

Tej. 12



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 22 GUARDERIAS PUBLICAS DE LA CD. DE MEXICO

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

MARCO ANTONIO BLANCARTE VEGA



1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Intróducción	1
I	Generalidades	3
	a) Crecimiento y desarrollo	4
	b) Cronología, Erupción y Esfoliación de los dientes primarios.	10
	c) Anatomía y Morfología de los dientes primarios	15
	d) Diferencias entre dientes primarios y secundarios	19
	e) Caries	22
	f) Métodos de Control de Caries	27
II	MATERIAL Y METODO	32
III	ELABORACION DEL METODO, RESULTADOS Y-COMENTARIOS	35
IV	CONCLUSIONES	49
	RESUMEN	58
	BIBLIOGRAFIA	62

I N T R O D U C C I O N

México, como el resto de los Países en vías - de desarrollo, padece el problema de la explosión - demográfica, de ahí que un gran porcentaje de la - población corresponde a niños menores de 6 años, a los cuales debemos prestar especial importancia.

Se eligió para éste estudio a un grupo de niños atendidos en guarderías públicas, catalogados - en un estrato socioeconómico medio-bajo, muy repre - sentativo en nuestra sociedad cuyas característi - cas son: núcleos familiares numerosos, bajo nivel - cultural, ingresos económicos insuficientes y por - lo tanto alimentación no adecuada. Todo ésto trae - consigo el descuido de la salud bucal del niño y - que éste se vea afectado por focos infecciosos, - procesos cariosos y trastornos tanto de tipo local como sistémico.

Así tenemos por ejemplo que la exfoliación - prematura de los dientes primarios a causa de ca - rries puede ocasionar problema de mal posición de - los dientes permanentes, tanto en la fonética como en la estética.

Es importante valorar también determinados há - bitos o vicios adquiridos en ésta edad tales como - la succión de los dedos o diversos objetos que pro - vocan la maloclusión dentaria, alteraciones en la - articulación temporomandibular y crecimiento anor - mal del maxilar.

Todos éstos trastornos repercuten en la adap - tación y bienestar del individuo en la sociedad en que se desenvuelve.

El objeto de éste estudio es el de dar a conocer la realidad acerca de la salud bucal del niño con la finalidad de dar ayuda por medio de la prevención así como motivar al estudioso de la odontopediatría para encontrar caminos adecuados y contribuir a la solución de dichos problemas.

G E N E R A L I D A D E S

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Primeramente daremos los conceptos de crecimiento y desarrollo:

CRECIMIENTO.- Es el aumento en tamaño, talla y peso.

DESARROLLO.- Es el cambio en las proporciones físicas.

Hay varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, como son: la herencia, la naturaleza y la raza.

Krogman define el crecimiento, como el "aumento en tamaño, cambio en proporciones y complejidad progresiva".

Salzman define el desarrollo, como "la secuencia de cambios desde la fecundación celular hasta la madurez.

En el período de crecimiento, se suceden una serie de fenómenos físico-químicos que hacen que la célula fecundada llegue a tener las características del individuo adulto; el crecimiento es más fácil de medir, puesto que puede observarse directamente o con ayuda de mediciones; el desarrollo es más difícil de apreciarse y sólo puede estudiarse por medio de pruebas o tests funcionales.

El proceso del crecimiento y desarrollo del individuo no se hace de manera homogénea ni rítmica; a períodos de gran aumento en tamaño y en peso, suceden intervalos de relativa estabilidad.

CRECIMIENTO GENERAL NORMAL

El crecimiento general del hombre dura aproximadamente hasta los 22 años; la vida humana se puede dividir en diversos períodos que enseguida explicaremos:

1.- INFANCIA.

a) Primera Infancia.-

Desde el nacimiento hasta los dos años y medio.

b) Segunda Infancia.-

Entre los dos años y medio y los seis años.

c) Tercera Infancia.-

Desde los 6 hasta los 11 años en la mujer - y en el hombre de los 6 a los 12 o 13.

a) Primera Infancia. - Esta etapa comprende el período del nacimiento hasta los dos años y medio y corresponde a la época en la cual principia la erupción de los dientes primarios y se completa la dentición primaria. - La importancia desde el punto de vista de la actividad dentaria, corresponde a un gran aumento de la talla, con un incremento de más de 40% durante el primer año, el mayor durante el primer año, el mayor, durante todo el crecimiento del niño; la estatura pasa de 50 cms. a 1 m.; también es considerable el aumento del peso (aproximadamente entre 3 y 12 Kgs.)

b) Segunda Infancia. - Es el período comprendi-

do entre los dos años y medio y los 6 años, coincidiendo con la época de la dentición primaria, hasta la aparición de los primeros molares secundarios; el crecimiento en estatura y el aumento en peso es menor que en la primera infancia y proporcionalmente, hay un mayor crecimiento en anchura; la evolución dentaria está aquí aparentemente estacionaria, el volumen de la cabeza es muy grande en relación con la talla total y esta aumenta en 25 ó 30 cms. y el peso de 6 a 7 Kgs. (aproximada, 1 1/2 Kg. por año).

- c) Tercera Infancia..- Comprende entre los 6 -- años hasta los 11 en la mujer y los 12 o 13 en el hombre, cuando empieza la pubertad; - debe anotarse que las edades en que se divide el crecimiento, están basadas en estudios efectuados en países de zona templada y que puede variar en las zonas tropicales. En la tercera infancia, se produce el cambio de la dentición mixta. El crecimiento de la cabeza es más lento que en los periodos anteriores y por consiguiente, no ocupa el mismo volumen en relación con la talla total del cuerpo; éste se hace más alargado por disminución del crecimiento transversal y aumento longitudinal del esqueleto.

11.- ADOLESCENCIA.

- a) Periodo Prepuberal..-
Enter los 11 y 13 años en la mujer y entre los 12 y 14 en el hombre.

b) Pubertad.-

Entre los 13 y 15 años en la mujer y entre los 14 y 16 años en el hombre.

c) Período Postpuberal.-

De los 15 a los 18 años en la mujer y de los 16 a los 20 años en el hombre.

a) Período Prepuberal.- Dura dos años y aparece primero en las niñas de los 11 a los 13 años y de los 12 a los 14 en los niños, es una época de importantes cambios en todo el organismo; el mayor crecimiento se hace en las extremidades inferiores; la talla aumenta aproximadamente 7 cms., por año, pero el peso no sigue el mismo ritmo, acentuándose la desproporción entre los brazos y piernas, que aparecen muy largos en relación con el tronco corto.

b) Pubertad.- Principia al terminar el período anterior y está comprendido entre los 14 y 16 años en el hombre y entre los 13 y 15 en la mujer. Se caracteriza por la aparición de las primeras manifestaciones sexuales y de los caracteres sexuales secundarios. Corresponde al final de la dentición secundaria; es pues un período de relativo descanso dentario; a la gran actividad del organismo, en general corresponde también un cambio de importancia en el crecimiento de los maxilares, el conocido como "estirón de la pubertad", que deben tenerse presente como factor coadyuvante.

c) Período Postpuberal.- De los 15 a los 18 -

años en la mujer y de los 16 a los 20 en el hombre. En este período, el individuo completa su transformación y va adquiriendo -- sus formas y proporciones definitivas. La pubertad es la época más importante en el crecimiento y el desarrollo, puesto que en ella se producen las mayores crisis evolutivas de algunos órganos como los sexuales y se termina la de otros.

III.- JUVENTUD.

De los 18 años hasta los 25 años.

La Juventud.- Es el período que sucede a la pubertad y dura hasta los 25 años. El crecimiento es relativo y el individuo alcanza -- su estatura y proporciones definitivas. El único cambio dentario puede ser la erupción de los terceros molares y el crecimiento de los maxilares es muy reducido.

IV.- EDAD ADULTAD.

De los 25 a los 60 años.

