

*Rev Biomed 2006; 17:307-310.*

## ***Prevalencia de caries rampante en niños atendidos en el Centro Odontopediátrico Carapa, Antímamo, Venezuela.***

**Carta al Editor**

Hanoi González<sup>1</sup>, Silvia Brand<sup>1</sup>, Félix Díaz<sup>1</sup>, Marcos Farfán<sup>1</sup>, Verónica González<sup>1</sup>, Werllith Rangel<sup>1</sup>, Noel Catanho<sup>2</sup>, Ricardo González<sup>3</sup>, Rodolfo Devera<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Odontología, Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

<sup>2</sup>Centro Odontopediátrico Carapa, Antímamo, Venezuela

<sup>3</sup>Dpto. de Ciencias, Unidad de Estudios Básicos, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela.

<sup>4</sup>Dpto. de Parasitología y Microbiología, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela.

La caries dental es una de las enfermedades más comunes que afectan a los seres humanos y la afección bucal de mayor prevalencia a nivel mundial. Su etiología es multifactorial y causa la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por los ácidos de los depósitos microbianos adheridos a ellos. La enfermedad afecta los tejidos de los dientes desde una lesión leve y limitada, hasta la afección pulpar, llegando a la destrucción total del diente, aumentando la posibilidad de repercutir en el estado general del paciente (1).

Existen distintos tipos de caries. Dentro de éstos se encuentra la caries rampante (CR) o irrestricta, también conocida como caries del biberón o caries de la infancia temprana. Se trata de un cuadro de aparición súbita, extendida y rápidamente horadante que da por resultado el compromiso temprano de la pulpa y que afecta

aquellos dientes que se consideran generalmente inmunes a la caries común u ordinaria. Afecta principalmente a niños entre 2 y 5 años de edad. La característica distintiva de esta enfermedad es el compromiso de los incisivos anteroinferiores y la producción de caries cervical; además, clínicamente tiene un patrón definido de afectación coincidiendo con el orden cronológico de erupción (1-4).

El patrón de ataque de esta enfermedad también se relaciona con el trayecto del líquido desde que sale del biberón o pezón y las zonas donde se facilita su estancamiento en la cavidad bucal (1, 3, 5).

El principal factor etiológico involucrado, pero no el único, es el uso del biberón. Hoy se sabe que la enfermedad es multifactorial y está asociada con hábitos incorrectos y uso prolongado de la

**Solicitud de sobretiros:** Dr. Rodolfo Devera. Departamento de Parasitología y Microbiología, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar. Av. José Méndez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Código postal: 8001-A, Venezuela. E-mail: rodolfodevera@hotmail.com  
Recibido el 18/Septiembre/2006. Aceptado para publicación el 3/Noviembre/2006.

Este artículo está disponible en <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb061747.pdf>

**Vol. 17/No. 4/Octubre-Diciembre, 2006**

*H González, S Brand, F Diaz, M Farfan, V González, W Rangel, N Catanho, y col.*

lactancia materna o del biberón, así como con el contenido de las fórmulas, basadas principalmente en sustancias azucaradas. También hay que considerar la participación de la microbiota oral y los hábitos higiénicos deficientes, los cuales permiten la permanencia de sustancias acidógenas sobre las superficies dentarias. Finalmente, la susceptibilidad del huésped es otro factor involucrado (1, 3, 5).

Los estudios de prevalencia de CR a nivel mundial han mostrado cifras variables, oscilando entre 5 y 24% en países industrializados (5). En un estudio realizado en el Servicio de Odontología de un Hospital Pediátrico de México, González-Pérez y col. (6), determinaron una prevalencia de 49.3%. En Venezuela, Franceschini y Acevedo, reportaron una prevalencia de 13% de CR en Caracas, determinando una mayor prevalencia en los niños de 4 años de edad, asociada principalmente con el bajo nivel socio-económico (7).

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de caries rampante y los factores de riesgo en niños atendidos en el Centro Odontopediátrico Carapa, sector Antímamo, en el municipio Libertador del Distrito Capital, Venezuela. El estudio de tipo transversal se realizó entre julio y octubre de 2002, con 31 niños menores de 7 años, de ambos sexos, atendidos en la Consulta de Tratamiento y Emergencia. Cada paciente fue sometido a una evaluación clínica-bucal para el diagnóstico de la caries dental.

