

MUNICIPALIDAD DE VALLADOLID

EL ODONTOLOGO TITULAR EN LA POBLACION ESCOLAR

Por el Prof. Dr. Andrés Fernández Martín.

Comenzamos haciendo referencia a nuestra publicación en "Odontoiatría", vol. 17, núm. 193 (1).

Se centra nuestra labor en divulgación profiláctica y de higiene bucal, con charlas semanales por grupos de niños que serán ampliadas en su día, al efectuar algún tratamiento, de contar con medios para ello; nos ha ayudado de manera muy valiosa la Casa Profidén, enviándonos gratuitamente 25 láminas deportivas, 25 láminas de fisiopatología bucal y 25 folletos explicativos; las láminas son fijadas en la habitación dedicada a la Inspección médico-escolar, para que los niños, por grupos, las vean, lean y comenten. Igualmente nos envió Profidén 250 tubos de pasta dental científica, y 250 cepillos de dientes modelo infantil, de nylon, que regalamos a los niños que tenían más limpia y cuidada su boca o con menos caries. La Casa Profidén proporcionó al Ayuntamiento, a bajo precio, un lote de 750 cepillos y 750 tubos de pasta, con el mismo fin.

Para el reconocimiento, la ficha adoptada es la misma que se lleva en la Inspección Odontológica médico-escolar de Madrid, modelo muy completo.

Llevamos constancia de los datos generales que afectan a nombre, apellidos, Grupo escolar, edad, sexo, naturaleza o residencia, y los particulares, entre otros el estado de la boca, número de caries, ei piezas temporales o permanentes, existencia de raíces, piezas dentarias extraídas, anomalías buco-dentarias y faciales, piezas dentarias permanentes fracturadas, variedades ortodóncicas, tanto que afecten a una pieza aislada, como al conjunto de ellas o al macizo máxilo-facial.

La labor del odontólogo titular, aunque sea solamente circunscrita a la población escalora, es muy grande, e imposible de momento con los medios de que se dispone hacerla verdaderamente eficiente. Podemos hacer bien lo referente a profilaxis y estadística de estos Grupos Escolares que disponen de habitación para la Inspección Médico-Escolar, ya que en las Escuelas que carecen de ella se ocasiona alguna alteración de labor docente y pérdida de tiempo.

Tenemos, como primera etapa, registrados en nuestro fichero el reconocimiento de 1.006 niños y niñas, pertenecientes a los Grupos Escolares San Fernando y Gonzalo de Córdoba, de los cuales 207 con boca completamente sana y normal, y el resto, 799, son portadores de 2.490 caries de todas clases, en piezas temporales y permanentes, así como con restos dentarios, lo que correspondía a un 80 % de bocas con caries, etc., y sólo un 20 % escaso de bocas sanas, existiendo un porcentaje de 2 a 3 caries por boca, entre los 799 indicados.

Igualmente llevamos anotadas 38 anomalías ortodóncicas de todo tipo, con lo que resulta un 3 ó 4 % del total de niños, así como variedades de dientes en sierra, Hutchinsonson, manchas de esmalte, diastemas, variedades y anomalías dentarias morfológicas, hipoplásicas, facies adenoidea, fisuras velo-palatinas, existencia de Torus palatinus, etcétera, etc.

Segunda etapa: Niños reconocidos pertenecientes a los Grupos Escolares "Anejas a la Normal del Magisterio" y de "Macías Picavea".

Del primero, en edades de 6 a 14 años, se han visto 229 niños, con 44 bocas sanas y 185 con caries; éstos son portadores de 404 caries en dientes temporales, de los cuales asentaban en piezas de maxilar superior 194 y 210 en el inferior; casi todos estos niños en edades comprendidas entre los 6 y 9 años. Caries en dientes permanentes 82, de las cuales eran 25 en piezas del maxilar superior y 57 del inferior; a éstas hay que añadir 150 restos dentarios temporales y 18 permanentes. Casos de ortodoncia, 7. Hipoplasias muy acusadas, 4. Incluidos los restos dentarios resulta a 3 caries por boca o niño, con un porcentaje global de 80,7 %.

Grupo Escolar de niñas de "Anejas a la Normal del Magisterio": Bocas reconocidas, 131; en edad entre los 8 y 13 años, ambos inclusive; bocas sanas, 39; con caries, 92. En piezas temporales, 176 caries, afectando 75 al maxilar superior y 101 al inferior. Restos dentarios temporales 53 y permanentes 17; total, 70. Caries en piezas permanentes 88, de las cuales eran 31 del superior y 57 del inferior. Casos de ortodoncia, 6. Ripoplasias, 2.

Resulta un porcentaje de 2,54 caries por niña, con un total de 70,2 %.

