson Chi-square	12.30917	1.00000	0.00045

Gráfico N° 1

El gráfico muestra la diferencia estadísticamente significativa (Prob. 0.00045) entre el grupo que participó en el Programa Preventivo y los niños Control. (Análisis estadístico gentileza Dr. Benjamín Martínez)



Discusión

Los mayores esfuerzos con relación a salud bucal de los niños fisurados se refieren a las maloclusiones. Es escasa la información sobre caries y métodos de prevención y rehabilitación³.

En nuestro estudio, la distribución de la actividad de caries es similar en niñas del grupo del Programa Preventivo y las que ingresan mayores de 3 años, la diferencia está en la severidad de la lesión. El porcentaje de varones sanos de ambos grupos es más alto que el de las niñas, lo que podría tener explicación en las normas de crianza más afectivas y permisivas para las niñas, portadoras de un defecto físico que incide en su aspecto de "hermosa". Es probable que exista otro factor asociado a la capacidad buffer de la saliva, según reporte de Söderling y col. 1993²⁰.

La diferencia significativa de la pre-

sencia de caries entre los niños que ingresan menores de 12 meses y los de demanda espontánea del grupo control, son consecuencia de la adhesión lograda con los padres al Programa Preventivo. La posibilidad de detectar caries incipientes, zonas de descalcificación, alteraciones de estructura del esmalte posibilita la solución inmediata del problema clínico. Es posible disminuir significativamente las caries en los niños fisurados, si sus padres aprenden medidas básicas de autocuidado en salud bucal. Guzmán y Zillmann 1997¹¹, en una muestra de 55 niños fisurados de 3 - 4 de la Fundación Gantz, mencionan el alto porcentaje de caries, de un 58.62% a los 3 años, la que aumenta a un 76.92% a los 4 años. Los autores recomiendan establecer tratamientos odontológicos con enfoque preventivo.

Otro aspecto interesante es analizado por Dabed y Cauvi, 1988⁷, quienes relatan el escaso conocimiento que manifiesta la profesión odontológica, en relación a los problemas odontológicos de los fisurados.

Aquellos pacientes que tienen su dentadura temporal completa y sana, tendrán más posibilidades de acceder a tratamientos ortodóncicos⁴ de mejor pronóstico y menor duración. (Fotos 4, 5)

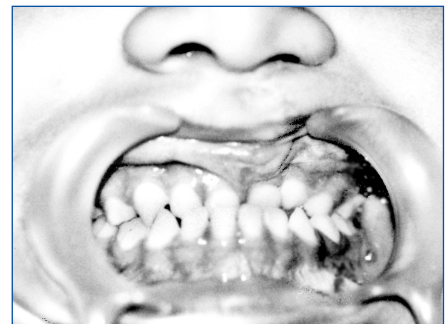
Los niños de 3 años y mayores que tienen piezas dentarias con caries, son derivados a consultas privadas de Socios de la Sociedad Chilena de Odontopediatría, sin costo para los padres, que son de escasos recursos. Al alta, ingresan al Programa Preventivo de la Fundación Gantz. (Foto 3)



Foto N° 3. Niño de 5 años, rehabilitado.



Fotos N° 4 y 5. Niña de 4 años, sana y mordida invertida anterior e izquierda.



Conclusiones

- Los niños fisurados y no fisurados de igual edad y condición tienen el mismo riesgo cariogénico.
- El porcentaje de varones sanos de ambos grupos es mayor que el de las niñas.
- El porcentaje de niñas en actividad de caries es mayor en ambos grupos.
- Los dientes de la zona de la fisura presentan hipoplasias del esmalte, alteraciones de forma y/o malposiciones, alteraciones que predisponen a la caries.

- Los niños que participan en programas preventivos, desde los primeros días de vida, tienen mayor posibilidad de tener dientes sanos y los tratamientos ortodóncicos serán de pronóstico más favorable.
- Las piezas dentarias con caries de los niños fisurados adheridos al Programa Preventivo, son de menor severidad y tienen más posibilidades de ser detectadas y tratadas oportunamente.
- Las caries que presentan los niños del

grupo control son más severas y de rehabilitación más compleja.