La Edad Adulta.- Es un período de equilibrio funcional; el crecimiento está terminado y el individuo alcanza su mayor fuerza -- física, intelectual y genital.

Durante los períodos de crecimiento que acabamos de explicar, el individuo sufre cambios en sus proporciones corporales, tales como la de la cabeza, en relación con la talla total y la de la cara, en relación con-

el volumen total del cuerpo.

El cráneo es siete veces mayor que la cara desde el nacimiento; con el desarrollo de la dentición, el crecimiento de la cara aumenta en relación con el del cráneo. Del nacimiento a la pubertad, el cráneo aumenta cuatro veces su volumen y la cara doce veces, hasta que en la edad adulta ambos ocupan igual volumen en la cabeza.

CRONOLOGIA DE ERUPCION Y ESFOLIACION DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

Cronología del Crecimiento Apositivo.- Los dientes principian su crecimiento apositivo a diferentes edades, pero en una regular y definida secuencia y agrupamiento.

GRUPO I (Prenatal).- En los dientes primarios principia la aposición de esmalte y dentina como grupo, antes del nacimiento, en secuencia regular (cuatro a seis meses in útero del incisivo central, al segundo molar).

GRUPO II (Del nacimiento a los 13 meses).- Este grupo está formado por el primer molar secundario y los dientes anteriores secundarios. El incisivo lateral superior secundario es una excepción, porque su formación no principia sino hasta alrededor de los 10 meses de edad.

GRUPO III (De uno y medio a 3 años).- Después de una pausa, los premolares y segundos molares secundarios principian su formación como grupo, alrededor del año y medio hasta los 3 años.

Grupo IV.- Después de otra pausa principia su formación los terceros molares, más o menos de 7 a 10 años de edad.

Los dientes superiores, por regla general, principian su formación ligeramente más temprano que los inferiores, a pesar que los primeros erupcionan comúnmente antes que sus correspondientes superiores.

Cuando se ha completado la formación de esmalte, la corona del diente está terminada. La formación de esmalte y dentina prosigue regular y rítmicamente, luego de su principio y el tiempo requerido para completar la corona, depende del largo de la corona y la velocidad de la formación de tejido. La formación de la corona de un diente primario - lleva de 7 a 14 meses. Debido a su mayor tamaño y más lenta velocidad de formación, se requiere de 3 a 6 años para completar las coronas de los dientes secundarios. El desarrollo del primer molar secundario consume el menor tiempo, debido a su velocidad de formación, relativamente rápida. El desarrollo del canino primario y secundario lleva mayor tiempo a causa del largo de su corona.

La formación de la raíz principia cuando la corona está completa y el tiempo requerido para su formación, depende de la velocidad de formación de la dentina y la longitud de la raíz. Los dientes primarios requieren de un año y medio a dos y medio; los dientes secundarios de cinco a siete. Debido a la longitud de sus raíces, el desarrollo de los caninos requiere de mayor tiempo.

Erupción. - Se entiende por erupción a la migración de la corona hacia la cavidad bucal; principia cuando está todavía dentro del hueso. La primera aparición del diente en la cavidad bucal es sólo una fase del proceso eruptivo, que continúa toda la vida, pero a una velocidad disminuída. El momento de la erupción de los dientes, es un valioso índice clínico del ritmo de maduración en un niño determinado; los dientes inferiores, generalmente erupcionan antes que los correspondientes superiores y más temprano en las niñas que en los varo

nes. Hay también una variación normal de acuerdo - al tipo constitucional. Así, los niños delgados - muestran una erupción más temprana que los niños - gordos. La erupción normalmente más lenta en los - niños gordos y fornidos, ha sido a veces confundi- da como evidencia de hipotiroidismo e injustifica- damente se instituyó en ocasiones una terapia ti- roidea.

Los trastornos en la erupción de los dientes- son más comunes que los trastornos en su formación y calcificación y generalmente son producidos por- extracciones prematuras, más que por disfunciones- endocrinas o de otra naturaleza.

Erupción Activa.- Es la migración vertical en la fase clínica, para que continúe el fenómeno de- la erupción activa, intervienen dos fenómenos.

- 1) Crecimiento, o sea que al aumentar la lon- gitud de la rama mandibular por aposición- de hueso en la región cóndilar, toda la - mandíbula desciende de la base del cráneo- y por lo tanto, del plano oclusal; con - - ello aumenta el espacio intermaxilar y con- tinúa la erupción activa.
- 2) También se manifiesta en la fase de creci- miento pero con más claridad en el adulto, después de que ha terminado el crecimiento de la rama. En esta fase la erupción depen- de de la atención de las áreas masticato- - rias con la atricción; el diente migra ver- ticalmente, para así compensar la pérdida- de estructura del diente por desgaste.

Erupción Pasiva.- Esta denota una atrofia de los tejidos que rodean al diente; clínicamente recibe el nombre de receso. Por lo tanto, la erupción pasiva no es un verdadero proceso de erupción y no puede ser considerada como un proceso fisiológico; es más bien una manifestación patológica.

Erupción Prematura.- Ocasionalmente, uno o dos dientes primarios en la zona incisiva central-inferior, erupcionan en el momento del nacimiento o poco después (dientes natales). Estos pueden ser normales o supernumerarios. Si se trata de supernumerarios son exfoliados antes de que erupcionen que los dientes normales. Los dientes supernumerarios se caracterizan por su movilidad, su falta de formación radicular y su estructura y calcificación defectuosas. Pueden eliminarse fácilmente si interfieren con la lactancia o si existe peligro de aspiración.

La erupción temprana de los dientes (dentición precoz), es común en el niño delgado y generalmente constituye una característica familiar.

Erupción Retardada.- Dentro de límites normales, los primeros dientes primarios pueden no aparecer hasta el año de edad; un retardo mayor en la erupción sin embargo sugiere un trastorno general, de origen nutricional o endocrino; nada más que para acelerar la dentición, no está justificado el tratamiento. Este será indicado, solo después de una cuidadosa investigación de la causa fundamental y no simplemente sobre la base de la dentición retardada.

La posibilidad de una anodoncia total o par--

cial, debe siempre tenerse en cuenta y descartarse por examen radiográfico del maxilar.

Factores que retardan la erupción clínica de un diente.-

Puede deberse a la deficiencia en la nutrición y también tenemos un factor local que interviene en la erupción clínica, éste es la extracción prematura de un diente primario. Esto permitirá que los dientes contiguos se acerquen reduciendo así el área desdentada lo suficiente para impedir la erupción clínica del diente secundario.

Otros factores que podrían retardar la erupción clínica de un diente, serían los fragmentos retenidos de las raíces de los dientes primarios y la anquilosis entre el cemento de una raíz y el hueso.

La época de la erupción clínica de los primeros dientes, tienen un margen de variación normal que va de los 4 a los 13 meses.

ANATOMIA Y MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Dientes Primarios Anteriores.- La forma de los incisivos no difiere en mucho de la de los correspondientes secundarios, pero las coronas parecen proporcionalmente más amplias.

El incisivo central superior es relativamente más grande y en forma de pala. Los incisivos centrales y laterales inferiores, al igual que el lateral superior, tienen forma más definida de cisel, son más finos y relativamente más pequeños. - El canino primario es más delgado y tiende a ser más cónico que el secundario.

Molares Primarios.- Los molares primarios se caracterizan por su menor tamaño, en relación con los secundarios, con marcada convexidad gingival y prominente constricción mesiodistal. Su diámetro bucolingual es proporcionalmente menor que el de los molares secundarios. Además, la meseta oclusal o superficie intracuspídea de los molares primarios, es bastante angosta en sentido bucolingual y considerablemente más pequeña que la superficie oclusal, en contraste con los molares secundarios, que muestran una cercana aproximación de las medidas de su zona intracuspídea y superficie oclusal. Figura 1.

El contacto interproximal entre los molares primarios no es una pequeña superficie redonda, como en los molares secundarios, sino que tiende a ser una superficie grande, elipsoidea y aplanada.

