

existen estudios que comparen la eficacia y la seguridad de agentes dopaminérgicos frente a clonazepam.

Ambos casos fueron diagnosticados de SPI, y se comenzó tratamiento con clonazepam a dosis bajas (0,5 y 1 mg). A la paciente 1 se le retiró el fármaco antihistamínico. Ambas pacientes se encuentran asintomáticas en el momento actual manteniendo las dosis de dicho fármaco.

El SPI es una entidad de importancia en atención primaria ya que su diagnóstico es exclusivamente clínico, su tratamiento es sencillo y poco lesivo y produce una importante mejora en la calidad de vida y sueño de los pacientes afectados.

F. Caudevilla Gállego^a,
M. Figueroa Martín-Buitrago^a
y R. Sánchez González^b

^aResidente Medicina Familiar y Comunitaria tercer año. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Blas. Parla. Área 10. Madrid. España.

1. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Pursis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults Arch Intern Med 2000;160:2137-41.
2. Culebras A. Síndrome de las piernas inquietas. Diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2001;32:281-3.
3. Sun ER, Chen CA, Ho G, Earley CJ, Allen RP. Iron and restless legs syndrome. Sleep 1998;21: 371-7.
4. Medical Bulletin, 2001. Restless legs syndrome foundation [monografía en formato PDF]. Disponible en: http://www.rls.org/pdf/med_bulletin/2001MB.pdf.
5. Síndrome de piernas inquietas. Bandolera [publicación periódica on-line]; [consultado 01/09/99] (17 pantallas). Disponible en: URL: <http://infodoctor.org/bandolera/b67s-6.html>.

Prevalencia de caries dental en niños entre 1996-2000

Objetivo. Dada la magnitud que la caries ocasiona a la población infantil, el Insalud diseñó un programa de prevención que se puso en marcha en el centro de salud de Guayaba (Madrid) en diciembre de 1996.

Partiendo del hecho de la inexistencia de estudios epidemiológicos en esta zona y ante la evidencia del mal estado de la salud bucodental de los niños, constatada en la práctica diaria, tomamos la decisión de realizar un estudio observacional sobre los pacientes que acudían a consulta, con el objetivo de conocer la prevalencia e índices de intensidad de caries, de una comunidad de la zona sur de Madrid.

Diseño. Estudio observacional de tipo transversal, no aleatorio.

Emplazamiento. Una consulta de odontología de atención primaria, que presta atención a 44.500 habitantes, de los que 6.311 son niños de 5-14 años.

Participantes. Un total de 1.871 niños entre 5-14 años del barrio periférico de Carabanchel (Madrid), que acudían de manera consecutiva a la consulta del centro de salud, remitidos por los pediatras desde el 1 de diciembre de 1996 al 1 de diciembre de 2000. La población tenía un nivel socioeconómico medio bajo y existía un colectivo étnico gitano e inmigrante del norte de África, latinoamericano y de los países del este de Europa.

Intervenciones. Un solo médico estomatólogo realizó las exploraciones bucodentales, siguiendo la metodología y los criterios de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de caries, y consideró como tal toda cavitación franca de esmalte, con piso o pared reblandecida. No consideramos que fueran caries las manchas oscuras que, a veces, tienen los surcos sin cavitación alguna.

Mediciones principales. Se estudiaron los siguientes indicadores positivos de salud bucodental: tasa de individuos libres de caries, índice de restauración $o/(c + o)$ en piezas temporales, índice de restauración $C/(C + A + O)$ en piezas definitivas; los demás parámetros son negativos donde la enfermedad está presente: tasa de prevalencia, índice $cod(c + o/N)$, índice CAOD $(C + A + O/N)$, índice CAOM₆ $(C + A + O/N)$ del molar de los 6 años, donde N es el número de pacientes examinados. Las variables continuas vienen expresadas por su media y su desviación estándar y las discretas por proporciones. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%. Para el análisis de los datos se usó el programa SPSS 8.0.

