

**DOI:** 10.26820/recimundo/7.(3).sep.2023.24-32

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2079>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 24-32







## Prevalencia de enfermedad gingival en niños con dentición primaria

Prevalence of gingival disease in children with primary dentition

Prevalência de doença gengival em crianças com dentição decídua

**Jaime Francisco Peñafiel Bowen<sup>1</sup>; Víctor Hugo Bustamante Moran<sup>2</sup>; Patricia Judith Pinos Robalino<sup>3</sup>; Gema Lissette Villacreses Arteaga<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 08/05/2023 **ACEPTADO:** 09/06/2023 **PUBLICADO:** 30/08/2023

1. Especialista en Periodoncia; Especialización en Implantes; Odontólogo; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; [jaime.penafielb@ug.edu.ec](mailto:jaime.penafielb@ug.edu.ec);  <https://orcid.org/0000-0003-1405-2074>
2. Especialista en Odontología Restauradora; Odontólogo; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; [victor.bustamantem@ug.edu.ec](mailto:victor.bustamantem@ug.edu.ec);  <https://orcid.org/0000-0001-7497-1844>
3. Magister en Diseño Curricular; Doctora en Odontología; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; [patricia.pinosr@ug.edu.ec](mailto:patricia.pinosr@ug.edu.ec);  <https://orcid.org/0000-0001-7170-9381>
4. Especialización En Odontopediatría; Odontóloga; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; [gema.villacresesa@ug.edu.ec](mailto:gema.villacresesa@ug.edu.ec);  <https://orcid.org/0000-0003-4143-9362>

### CORRESPONDENCIA

**Jaime Francisco Peñafiel Bowen**

[jaime.penafielb@ug.edu.ec](mailto:jaime.penafielb@ug.edu.ec)

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La gingivitis se define como la inflamación de la encía. Algunos hallazgos clínicos iniciales incluyen enrojecimiento e inflamación del margen gingival y sangrado después del sondeo. Si las condiciones persisten, los tejidos que fueron inicialmente edematosos comienzan a volverse fibróticos. La encía clínicamente sana en el preescolar suele ser más rojiza, por una mayor vascularización; tiene un epitelio más delgado, menos queratinizado y más translúcido. La superficie gingival puede ser lisa o levemente moteada y los tejidos pueden mostrar una consistencia más firme y elástica. Otros factores que pueden afectar la ocurrencia y severidad de gingivitis en niños son respuesta inmunológica de las células inflamatorias, cambios en la composición bacteriana de la placa dental, diferencias morfológicas en la dentición primaria, presencia de apiñamiento y traumatismo por cepillado factores demográficos, socioeconómicos y estrés. La gingivitis en niños asmáticos puede ser explicada, debido a una alteración de la respuesta inmune y por la tendencia de respiración bucal, especialmente durante un episodio de ataque asmático y deshidratación de la mucosa alveolar durante la respiración bucal. La concentración de IgE encontrada en los tejidos gingivales es elevado en los pacientes con asma, causante de la destrucción periodontal. La Academia Americana de Odontología Pediátrica promueve medidas preventivas profesionales y en casa, que incluyen: implementar medidas de higiene oral a partir de la erupción del primer diente primario, el cepillado debe ser realizado por sus padres dos veces al día, utilizando un cepillo de dientes suave de tamaño adecuado a la edad. Se aplicó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, con contenido oportuno y relevante para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo.

**Palabras clave:** Gingivitis, Niños, Enfermedad Periodontal, Erupción, Inmunología, Asma, Microbiología, Odontología, Educación.