Las pulpas de los molares primarios tienen grandes cuernos pulpares mesiales y están más cer-

NUMERO DE CUSPIDES Y RAICES EN MOLARES PRIMARIOS

		CUSPIDES	RAICES
SUPERIORES	PRIMERO	3	3
	SEGUNDO	4	3
INFERIORES	PRIMERO	4	2
	SEGUNDO	5	2

FIGURA I

ca de las superficies mesiales que de las distales.

Primeros Molares Primarios.- El primer molar-primario superior es un diente triscúpideo. La corona recuerda la forma de un premolar, con el borde marginal distal elevado a una cúspide distobucal precisa. El ancho bucal es mayor que el lingual, de manera que la superficie oclusal se aproxima al contorno triangular de una premolar, tiene tres raíces y es más grande que su sucesor permanente. Ocasionalmente se nota también una cúspide-accesoria distolingual. En tales casos las cúspides distobucal y mesiolingual están unidas por un reborde oblicuo que atraviesa la meseta oclusal.

El primer molar primario inferior tiene la forma de un molar indiferenciado, con cuatro cúspides. Las dos cúspides mesiales son más anchas en sentido bucolingual, y mejor desarrolladas, que las cúspides distales. Las cúspides bucales particularmente la mesial, tienen una marcada inclinación lingual. Esto produce una prominente convexidad cervical que hace el diámetro bucolingual de la pared oclusal muy angosto. El angostamiento de la pared oclusal en la mitad del diente, hace difícil dar espesor adecuado en la preparación de una cavidad oclusal-distal. El diente tiene dos raíces.

Segundos Molares.- La anatomía general de los segundos molares primarios es similar a la de los primeros molares secundarios, con excepción del tamaño, la decidida constricción gingival y la convexidad en el tercio gingival. La pared oclusal es algo angosta en sentido bucolingual, pero menos que el primer molar primario.

Los dos segundos molares primarios son más -- grandes que sus sucesores secundarios, los segun-- dos premolares.

Segundo Molar Superior. -- La forma de su corona es trapezoidal -- aplanada de mesial a distal -- su cara oclusal presenta 4 cúspides: 2 Vestibulares y 2 Linguales o palatinas y un tubérculo que es el -- de Carabelli; en la cara oclusal vamos a encontrar presente el puente adamantino, que va de la cúspide mesio-palatina hacia la cúspide disto vestibular. A ésto se debe que se puedan hacer cavidades -- simples abarcando la foseta mesial y otra la foseta distal. Presenta 3 raíces, 2 vestibulares y 1 -- palatina o lingual; la cámara pulpar presenta 4 -- cuernos pulpares que siguen las cúspides, la mesio palatina es la más prominente.

Segundo Molar Inferior. -- Tiene forma trapezoidal, presenta 3 cúspides vestibulares y 2 linguales; la cara oclusal presenta una línea segmental media que dá origen a la formación de 3 fosetas; la foseta central, media y distal (la más profunda es la central), su cámara pulpar presenta 5 cuernos pulpares que siguen a las cúspides de la corona. Tiene 2 raíces: una mesial y una distal -- estas son -- convexas y acintadas --.

DIFERENCIAS ENTRE DIENTES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

Se encuentran diferencias características entre los dientes primarios y secundarios en el tamaño, color, forma de la corona, raíces y pulpa.

Tamaño.- De acuerdo con el maxilar en que deben crecer y funcionar, los dientes primarios son más pequeños. Su volumen y superficie de esmalte expuesta, son alrededor de la mitad de la de los dientes secundarios que los reemplaza. Figura 2.

El Espesor del Esmalte y la Dentina.- Es aproximadamente la mitad de los dientes secundarios. - Esto debe tenerse en cuenta en la preparación de cavidades.

Los anchos mesiodistales de los incisivos y caninos primarios son menores que los de los secundarios que los reemplazan, pero los primeros molares son más anchos que sus sucesores, los premolares.

Color.- Los dientes primarios son blanco-azulados. En los comienzos de la dentición mixta, su color muestra un marcado contraste con los dientes secundarios adyacentes, que tiende a ser amarillo-grisáceos.

Corona.- Las coronas de los dientes primarios son más pequeñas pero más voluminosas y con una pronunciada constricción (en forma de campana), en cervical.

Raíces.- Las raíces son más finas, acintadas y largas, en proporción a la corona, que en el ca-

DIFERENCIA EN TAMAÑO ENTRE DIENTES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

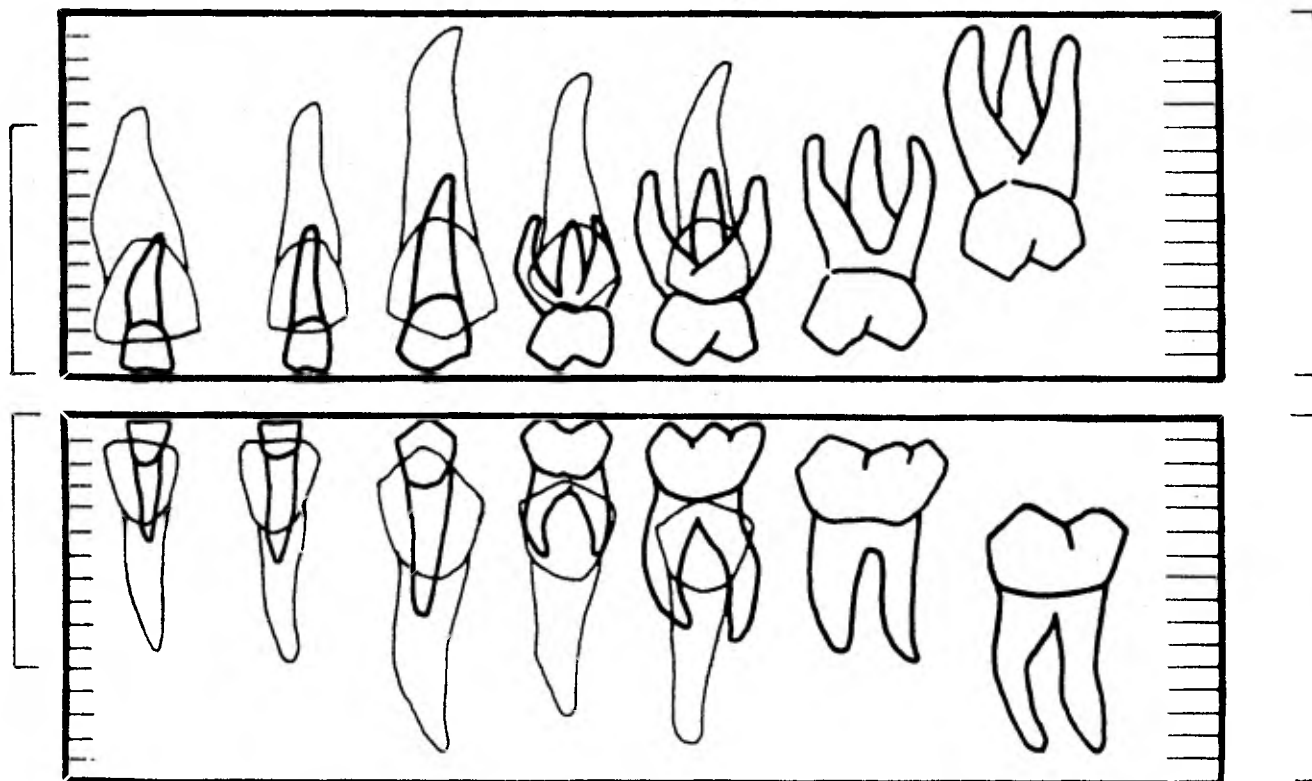


FIGURA 2

so de los correspondientes dientes secundarios. Las raíces de los dientes anteriores tienden a ser rectas y no presentan la desviación de los ápices hacia distal.