Se utilizó la definición de Massler (1) para (CR) y las caries que no cumplieron con estos requisitos se consideraron caries no rampante (CNR). De acuerdo a los resultados de la evaluación clínica, las CR fueron clasificadas según González-Pérez y col. (6) en leve, moderada y severa. Se consideraron los siguientes criterios: 0 dientes sanos; 1 caries en cualquiera de los incisivos superiores anteriores temporales; 2 caries en los primeros molares, superiores abarcando más de dos superficies; 3 caries en primeros molares inferiores abarcando más de dos superficies; 4 caries en caninos superiores e inferiores en

cualquiera de sus superficies; 5 caries en segundos molares superiores temporales, abarcando más de dos superficies; 6 caries en segundos molares temporales inferiores en más de dos superficies; 7 caries en incisivos inferiores en cualquiera de sus superficies; 8 espacio vacío por ausencia de corona, pero persistencia de los restos. Según estos criterios se consideró como leve a la caries con los criterios 0, 1 y 2; moderada con los criterios 3 y 4, y avanzada con los criterios 5 en adelante.

Luego de explicar la importancia del estudio, se solicitó el consentimiento verbal de cada representante adulto de los menores y se les aplicó una encuesta, en la cual eran averiguados datos de identificación y los posibles factores etiológicos de la caries (lactancia, hábito de cepillado, educación de los padres, etc.)

De los 31 niños evaluados, 15 eran del sexo masculino y 16 del femenino, con un promedio de edad de 4.6 años. La frecuencia de caries dental fue de 100% (67.7% de tipo rampante y 32.3% no rampante). Con relación a la CR, 42.9% era severa, 33.3% moderada y 23.8% leve. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los niños afectados con la CR. En lo que respecta al sexo, de los 21 niños con CR, 9 eran mujeres y 12 varones ( $p > 0.05$ ).

El 93.5% de los evaluados había recibido lactancia materna, siendo el promedio de 14.5 meses, 71% recibió lactancia materna y artificial (tetero) simultáneamente y 6.4% recibió únicamente lactancia artificial. De los niños con CR, 21.4% usó tetero por menos de 1 año y 78.6% por más de 2 años. De los 24 niños que hacían uso del tetero, en el 91.7% de los casos la leche contenía azúcar; y de éstos, 18 (75%) tenían CR. El 83.3% de los niños con CR dormía con el tetero en la boca. De los 15 niños que dormían con el tetero en la boca, 4 (26.7%) lo hacían solamente durante el día, 5 (33.3%) únicamente durante la noche y 6 (40%) tanto durante la noche como en el día. La mayoría (83.3%) de los encuestados no utilizaba chupones. De los 5 que usaban chupones ninguno empleaba sustancias azucaradas en ellos.

*Caries rampante en niños de Venezuela*

Las madres refirieron que los niños se cepillaban en el 100% de los casos. El 67.7% indicaron que hacían uso del cepillo hasta dos veces al día y 32.3% más de tres veces al día. El 66.7% de los que se cepillaban menos de 2 veces al día presentaron CR.

Un total de 25 madres (80.6%) refirieron que el cepillado era supervisado, pero la CR fue más frecuente en este grupo. Sin embargo, no hubo relación entre la presencia de la CR y la no supervisión del cepillado. Hay que resaltar que éste es un cepillado distinto de aquel realizado después de tomar el tetero. Considerando específicamente a los niños cuyas madres refirieron cepillado después de lactar se constata que sólo 7 (24.1%) refirieron que realizan la limpieza y cepillado del niño después de lactar y 75.9% no lo hacen. La CR fue más frecuente en los niños cuyas madres refirieron que no realizaban el aseo después de lactar, con 80.9%. De los 21 niños con CR, 9 usaron flúor.

