

2ej 238

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales  
Iztacala**



---

**CARRERA CIRUJANO DENTISTA**

**DETECCION DE PATOLOGIA DE LA CAVIDAD  
ORAL EN NIÑOS ASISTENTES A LA GUARDERIA  
No. 4 DEL I.M.S.S.**

**AIDA PATRICIA LEON NAJERA**

**SAN JUAN IZTACALA, EDO DE MEXICO, 1982**



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.

## INDICE

I.- INTRODUCCION.

II.- CARIES.

- a) Definición.
- b) Etiología.
- c) Factor microbiano.
- d) Clasificación caries.

III.- ENFERMEDAD PARODONTAL.

- a) Etiología.
- b) Factores
- c) Materia Alba.
- d) Placa Dental.
- e) Cálculo Dental.
- f) Gingivitis Marginal.

IV.- SINDROME MAL OCLUSION.

- a) Tipos Mal Oclusión.
  - 1.- recta
  - 2.- progenia
  - 3.- abierta
  - 4.- cruzada.
- b) Etiología.
  - 1.- Succión del pulgar
  - 2.- Succión del labio
  - 3.- Proyección lingual.

V.- HIPOPLASIA DEL ESMALTE

VI.- FRENILLO LABIAL.

- a) frecuencia de Diastema.

VII.- ORGANIZACION Y FUNCIONES DE LA GUARDERIA No. 4  
DEL IMSS.

VIII.- OBJETIVOS.

IX.- MATERIAL Y METODOS.

X.- RESULTADOS.

XI.- CONCLUSIONES.

XII.- BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

LOS PADECIMIENTOS BUCO-DENTALES DEL NIÑO SON PARTE IMPORTANTE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO. PRINCIPALMENTE LOS QUE SE REFIEREN A LA CARIES DENTAL, PARODONTOPATIAS Y MAL OCLUSIONES DENTARIAS; EL MANTENER EN ESTADO DE SALUD FISICA INTEGRAL Y PSICOLOGICA, ASI COMO UN EQUILIBRIO DE BIENESTAR COMPLETO.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO CONJUNTO DEL ODONTOPEDIATRA Y EL MEDICO PEDIATRA CON EL FIN DE DETECTAR OPORTUNA Y ADECUADAMENTE LAS ANOMALIAS Y ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL; ASI COMO EL PEDIATRA DEBE VIGILAR EN FORMA PERIODICA EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ADOLESCENCIA, TAMBIEN EL ODONTOLOGO DEBE EFECTUAR LA REVISION POR LO MENOS CADA SEIS MESES VIGILANDO LA DENTICION, PARA PODER MANTENER EL ESTADO DE SALUD DE LA CAVIDAD ORAL CON EL FIN DE CONSEGUIR UNA DENTICION PERMANENTE INTACTA Y QUE LOS DIENTES NO SE PIERDAN A CAUSA DE UN MAL CUIDADO Y FALTA DE ATENCION DE LOS PROCESOS CARIOSOS Y DEMAS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN LA BOCA, EN CASO DE PRESCENCIA DE MAL OCLUSION EFECTUAR LOS TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA LA CO---

RRECCION DEL PROBLEMA EN EL MOMENTO ADECUADO PARA ASI -  
EVITAR QUE EN LA EDAD ADULTA EL NIÑO TENGA OTRO TIPO DE  
PROBLEMAS COMO ALTERACIONES PARODONTALES.

LAS DISTINTAS FUNCIONES QUE EN EL ORGANISMO CORRES-  
PONDEN A LA CAVIDAD BUCAL REVELAN LA IMPORTANCIA DE ES-  
TA Y DE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES (DIENTES, ENCIA, --  
LIGAMENTO PARODONTAL, HUESO ALVEOLAR).

LA CAVIDAD BUCAL ES PUERTA DE ENTRADA PARA DIFERENT  
TES TIPOS DE INFECCIONES, CUYO DESARROLLO SE VERA FAVO-  
RECIDO CUANDO EXISTAN CONDICIONES IDEALES PARA EL ESTA-  
BLECIMIENTO DE COLONIAS DE MICROORGANISMOS, LOS CUALES-  
A EXPENSAS DE UNA INFECCION FOCAL PUEDEN DAR POSTERIOR-  
MENTE ORIGEN A ENFERMEDADES SISTEMICAS COMO LA GLOMERU-  
LONEFRITIS POST ESTREPTOCOCCICA O BIEN SEPTICEMIAS POR-  
GERMENES DIVERSOS INCLUYENDO ANAEROBICOS.