Grupo "Macías Picabea", solamente niños. Examinados 205, entre los 6 y los 14 años; bocas sanas 25, con caries 180. Caries temporales 302. De maxilar superior 137, de inferior 165. Caries de piezas permanentes 164, de las cuales 141 son temporales y 23 permanentes. Ortodoncia 7. Piezas permanentes extraídas 12. Corresponden 2,7 caries por boca, con un total de 87 % de bocas afectadas, incluyendo los restos dentarios.

Grupo Escolar "Ponce de León": Niñas areconocidas 288, niños 274, en total 562. Bocas sanas niñas 74, niños 49, en total 123 bocas sanas. dentarios en piezas temporales y permanentes. Se distribuyen así: Bocas afectadas 439. Son portadores de 712 caries, incluidos los restos 216 caries temporales de las niñas y 167 en los niños en maxilar superior. 229 caries temporales en la pieza de maxilar inferior en niñas e igual número en los niños. En piezas permanentes de maxilar superior, en niños 53 y en niñas 57. En maxilar inferior en niñas 140, en niños 116. Dientes en sierra, niñas 3, niños 3. Ortodoncia, niñas 5, niños 19. Lengua geográfica, un niño; fístulas, un niño. "Dentum medium", un niño.

Las caries por boca que corresponden en este grupo son: 3,17 en niños y 3,3 en niñas. Porcentaje global, el de 78,1 %.

Grupo Escolar "Constanza Martín", de niños, del barrio de San Pedro Regalado. Niños, 264. bocas sanas, 62. Bocas con caries, 202. Caries temporales en maxilar superior 208, en inferior 229. Caries en piezas permanentes de maxilar superior 32, en inferior 53. Incisivos superiores permanentes fracturados, 7. Piezas permanentes extraídas, 10. Ripoplasias, 3. Ortodoncia, 4. "Dentum medium", 1. Fisuras velo-palatinas, un niño.

Las caries por boca corresponden a 3,5. Porcentaje global 76 %, incluidos los restos dentarios, tanto temporales como permanentes.

Grupo Escolar "González Regueral", del barrio de San Pedro Regalado: Niñas, 314. Bocas sanas, 84; bocas con caries, 230; restos dentarios, 167. Caries temporales en maxilar superior, 242; en el inferior, 218. Caries permanentes en piezas del maxilar superior, 42; en el inferior, 70. Piezas permanentes extraídas, 12. Dientes permanentes fracturados, 9. Hipoplasias, 3. Dientes en sierra, 6. Ortodoncia, 11. Dientes apiñados, 1. "Torus palatinus", 1. Lengua geográfica, 1. Dientes ocultos, 2. Dientes muertos por traumatismo, 1. Flemón con fístula, 1. Adenitis submaxilar, 1. Caries por boca, 3,2. Con un porcentaje global de 74 %.

Resumen práctica de estas observaciones: Las caries en la edad escolar son múltiples y muy numerosas, casi sin excepción en el pri-

mer período escolar, es decir, de los 6 a los 9 años, sobre todo en piezas temporales, tanto con caries como con restos dentarios.

Asientan preferentemente en maxilar inferior sobre el superior, en una proporción de un tercio más en la primera dentición y un cien por cien más en la permanente.

Las piezas más cariadas son en la temporal el IV y el V, y en la permanente el VI.

No hay diferencia ostensible entre un lado y otro de los maxilares, lado derecho o izquierdo, ni en una ni otra dentición.

Comparado el tanto por ciento global, hay una diferencia de un 10 % menos de caries en las niñas que en los niños, y entre los grupos escolares hasta ahora vistos no hay apenas diferencia entre unos y otros grupos.

Pasan de tres mil los niños de ambos sexos vistos incluyendo los pertenecientes a los grupos escolares de niñas y niños de la "Rondilla de Santa Teresa" que no entran en esta estadística.

La media aritmética de la suma de todos los niños reconocidos arroja un total de 3,17 de caries por boca, y la media aritmética del porcentaje con la cifra media mundial admitida en estos últimos años, que es de 85 %, podemos decir que la de los niños de Valladolid es inferior en 8,5 % que aunque mala es ligeramente mejor que el índice mundial.

Tienen, en general, cierta prevención a ser reconocidos, aunque se procura, con la forma de tratarlos, ganar su confianza, estimulándolos al cuidado y limpieza de la boca, haciéndoles ver su importancia y la conveniencia de ser reconocidos con frecuencia.

Es evidente que carecen de la educación en este sentido hasta el presente, no acordándose de la boca más que cuando les duele, podemos afirmar sin exageración que, con excepción de unas cuantas niñas, pocas, y de las mayores, no practican en absoluto la más elemental higiene, ni limpieza dental de ninguna clase.