## ABSTRACT

Gingivitis is defined as inflammation of the gums. Some initial clinical findings include redness and swelling of the gingival margin and bleeding after probing. If the conditions persist, the tissues that were initially edematous begin to become fibrotic. Clinically healthy gingiva in preschoolers is usually more reddish, due to greater vascularity; it has a thinner, less keratinized, and more translucent epithelium. The gingival surface may be smooth or slightly mottled, and the tissues may show a firmer, more elastic consistency. Other factors that may affect the occurrence and severity of gingivitis in children are the immune response of inflammatory cells, changes in the bacterial composition of dental plaque, morphological differences in the primary dentition, the presence of crowding, and brushing trauma, demographic, socioeconomic, and stress. Gingivitis in asthmatic children can be explained due to an altered immune response and a tendency to breathe through the mouth, especially during an episode of asthmatic attack and dehydration of the alveolar mucosa during mouth breathing. The concentration of IgE found in gingival tissues is high in patients with asthma, causing periodontal destruction. The American Academy of Pediatric Dentistry promotes professional and home preventive measures, including: implementing oral hygiene measures from the eruption of the first primary tooth, brushing should be done by parents twice a day, using a toothbrush soft, age-appropriate size. A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what was discussed in this article.

**Keywords:** Gingivitis, Children, Periodontal Disease, Eruption, Immunology, Asthma, Microbiology, Dentistry, Education.

## RESUMO

A gengivite é definida como uma inflamação das gengivas. Alguns achados clínicos iniciais incluem vermelhidão e inchaço da margem gengival e sangramento após a sondagem. Se as condições persistirem, os tecidos que estavam inicialmente edematosos começam a tornar-se fibróticos. A gengiva clinicamente saudável em crianças em idade pré-escolar é geralmente mais avermelhada, devido à maior vascularização; tem um epitélio mais fino, menos queratinizado e mais translúcido. A superfície gengival pode ser lisa ou ligeiramente mosqueada, e os tecidos podem apresentar uma consistência mais firme e elástica. Outros factores que podem afetar a ocorrência e a gravidade da gengivite nas crianças são a resposta imunitária das células inflamatórias, as alterações na composição bacteriana da placa dentária, as diferenças morfológicas na dentição primária, a presença de apinhamentos, os traumatismos provocados pela escovagem, os factores demográficos, socioeconómicos e o stress. A gengivite em crianças asmáticas pode ser explicada devido a uma resposta imunitária alterada e a uma tendência para respirar pela boca, especialmente durante um episódio de ataque asmático e desidratação da mucosa alveolar durante a respiração bucal. A concentração de IgE encontrada nos tecidos gengivais é elevada nos doentes com asma, causando destruição periodontal. A Academia Americana de Odontopediatria promove medidas preventivas profissionais e domiciliárias, nomeadamente: implementação de medidas de higiene oral desde a erupção do primeiro dente primário, a escovagem deve ser feita pelos pais duas vezes por dia, utilizando uma escova de dentes macia, de tamanho adequado à idade. Foi aplicada uma metodologia descritiva, com abordagem documental, ou seja, revisão de fontes disponíveis na rede, com conteúdo oportuno e relevante para responder ao que foi discutido neste artigo.

**Palavras-chave:** Gengivite, Crianças, Doença periodontal, Erupção, Imunologia, Asma, Microbiologia, Odontologia, Educação.

## Introducción

Las enfermedades periodontales no están asociadas solamente a los adultos. También son prevalentes en niños y adolescentes, algunas son rápidamente destructivas. A diferencia de la población adulta, en la población infantil y adolescente no existía un acuerdo para evaluar las enfermedades periodontales. Los sistemas de nomenclatura y clasificación para describirla en esta población, cambiaron periódicamente con el paso de las décadas. Esto condujo a confusiones al contrastar la literatura previa acerca de la prevalencia de las enfermedades periodontales, diagnóstico, tratamiento, etc.