LA PATOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL EN NUESTRO MEDIO-  
ES FRECUENTE, HASTA EN UN 90% DE LA POBLACION APARENTE-  
MENTE SANA APARECE.

UNO DE LOS PRIMEROS EN USAR TECNICAS EPIDEMIOLOGI-  
CAS EN EL ESTUDIO DE LA ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL -  
FUE EMILE MAGETOT, HACE MAS DE 90 AÑOS, ESTE INVESTIGA-

DOR PUBLICO DATOS QUE MOSTRABAN LA DISTRIBUCION DE LA -  
CARIES DENTAL EN DIVERSAS PIEZAS. (1)

LOS PROCESOS CARIOGENICOS PRESENTAN UNA VIA DE EN-  
TRADA IMPORTANTE PARA LOS MICROORGANISMOS QUE PENETRAN-  
A TRAVES DE ELLA HACIA LA CAMARA PULPAR PROVOCANDO LA -  
MUERTE DE ESTA, PRESENTANDO ASI UN ALTO GRADO DE TOXICI-  
DAD QUE PUEDE OCASIONAR UNA SEPTICEMIA. POR OTRA PARTE  
LAS GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PARODONTALES CONSTITUYEN-  
UNA GRAN AMENAZA PARA LAS ESTRUCTURAS DE SOSTEN DEL - -  
DIENTE, PUDIENDO APARECER DESDE SIMPLE INFLAMACION DE -  
ENCIA HASTA LA PERDIDA OSEA Y POR CONSECUENCIA DE LOS -  
DIENTES; ESTOS PADECIMIENTOS SIRVEN A SU VEZ DE SITIO -  
DE ALOJAMIENTO PARA LOS MICROORGANISMOS Y DEPOSITOS DE-  
CALCULOS DENTARIOS.

DE LO ANTERIOR PODEMOS DERIVAR LA IMPORTANCIA QUE-  
TIENE EL CUIDADO Y ATENCION DE LA BOCA, EMPEZANDO DESDE  
LA EDAD INFANTIL QUE SE ENCUENTRA YA EXPUESTA A DIVER--  
SOS FACTORES QUE PUEDEN ALTERAR SU FUNCIONAMIENTO. Y --  
SON TANTO DE ORIGEN DIETETICO COMO BACTERIAL.

COMO LA CARIES DENTAL ES LA ENFERMEDAD MAS COMUN -  
DE LA BOCA, EL HOMBRE TIENE EL PRIMER CONTACTO CON ESTA

DESDE LA NIÑEZ, POR LO QUE ES IMPORTANTE MANTENER SU CONTROL DESDE LA APARICION DE LA PRIMERA DENTICION. (2)

LA HIGIENE Y MEDIDAS DE CONSERVACION DE LA CAVIDAD ORAL HAN SIDO PRACTICADAS DESDE TIEMPO ATRAS.

EN 1500 A.C. LOS CHINOS FUERON LOS PRIMEROS EN UTILIZAR EL PALILLO DE DIENTES Y CEPILLO.

EN EL TALMUD, LOS ANTIGUOS HEBREOS DESCRIBIERON LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL. TAMBIEN HIPOCRATES (460-335 A.C.) DESCRIBIO LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL. CELSO EN EL PRIMER SIGLO DE LA ERA CRISTIANA RECOMENDABA LA REMOCION DEL SARRO ASI COMO LAS MANCHAS FORMADAS EN LOS DIENTES USANDO PARA ESTO UN DENTIFRICO.

PAULO ANGINA EN EL SIGLO VII DE LA ERA CRISTIANA DESCRIBIO LA MANERA DE REMOVER EL SARRO Y MENCIONO LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES DESPUES DE CADA COMIDA.\*

RHAZES (850-923) MEDICO ARABE RECOMENDO EL USO DE COLUTORIOS ASTRINGENTES Y POLVOS PARA EL CUIDADO E HIGIENE ORAL.

ALBUCASIS (936-1013) DISEÑO UN JUEGO DE INSTRUMENTOS PARA LA ELIMINACION DEL SARRO.