En los molares primarios, las raíces divergan y se comban para envolver como un par de tenazas, - las coronas de desarrollo de los sucesores secundarios subyacentes, dejando así espacio para su crecimiento.

Pulpa.- El contorno pulpar sigue el de la - - unión amelodentinaria, más exactamente que en el - caso de los dientes secundarios. Los cuernos pulpares sin embargo, son más largos y puntiagudos que lo que las cúspides sugieren. Como la dentina es - relativamente delgada, la pulpa es proporcionalmente más grande. Los conductos pulpaes son más fi--nos, acintados e irregulares.

C A R I E S

La caries es un problema de salud pública. Si que siendo una de las dolencias humanas más extendidas, en su distribución mundial ocupa el segundo lugar después del resfrío común; muchas de éstas, especialmente en los niños, son lesiones no tratadas y activas.

Etiología de la Caries. - En 1947 un grupo de hombres de ciencia de la Odontología se reunió en Ann Arbor Michigan para discutir el estado actual de las técnicas de control de la caries. Una de las consecuencias más importantes de su evaluación, fué una definición bastante clara de la caries.

La caries es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por una destrucción de los tejidos, que comienza en la superficie del diente en zonas de predilección. como son: puntos, fisuras y zonas de contacto proximal, que progresa hacia la pulpa.

Si bien hay muchos factores que contribuyen en la actividad de la caries, todas las pruebas que se han conseguido en el momento actual, señalan a las bacterias como factor etiológico activo; siempre que se encuentran lesiones de caries, las bacterias están presentes. Estas bacterias no son específicas y se clasifican generalmente en 3 grupos.

- 1) Microorganismos acidógenos y acidúricos. -- Producen los ácidos necesarios para descalcificar los tejidos duros sobre la superficie del diente. El lactobacilo acidófilo -

y ciertos estreptococos, son los que se en encuentran con más frecuencia.

- 2) Microorganismos proteolíticos.- Digieren - la matriz orgánica después de la descalcificación.
- 3) Leptotricia y Leptótrix (microorganismo -- formadores de fibra).- Forman sobre la superficie de los dientes, placas que sirven para albergar y proteger a los otros microorganismos; pero no se considera que de desempeñe un papel principal en la producción de la caries.

Sitios de Predilección.- Las fosas profundas, las figuras, las caras proximales, las zonas no só metidas a la autoclisis, producidas por mal posición de los dientes. Las superficies lisas raramente son atacadas, salvo que se permita la formación de la placa bacteriana.

Factores Contribuyentes.- El descuido, la falta de higiene bucal y una dieta rica en hidratos de carbono y pobre en acción detergente, contribuyen al progreso de la caries.

Función de la saliva en el progreso de la caries.- En la superficie del esmalte operan siempre dos procesos:

- 1) Formación de ácidos por las bacterias.
- 2) Neutrolización de ácidos por la saliva.

La capacidad Buffer de la saliva.- Esta fué - estudiada (por Fosdick en 1942 y por Dreizen y - - otros en 1946) y se cree que es el mecanismo neu-- tralizador de ácidos más importante en la boca; -- las zonas bien empapadas por la acción de la sali-- va, son prácticamente inmunes a la caries. Por ejem-- plo: caras linguales de dientes anteriores inferio-- res (bién lubricadas por la saliva de las glándu-- las submaxilares y sublinguales), caras vestibula-- res de molares superiores, bañadas de saliva por -- las glándulas parótidas; desgraciadamente la sali-- va no puede alcanzar todas las partes de la boca. -- como las fosas, fisuras y zonas de retención no so-- metidas a la autoclisis.

Las cantidades excesivas de azúcares simples, como la maltosa y la sacarosa, se descomponen muy rápidamente en ácidos, por lo tanto se deben de - eliminar de la dieta: los almidones se descomponen en ácidos en la boca mucho más lentamente, pero - producen valores calóricos equivalentes para el - cuerpo luego de la digestión; por lo tanto los al-- midones son mucho menos cariogénicos que los azuca-- res simples, pero igualmente nutritivos.

Aunque la saliva de la mayoría de los seres - humanos contienen un sistema buffer muy eficiente-- para neutralizar ácidos en la boca, no todos los - individuos tienen el mismo grado de protección; en algunos, la capacidad buffer de la saliva es exce-- lente, en otros es deficiente.

Acción bacteriostática.- Además del eficiente mecanismo buffer, la saliva es normalmente bacte-- riostática. La saliva de los niños sanos contiene-- lisozima, un agente bacteriostático eficaz que se-

encuentra en muchos líquidos tisulares y, en grandes cantidades en las lágrimas. Además, la saliva contiene anticuerpos, bacteriófagos, amoníaco y otros factores hostiles al crecimiento bacteriano. Todos éstos inhiben la producción de ácidos por las bacterias y por lo tanto, limitan también la actividad de la caries.

En ciertos estados generales y posiblemente en algunos estados emocionales, pueden alterarse la calidad y también la cantidad de saliva. Esto puede producir, a su vez un aumento de la actividad de la caries. Los niños y adultos que padecen enfermedades debilitantes crónicas, muestran a menudo un aumento en la actividad de la caries. En esos casos, la calidad de la saliva se altera, de modo que en lugar de inhibir la actividad bacteriana, en realidad la favorecen. En personas aguda o crónicamente enfermas, la combinación de la pérdida de calidad bacteriostática de la saliva, la disminución del flujo salival, más una dieta blanda, no detergente y que se empaqueta, produce rápidamente la entidad denominada "caries sucia".

Factores genéticos en el problema de la caries. - Las observaciones clínicas en el hombre, han demostrado repetidamente que niños resistentes a la caries tienen padres resistentes a la caries, mientras la caries rampante se encuentra a menudo sobre una base familiar. No obstante, debe insistirse que hasta el momento actual, las relaciones familiares únicamente han sido demostradas en el hombre.

Caries rampante o irrestrínseca. - La caries rampante es "un tipo de caries rápidamente horadan

te, extendida, de aparición repentina, que produce una precoz complicación de la pulpa y afecta aquellos dientes o superficies dentarias, habitualmente consideradas como inmunes a la caries común".

La caries rampante debe diferenciarse de la caries común extensa que resulta del descuido. Esta se produce con frecuencia en bocas relativamente limpias y puede por lo tanto, distinguirse de la caries descuidada que se encuentra habitualmente, por la cantidad de materia alba y detritus presentes en esta última. La característica más significativa de la caries rampante, es el hecho de que las superficies generalmente inmunes o sea, caras proximales de los dientes anteriores, inferiores, zonas cervicales de los dientes anteriores, están afectadas.

Tendencias familiares.- A la caries rampante en niños cuyos padres tienen alta susceptibilidad a la caries, hay una marcada tendencia a mostrar una velocidad de ataque muy elevada. La caries rampante muestra una marcada tendencia familiar.

METODOS DE CONTROL DE LA CARIES

Control de la caries y prevención.- Es necesario diferenciar entre control y prevención de la caries, para poder distinguir con claridad, los objetivos finales de los diversos procedimientos propuestos por hombres de ciencia de la Odontología.- Por ejemplo; los fluoruros por topicación y por vía general, son útiles como medidas preventivas de la caries. Sin embargo, los fluoruros no tienen ninguna acción para detener el proceso de una lesión ya activa.

El control de la caries implica otras técnicas. En el momento actual, el método más exitoso y seguro de controlar o detener el progreso de la caries activa a través de la dentina, es que el odontólogo elimine las zonas cariadas y restaure las zonas destruidas; si bien, esto es demasiado tarde para prevenir la caries, controla la extensión del daño.

Control de caries mediante control de azúcares.- La caries es sobre todo, resultado de la acción bacteriana sobre la superficie dentaria. Los microorganismos son principalmente acidógenos y dependen de un substrato hidrocarbonado para la producción de ácido.

Teóricamente la caries puede prevenir si;

- 1) Impidiéndose la formación ácida sobre la superficie del diente.
- 2) Eliminando los ácidos tan rápidamente como se forman, antes que el esmalte sea atacado (figura 3)

ESQUEMA QUE ILUSTRA LOS DIFERENTES METODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CARIES.