A partir del año 1999 surge un nuevo sistema de clasificación que comprende 8 categorías separadas y abarca todas las enfermedades periodontales y condiciones relacionadas con éstas, vigente hasta el presente. De acuerdo con esta clasificación, “la gingivitis fue añadida como una nueva categoría dentro de las enfermedades periodontales, específicamente a la gingivitis inducida por placa dento-bacteriana” (Rocha, Serrano, Fajardo, & Servín, 2014)

No obstante, en la población infantil y adolescente la gingivitis no se encuentra adecuadamente caracterizada, la gingivitis es una condición prevalente en la niñez y adolescencia. Estudios previos reportan una amplia fluctuación en ésta, por ejemplo, (Rocha, Serrano, Fajardo, & Servín, 2014) observaron en fuentes consultadas:

“un rango de prevalencia de 35% - 85% en niños de 3 - 6 años de edad. En niños Niguerianos de 8 años de edad, el 54.4% presentó gingivitis, y un porcentaje similar fue encontrado en niños Polacos y Tanzaneses, encontraron que la gingivitis afecta a más del 70% de los niños mayores de 7 años.”

La prevalencia, extensión y severidad de la gingivitis se incrementa gradualmente durante la niñez, alcanzando su mayor nivel de severidad en la pubertad, disminuyendo después de superar esta etapa. El pico de

severidad es independiente en ambos sexos, influenciado por el incremento en los niveles de hormonas sexuales sobre la fisiología de los tejidos periodontales y la colonización del periodonto por bacterias. Se ha reportado una incidencia del “90% al 100% en adolescentes, en adolescentes escolares de Estados Unidos una prevalencia de gingivitis del 60% resultando más afectadas las áreas molares en el maxilar superior y los incisivos centrales en la mandíbula” (Taboada & Talavera, 2011).

La enfermedad gingival es considerada como la segunda alteración bucodental en cuanto a morbilidad, afectando a más de tres cuartas partes de la población sin incluir la variable edad. La gingivitis es un proceso inflamatorio que comienza en la niñez temprana. “La prevalencia y severidad de la gingivitis indica que esta enfermedad inicia a los 5 años (su punto más alto se da en la pubertad, con prevalencias de 2 a 34% en niños de 2 años de edad y de 18 a 38% en niños de 3 años de edad” resaltan (Taboada & Talavera, 2011).

## Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “*Prevalencia de enfermedad gingival en niños con dentición primaria*”. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

## Resultados

La gingivitis se define como la inflamación de la encía. Algunos hallazgos clínicos iniciales incluyen enrojecimiento e inflamación del margen gingival y sangrado después del

sondeo. Si las condiciones persisten, “los tejidos que fueron inicialmente edematosos comienzan a volverse fibróticos” (Rocha, Serrano, Fajardo, & Servín, 2014). Los márgenes gingivales, normalmente presenta un contorno en forma de filo de cuchillo, pueden volverse ondulantes, y la papila interdental puede volverse bulbosa y alargada.

Si no se toman medidas que combatan la gingivitis, puede presentarse la formación de bolsas periodontales, una significativa hipertrofia o hiperplasia de la encía ocurren. Cabe destacar que todos estos hallazgos clínicos son reversibles cuando el agente etiológico, enfermedad periodontal es removida. La unidad gingival en los niños presenta características diferenciales en: color, punteado gingival, profundidad del surco gingival, amplitud de la encía adherida y apariencia radiográfica los tejidos gingivales con respecto a los de los adultos en su aspecto clínico y en resistencia.

La encía clínicamente sana en el preescolar suele ser más rojiza, (por una mayor vascularización); tiene un epitelio más delgado, menos queratinizado y más translúcido. La superficie gingival puede ser lisa o levemente moteada y los tejidos pueden mostrar una consistencia mucho más firme y elástica. El contorno de la encía marginal muestra una forma redondeada por la constricción cervical que tienen los dientes primarios. “La profundidad del surco alrededor de los dientes temporales es de 2,5 mm en promedio, al sondeo, y en los sitios vestibular y lingual es menor que la de los proximales” (Romero & Colmenares, 2020).