PIERRE FAUCHARD (1678-1760) CONSIDERADO EL PADRE DE



LA ODONTOLOGIA DISEÑO UN JUEGO DE INSTRUMENTOS PARA LA--  
ELIMINACION DEL SARRO Y DESCRIBE DENTIFRICOS Y COLUTO--  
RIOS COMO COADYUVANTES DE LA HIGIENE ORAL.

JOHN HUNTER EN EL SIGLO XVIII EN INGLATERRA KUNS -  
TOM ROVISCEK Y RIGGS AUMENTARON LOS CONOCIMIENTOS Y ME-  
TODOS PARA LOGRAR LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES Y CURAR --  
LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

EN LA ACTUALIDAD, SE TRATAN DE ESTABLECER Y DESA--  
RROLLAR TECNICAS EFICACES PARA LA PREVENCION DE LOS PA-  
DECIMIENTOS DE LA CAVIDAD ORAL Y SU TRATAMIENTO TEMPRA-  
NO.

LA LIMPIEZA BUCAL ES CONSIDERADA DE PRIMORDIAL IM-  
PORTANCIA EN LA PREVENCION DE LA CARIES DENTAL Y ENFER-  
MEDAD PARODONTAL.

EN ALGUNOS PAISES LOS LLAMADOS DESARROLLADOS COMO-  
LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA UNA PARTE DEL PRESU-  
PUESTO DEDICADO AL MINISTERIO DE SALUD ES DESTINADO A -  
LOS CUIDADOS DENTALES Y EN 1970 SE REFIERE QUE LA MAYOR  
PARTE SE DESTINO A LA RESTAURACION DE PIEZAS QUE PRESEN-  
TABAN CARIES.

EN NUESTRO PAIS A PESAR DE QUE SABEMOS QUE EXISTE-

UN INDICE ELEVADO DE INDIVIDUOS CON ENFERMEDADES DIVER-  
SAS DE LA CAVIDAD ORAL, NO ES POSIBLE CONOCER CON EXAC-  
TITUD LAS CIFRAS EN CUANTO A LA EPIDEMIOLOGIA Y FRECUEN-  
CIA DE ESTE GRUPO DE PADECIMIENTOS; YA QUE LOS SERVI- -  
CIOS DENTALES INSTITUCIONALES A PESAR DE CONTAR CON PRO-  
GRAMAS PREVENTIVOS NO SE LLEVAN A EFECTO EN FORMA ADE--  
CUADA Y LA REALIDAD ES QUE UNICAMENTE SE HAN CONFORMADO  
CON LLEVAR A EFECTO TRATAMIENTOS CURATIVOS DEL TIPO DE-  
OBTURACIONES Y EXTRACCIONES, YA QUE NO SE CUENTA CON --  
SERVICIOS COMO ENDODONCIA, PARODONCIA Y ORTODONCIA POR-  
EJEMPLO, POSIBLEMENTE POR SER TRATAMIENTOS LARGOS Y COS-  
TOSOS.

EL PROBLEMA DE LA PATOLOGIA ORAL ES MUY COMPLEJO -  
PUES SON EL GRUPO DE ENFERMEDADES QUE TIENEN UN FONDO -  
MEDICO SOCIAL MUY IMPORTANTE YA QUE INTERVIENEN EL NI--  
VEL SOCIO-ECONOMICO DEL INDIVIDUO, HABITOS HIGIENICOS,-  
DIETETICOS Y CULTURALES Y DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDI-  
CO EL ESTABLECIMIENTO DE UN DIAGNOSTICO OPORTUNO, TRATA-  
MIENTO ADECUADO Y LA DURACION Y COSTO DEL MISMO.

DE LAS ENTIDADES MAS FRECUENTES DE PATOLOGIA ORAL-  
EN GRUPOS DE POBLACION ABIERTA TENEMOS:

- A) CARIES
- B) ENFERMEDAD PARODONTAL
- C) SINDROME DE MAL OCLUSION
- D) HIPOPLASIA DEL ESMALTE
- E) ALTERACIONES EN LA IMPLANTACION DEL  
FRENILLO.

CARIES.

ES UN PROCESO QUIMICO-BIOLOGICO DE CARACTER INFECCIOSO LENTO CONTINUO E IRREVERSIBLE, CARACTERIZADO POR LA DESTRUCCION DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL DIENTE.

ETIOLOGIA.

PARA PODER TRATAR DE ESTABLECER LA ETIOLOGIA DE LA CARIES DEBEMOS TOMAR EN CONSIDERACION TRES FACTORES IMPORTANTES.