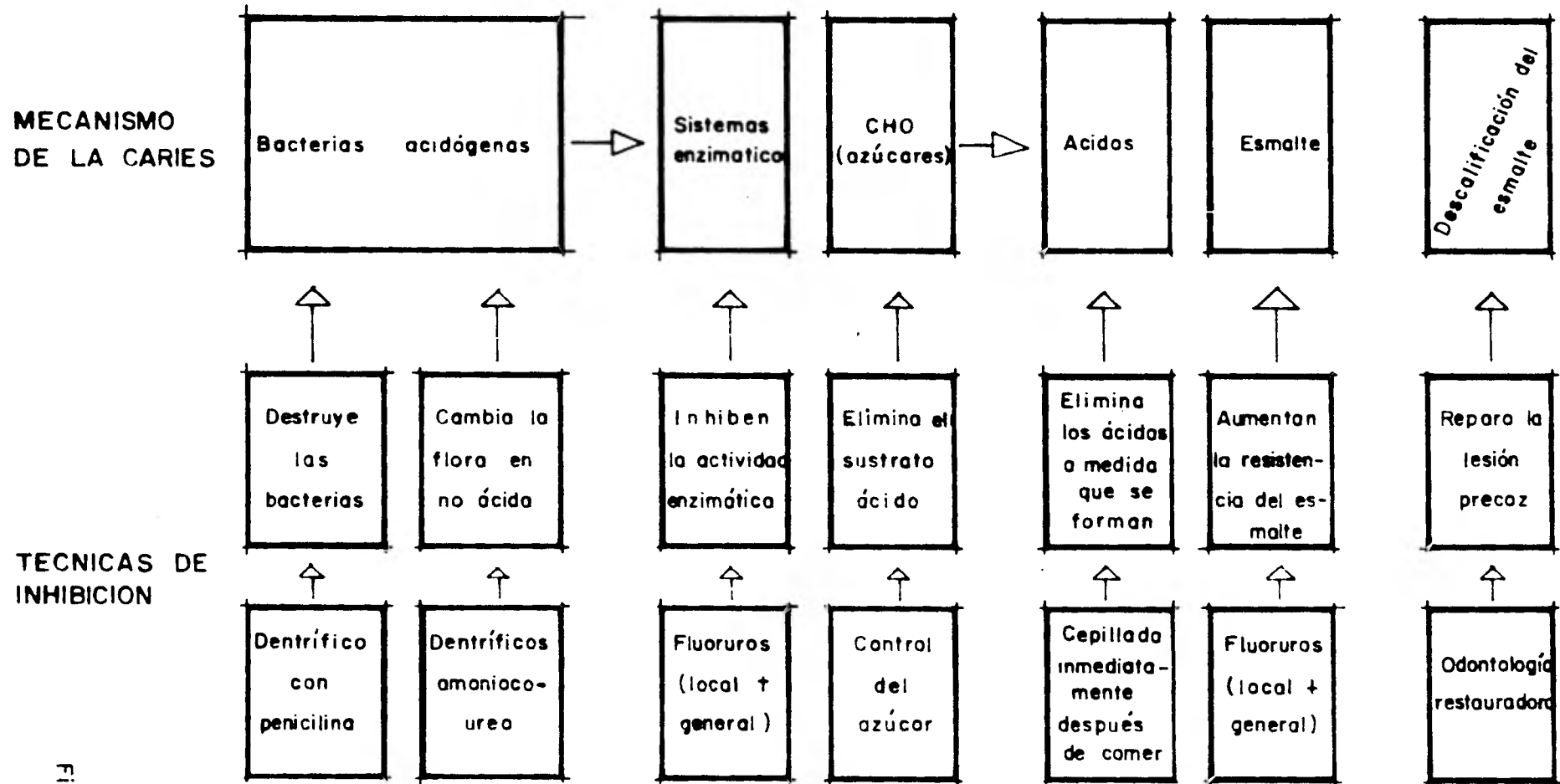


Figura 3

AZUCAR Y CARIES

En 1925, Bunting sugirió que los hidratos de carbono particularmente los azúcares refinados y el lactobacillus ácido philus, estaban relacionados directamente con el progreso de la caries. También sugirió que la actividad de la misma podría reducirse eliminando este substrato hidrocarbonado. Su hipótesis inició una larga serie de investigaciones que culminaron en 1936, cuando Jay y sus colaboradores, demostraron concluyentemente que es el hidrato de carbono fermentable, en forma de azúcares refinados, lo que está principal y más directamente relacionado con el proceso de la caries.

Efectos de la ingestión excesiva de azúcar.--

La ingestión excesiva de azúcar entre comidas, no sólo constituye un riesgo para la salud de los dientes. Es también un factor importante en la extendida obesidad que se ve frecuentemente. También es un importante factor contribuyente sobre todo en niños, para la pérdida de apetito, a la hora de la comida, para los otros alimentos necesarios como la carne y los vegetales. En esta forma, el excesivo consumo de azúcares predipone a la mala nutrición porque desaloja literalmente de la dieta a las otras proteínas, minerales y grasas necesarias.

Hábitos de ingestión de azúcar.-- Si la persona consumiera azúcares únicamente durante las comidas, esos ataques de caries podrían muy bien ser neutralizados por la acción Buffer de la saliva y también por la acción neutralizadora de los alimentos alcalinos ingeridos simultáneamente. Sin embargo, cuando los azúcares refinados se ingieren en--

tre comidas y a intervalos frecuentes, los dientes están sometidos a una casi continua serie de asaltos, por los ácidos formados sobre las superficies dentarias. La velocidad de ataque de la caries aumenta así enormemente por el consumo habitual de azúcares entre comidas.

En realidad, no es tanto la cantidad total de azúcares consumidos durante un día lo que importa, como el número de veces que se toma azúcar. Así, 20 cucharaditas de azúcar consumidas de una vez (por ejemplo: durante una comida) es mucho menos perjudicial para los dientes que 5 cucharaditas consumidas en cuatro veces por día en forma de dulces, entre comidas.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

MATERIAL Y METODO

Se tomó en cuenta una muestra de población de 995 niños en las Estancias Infantiles de la Delegación Cuauhtémoc, de acuerdo a los siguientes parámetros: edad, sexo, alimentación, higiene de cavidad oral, nivel escolar y observaciones, elaborando una Historia Clínica para cada individuo (Figura 4), donde además se hace observación de la calidad de la alimentación.

Dentro de las observaciones, tomamos en cuenta:

- Las anomalías en los dientes. Por ejemplo: dientes fusionados, con giroversión, anodoncias, etc.
- Problemas en lengua. Por ejemplo: lengua geográfica, fisurada.
- Situación de los frenillos. Por ejemplo: si eran cortos, largos o si causaban algún problema para una correcta articulación de las palabras.
- Hábitos intraorales y extraorales. Por ejemplo: En los intraorales nos encontramos con succión del dedo pulgar o succión labial, provocando así una mordida anterior abierta; en los extraorales, está el hábito de morder constantemente objetos; un lápiz, una pluma, etc.

En un Odontograma se marcaron los dientes que se encontraban cariados, los que habían sido obtu-

rados, los que se habían perdido, las extracciones indicadas y si se encontraba presente o no el primer molar.

Esta Historia Clínica se efectuó en todos los niños de cada una de las Estancias Infantiles, con una buena iluminación; el material que se utilizó fue de un abatelenguas para cada uno de los niños, pinzas de curación y algodón.

Así mismo se realizaron extracciones en dientes con movilidad exagerada en los que se presentaba ya la erupción del diente secundario correspondiente para evitar palpación de estos últimos.