Durante el periodo de mudanza dental, la profundidad del surco gingival tiende a aumentar en los dientes deciduos en la medida en que se genera la reabsorción radicular fisiológica y al erupcionar los dientes permanentes. Cuando aumenta la dimensión de la corona clínica, el surco gingival disminuye simultáneamente. La profundidad del surco en los dientes recién cambiados, se debe a la presencia de una inserción prima-

ria delicada que ofrece menor resistencia al sondaje, a la altura relativa de la unión amelocementaria con respecto a la cresta ósea y a la gingivitis por la erupción.

El ancho de la encía es mayor en el maxilar superior que en el inferior, parámetro que aumenta en la transición de los dientes primarios a los permanentes. “El espacio interdental en el niño de corta edad está determinado por elementos como el tamaño, la forma y el espacio entre los dientes deciduos con papilas aplanadas y redondeadas” (Romero & Colmenares, 2020). A continuación, se muestra una tabla que resume las características morfológicas del tejido gingival en niños entre 4 a 6 años.

**Tabla 1.** Características morfológicas del tejido gingival en niños

Características	Niños
Color	Rojizo Aspecto Liso brillante
Textura	Punteado en cascara de naranja menos pronunciado
Consistencia	Flácida y retráctil
Margen gingival	Redondeado gingival
Profundidad del surco	2.5mm. Depende del proceso fisiológico de erupción y exfoliación dental (variable según etapa)
Papilas	Aplanadas y redondeadas

**Fuente:** (Romero & Colmenares, 2020)

Otros factores que afectan la ocurrencia y severidad de gingivitis en niños son: “respuesta inmunológica de las células inflamatorias, cambios en la composición bacteriana de la placa dental, diferencias morfológicas en la dentición primaria, presencia de apiñamiento y traumatismo por cepillado factores demográficos, socioeconómicos y estrés” (Zaror, Muñoz, & Sanhueza, 2012). La zona bucal más afectada por gingivitis son las superficies linguales de los molares inferiores seguido de las superficies bucales y palatinas de los maxilares superiores.

En un estudio realizado en el Hospital de Calbuco, Chile se encontró en población infantil de 4 años de edad estudiada: “los sitios gingivales más afectados fueron los postero-inferiores, seguidos por los postero-superiores, similar a lo descrito tradicionalmente en la literatura científica” (Zaror, Muñoz, & Sanhueza, 2012). Se justifica estos hallazgos debido a la dificultad de acceso a esas regiones de la boca durante el cepillado, especialmente en niños con edad preescolar.

Al evaluar los factores de riesgo asociados a gingivitis en niños preescolares se encontró evidencia estadísticamente significativa

para relacionar “el nivel de placa bacteriana, medido a través de IHO-S y presencia de gingivitis por sextante; lo que se contradice con otros estudios” (Zaror, Muñoz, & Sanhueza, 2012), que afirman respecto a la placa bacteriana que no se relaciona con el desarrollo de gingivitis en niños. Esta diferencia puede basarse en los diferentes criterios diagnósticos utilizados, debido a similares evidencias a este estudio, concluyendo la existe una asociación significativa.

La valoración clínica de gingivitis se realizó con base en la categoría de presencia o ausencia clínica de la inflamación de la encía, también se utilizó el índice de Massler y Schonh que valora tres zonas vestibulares de la encía: la papilar, la marginal y la adherida, a fin de determinar las zonas de la encía con inflamación. Cuando ninguna de las zonas presentó signos patológicos al diente, se lee en (Taboada & Talavera, 2011):

“se le otorgó valor 0; si existen cambios inflamatorios en la encía papilar se le asignó el valor de 1; si existía inflamación en la encía marginal el valor fue 2; y si la inflamación incluía a la encía adherida, se registró con valor 3. Únicamente se registró inflamación

y ésta se detectó a simple vista, con ayuda de un espejo. El índice que se utilizó para la valoración de la presencia de placa dental fue el de O’Leary. Este índice registra la presencia o ausencia de placa de cuatro zonas de cada uno de los dientes”.