A) CARBOHIDRATOS FERMENTABLES ( DIETA )

B) ENZIMAS MICROBIANAS BUCALES

C) COMPOSICION FISICA Y QUIMICA DE LA

SUPERFICIE DENTAL.

LOS FACTORES DIETETICOS Y LAS ENZIMAS MICROBIANAS- PUEDEN CONSIDERARSE COMO FUERZAS DE ATAQUE Y LA SUPERFICIE DENTAL COMO FUERZA DE RESISTENCIA. DE ACUERDO A ESTO SE PUEDE ESTABLECER QUE LA CARIES ES EL RESULTADO DE LA FERMENTACION DE CARBOHIDRATOS A TRAVES DE ENZIMAS MICROBIANAS CUYOS RESULTADOS FORMAN UN MEDIO ACIDO FAVORECIENDO ASI LA DESMINERALIZACION DEL ESMALTE.

FACTORES DIETETICOS.

SE HA INDICADO QUE LA DIETA ES UN FACTOR DETERMINANTE EN EL DESARROLLO DE LA CARIES DENTAL, HABIENDO EN CONTRADO QUE EXISTEN ELEMENTOS DAÑINOS EN ESTA PARA LA DESTRUCCION DE LOS DIENTES, ASI COMO OTROS DE TIPO PROTECTOR.

A TRAVES DEL TIEMPO SE HA OBSERVADO QUE LAS PERSONAS SOMETIDAS A DIETAS CON ELEVADOS PORCENTAJES DE ALIMENTOS HARINOSOS Y AZUCARES TIENDEN A SUFRIR DESTRUCCION DENTAL QUE PUEDE VARIAR DESDE MODERADA A GRAVE, TAMBIEN SE HA VISTO QUE LOS INDIVIDUOS SOMETIDOS A DIETAS FORMADAS PRINCIPALMENTE POR GRASAS Y PROTEINAS PRESENTAN ESCASA O NULA CARIES DENTAL.

LOS CARBOHIDRATOS ASOCIADOS CON LA CARIES DENTAL DEBERAN ESTAR PRESENTES EN LA DIETA EN CANTIDADES SIGNIFICATIVAS, DESAPARECER LENTAMENTE O SER INGERIDOS FRECUENTEMENTE Y SER FACILMENTE FERMENTABLES POR BACTERIAS CARIOGENICAS. LOS PRINCIPALES CARBOHIDRATOS QUE REUNEN ESTA CUALIDADES SON:

- A) ALMIDONES POLISACARIDOS
- B) SACAROSA DISACARIDO

C) GLUCOSA MONOSACARIDO

FACTOR MICROBIANO.

LAS INVESTIGACIONES DE PASTEUR Y KOCH ATRAJERON LA ATENCION HACIA LA POSIBILIDAD DE QUE LAS BACTERIAS FUERAN FACTORES ETIOLOGICOS EN MUCHOS ESTADOS PATOLOGICOS Y ERA MUY NATURAL QUE SE INVESTIGARA SU POSIBLE PAPEL EN LA CARIES DENTAL. (3).

POR ESTUDIOS REALIZADOS SE HA PODIDO DEMOSTRAR QUE EXISTE UNA LISIS DEL ESMALTE, PRODUCIDA POR LA ADHERENCIA DE CIERTOS MICROORGANISMOS A ESTE A TRAVES DE LA PRESENCIA DE POLISACARIDOS EXTRACELULARES COMO SON DEXTRANES Y LEVANES A PARTIR DE LOS CUALES SE ESTABLECE LA PLACA DENTAL QUE PERMITE LA COLONIZACION DE LAS BACTERIAS DANDO COMO RESULTADO LA PLACA BACTERIANA.

HASTA AHORA EL CONCEPTO QUE SE TIENE DE UN AGENTE-ESPECIFICO EN LA ETIOLOGIA DE LA CARIES PERMITE QUE LAS INVESTIGACIONES SEAN REALIZADAS SOBRE CIERTOS TIPOS DE MICROORGANISMOS Y NO EN TODA LA GAMA DE LA MICROFLORA ORAL.

POR MEDIO DE CULTIVOS REALIZADOS SE HA PODIDO SABER QUE LOS PRINCIPALES MICROORGANISMOS QUE INTERVIENEN

EN EL PROCESO CARIOSO SON ESTREPTOCOCOS MUTANS, SALIVARIUS.

