

COMPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MUCOGINGIVALES EN LA POBLACIÓN INFANTIL

BEHAVIOR OF MUCOGINGIVAL DISORDERS IN THE CHILD POPULATION

Noel Acosta Acosta,^I Iliana Iglesias Berlanga^{II}

^IEspecialista de I grado en Periodontología. Profesor Instructor. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba.

^{II}Especialista de I grado en Periodontología. Profesor Asistente. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los trastornos mucogingivales, por las consecuencias que pueden acarrear, deben ser considerados dentro de los factores de riesgo de la enfermedad periodontal.

Objetivo: describir la presencia de trastornos mucogingivales en la población infantil.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva observacional. El universo de estudio estuvo constituido por los niños de entre 9 y 12 años de edad de la escuela primaria "Renato Guitart" del municipio Güines, provincia Mayabeque, durante el curso escolar 2006-2007. Para ello se estudió en la región de incisivos inferiores: la presencia de recesión gingival, el lugar de inserción del frenillo labial inferior y la altura de la encía insertada.

Resultados: el 15,5 % de los niños examinados presentó recesión gingival visible; la inserción patogénica del frenillo se encontró en el 11,5 %; y la altura nula de la encía insertada se presentó en el 4,7 %.

Conclusiones: constituyen una realidad la presencia de trastornos mucogingivales desde la niñez.

Palabras clave: trastorno mucogingival, recesión gingival, frenillo labial, encía insertada.

ABSTRACT

Introduction: the mucogingival disorders because of the consequences that they may bring about, should be considered among the risk factors for periodontal disease.

Objective: to describe the presence of mucogingival disorders in the child population.

Methods: a descriptive observational research was carried out. The study universe consisted of

children between 9 and 12 years old of "Renato Guitart" primary school in Güines municipality, Mayabeque province, during the school year 2006-2007. For this purpose, it was studied the presence of gingival recession in the lower incisor region, the insertion of the frenulum of lower lip and the height of the inserted gum.

Results: 15.5 % of the examined children presented visible gingival recession; pathogenic frenulum insertion was found in 11.5 % and the null height of the inserted gum occurred in 4.7 %.

Conclusions: the presence of mucogingival disorders since childhood constitute a reality.

Key words: mucogingival disorder, gingival recession, labial frenulum, inserted gum.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho que todo ser humano adquiere desde el momento de su concepción. El Estado y la Sociedad en que vive tienen el deber insoslayable de contribuir a hacer realidad ese derecho. En nuestro país este precepto comenzó a hacerse realidad a partir del triunfo revolucionario, a través del Ministerio de Salud Pública como organismo gestor, el Estado cubano ha tenido como prioridad garantizar la salud de todos los ciudadanos, dedicando especial atención a la población infantil.

La Organización Mundial de la Salud definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades". De esta manera, la salud debe ser entendida como "la calidad de la existencia del hombre, determinada por su relación armónica con el medio natural-social en que se desenvuelve".¹

Aunque es fundamental considerar lo social, como parte importante del proceso salud-enfermedad, este aspecto queda contenido dentro de lo biológico. De tal manera, no podemos hablar de un individuo saludable si alguna parte de su organismo presenta alguna afectación. La salud bucal, por tanto, es parte integrante de la salud general por lo que una persona no puede considerarse completamente sano, si existe la presencia activa de alguna enfermedad bucal; y aunque dichas enfermedades no son causa común de mortalidad, su alta prevalencia, las molestias locales estéticas, la infección que provocan, así como la demanda pública de atención que generan las llevan a convertirse en un problema de salud.^{2,3}

Tomando esto en consideración, el Ministerio de Salud Pública se ha ocupado de conocer el estado de salud de nuestra población, con vistas a la planificación de las estrategias a desarrollar para lograr altos niveles de la misma. Tales estrategias han permitido acercar los servicios de salud a la comunidad. En tal sentido, según el Programa Nacional de Atención Integral de la Población respecto a las enfermedades bucales, se observa una disminución de la prevalencia de caries dental en la población infantil y adolescente, mientras que la enfermedad periodontal registra un incremento de su prevalencia en todas las edades.⁴ De tal manera, las periodontopatías ocupan el segundo lugar en la jerarquización de las enfermedades bucales y la OMS las considera entre las afecciones más comunes del género humano.⁵