HOJA DE DIAGNOSTICO DENTAL

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
 DOMICILIO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 ESTANCIA _____

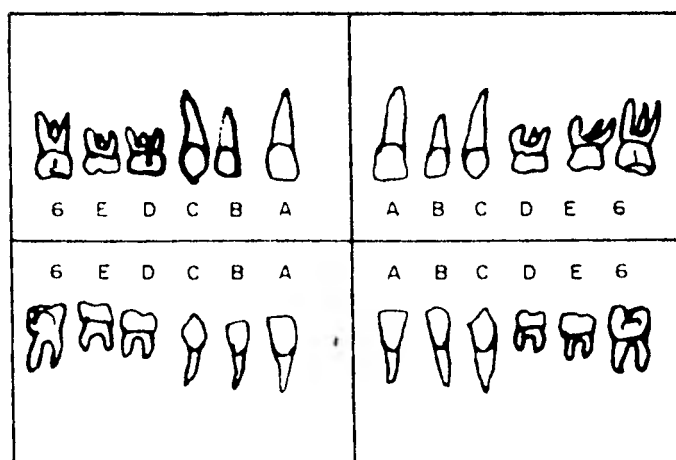
SECCION: a) ___ MATERNAL
 b) ___ LACTANTES
 c) ___ PREESCOLARES

ALIMENTACION: a) ___ CASA
 b) ___ ESTANCIA

TIPO DE LIMPIEZA: a) ___ BUENA
 b) ___ MALA
 c) ___ REGULAR

EXAMEN DENTAL

CARIADA:	
PERDIDAS:	
OBTURADAS:	
EXTRACCIONES:	
INDICADAS:	
PRIMER MOLAR:	
PERMANENTE:	
LINEA DE ERUPCION:	



OBSERVACIONES: _____

ELABORACION DEL METODO:

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Población estudiada.- De los 995 individuos - estudiados, se obtuvo un número ligeramente mayor de masculinos 505 (50.75%), en comparación con 490 femeninos (49.25%).

Esto puede explicarse, porque a pesar de que estadísticamente nacen un número mayor de productos femeninos y también hay mayor incidencia de padecimientos infantiles en los niños, lo que sería de esperarse es que hubiera predominio en la población infantil femenina de las estancias, pero sabemos que las normas culturales de nuestro pueblo, - tienden a proteger más a las niñas, por lo menos - en la primera infancia, por lo cual se relega menos frecuentemente la responsabilidad de su cuidado.

Incidencia global de caries.- De los 995 niños investigados, se encontraron 665 afectados - - (66.43%) y 334 sanos (32.57%).

Lo cual demuestra que a estas edades tempranas ya se perfila la frecuencia demostrada en adultos, que llega a ser en la población mundial de un 83% (Massler, Luchviek y Shour).

Incidencia de caries por edad.- Preescolares. en este grupo que comprende a los niños de 4.1 a 6 años encontramos una mayor frecuencia de caries - - con un total de 444 afectadas que representa el -- (83.47%) y 88 niños sanos que corresponde a un - - (16.53%).

Maternales, este grupo comprendido entre las edades de 2.1 a 4 años, encontramos 208 afectados - que significa un (57.94%) y 151 sanos equivalente-

a un (42.06%).

Lactantes, grupo comprendido desde recién nacidos hasta 2.1, se invirtió la proporción, ya que predominan los sanos 94 correspondientes a (89.40%) en relación a los afectados que fueron 10 (10.60%).

Estos resultados se justifican, puesto que a menor edad, varían los hábitos dietéticos y por lo tanto, las necesidades higiénicas de cavidad oral que al no ser atendidas adecuadamente, predisponen a la afección de los dientes.

Incidencia de caries en relación al sexo. - -

Por lo que respecta al grupo masculino, encontramos 337 niños con caries (66.73%) y 168 sanos o sea un (32.27%), en comparación con el grupo femenino, en donde encontramos 320 niños con caries que equivale a un (65.32%) y 170 sanos (34.68%).

Con lo cual, notamos que no hay una predominancia importante en relación a sexo.

Alimentación. - En cuanto a la alimentación, se encontró lo siguiente:

- 87.54% Consumen los alimentos de la estancia (comida).
- 12.46% Ingieren sus alimentos en su casa.

En los porcentajes anteriores, se puede observar que predominan los niños que comen en la estancia por las necesidades de trabajo de los padres, haciendo notar que la alimentación en las estancias es suficiente y bien balanceada; pero los ni-

ños consumen en mayor o menor grado alimentos en el hogar ricos en carbohidratos, supeditados a la falta de información de los padres, en cuanto a las características adecuadas para una buena dieta. En la figura 5 podemos observar el menú que se les administra a los niños en las estancias infantiles, elaborado por personal capacitado para ello.

Higiene. - Por lo que respecta a la limpieza de cavidad oral, obtuvimos los siguientes resultados:

Buena.....	31.36%
Mala.....	32.46%
Regular...	36.18%

M E N U S E M A N A LPREESCOLARES Y MATERNALESLACTANTESLUNES:

Sopa de tiritas de papa.
Bistec picado con zanahoria y elote.
Tortillas y frijoles.
Fruta.
Agua Fresca.

Sopa de papa con verduras molidas.
Jugo de carne y huevo.
Plátanos molidos.

MARTES:

Crema de zanahoria.
Pollo frito con ensalada de verduras.
Tortillas y frijoles.
Cajeta.
Agua Fresca.

Crema de zanahoria molida con pollo.
Mermelada.

MIERCOLES:

Arroz blanco con chícharos.
Higado encebollado.
Ensalada.
Tortillas y frijoles.
Gelatina.
Agua Fresca.

Crema de zanahoria con hígado picado.
Dulce.

JUEVES:

Sopa de verdura con to-
cino.

Bistec molido empanizado.

Ensalada de jitomate.

Tortillas y frijoles.

Fruta.

Agua fresca.

Sopa de verdura con -
bistec molido.

Mermelada.

VIERNES:

Sopa de fideo.

Pescado en jitomate.

Tortillas y frijoles.

Flan.

Agua fresca.

Jugo de carne y huevo.

Plátanos molidos con -
crema.

La higiene se valoró de acuerdo a lo siguiente: se consideró una buena higiene cuando no existía placa bacteriana, halitosis y el número de caries era mínimo, haciendo notar que una gran proporción de niños que presentaban buena higiene, tenían de 1 a 3 caries en primer grado.

Se consideró regular cuando no se efectuaban un aseo dental adecuado, existiendo así placa bacteriana, restos alimenticios y obviamente, el número de caries era mayor.

Y por último, se consideró como mala higiene cuando no existía un hábito de aseo dental, existiendo así placa bacteriana por falta de aseo, con halitosis consecuente y caries numeroso y muy avanzada.

Nivel Escolar.- La distribución de la población estudiada quedó en la siguiente forma:

Preescolares.....	53.57%
Maternales.....	35.88%
Lactantes.....	10.55%

Existe más población en la edad preescolar - por las necesidades de actividades de grupo para estos niños y a la vez porque quizá en forma instintiva, las madres sue

Primer Molar.- En cuanto al primer molar presente en niños y niñas, se encontró el siguiente resultado: de los 254 preescolares, se observó que 49 niños ya tenían presente su primer molar, o sea

un 19.29% y de los 279 preescolares niños, 33 presentaban su primer molar, o sea un 10.75%. Las edades de los preescolares varían de 4.1 a 6 años.

Al parecer, en las niñas hay mayor precocidad para la erupción del primer molar secundario; debemos recordar que la frecuencia de aparición temprana de dicha molar, está ligada a una mayor incidencia de caries.

Anodoncia.- Sexo Femenino	$\frac{A}{A}$	1 caso (.20%)
	B	
Sexo Masculino	$\frac{B}{B}$	1 caso (.19%)

La anodoncia puede ser total o parcial. En estos dos casos fué parcial y se puede presentar en la primera o en la segunda dentición; es más frecuente la anodoncia de centrales, laterales y terceros molares, la explicación más loable culpa de ello a la herencia.