MUCHOS DE LOS ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LOS FACTORES MICROBIANOS QUE INICIAN Y MANTIENEN LA CARIES DENTAL HAN MOSTRADO QUE EXISTEN VARIOS FACTORES IMPORTANTES COMO SON LA ESPECIFICIDAD Y SUCEPTIBILIDAD DEL HUESPED, TRANSMISIBILIDAD BACTERIANA; CALIDAD Y CANTIDAD DE SUSTANCIA DISPONIBLE (DIETA). LA INCIDENCIA INDICA QUE CIERTO TIPO DE BACTERIAS PUEDE SER MAS IMPORTANTE PARA INICIAR LA LESION, MIENTRAS QUE OTRAS SON MAS DETERMINANTES PARA MANTENERLA.

#### CLASIFICACION DE CARIES.

PRIMER GRADO. SE ENCUENTRA INVOLUCRADO EN EL PROCESO CARIOSO UNICAMENTE EL ESMALTE.

SEGUNDO GRADO. INCLUYE LA DESTRUCCION TANTO DE LA DENTINA COMO EL ESMALTE.

TERCER GRADO. ESTA AFECTADA LA PULPA ADEMAS DE LAS ESTRUCTURAS DEL ESMALTE Y DENTINA.

CUARTO GRADO. EN ESTE GRADO DEL PROCESO CARIOSO YA SE ENCUENTRA AFECTADO EL DIENTE EN TODAS --

SUS ESTRUCTURAS ( ESMALTE, DENTINA, CAMA  
RA PULPAR Y CONDUCTOS RADICULARES ).





ESTA FOTOGRAFIA NOS MUESTRAN LA PRESCENCIA  
DE CARIES.



TOTAL DESTRUCCION DEL PREMOLAR DEBIDO A LA  
PRESCENCIA DE CARIES.

## ENFERMEDADES PARODONTALES.

LOS TEJIDOS QUE RODEAN AL DIENTE Y LE SIRVEN DE SOPORTE SE HALLAN SUJETOS A MULTITUD DE ENFERMEDADES, DENOMINADAS EN CONJUNTO ENFERMEDADES PARODONTALES. LA ENFERMEDAD DE PARODONTO DETECTABLE CLINICAMENTE SE ENCUENTRA MUY DIFUNDIDA Y SUS CONSECUENCIAS SON SEVERAS.

LA ENFERMEDAD DEL PARODONTO PUEDE AFECTAR SOLO A LAS ENCIAS O BIEN PROPAGARSE E INVADIR LAS ESTRUCTURAS MAS PROFUNDAS. CUANDO SOLO SE INVOLUCRA LA ENCIA SE DENOMINA GINGIVITIS Y CUANDO LLEGA A AFECTAR TODOS LOS TEJIDOS DE SOSTEN DEL DIENTE SE CONOCE COMO PARODONTITIS.

### ETIOLOGIA.

HAY FACTORES PREDISPONENTES QUE FAVORECEN LA APARICION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, CAUSAS EXISTENTES QUE LA ESTIMULAN Y FACTORES QUE TIENDEN A PROPAGARLA O BIEN A HACERLA CRONICA.

LOS FACTORES LOCALES EXISTENTES MAS FRECUENTES SON LAS BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS TOXICOS. ESTAN CONTENIDAS EN LAS ZOOGLEAS<sup>+</sup>, PLACA, MATERIA ALBA Y DEPOSITOS DE -- CALCULOS DENTARIOS. (4) TAMBIEN LOS RESIDUOS DE ALIMENTO SIRVEN PARA LA PROLIFERACION BACTERIANA.

## FACTORES AMBIENTALES LOCALES.

EL CALCULO DENTAL, LA ZOOGLEA Y LA MATERIA ALBA --  
SIRVEN DE ESTRUCTURAS DE SOPORTE PARA LAS BACTERIAS, --  
LAS MANTIENEN EN CONTACTO CON LA ENCIA Y PROPORCIONAN --  
ASI MISMO UN MEDIO FAVORABLE PARA LA PROLIFERACION DE --  
LOS MICROORGANISMOS.