Estas enfermedades hacen su debut en forma de gingivitis, afectando a los tejidos de protección. Comienzan a observarse en niños menores de cinco años, para ir aumentando hasta alcanzar su punto máximo en la pubertad, luego decrecer muy gradualmente y mantenerse relativamente alta durante toda la vida. En Cuba, los estudios realizados por la Encuesta Nacional de Salud Oral del año 1998 muestran que a la edad de 5 años solamente el 10 % de los niños se encuentran afectados; a los 12 años la cifra se eleva para alcanzar un 42 %, mientras que en las edades de 15 y 18 años se encuentran afectados 44 % y 48 % respectivamente.⁶ Según las Guías Prácticas de Estomatología este tipo de inflamación afecta aproximadamente al 80 % de los niños en edad escolar; y más del 70 % de la población adulta ha padecido gingivitis, periodontitis, o ambas.⁷ Así

mismo, Oh TJ. y colaboradores concuerdan en que la gingivitis crónica constituye la afección periodontal que con mayor frecuencia afecta a niños y adolescentes, encontrándose en más del 70 % de la población infantil mayor de siete años de edad.⁸

Para poder enfrentar esta problemática de salud relacionada con las enfermedades periodontales, es importante reconocer que las mismas se deben al resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo asociados a ellas.

A partir de mediados del siglo XX comenzaron a realizarse estudios epidemiológicos bien diseñados sobre la enfermedad periodontal, quedando establecido que los depósitos de placa microbiana constituyen sin duda alguna el factor etiológico más importante de la misma.⁶

Actualmente se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales. La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival continúan manteniéndose fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis.

Los trastornos mucogingivales no constituyen un factor de riesgo fuertemente asociado a la enfermedad periodontal. No obstante, según nuestra opinión sería interesante considerarlo, ya que de acuerdo a nuestra experiencia profesional hemos observado que pueden agravarla de encontrarse ellos presente; además, en estos trastornos están involucrados precisamente tejidos periodontales, como es el caso de la encía, tanto marginal como insertada.

Antes de considerar a los trastornos mucogingivales, resulta de interés definir qué se entiende por complejo mucogingival. Según H. de Waal, el mismo está formado por la encía marginal, la encía adherida o insertada, la unión mucogingival y la mucosa alveolar. Estima este autor que para que un complejo mucogingival sea considerado como adecuado, sus tejidos constituyentes deben ser capaces de conservar su integridad biomorfológica, así como mantener una conexión firme con los dientes y tejidos subyacentes. Establece además, que los trastornos mucogingivales pueden presentarse básicamente de dos formas: como rotura cerrada del complejo mucogingival, que da lugar a la formación de bolsas periodontales; o como rotura abierta, que provoca fisuras periodontales y retracciones gingivales.⁹ Por su parte, la American Academy of Periodontology incluye en estos trastornos a las inserciones aberrantes de frenillos y músculos, al ancho insuficiente de encía insertada, a la profundidad vestibular disminuida, así como a la inflamación y/o agrandamiento gingival.¹⁰

Generalmente, estas alteraciones de los diversos tejidos mucogingivales no se presentan aisladas, sino que aparecen interrelacionadas. Por otro lado, con el transcurso de los años podría empeorar el trastorno presente, el que puede derivar en problemas periodontales de diversa gravedad, tales como: movilidad dentaria, formación de abscesos periodontales, y hasta la pérdida de los dientes involucrados.

La corrección de estos trastornos representa, en ocasiones, un reto importante para el especialista, debido a que en muchas ocasiones se requiere para ello un tratamiento quirúrgico. El mismo puede ir desde una simple eliminación de frenillos,⁶ el uso de autoinjertos libres, la recolocación de colgajos, hasta procedimientos más complejos basados en la regeneración tisular guiada,^{6,11-13} o en el empleo de matrices alodérmicas.¹⁴

La presencia de algún trastorno mucogingival en los niños merece especial consideración, debido a que, en primer lugar, representa una alteración de su salud bucal; y en segundo lugar, de no corregirse a tiempo, puede, como expresáramos, empeorar el estado periodontal en la adolescencia y en la adultez.