Resultados. De 1.871 pacientes estudiados, el 58,38% eran niños y el 48,62% niñas. La distribución por grupos de edad se puede verificar en la tabla 1. La unidad modal se estableció en 6 años, la media de edad fue de 7,77 años y su desviación estándar, 3,53. La prevalencia global de caries fue del 51,26% (IC del 95%: 48,49-53,53%) ya que 959 niños estaban afectados por caries. Los índices de caries dental fueron: índice cod , 1,70 (IC del 95%: 1,58-1,82); índice CAOD, 0,65 (IC del 95%: 0,59-0,71); índice CAOM₆, 0,59 (IC del 95%: 0,53-0,65); índice de restauración en dientes caducos (ir) del 8,82% (IC del 95%: 7,29-10,35%), e índice de restauración en dientes definitivos (IR) del 10,64% (IC del 95%: 8,05-13,23%). También se calcularon los parámetros anteriores por grupos de edad. En la tabla 1 se observa que la prevalencia pre-

TABLA 1. Índice de prevalencia de caries (%)

| Edad | Media | N | EEM | IC del 95 % |
|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 5 | 45,50 | 200 | 3,53 | 83,58-52,42 |
| 6 | 42,00 | 550 | 2,11 | 38,83-46,13 |
| 7 | 53,38 | 281 | 2,98 | 47,54-59,22 |
| 8 | 60,00 | 220 | 3,31 | 53,52-66,48 |
| 9 | 56,57 | 198 | 3,53 | 49,65-63,49 |
| 10 | 57,04 | 142 | 4,17 | 48,87-65,21 |
| 11 | 55,07 | 138 | 4,25 | 46,74-63,40 |
| 12 | 64,71 | 68 | 5,84 | 53,27-76,15 |
| 13 | 54,39 | 57 | 6,66 | 41,34-67,44 |
| 14 | 64,71 | 17 | 11,95 | 41,29-88,13 |
| Total | 51,26 | 1.871 | 1,16 | 48,49-53,53 |

EEM: error estándar de la media; IC: intervalo de confianza.

venta su cifra más elevada a los 12 años y la más baja a los seis.

Discusión y conclusiones. La prevalencia de caries observada en este estudio aún sigue siendo elevada, ya que más de la mitad de los pacientes estudiados tiene caries, pero cumple uno de los objetivos de la OMS para el año 2000 (conseguir que el 50% de los niños de 6 años no tengan caries).

La tasa de niños sin caries a los 6 años fue del 58% y el CAOD a la edad de 12 años, de 2,32; para la OMS esta última cifra es moderada, y propone como cifras límite una tasa de niños sin caries del 50% y un CAOD de 3¹.

A los 6 y 11 años la prevalencia del presente estudio (tabla 1) es inferior a la cifra que dieron Romero et al^{2,3} en San Fernando (Cádiz) en 1996 (79%) y 1997 (97%). Nuestros datos son parecidos a los del estudio de López Rábade y Smyth Chamosa⁴ en Galicia en 1999 sobre pacientes de 10 años. Otros trabajos con niños de estas edades comparables de Navarra y Cataluña presentan datos inferiores^{5,6}.

Podríamos afirmar que tanto la prevalencia global de caries como por grupos de edad de nuestro estudio son en general inferiores a la gran mayoría de estudios revisados, excepto en Cataluña y Navarra, comunidades económicamente más favorecidas. En Cataluña existen programas preventivos en funcionamiento desde 1989 y la Comunidad Foral de Navarra creó en 1991 el PA-DI (Programa de Atención Dental Infantil Gratuita), donde la educación bucodental integrada en sus consultas está dando resultados satisfactorios. En definitiva, consideramos que tienen una mejor atención odontológica que la población del presente trabajo.

En nuestro caso se obvia el sesgo interobservador por el hecho que las exploraciones hayan sido realizadas por un solo médico estomatólogo, con la intención de evitar problemas de concordancia. Además, el estudio debe tener una validez externa aceptable puesto que no se utiliza otro criterio de selección que el acudir a consulta, su ausencia de aleatorización y la imposibilidad de generalizar sus resultados a toda de la población son algunas de sus debilidades.