El valor del índice papilar, marginal adherida para el total de la población de estudio fue de “1.6 (moderada); 2.1 (intensa) para el sexo masculino y 1.0 (leve) para el femenino; para la edad de 4 años el valor del índice fue de 2.1 (intensa), para 5 años 1.3 (moderada)” (Taboada & Talavera, 2011). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias por sexo o por edad.

De los 77 preescolares, sólo “30 (39%) presentaron inflamación en alguna de las tres zonas de la encía; de estos, 18 eran del sexo masculino y 12 del femenino; al realizar el análisis por edad se observó que 11 de los 25 preescolares de 4 años de edad y 19 de los 52 de 5 años presentaron inflamación” (Taboada & Talavera, 2011). El resto de los resultados se presentan en la siguiente tabla. El valor del índice de O’Leary para el total de preescolares fue de “75.4% se sabe que  $\geq 20\%$  de la superficie dental cubierta con placa es indicativo de riesgo; 97.4% de los niños lo presentaron” mismo resultado de autores mencionados en este párrafo.

**Tabla 2.** Preescolares con presencia de inflamación según zona de la encía

Variable	Encía				
	N	Papilar	Marginal	Adherida	Total
<b>Sexo</b>					
<b>Masculino</b>	40	8	9	1	18
<b>Femenino</b>	37	7	5	0	12
<b>Edad (años)</b>					
<b>4</b>	25	6	5	0	11
<b>5</b>	52	9	9	1	19

**Fuente:** (Taboada & Talavera, 2011)

**Enfermedad gingival asociada al paciente pediátrico asmático**

El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden ocurrir varias veces al día o a la semana, en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche. Afirma (Marin & Palacios, 2011):

“El 10% de niños en época pre-escolar se ven afectados por los síntomas del asma, mientras que la cifra de niños menores de 2 años es de aproximadamente 20%; teniendo los niños preescolares con asma una mayor incidencia de caries, una mayor prevalencia de gingivitis y un mayor consumo de bebidas azucaradas. Niños en edad preescolar con asma requieren una atención es-



pecial de médicos y odontólogos, diseñando programas preventivos de forma individual”

Al igual que en el asma, la respuesta inmune en la gingivitis, es la mecanismo involucrado en la patogénesis y la progresión de la enfermedad. Tanto las enfermedades periodontales y respiratorias tienen una naturaleza inflamatoria y hay muchos factores que pueden afectar a su incidencia y la gravedad, el logro de aceptables y explicable resultados con firmeza, depende de un preciso diseño de estudio.

La gingivitis en niños asmáticos puede ser explicada, debido a una alteración de la respuesta inmune y por la tendencia de respiración bucal, “especialmente durante un episodio de ataque asmático y deshidratación de la mucosa alveolar durante la respiración bucal” (Marin & Palacios, 2011). Aunque el flujo salival disminuye, la concentración de mielo-peroxidasa se incrementa en pacientes asmáticos. La concentración de IgE encontrada en los tejidos gingivales es elevado en los pacientes con asma, causante de la destrucción periodontal.

### Importancia de los buenos hábitos

La higiene oral cumple un rol importante para la prevención la enfermedad periodontal, la cual presenta un conjunto de procesos inflamatorios e infecciosos que perjudican el tejido de soporte del diente (encía, hueso y ligamento periodontal), alterando su fisiología y estética. “La Asociación Latinoamericana de Odontología Periodontal indica que las enfermedades periodontales en niños y adolescentes presentan diferentes prevalencias, y que la gingivitis es casi universal” (Vargas, Chipana, & Arriola, 2020).

A su vez la ausencia de hemorragia gingival es un indicador clínico confiable de estabilidad del estado periodontal. Para disminuir el riesgo de desarrollar caries de infancia temprana la Academia Americana de Odontología Pediátrica promueve medidas preventivas profesionales y en casa, que incluyen:

“implementar medidas de higiene oral a partir de la erupción del primer diente primario, el cepillado debe ser realizado por sus padres dos veces al día, utilizando un cepillo de dientes suave de tamaño adecuado a la edad” (Muñoz & Mattos, 2015).