Otra causa puede ser una anodoncia aparente, cuando hay dientes incluidos y no hay medios para detectar su existencia.

Dientes Fusionados.-

Sexo Femenino	2 casos	(.48%)
Sexo Masculino	8 casos	(1.78%)

En el sexo femenino se encontraron dos casos:

- 1o) Central y lateral superior derecho e izquierdo fusionados.

2o) Lateral y canino inferior izquierdo.

En el sexo masculino se observaron 8 casos:

1o) Central y lateral superior izquierdo.

2o) Central y lateral inferior izquierdo.

3o) Lateral y canino inferior derecho e izquierdo.

4o) Central y lateral superior derecho.
(De éste se observaron 2 casos iguales).

5o) Central y lateral inferior derecho.
(De éste se observaron 3 casos iguales).

Estos hallazgos están supeditados a la variante de observación clínica, sin haberse llevado control radiológico.

Amelogénesis Imperfecta.-

Sexo Femenino 7 casos (1.42%)

Sexo Masculino 10 casos (1.98%)

Es una anomalía estructural del esmalte, a través del cual se vé enseguida clínicamente la dentina parda subyacente. Pueden diferenciarse dos tipos:

1) Hipoplasia del esmalte.- El esmalte es de estructura normal pero con menor espesor; clínicamente las coronas son amarillentas, lisas, brillantes, duras y hay en ciertos casos, grandes fosetas o estrías.

2) Hipocalcificación hereditaria del esmalte. En ésta anomalía, el esmalte es de espesor normal en todas sus partes, pero es de mala calidad; a veces parece blando y elástico. Es por eso que los dientes absorben fácilmente tintaciones; el esmalte sufre rápidamente abrasión, las coronas se desgastan rápidamente y la dentina expuesta se pigmenta de pardo a negro.

Ambos tipos son dominantes y no hay unión con el sexo.

Pigmentación negra en los dientes.-

Sexo Femenino	3 casos	(.61%)
Sexo Masculino	2 casos	(.41%)

Esta pigmentación es debida a la acumulación excesiva de ácido clorhídrico en el tubo digestivo.

Fluorosis Dental.-

Sexo Femenino	2 casos	(.40%)
Sexo Masculino	3 casos	(.61%)

Esto es consecuencia de la ingestión excesiva de flúor por vía del aporte de agua durante la formación dentaria; también se llama esmalte veteado de tipo leve.

Se observaron muy pocas casos de niños con fluorosis dental debido a que el agua que se consume en la Ciudad de México no contiene grandes cantidades de flúor y todos los niños vistos con este

problema son originarios de México, D.F.

Lengua Fisurada.-

Sexo Femenino	2 casos	(.42%)
Sexo Masculino	0 casos	

En esta anomalía, la lengua está cruzada por muchos surcos profundos en la superficie dorsal y lados; a veces se presenta un poco alargada y muestra las marcas de los dientes en sus lados; generalmente es congénita, pero puede ser adquirida.

Este trastorno se ve a menudo en el mongolismo; cuando es adquirida, puede ser durante o a continuación de la Escarlatina, Fiebre Tifoidea o Sífilis. Generalmente es asintomática y llega a molestar cuando partículas de alimentos se descomponen en los surcos.

Este problema unido a malos hábitos higiénicos, presenta la complicación conocida como glositis infecciosa.

Lengua Geográfica.-

Sexo Femenino	7 casos	(1.42%)
Sexo Masculino	9 casos	(1.98%)

También llamada Glositis Migratoria Benigna, es un saipullido aberrante en la lengua de niños delicados, particularmente de quienes sufren de febrículos, resfríos y otras enfermedades debilitantes. Aparecen placas rojas lisas y temporarias, éstas se presentan en la zona de las papilas filiformes.

mes que se han descamado y dejan la superficie lisa y pulida; por lo general se desplaza hacia adelante y a los costados hasta que alcanza el borde de la lengua y desaparece en forma asintomática.

De los 7 casos femeninos: 2 pertenecían al grupo de maternales y 5 al de preescolares. De los masculinos 8 eran preescolares y 1 lactante.

Frenillo lingual corto.-

Sexo Femenino	3 casos	(.61%)
Sexo Masculino	1 caso	(.19%)

Esto hace imposible al niño protuir la lengua a la extensión normal, pero por lo general no causa síntomas y no requiere tratamiento; sin embargo, si es muy corto y fibroso se adhiere a la punta de la lengua y puede interferir la succión y más tarde la articulación de las palabras, requiriendo frenilectomía.

Este padecimiento cuando no es atendido a tiempo puede producir un síndrome disglósico, con alteración en la articulación adecuada de los fonemas, principalmente la "r" y la "s".

En el sexo femenino, los 3 casos pertenecían al grupo de los maternales y en el sexo masculino se presentó 1 caso y era del grupo de los preescolares.

Prognatismo.-

Sexo Femenino	1 caso	(.20%)
Sexo Masculino	3 casos	(.61%)

Se le denomina clase III mesio-oclusión o - - prognatismo. Se caracteriza porque la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior choca o descansa entre la vertiente que se forma entre el primer molar y el segundo molar inferiores.

El prognatismo puede tener componentes genéticos, constitucional y/o adquirido. Se dice que la gente de constitución atlética tiende a tener un mayor desarrollo mandibular. Otros autores sostienen la teoría de que los niños que reciben impactos a nivel de la mandíbula pueden estimular el cartílago de crecimiento, propiciando así un prognatismo adquirido.

Mordida cruzada.-

Sexo Femenino	2 casos	(.42%)
Sexo Masculino	2 casos	(.41%)

Existe cuando hay linguoversión de los dientes superiores con respecto a los inferiores, puede ser uni o bilateral y también puede o no estar asociada con una desviación mandibular.

La mordida cruzada es una maloclusión; puede variar desde un simple factor ambiental, hasta antecedentes genéticos en individuos afectados. Lo más probable es que haya suma de ambos, derivada de una oclusión genéticamente pobre y empeorada -

por fuerzas funcionales, nutricionales o hábitos - en el desarrollo del individuo.

Mordida anterior abierta.-

Sexo Femenino	10 casos	(2.04%)
Sexo Masculino	13 casos	(2.59%)

La frecuencia de esta anomalía, se debe a la alta incidencia de hábitos como succión digital y hábito de lengua.

En la mordida anterior abierta, se aprecia - una relación adecuada a nivel de los molares, pero los incisivos anteriores están inclinados y espaciados; la causa generalmente es la succión del dedo pulgar. Se puede evitar que continúe la deformación de la premaxila, colocando una trampa lingual.

C O N C L U S I O N E S

Se comprueba la hipótesis emitida con respecto a que existe una alta incidencia de caries en la muestra estudiada, favorecida por bajo nivel económico, medio social pobre, alimentación deficiente, hábitos higiénicos inconvenientes, derivados de la falta de información adecuada para el núcleo de población que integra la clase social media baja, a pesar del contacto mantenido por los niños en un local adecuado y la administración en las estancias de una dieta balanceada.

Creemos de utilidad, para abatir dicha frecuencia del padecimiento, el implementar brigadas de información para sensibilizar a los padres con respecto a los requerimientos de sus hijos, complementando con personal capacitado para la detección periódica y tratamiento de niños afectados.

Las gráficas siguientes ilustran la cantidad de caries encontradas en cada uno de los dientes primarios y devididos por grupos de edades atendiendo también al sexo.

Asi mismo se anoto la cantidad de dientes perdidos, las extracciones indicadas y las piezas obturados.

Una vez concluida la revisión bucal de los niños, se entrego un pase a los padres para que estos se les diera tratamiento en los consultorios establecidos por la delegación Cuauhtémoc.