## MATERIA ALBA.

ES UNA MASA DE RESIDUOS BLANDA, BLANQUECINA QUE --  
CONTIENE ELEMENTOS HISTICOS MUERTOS PRINCIPALMENTE CELU  
LAS EPITELIALES, LEUCOCITOS Y BACTERIAS RETENIDAS EN --  
LOS DIENTES Y ENCIAS QUE PUEDEN PENETRAR EN EL SURCO --  
GINGIVAL, ESTO CONSTITUYE UN AGENTE IRRITANTE CONSTANTE  
DE ORIGEN TANTO QUIMICO COMO BACTERIANO, QUE EN SUS ETA  
PAS INICIALES PUEDE SER ELIMINADA MEDIANTE CEPILLADO.

ESTA SE ORIGINA PRIMERO COMO LA FORMACION DE UNA --  
PELICULA SOBRE EL DIENTE FORMADA POR MUCOIDES DE LA SA-  
LIVA QUE SON PEGAJOSOS A LOS CUALES SE ADHIEREN PROTEI-  
NAS, PRODUCTOS DEL MATABOLISMO MICROBIANO Y DE LA DIETA,  
TAMBIEN ESTAN PRESENTES MUCOPOLISACARIDOS Y AZUCARES --

+COLONIA DE CIERTOS MICROORGANISMOS ENCAJADOS A UNA MA-  
TRIZ GELATINOSA.

SENCILLOS EN ESPECIAL SACAROSA.

LA FIRME ADHERENCIA DE LA PLACA AL DIENTE SE LOGRA POR MEDIO DEL AZUCAR, QUE LAS BACTERIAS UTILIZAN PARA SINTETIZAR POLIMEROS DE GLUCOSA EXTRACELULARES LLAMADOS DEXTRANES Y LEVANES, LOS CUALES PERMITEN FORMAR UN MEDIO ACIDO EN LA PLACA A LA CUAL ENTONCES SE DARA EL NOMBRE DE SUSTRATO QUE SERVIRA COMO UN MEDIO PROPICIO PARA LA PROLIFERACION Y ALIMENTACION DE GERMENES.

PLACA DENTAL.

ES UN GRUPO DE MICROORGANISMOS CONTENIDOS EN UNA MASA DE PROTEINAS CON PROPIEDADES ADHESIVAS.

LA FORMACION DE PLACA PUEDE DIVIDIRSE EN DOS ETAPAS:

A) FORMACION INICIAL DE UNA MATRIZ NO ESTRUCTURADA LLAMADA PLACA INMADURA.

B) PROLIFERACION DE MICROORGANISMOS DENTRO DE LA MATRIZ PARA DARLE ESTRUCTURA Y CONVERTIRLA EN PLACA MADURA.

LA PLACA CREA SU PROPIO MEDIO QUE ESTA CAMBIANDO CONSTANTEMENTE COMO RESULTADO DE LA VARIACION DE LAS CONDICIONES FISICO-QUIMICAS COMO EL GRADO DE FLUIDO SA-

LIVAL Y LOS CONTRIBUYENTES EXOGENOS CONTENIDOS EN LA --  
DIETA. EL CRECIMIENTO DE LA PLACA ESTA ASI RELACIONADO--  
AL NUMERO DE MICROORGANISMOS Y AL VOLUMEN DE LA SINTE--  
SIS DE POLISACARIDOS EXTRACELULARES. (5)

LA PLACA ES PRECURSORA DE CALCULOS, LOS CUALES SE--  
RAN CLINICAMENTE DETECTABLES SEGUN EL GRADO DE CALCIFI--  
CACION QUE PRESENTEN.

#### CALCULO DENTAL.

EL CALCULO ES UN DEPOSITO DURO FORMADO POR LA MINE--  
RALIZACION Y CALCIFICACION DE LA PLACA. AMBOS PLACA Y --  
CALCULO PUEDEN PRODUCIR MANCHAS EN LOS DIENTES QUE VA--  
RIAN DE CAFE, NEGRO O VERDE, QUE SON DE ORIGEN EXTRINSE--  
CO Y PUEDEN SER OCASIONALMENTE OBSERVADAS Y DISTINGUIR--  
SE DE COLORACIONES INTRINSECAS COMO PUEDE SER LA FLUORO--  
SIS.

EL CALCULO PUEDE SER CLASIFICADO SEGUN SU SITUA--  
CION SOBRE EL DIENTE EN RELACION AL MARGEN GINGIVAL, ES--  
TE PODRA SER SUBGINGIVAL O SUPRAGINGIVAL.