Por tanto, la detección precoz de estos trastornos, resulta clave para su corrección con un tratamiento oportuno, lo que permitiría restablecer la salud del individuo afectado. Se pretende

contribuir a ello con esta investigación, la que tiene por objetivo describir el comportamiento de algunos parámetros relacionados con el complejo mucogingival en la población infantil. Esperamos, de esta manera, contribuir al enriquecimiento del conocimiento científico de la materia estudiada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y de corte transversal en la escuela de la enseñanza general primaria "Renato Guitart Rosell" del municipio de Güines, provincia Mayabeque, durante el período comprendido desde diciembre de 2006 a marzo de 2007, con el objetivo de describir el comportamiento de los trastornos mucogingivales en la población infantil.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 148 alumnos de 9 a 11 años de edad, tanto del sexo masculino como del femenino, matriculados en la referida escuela durante el curso escolar 2006-2007, y acorde a los criterios de inclusión tomados para esta investigación.

Se tomó como criterio de inclusión el hecho de que estuvieran presentes en la cavidad bucal y a nivel del plano de oclusión los cuatro incisivos inferiores permanentes.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad
- Recesión gingival visible
- Inserción del frenillo labial
- Altura de la encía insertada

Se realizó la coordinación previa con la dirección del mencionado recinto escolar y se obtuvieron los datos generales de los alumnos objeto de investigación, a partir de los registros de matrícula archivados en la secretaría docente del centro.

El autor de la investigación participó en reuniones efectuadas con los padres de los estudiantes comprendidos en las edades seleccionadas para el estudio, a quienes les brindó información detallada sobre el mismo con el fin de lograr la cooperación de éstos y obtener su consentimiento informado.

Para recoger la información se confeccionó una planilla encuesta en la que quedaron plasmadas las diferentes variables a estudiar.

El examen clínico fue realizado por el propio investigador, auxiliado por una Licenciada en Atención Estomatológica, que se encargaba de anotar los datos pertinentes. El mismo se llevó a cabo en la propia escuela, en un área abierta, con iluminación natural, utilizándose para ello: espejo bucal plano, explorador dental No.5, sonda periodontal y un Pie de Rey. El estudio se realizó en los tejidos mucogingivales de los incisivos inferiores.

Para estudiar la recesión gingival se tomó en cuenta la recesión gingival visible, o sea, la posición que ocupaba el margen gingival con respecto a la unión cemento-esmalte. Se consideró ausente, cuando ambos coincidían; y presente, si el margen gingival se encontraba desplazado en dirección apical, sin considerar la cuantía de tal desplazamiento.

La inserción del frenillo labial se determinó de acuerdo al sitio donde se produjera la misma, considerándose normal si se situaba en la encía insertada interdientaria y patogénica si se

encontraba sobre la encía marginal interdentaria.

La medición de la altura de la encía insertada se llevó a cabo con el Pie de Rey, midiéndose en mms la distancia entre el surco marginal y la línea mucogingival.

A partir de la información recolectada se confeccionó una base de datos en Excel para su tabulación de forma computarizada. Se determinaron por cientos a partir de la conformación de tablas de frecuencia univariadas y bivariadas (tablas de contingencia). En las mismas se aplicó la prueba de Hipótesis Chi Cuadrado, considerando la existencia de dependencia estadística cuando el nivel de significación fue de p mayor que 0,05.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de la recesión gingival. Según se aprecia, del total de alumnos examinados la misma estuvo presente en el 15,5 % de ellos, correspondió a los de 10 años de edad la cifra más elevada 7,4 %. No se encontró significación estadística. Estos resultados revelan la importancia de considerar a la recesión gingival en el momento de realizar el examen clínico bucal en los niños que tengan sus incisivos inferiores completamente brotados.