Al investigar sobre el conocimiento que tienen las madres sobre la caries y su prevención, se obtuvo que: 54.8% no saben lo que es la caries. En este grupo 64.7% tenían CR. El 64.5% de los representantes indicaron que sabían que el tetero causa caries, sin embargo, 85% de estos niños presentaron CR.

Cuando se investigó sobre las medidas empleadas por los padres para evitar la caries, destaca que el 48.4% no las conocen o no mencionaron alguna. El 16.1% dijo que el cepillado sólo; 9.7% cepillado más control de comidas dulces, 6.4% respondió que cepillado y control odontológico, y otro 6.4% dijo que emplean el cepillado después de las comidas.

Según el estudio de los factores de riesgo para CR, dormir con el tetero en la boca, usar tetero con fórmula azucarada y el no cepillarse después de lactar, fueron los únicos factores identificados, pues presentaron un valor para el estadístico OR considerado como significativo (mayor de 2) (cuadro 1). Estos resultados coinciden con los de otros autores (2, 3, 6).

En conclusión, se determinó una elevada prevalencia de CR (67.7%), superior a la determinada en otros estudios realizados en Venezuela (7, 8). La falta de higiene bucal adecuada (no cepillado después de lactar), hábitos dietéticos inadecuados (uso de biberón con sustancias azucaradas) y hábitos socio-culturales (dejar dormir al niño con el tetero en la boca) fueron los principales factores etiológicos de riesgo para CR entre la población evaluada. Todos estos factores son prevenibles, sin embargo, se nota una falta

**Cuadro 1**  
**Factores de riesgo para caries rampante. Centro Odontopediátrico Carapa, Antímamo, Venezuela, 2002.**

Factor de riesgo	OR*	Significativo†
Edad	< 2	NS
Sexo	< 2	NS
Duración de la lactancia artificial	< 2	NS
Uso de azúcar en tetero	> 2	S
Dormir con el tetero en la boca	> 2	S
No cepillado	< 2	NS
No cepillado después de lactar	> 2	S
Uso de flúor	< 2	NS
Saber lo que es caries	< 2	NS
Conocer los factores de riesgo	< 2	NS

\* razón de los productos cruzados u "odds ratio". † valores mayores de 2 son significativos con un 95% de confianza. S: significativo, NS: no significativo

---

*H González, S Brand, F Diaz, M Farfan, V González, W Rangel, N Catanho, y col.*

de instrucción de los padres acerca del problema. Debido a ello las campañas de educación en salud bucal deben ser una de las medidas más importantes a ser implementadas.

Todos estos niños recibieron el tratamiento odontológico requerido y sus padres instruidos sobre las medidas preventivas necesarias.

**Palabras clave:** caries dental, caries rampante, Venezuela, epidemiología dental.

#### REFERENCIAS.

- 1.- McDonald R, Avery D, Stookey B. 1996. Caries dental en niños y adolescentes. En: McDonald R, Avery A, editores. *Odontología pediátrica y del adolescente*. España: Editorial Harcourt Brace; 1996. p. 209-43.
- 2.- Lamas-Oliveira M, Gil-González FJ, González-Sáenz AM. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. *Profes Dent* 1999; 2:31-40.
- 3.- Navarro AB, González A, Gil FL, Rioboo R. Caries del biberón. *Rev Pediat Aten Primar* 1999; 1:83-94.
- 4.- Ripa L. Nursing Caries. A comprehensive review. *Pediatr Dentist* 1988; 10:268-81.
- 5.- Chavarro I, Córtez JR, Rodríguez PA. Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo. Posibles factores asociados. *Pediatría* 2000; 35:11-30.
- 6.- González-Pérez S, Ventura-Juárez J, Campos-Rodríguez R. Estudio sobre prevalencia de caries dental y caries rampante en población preescolar. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1992; 49:750-6.
- 7.- Franceschini J, Acevedo AM. Prevalence of rampant caries on pre-scholar Venezuelan children. *J Dent Res* 1987; 76:1223.
- 8.- Flores DJ. Papel de la ingesta de carbohidratos y flujo salival en el Desarrollo de caries rampante en niños de 4-7 años. [Trabajo de Ascenso]. Caracas; Universidad Central de Venezuela; 1997.