A los niños con bocas sanas o limpias, e incluso menos caries, se les regala un cepillo y tubo de pasta dental, animándoles a su uso, y a los demás se les recomienda dándolo por escrito lo que en cada caso proceda.

Plaza de España, 8
Valladolid.

DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES ORBITARIAS EN LA OSTEOMIELITIS MAXILAR AGUDA Y EN LA SINUSITIS AGUDA DE LOS NIÑOS (TEXTO RUSO)

Sabo, E. ORL, Munic. Hosp., Hatvan, Hungría. "Vestn. Oto-rino-laring.", 1964

Son extraordinariamente raras las complicaciones de las inflamaciones supuradas de los senos nasales accesorios; en general, son consecutivas a la inflamación del laberinto etmoidal y a la sinusitis maxilar aguda, debido a razones anatómicas. En las complicaciones orbitarias de la rinitis y sinusitis aguda el tratamiento puede ser conservador o radical. Siempre hay que administrar antibióticos de amplio espectro; puede estar indicada la aspiración del contenido del seno maxilar o el drenaje de las celdas del laberinto etmoidal. Si se forma un absceso orbitario es preciso evacuarlo. Se presentan tres historias: 1) Un enfermo con una osteomielitis del maxilar superior en fase inicial. 2) Un enfermo con osteomielitis del maxilar superior derecho. 3) Un enfermo con una pansinusitis izquierda aguda supurada y celulitis orbitaria izquierda.

(Excepta Med., Radina. Moscú.)

FISTULAS CONGENITAS DEL LABIO INFERIOR

PENKAVA, J. Klin. Plast. Chir. Lék. Fak. UJEvP., Brno., "Cs. Stomat"
1964, 64/4 (285-295)

Se describen los pormenores de las fístulas congénitas del labio inferior. El autor las clasifica desde el punto de vista morfológico en cuatro tipos: 1) Fístulas bilaterales con un orificio casi imperceptible en una porción central del labio inferior, por lo demás intacto. 2) Fístulas bilaterales con un orificio en forma de ranura o embudo en una parte central engrosada del labio rojo con un reborde fistuloso prominente. Estas variedades son las más frecuentes. 3) Fístulas bilaterales que terminan como en 1) y en 2), pero con una capa mucosa en todo su trayecto. 4) Fístula solitaria en un solo lado, que se extiende en sentido lateral desde el plano sagital central. Los 4 tipos son grados diversos de la misma anomalía de desarrollo. Se describe la etiopatogenia de esta malformación desde el punto de vista histórico. El análisis de un grupo personal de 16 enfermos indica la frecuencia con que se combinan las fístulas congénitas con otras anomalías de desarrollo, con predominio de la queilo-, gnato-, y palatosquisis. La anomalía es más frecuente en mujeres. Se observó una incidencia familiar en la tercera parte de los enfermos. Por último se exponen las indicaciones generales del tratamiento quirúrgico y se discute el momento más oportuno para la intervención quirúrgica.

SUPLEMENTOS DE FLUOR EN LA PROFILAXIS DE LA CARIES DENTAL

Nikiforuk, G. y Fraser, D. Div. of Dental Res., Dept. of Prev. Dent.,
Fac. of Med., Univ. of Toronto. "Amer J. Dis. Child.", 1964

Se pasa revista a los datos que abonan la eficacia del suplemento de flúor en la alimentación a una dilución de una parte por millón, en la prevención de la caries dental. En la actualidad se posee información suficiente para poder afirmar que estos suplementos, si se utilizan de forma adecuada, reducen la frecuencia de la caries en los niños. Sin embargo, aún no es posible afirmar cómo el grado de protección se compara con el consumo regular de agua de bebida el agua comunal de grandes sectores de la población está fluorada fluorada para la comunidad, en el caso individual. En estos momentos, (43.000.000 en los Estados Unidos y 4.000.000 en el Canadá). Se sugiere un esquema de las dosis necesarias de fúor complementario para los niños de diversas edades, basado en las cifras publicadas sobre el consumo promedio de agua en los diferentes grupos de edad. Se indican los medios prácticos por los que se puede administrar con seguridad dicha dosis, en tanto que se tiene en cuenta la edad del niño y el contenido natural en flúor en el agua de la población. Por ahora no se recomiendan para uso general los preparados de flúor multivitaminicos, pues es difícil la modulación del consumo de los diversos componentes individuales y porque se multiplican los peligros de un preparado múltiple cuando se emplea de forma inadecuada. Se insiste en que el éxito y seguridad de cualquier sistema de fluoración a domicilio requiere unos 12 años de colaboración exacta e inteligente. Es evidente, por lo tanto, que estas técnicas son menos deseables como medida de sanidad pública general que la fluorización del agua de la comunidad, y que sólo deben prescribirse tras una cuidadosa consideración de las circunstancias individuales.