INCIDENCIA DE CARIES
pre-escolar femenino

SUPERIOR DERECHO

SUPERIOR IZQUIERDO

6 x	10 x	2 x	13 x	15 x	14 x	10 x	3 x	9 x	10 x
87-	57-	18-	33-	54-	49-	31-	19-	58-	82-
61/	5/	0/	0/	0/	0/	0/	1/	10/	7/
1°	4°	0°	12°	18°	20°	14°	0°	5°	1°
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
11 x	9 x	0 x	5 x	6 x	8 x	4 x	1 x	13 x	10 x
131-	92-	9-	4-	7-	8-	3-	5-	95-	126-
21/	22/	0/	0/	1/	1/	1/	0/	20/	18/
6°	6°	0°	4°	5°	4°	2°	0°	6°	8°

INFERIOR DERECHO

INFERIOR IZQUIERDO

NOMENCLATURA

- X = Extracciones indicadas
- = Dientes careados
- / = Dientes obturados
- ° = Dientes perdidos

INCIDENCIA DE CARIES
pre-escolar masculino

SUPERIOR DERECHO**SUPERIOR IZQUIERDO**

7x	7x	1x	14x	16x	16x	11x	1x	13x	3x
104-	71-	16-	35-	60-	63-	36-	13-	72-	104-
3/	3/	0/	3/	2/	4/	4/	0/	3/	3/
2°	8°	1°	8°	17°	15°	6°	1°	6°	2°
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
7x	7x	0x	0x	1x	2x	0x	0x	8x	9x
139-	123-	3-	5-	10-	9-	6-	2-	126-	145-
20/	26/	0/	0/	2/	2/	0/	1/	17/	18/
2°	3°	0°	2°	0°	0°	1°	0°	6°	2°

INFERIOR DERECHO**INFERIOR IZQUIERDO****NOMENCLATURA**

- X= Extracciones indicadas
- = Dientes careados
- / = Dientes obturados
- = Dientes perdidos

INCIDENCIA DE CARIES

maternal femenino

SUPERIOR DERECHO

SUPERIOR IZQUIERDO

1x	2x	0x	3x	7x	6x	5x	0x	3x	2x
21-	21-	3-	11-	29-	32-	10-	2-	21-	28-
1/	3/	0/	2/	1/	2/	1/	1/	5/	1/
0°	0°	0°	0°	1°	1°	0°	0°	0°	0°
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
0x	0x	0x	0x	0x	5x	0x	0x	0x	0x
63-	43-	1-	1-	2-	4-	1-	1-	47-	63-
1/	8/	0/	0/	0/	0/	0/	0/	6/	7/
0°	0°	0°	0°	3°	3°	2°	0°	0°	0°

INFERIOR DERECHO

INFERIOR IZQUIERDO

NOMENCLATURA

X = Extracciones indicadas

- = Dientes careados

/ = Dientes obturados

° = Dientes perdidos

INCIDENCIA DE CARIES

maternal masculino

SUPERIOR DERECHO

SUPERIOR IZQUIERDO

0x	1x	1x	1x	3x	3x	0x	0x	2x	0x
28-	35-	11-	20-	35-	33-	23-	12-	33-	30-
1/	1/	0/	0/	0/	1/	0/	0/	0/	0/
0°	0°	0°	4°	4°	3°	2°	1°	1°	0°
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
0x	1x	0x	0x	0x	0x	0x	0x	2x	0x
47-	57-	1-	2-	3-	4-	1-	1-	63-	55-
1/	2/	0/	0/	0/	0/	0/	0/	2/	4/
0°	1°	0°	1°	0°	0°	1°	0°	0°	0°

INFERIOR DERECHO

INFERIOR IZQUIERDO

NOMENCLATURA

x = EXTRACCIONES INDICADAS

- = dientes careados

/ = dientes obturados

° = dientes perdidos

LACTANTES

femeninos

SUPERIOR DERECHO

SUPERIOR IZQUIERDO

x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-	-	-	-	3-	3-	-	-	-	-
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-	2-	-	-	1-	1-	-	-	2-	-
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

INFERIOR DERECHO

INFERIOR IZQUIERDO

NOMENCLATURA

X = Extracciones indicadas

- = Dientes careados

/ = Dientes obturados

o = Dientes perdidos

L A C T A N T E S

m a s c u l i n o s

SUPERIOR DERECHO

SUPERIOR IZQUIERDO

x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-	2-	-	-	2-	2-	1-	-	1-	-
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-	1-	-	-	-	-	-	-	1-	-
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

INFERIOR DERECHO

INFERIOR IZQUIERDO

NOMENCLATURA

X= Extracciones indicadas.

- = Dientes careados

/ = Dientes obturados

o = Dientes perdidos

R E S U M E N

- 1.- Las normas culturales de nuestro país protegen más a los individuos del sexo femenino, lo - - cual resulta en una mayor población infantil - masculina en las estancias, a pesar de que el - número de nacimientos de niñas es mayor en - - nuestra población y que además, los niños pade - cen enfermedades más frecuentemente que las ni - ñas.
- 2.- Se corrobora la incidencia global de caries pa - ra nuestra población de acuerdo con autores re - conocidos, ésto es de 83% para la población - mundial, lo cual se perfila con el hallazgo de un 63.43% en la muestra estudiada.
- 3.- La incidencia de caries está directamente rela - cionada con el incremento de la edad, pues a - mayor tiempo de exposición de los dientes, jun - to con los cambios dietéticos, se modifican - los requerimientos higiénicos de la cavidad - oral, los cuales al no ser atendidos convenien - temente, predisponen a la aparición del padeci - miento.
- 4.- Se detectó caries en la población estudiada, - independientemente al sexo a que pertenecían - los individuos afectados.
- 5.- El hecho de que en las estancias infantiles se administre una alimentación bien balanceada, - no es decisivo, ya que los niños ingieren ali - mentos en sus hogares, por lo cual es conve - niente proporcionar información a los padres - sobre los requerimientos dietéticos adecuados.

- 6.- Se detectó problema de higiene bucal en un gran porcentaje de los individuos estudiados, debido a lo cual es de precisarse el sensibilizar a los padres con respecto a normas higiénicas apropiadas que refuercen la protección contra la caries en la población infantil.
- 7.- Con respecto a la aparición del primer molar secundario, se encontró presente con predominio para el sexo femenino, con una relación aproximada de 2.1 lo cual se explica por la precocidad en el sexo femenino para múltiples aspectos del desarrollo en general, la cual se equipara en la etapa de la adolescencia.
- 8.- En cuanto a la detección de anomalías en cavidad oral, se observó con mayor frecuencia: Mordida Abierta Anterior, seguida de Amelogénesis Imperfecta, ocupando el tercer lugar el hallazgo de Lengua Geográfica y el cuarto, la presencia de dientes fusionados.
- 9.- Se comprueba la hipótesis planteada en cuanto a que existe una gran incidencia de caries en la población estudiada, teniendo como factores decisivos el medio socio económico bajo y la falta de información que contribuyen a la existencia de hábitos higiénicos y dietéticos deficientes en la clase media baja, pese a la asistencia a estancias donde la alimentación y las normas higiénicas son adecuadas.
- 10.- Se propone la creación de brigadas de detección y tratamiento para estas estancias y que se impartan pláticas que sirvan de orientación

a los padres de familia, sobre la importancia de una dentición sana para los individuos y los medios para conservarla.

B I B L I O G R A F I A

- 1) CHARLES BREAVER, John
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.
Editorial Mundi.
Buenos Aires, 1971.
- 2) DIAMOND, Moisés
ANATOMIA DENTAL, 2a. edición.
Editorial Hispana Americana.
U.T.E.H.A. México, D.F., 1972.
- 3) FINN, Sindney B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Editorial Interamericana.
1976.
- 4) GRABER, T. M. y GORDON Agnew R.
ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA.
Editorial Mundi, Serie 3, Vol. 8,
Buenos Aires, 1960.
- 5) HERBERT, French.
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DIAMON.
Editorial Diamon - M., 1a. Edición.
México, D.F., 1973.
- 6) GLICKMAN, Irving
PERIODONTOLOGIA CLINICA.
Editorial Interamericana, 4a. Edición.