La disminución de caries dental se da gracias al inicio temprano de medidas educativo-preventivas destinadas y aplicadas a padres de familia, los programas educativos preventivos mediante charlas a las madres utilizando la orientación verbal, afiches y proyección de videos educativos, “contribuyen a disminuir la incidencia de caries, estimulando la adopción de hábitos más saludables” lo afirman en (Muñoz & Mattos, 2015)

Con la aplicación de técnicas educativas a corto plazo, se puede lograr una mejora de las condiciones de salud oral de los niños preescolares, gracias a una adecuada higiene oral. En esta investigación de (Muñoz & Mattos, 2015), respecto a la higiene oral, encontraron que ambos grupos lograron una disminución significativa de su índice de higiene, mientras que el grupo experimental logró una mayor disminución.

Implementar la técnica educativa desarrolla habilidades que mejoren la higiene oral después de una intervención educativa afectivo-participativa a padres y niños. Son indudables los beneficios bucales de los hábitos higiénicos y preventivos para una condición oral saludable. Los niños/adolescentes obtuvieron un promedio de cumplimiento del “61% de hábitos higiénicos, sin embargo, alcanzaron sólo el 41% para hábitos preventivos” (Rocha, Serrano, Fajardo, & Servín, 2014).

Al contrastar éstas puntuaciones con las de sus padres, encontramos una similitud en hábitos higiénicos, no obstante, los hábitos preventivos fueron más escasos, al lograr un tercio de ejecución. Resultados similares en niños Italianos, ya que cuando presentaban hábitos de higiene oral deficiente, incrementaba la prevalencia y el grado de

gingivitis. Reportaron en niños Brasileños, hábitos de higiene oral y preventivo similares entre padres e hijos.

Por lo que consideramos que es primordial concientizar y reforzar en los niños/adolescentes y sus padres, hábitos higiénicos y preventivos, como la mejor estrategia contra la gingivitis y las enfermedades periodontales. Hay tres medidas preventivas básicas para ayudar a que esta población mantenga una buena salud oral (Rocha, Serrano, Fajardo, & Servín, 2014):

- a. Instituir buenos hábitos de salud oral a edad temprana, es decir, si el niño tiene malos hábitos de salud oral, hacer el esfuerzo para que los cambie, la época más importante para crear buenos hábitos de higiene oral es la niñez, porque es cuando se está más receptivo para captar toda la información que se dé al respecto.
- b. Que los padres proporcionen a sus hijos buen ejemplo practicando con ellos hábitos de salud oral, éstos deben servir de ejemplo positivo con sus hábitos de higiene oral. Los niños deben ser guiados por sus padres, y una vez desarrollada en ellos la habilidad manual, los padres pasarán a supervisarlos, para lo cual éstos también deben tener hábitos de limpieza adecuados.
- c. Establecer visitas regulares al Odontólogo para evaluaciones y profilaxis dental.

Es muy importante que este profesional responsable, examine a cada paciente para controlar su salud en cada visita. Siempre es conveniente alguna guía para corregir pequeñas deficiencias o hábitos perjudiciales. “La sonrisa saludable, el buen aliento y los dientes fuertes contribuyen al sentido de la apariencia personal del niño/adolescente, así como a su confianza y autoestima”. (Rocha, Serrano, Fajardo, & Servín, 2014).

### Conclusión

La gingivitis se define como la inflamación de la encía. Algunos hallazgos clínicos en

etapa temprana incluyen enrojecimiento e inflamación del margen gingival y sangrado después del sondeo. Si no se toman medidas que combatan la gingivitis, puede presentarse la formación de bolsas periodontales. Cabe destacar que todos estos hallazgos clínicos son reversibles cuando el agente etiológico, enfermedad periodontal es removida.