Tabla 1. Distribución de recesión gingival según edad

EDAD	RECESIÓN GINGIVAL				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	No.	%	No.	%	No.	%
9	5	3,4	45	30,4	50	33,8
10	11	7,4	39	26,3	50	33,8
11	7	4,7	41	27,7	48	32,4
TOTAL	23	15,5	125	84,5	148	100,0

Al analizar los resultados reflejados en la tabla 2, que se refieren a la distribución de la inserción del frenillo, se pone de manifiesto que el 11,5 % del total de alumnos examinados presentó inserción patogénica del frenillo labial inferior. Al mismo tiempo, la cifra mayor de esta variable estuvo en la edad de 11 años, con el 4,7 % del total de examinados, aunque también es válido anotar que a los 9 años ya se observó este tipo de inserción en 6 de los niños examinados. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 2. Distribución inserción frenillo según edad

EDAD	NORMAL		PATOGENICA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
9	44	29,7	6	4,1	50	33,7
10	46	31,1	4	2,7	50	33,7

11	41	22,7	7	4,7	48	32,4
TOTAL	131	88,5	17	11,5	148	100,0

Los resultados referentes a la distribución de la altura de encía insertada, reflejados en la tabla 3 muestran que la misma se presentó como suficiente en el 68,4 % de la población estudiada. También es de destacar que el 4,7 % de los examinados estuvo en la escala de altura de encía insertada nula, es decir, que casi 5 de cada 100 niños no presentaron encía insertada. Con respecto a la edad, aunque se observó una distribución casi uniforme, a la categoría de altura nula, le correspondió el 2,1 % de presencia con respecto al total de examinados. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos. Y, aunque no son elevados, nos advierten sobre la importancia de tener en cuenta este aspecto en los exámenes clínicos de los niños, ya que la altura suficiente de la encía permitiría que los tejidos soporten los efectos de la placa, del cepillado, de la tracción del frenillo y de los músculos, así como de los procedimientos restauradores.

Tabla 3. Distribución altura encía insertada según edad

EDAD	ALTURA ENCIA INSERTADA						TOTAL	
	SUFICIENTE 1 y más mm		ESCASA 0,1-0,9 mm		NULA. 0 mm			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
9	35	23,7	13	8,8	2	1,3	50	33,8
10	35	23,7	13	8,8	2	1,3	50	33,8
11	31	21,0	14	9,4	3	2,1	48	32,4
TOTAL	101	68,4	40	27,0	7	4,7	148	100,0

DISCUSIÓN

Según se desprende de los resultados obtenidos, resulta un hecho cierto la presencia de trastornos mucogingivales en la población infantil. En relación a la recesión gingival, su presencia puede implicar consecuencias negativas para quien la presenta: por un lado, deja expuesta la superficie radicular, cuyo tejido más externo, el cemento no es resistente a la acción de los microorganismos criogénicos, o bien, es susceptible de hiperestesia dentinal; además, dificulta las medidas de control de placa, provocando que ésta se acumule y ocasione inflamación del tejido gingival.

Al comparar nuestros resultados con los de otros autores, vemos que Roque de Escobar y col,¹⁵ en un estudio llevado a cabo en dos escuelas primarias en la ciudad de Camagüey en el año 2003, reportan una prevalencia de recesión gingival de 11,4 %, algo inferior a nuestro resultado. Por su parte, Bracho de Peña,¹⁶ en escuelas públicas de Venezuela, reporta un 3,0 % de prevalencia, aunque su estudio se realizó en adolescentes de 13 a 17 años. En fecha más reciente, año 2000, Ocampo,¹⁷ al estudiar la prevalencia de variables de salud bucal en 4724 niños en Bogotá, señala un 6,0 % de recesión gingival.

En cuanto al frenillo labial, el hecho de que se inserte en la zona adecuada resulta de gran importancia para el correcto funcionamiento de los tejidos. Al respecto, ya desde el año 1939, Hirschfeld, citado por Prichard, señaló que la inserción del frenillo muy próxima al tejido marginal causaba su retracción,¹⁸ del mismo modo, tal tipo de inserción provoca tensión sobre la encía marginal, pudiendo contribuir al establecimiento de inflamación gingival con formación de bolsas periodontales.¹⁹

Por su parte, es importante tomar en consideración la altura de la encía insertada, pues cuando es insuficiente, la tensión ejercida por los músculos de la expresión facial causa movimiento, retracción y blanqueamiento de la encía. Esto puede dar por resultado la migración apical de todo el aparato de inserción, con exposición de la raíz, haya o no formación de bolsa. Con rapidez se producirán recesión del tejido marginal y formación de bolsa allí donde el hueso sea delgado sobre raíces prominentes; la presencia de ventanas o dehiscencias complica aún más este problema.²⁰

