

INTRODUCCIÓN

Los defectos del desarrollo del esmalte (DDE) son causados por alteraciones en el desarrollo del órgano del esmalte, durante el proceso de amelogenénesis como resultado de múltiples factores. Se presentan como alteraciones cuantitativas (hipoplasias) o cualitativas (hipomineralización u opacidad), clínicamente visibles en esmalte, debidas a alteraciones de la matriz en la biomineralización durante la odontogénesis¹⁻² Existen estudios que comprueban la asociación entre desnutrición infantil y presencia de DDE³⁻⁶ pero es necesario comparar esta última variable con lo que sucede en otros estados nutricionales como el eutrófico o sobrepeso.

OBJETIVO GENERAL

Poner de manifiesto el perfil de patología para DDE en dentición temporaria en niños de y 71 meses de edad de Mendoza, que concurren al HU-UNCuyo en relación al estado nutricional.

DESARROLLO

Estudio transversal descriptivo para determinar el tipo, distribución y frecuencia de los Defectos del Desarrollo del Esmalte (DDE), en niños eutróficos o con sobrepeso, con dentición temporaria completa que concurren al Hospital Universitario de la UNCuyo. Con el objetivo de agregar al estudio de base (en desnutridos), datos en niños eutróficos o con sobrepeso, y poder construir las bases comparativas del problema en niños con diferentes estados nutricionales.

Metodología: Muestra: 40 niños, entre 24 y 71 meses, con erupción completa de su dentición temporaria, previo consentimiento parental. Se examinaron un total de **2725 superficies dentarias**.

Pieza dentaria con superficies	Variables				
	Vestibular	Incisal/Oclusal	Palatino/Lingual		
N° de caras afectadas DDE por elemento dentario	0	1	2		3
Índice DDE modificado ⁷	0= sin DDE	1=opacidad demarcada	2= Opacidad Difusa		3= hipoplasia.
Severidad (N° de dientes afectados por individuos)	0=ninguno	1=1	2=2 a 3	3=4 a 5	4=6 a 7 5= más de 8.
Estado nutricional IMC (peso/altura ²) Tabla de crecimiento y peso infantil (Gráfico IMC por edad para niñas entre 0 y 60 meses/ Gráfico IMC por edad para niños entre 0 y 60 meses) de la OMS ⁸	percentil menor de 3: Bajo peso	Percentil entre 3 y 85 Peso normal	entre 85 y 97 Sobrepeso		> de 97 Obesidad

Se aplicó estadística paramétrica y no paramétrica, con un nivel de significación p= 0,05.

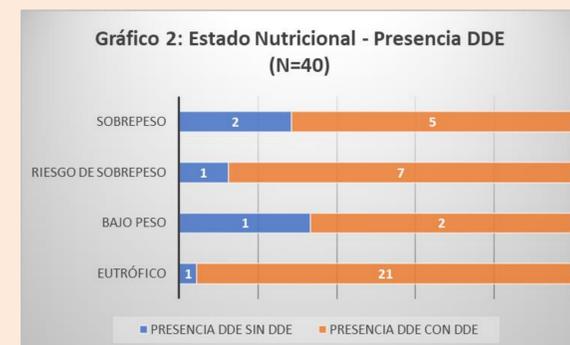
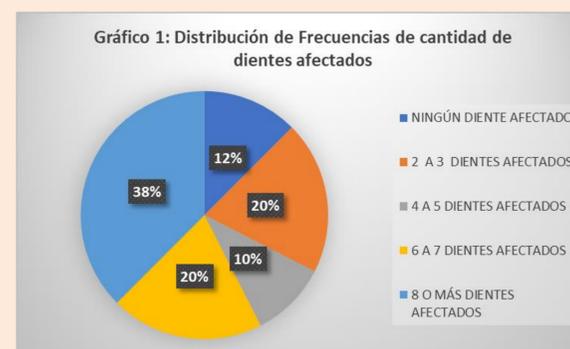
El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la FO-UNCuyo.

RESULTADOS

- La **prevalencia** de DDE 87,5%.
- El **55%** de los niños correspondió a la categoría de **eutróficos**, el **20%** a **riesgo de sobrepeso**, el **17,5%** a **sobrepeso** y un **7,5%** presentó **bajo peso**.
- **Superficies dentarias afectadas** por DDE 344: 115= opacidades demarcadas, 205= opacidades difusas y 24 =hipoplasias. **Tabla 1**
- Los **elementos dentarios más afectados** son los 1°y 2° molares temporarios.
- La **categoría más frecuente:** 0% categoría “1 diente afectado”; el 20% para “2 a 3 dientes afectados”; el 10% para “4 a 5 dientes afectados”; el 20% para “6 a 7 dientes afectados”, y el mayor porcentaje, de 37,5%, para “8 o más dientes afectados”. (**Gráfico 1**)
- No se distinguieron diferencias estadísticamente significativas pero se observa una **tendencia de predominio de la categoría “8 o más dientes afectados”**($\chi^2=9.250$, p= 0,055).
- La **distribución de frecuencias** entre las categorías de estado nutricional no es homogénea por lo que la comparación entre grupos respecto a la presencia/ ausencia de DDE no sería adecuada con este número de observaciones.(**Gráfico 2**)

Tabla 1: Superficies Afectadas por DDE (N=344)

Opacidades demarcadas	115
Opacidades difusas	205
Hipoplasias	24



CONCLUSIONES

El estudio aportó una visión preliminar, por lo que se desprende la necesidad de continuar aumentando el tamaño muestral en niños eutróficos o con sobrepeso, para poder confirmar estos resultados y a su vez poder compararlos con los resultados obtenidos en niños con desnutrición, contribuyendo con datos válidos al conocimiento de frecuencia y perfil de patología para DDE en niños de Mendoza .

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarkson J, O'Mullane D. Un índice DDE modificado para uso en estudios epidemiológicos de defectos del esmalte. Revista de Investigación Dental . 1989; 68 (3): 445-450.
2. Naranjo Sierra MC. Terminología, Clasificación y medición de los defectos en el desarrollo del esmalte. Revisión de literatura. Univ Odontol.2013 Ene-Jun; 32(68): 33-44.
3. Psoter WJ, Reid BC, Katz RV. Malnutrition and Dental Caries: A Review of the Literature. Caries Res 2005; 39:441-447.
4. Chaves, A. M. B., Rosenblatt, A. Oliveira, O. F. B.. Enamel defects and its relation to life course events in primary dentition of Brazilian children: A longitudinal study. Community Dental Health. Mar2007, Vol. 24 Issue 1, p31-36.
5. Ramos-Martinez K, González-Martínez F y Luna-Ricardo L. Estado de salud oral y nutricional en niños de una institución educativa de Cartagena, 2009.Rev. salud pública. 12 (6): 950-960, 2010.
6. Corrêa-Faria P, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Developmental defects of enamel in primary teeth: prevalence and associated factors. Int J Paediatr Dent. 2013 May;23(3):173-9.
7. International Dental Federation, Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. A review of developmental defects of enamel index (DDE Index). Int Dent J. 1992; 42 (6): 411-26.
8. De Onis, M. Valores de Referencia de la Organización Mundial de la Salud 2015. El ebook ECOG's sobre niños y adolescentes obesos.