A tenor de nuestros resultados, podemos afirmar que la atención dental en la pobla-

ción estudiada es escasa y las necesidades de tratamiento odontoestomatológico elevadas, ya que un índice de restauración de dientes temporales (o/co) de 8,82% supone que de cada 11 piezas temporales cariadas se obtura una. Un IR (O/COD) 10,64 implica que de cada nueve dientes definitivos con caries dental se empasta uno.

En conclusión, apostamos por profundizar en los programas educativos y preventivos, para disminuir la incidencia y la gravedad de esta enfermedad, ya que más de la mitad de los pacientes estudiados está afectada por caries y consideramos que su prevalencia sigue siendo elevada.

Agradecimiento. Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Alberdi Odriozola y al Dr. Martín Fernández por su asesoramiento.

F. Esteban Gallego

Médico estomatólogo del Centro de Salud de Guayaba. Madrid. España.

1. Informe de Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos, Ginebra: 1989. Informe técnico n.º 782:1-77.
2. Romero Ruiz MM, Serrano González A, Álvarez-Ossorio García de Soria MR, Zafra Mezcua JA. Prevalencia de la caries dental en la población de 6 años de San Fernando (Cádiz). Aten Primaria 1996; 18:431-5.
3. Romero Ruiz MM, Serrano González A, Álvarez-Ossorio García de Soria MR, Zafra Mezcua JA. Prevalencia de la caries dental en la población de 11-12 años de San Fernando (Cádiz). Medifam 1997; 7:45-50.
4. López Rábade XC, Smyth Chamosa E. Estudio epidemiológico de la caries dental en la población escolar del Ayuntamiento de Guitiriz. Arch Odontoestomatol 1999;15:25-35.
5. Cotes J, Doria A, Martínez I, Asenjo MA, Sainz de Murieta I, Cuenca E. Prevalencia de la caries dental entre la población infantil de Navarra, 1997. Arch Odontoestomatol Prev Comun 1998;14: 640-6.
6. Fuentes García S, Gutiérrez González C. Caries dental en una población escolar con programa de enjuagues periódicos de fluoruro sódico. Aten Primaria 1995;16: 417-22.

Eritema nudoso asociado a *Salmonella enteritidis* en dos hermanos

Introducción. El eritema nudoso, síndrome descrito por primera vez por Robert William en 1807, se caracteriza por la aparición de nódulos cutáneos y subcutáneos, eritematosos y/o violáceos, dolorosos o no, que no son ulcerativos y de localización generalmente pretibial. Aparecen en aproximadamente de 1 a 5 por cada 100.000 personas, con más frecuencia en mujeres de 15 a 40 años de edad, y su aparición en menores de 2 años es muy rara¹. Se puede acompañar de fiebre, malestar general, poliartalgias y elevación de los reactantes de fase aguda. Es un tipo de paniculitis septal, generalmente sin vasculitis, y aunque la patogenia no es clara, se cree que se debe a una reacción de hipersensibilidad de tipo III frente a una gran variedad de antígenos². En nuestro medio, y en la edad pediátrica, la principal causa de eritema nudoso es la tuberculosis, seguida de la enfermedad estreptocócica¹⁻³, aunque en un 20-50% de los casos es idiopático, y su diagnóstico es por exclusión⁴. La asociación de eritema nudoso con gastroenteritis bacteriana está documentada, incluyendo *Salmonella enteritidis*¹⁻², y el primer caso publicado data de 1980⁵.

Caso clínico. Niño de 19 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de atención primaria por un cuadro de una semana de evolución de cinco-seis deposiciones líquidas, en alguna ocasión con moco, con fiebre termométrada de 38 °C, náuseas y algún vómito, con aparición, en los últimos 2 días, de lesiones nodulares pretibiales. Asimismo, una hermana de 2 años y 9 meses de edad, sin antecedentes personales destacables, presenta un cuadro de cinco-seis deposiciones semilíquidas, sin productos patológicos, con fiebre de 38,5 °C, náuseas y algún vómito de 6 días de evolución y lesiones nodulares similares, en menor número y de menor extensión, en ambas regiones pretibiales.

En la exploración física del niño destaca la presencia de dichas lesiones cutáneas, el resto de la exploración es normal. La exploración de la hermana es normal salvo por la presencia de los nódulos descritos.