Se concluye que la recesión gingival se observó en algo más de la décima parte 15,5 % de los niños examinados, siendo la edad de 10 años donde se evidenció una cifra ligeramente más elevada: 7,4 %. La inserción patogénica del frenillo labial inferior fue observada en el 11,5 % de la población estudiada. Hubo una mayor presencia relativa en la edad de 11 años. La altura nula de la encía insertada fue de un 4 %. No se apreciaron diferencias entre las distintas edades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barreras E. Filosofía, ciencia y salud. La Habana: Pueblo y Educación; 1991.
2. Laria Menéndez A. Individuo, Sociedad y Comunidad. Curso 5. Maestría de Salud Bucal Comunitaria [CD ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
3. Zaca González G, Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001 [citado 20 Ene 2011];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Mendez L. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2005 Ene-Jun [citado 20 Ene 2011];32(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_1_95/est10195.htm
5. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
6. Del Valle Portilla M. Factores de riesgo y enfermedad periodontal [CD ROM]. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
7. Garrigó Andreu MI, Sardinias Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, León Padilla N, Fuentes Belier J. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.
8. Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. J Clin Periodontol [Internet]. 2002 [cited 2011 Jan 20];29(5). Available from: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/73561/j.1600-051X.2002.290504.x.pdf;jsessionid=9DE5D397ADC73089C0DD904609E0DCC8?sequence=1>
9. Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. Colgajo de reposición apical. Avances en Periodoncia [Internet]. 2011 Ago [citado 1 Abr 2012];23(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000200002&lng=es.
10. Zermeño N JJ, Flores A CC, Saldívar R. D, Soria L JA, Garza R. M, Iglesias B. JL. Enfermedad periodontal como factor de riesgo para presentar resultados perinatales adversos. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 1 Abr 2012];76(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000500009&lng=es.
11. Ardila Medina CM. Recesión marginal gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Avances en Periodoncia [Internet]. 2009 [citado 24 Ene 2011];21(1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>
12. Stavropoulos A, Karring T. Guided tissue regeneration combined with a deproteinized bovine bone mineral (Bio-Oss) in the treatment of intrabony periodontal defects: 6-year results from a randomized-controlled clinical trial. J Clin Periodontol [Internet]. 2010 Feb

- [cited 2011 Feb 15];37(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20653820>
13. Parma-Benfenati S, Tinting C. Histologic evaluation of new attachment utilizing a titanium-reinforced barrier membrane in a mucogingival recession defect. A case report. *J Periodontol* [Internet]. 1998 Jul [cited 2011 Feb 15];69(7). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9706863>
 14. Mejía E, Téllez H, Lara J, Guerrero F. Uso de la matriz dérmica acelular. *Revista Nacional de Odontología México* [Internet]. 2004 [citado 15 Feb 2011];1(1). Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=67490&pagina=1>
 15. Cavenaghi G, Caccianiga GL, Bladoni M, Lamedica M. Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. *Avances en Periodoncia* [Internet]. 2000 Dic [citado 27 Mar 2011];12(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852000000300003&lng=es.
 16. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Calzado de Silva M, Rodríguez Alonso Y, Santos Toled L. Focos sépticos bucales en pacientes con uveítis. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Dic [citado 27 Mar 2011];16(12). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001200006&lng=es.
 17. Bracho de Peña R, Hernández Vicuña N; Elejalde L, Zambrano de Ceballos O, Paz de Gudiño M; Contreras Torrealba J. Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo. *Acta Odontológica Venezolana* [Internet]. 2003 [citado 27 Mar 2011];41(3). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/recesion_gingival_incisivos_inferiores.asp
 18. Ocampo AM. *Fundamentos de la odontología, periodoncia*. Bogotá: Ciencias de La Salud, 2000.
 19. Prichard JF. *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general*. La Habana: Científico-Técnica; 1983.
 20. Barroso Macedo Barbosa JA, Sáez Martínez S, Bellet Dalmau LJ. Indicación quirúrgica de los frenillos bucales. *Rev Oper Dent Endod* [Internet]. 2007 [citado 20 Ene 2011];5. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=28

Noel Acosta Acosta. Especialista de I grado en Periodontología. Profesor Instructor. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: noel.acosta@infomed.sld.c