- Para lograr éxito en el Programa Preventivo se necesita tiempo y trabajo profesional personalizado con los padres de los niños fisurados.
- Es nuestro objetivo que los niños fisurados eviten tratamientos odontológicos restauradores, largos y tediosos, que aumentan la sobrecarga emocional por las múltiples terapias que necesitan por muchos años.

Bibliografía

1. Abdulla A, Sadowsky C, Begole E. Deciduous tooth dimensions in cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1984; 21 (4): 301-7.
2. Bordoni N. Programa de educación continua odontológica no convencional PRECON. Módulo de diagnóstico y educación para la salud OPS y OMS 1992.
3. Cauvi D, Palomino H. Rehabilitación del niño portador de labio y/o fisura velo-palatina en un enfoque multidisciplinario. *Rev Fac Odont U. de Chile* 1983; pp151-3.
4. Cauvi D, Maze M, Fuchslocher G. Planificación del tratamiento ortopédico-ortodóncico en el niño fisurado. *Odont Chilena* 1988; 36: 44-52.
5. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: Evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993; (1): 37-45.
6. Dahllof G, Ussisso-Joandí R. Caries, gingivitis and dental abnormalities in preschool children with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate J* 1989; 26 (3): 233-8.
7. Dabed C, Cauvi D. Survey of dentists experience with cleft palate children in Chile. *Cleft-Palate J* 1998; 35 (5): 430-3.
8. De Figueiredo Walter LR y col. *Odontología para el bebé. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica AMOLCA* año 2000.
9. Estrada ME, Cauvi D. Prevalencia de malos hábitos bucales en pacientes portadores de labio uni o bilateral y/o fisura velo-palatina operados. *Rev Odont Chilena* 1993; 41: 11-22.
10. Fundación Gantz, Santiago Chile. *Memoria Institucional. Programa Asistencial* 1999.
11. Guzmán A, Zillman G, Yevenes I. Diagnóstico de riesgo cariogénico en niños con labio y/o fisura velo-palatina de la Fundación Gantz, Santiago. *Rev Dental de Chile* 1997; 88 (2): 26-32.
12. Köhler B, Bratthall D. Intrafamilial levels of *Streptococcus mutans* and some aspects of the bacterial transmission. *Scand J Dent Res* 1978; 86: 35-42.
13. Magnusson BO. *Odontopediatría. Enfoque sistémico. Cap. 14. Editorial Salvat* 1985.
14. Machado de Almeida C, Ribeiro Gomide M. Prevalence of natal / neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate J* 1996; 33 (4): 297-9.
15. Mc Donald / Avery. *Odontología pediátrica y del adolescente. Edit Médica Panamericana* 5ta. Edición.
16. Ministerio de Salud Chile; División de Salud de las Personas. *Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil. Serie de documentos de Regulación* 1998.
17. Milnes AR, Bowden GHW. The microflora associated with developing lesions of nursing caries. *Caries Res* 1985; (19): 289-97.
18. Ranta R. A review of tooth formation in children with cleft lip/palate. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1986; 90 (1): 11-7.
19. Richard C, Gantz R, Cabrera J, Ayala J. Las anomalías dentomaxilares. Daño poblacional y realidad social. *Rev Dent Chile* 1972; 62 (1): 147-9.
20. Söderling E, Pienikinen K, Alanen ML, Hietaoja M, Alanen P. Salivary flow rate, buffer effect, sodium and amylase in adolescents: a longitudinal study. *J Dent Res* 1993; (101): 98-102.
21. Tsamtsouris A, Gavris V. Survey of pediatrician's attitudes towards pediatric dental health. *The Journal of Pedodontics* 1990; 14 (3): 152-7.
22. Villagrán E, Linossier A, Donoso E. Recuento de *Streptococcus mutans* en la saliva de mujeres embarazadas de la Región Metropolitana. *Estudio transversal. Rev Méd Chile* 1999; 127: 165-70.
23. Urbina T, Vicent M. Caries dentaria en preescolares y escolares del Gran Santiago. *Rev Dental Chile* 1987; 77 (18): 43-58.