La unidad gingival en los niños presenta características diferenciales en: color, punteado gingival, profundidad del surco gingival, amplitud de la encía adherida y apariencia radiográfica los tejidos gingivales con respecto a los de los adultos en su aspecto clínico y en resistencia. Se concluye que existe la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal, que promuevan la participación de los padres en la adquisición de hábitos de higiene bucal en niños, desde la edad preescolar, contribuyendo así a mejorar las condiciones de salud en estos grupos etarios.

Un abordaje preventivo, masivo e integral, garantizaría una alta efectividad de los programas odontológicos en la resolución de los problemas bucales de la población que atiende. En los niños con desnutrición aguda, se potencia la presencia de placa bacteriana en un porcentaje elevado. Niños con higiene oral deficiente, hemorragia gingival o sangrado de las encías, e inflamación gingival severa son más vulnerables con un mal estado nutricional, principalmente acompañado de un mal estado de salud oral, probablemente como una consecuencia de los malos hábitos y escasos recursos de estos pacientes.

También algunas enfermedades como el asma por su naturaleza inmunológica contribuyen a la presencia de gingivitis en infantes desde edad temprana. La higiene oral cumple un rol importante para la prevención la enfermedad periodontal, la cual presenta un conjunto de procesos inflamatorios e infecciosos que perjudican el tejido de soporte del diente (encía, hueso y liga-



mento periodontal), alterando su fisiología y estética. Implementar medidas de higiene oral a partir de la erupción del primer diente primario, cepillado realizado por sus padres dos veces al día y el uso de un cepillo de dientes suave de tamaño adecuado a la edad es más que suficiente para bajar estos índices de gingivitis a tan tierna edad.

## Bibliografía

Marin, D., & Palacios, M. (2011). Enfermedad gingival asociada al paciente pediátrico asmático. *Revista Estomatológica Herediana*, 21(4), 237 - 239. Retrieved 2023, from <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/174/145>

Muñoz, W., & Mattos, M. (2015). Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. *International journal of odontostomatology*, 9(2), 321 - 327. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000200021>

Navas, R., Rojas, T., Zambrano, O., Álvarez, C., Santana, Y., & Viera, N. (2002). Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Interciencia*, 27(11), 631 - 634. Retrieved 2023, from [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-18442002001100009](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442002001100009)

Rocha, M., Serrano, S., Fajardo, M., & Servín, V. (2014).

Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. *Nova Scienti*, 6(12). Retrieved 2023, from [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052014000200010&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052014000200010&script=sci_arttext)

Romero, M., & Colmenares, M. (2020). Características que influyen en la susceptibilidad a la enfermedad periodontal en la población pediátrica. *Revisión integradora*, 39(1), 1 - 27. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo39.cise>

Taboada, O., & Talavera, I. (2011). Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Boletín Médico Hospitalario Infantil de México*, 68(1), 21 - 25. Retrieved 2023, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2011/hi111c.pdf>

Vargas, K., Chipana, C., & Arriola, L. (2020). Condiciones de salud oral, higiene oral y estado nutricional en niños que acuden a un establecimiento de salud de la región Huánuco, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(1), 653 - 657. Retrieved 2023, from <https://www.scielosp.org/pdf/rpmpesp/2019.v36n4/653-657/es>

Zaror, C., Muñoz, P., & Sanhueza, A. (2012). Prevalencia de gingivitis y factores asociados en niños chilenos de cuatro años. *Avances en Odontostomatología*, 28(1), 33 - 38. Retrieved 2023, from <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v28n1/original4.pdf>



## CITAR ESTE ARTICULO:

Peñafiel Bowen, J. F., Bustamante Moran, V. H., Pinos Robalino, P. J., & Villacreses Arteaga, G. L. (2023). Prevalencia de enfermedad gingival en niños con dentición primaria. *RECIMUNDO*, 7(3), 24-32. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(3\).sep.2023.24-32](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(3).sep.2023.24-32)