#### GINGIVITIS MARGINAL.

LA IMFLAMACION CLINICAMENTE VISIBLE CASI SIEMPRE --

FORMA PARTE DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL DEBIDO A LA PRESENCIA CONSTANTE DE MICROORGANISMOS. (6) TAMBIEN SUELEN ENCONTRARSE IRRITANTES LOCALES COMO RESTOS ALIMENTICIOS O CALCULOS.

LA RELACION INFLAMATORIA PUEDE SER LOCALIZADA SOBRE EL MARGEN GINGIVAL DE ALGUNOS DIENTES O BIEN EN TODA LA BOCA: LA INTENSIDAD DE LA REACCION INFLAMATORIA DEPENDERA DE LA CONSTITUCION Y CALCULO PUEDEN PRODUCIR MANCHAS EN LOS DIENTES QUE VARIAN DE CAFE, NEGRO O VERDE QUE SON DE ORIGEN EXTRINSECO Y PUEDEN SER OCASIONALMENTE OBSERVADAS Y DISTINGUIRSE DE COLORACIONES INTRINSECAS COMO PUEDE SER LA FLUOROSIS.

EL CALCULO PUEDE SER CLASIFICADO SEGUN SU SITUACION SOBRE EL DIENTE EN RELACION AL MARGEN GINGIVAL, ESTE PODRA SER SUBGINGIVAL O SUPRAGINGIVAL.

GINGIVITIS MARGINAL.

LA INFLAMACION CLINICAMENTE VISIBLE CASI SIEMPRE FORMA PARTE DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL DEBIDO A LA PRESENCIA CONSTANTE DE MICROORGANISMOS. (6) TAMBIEN SUELEN ENCONTRARSE IRRITANTES LOCALES COMO RESTOS ALIMENTICIOS

O CALCULOS.

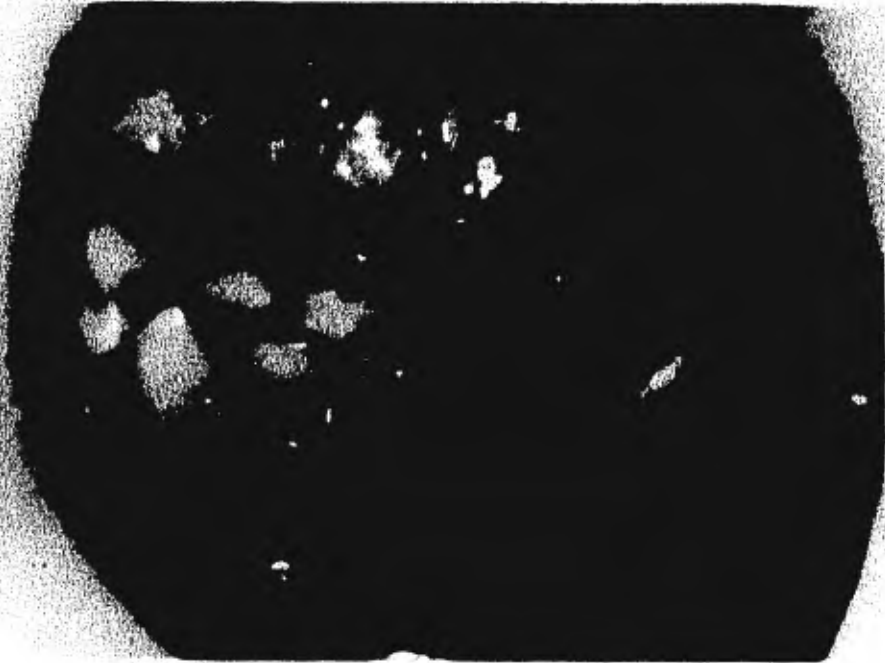
LA REACCION INFLAMATORIA PUEDE SER LOCALIZADA SOBRE EL MARGEN GINGIVAL DE ALGUNOS DIENTES O BIEN EN TODA LA BOCA; LA INTENSIDAD DE LA REACCION INFLAMATORIA - DEPENDERA DE LA CONSTITUCION ORGANICA Y LA DURACION E INTENSIDAD DEL IRRITANTE LOCAL.

CLINICAMENTE SE DIAGNOSTICA LA PRESCENCIA DE GINGIVITIS Y PARODONTITIS MEDIANTE LA INSPECCION DE ENCIAS Y SURCOS GINGIVALES. EN AMBAS ENFERMEDADES SE OBSERVA UNA COLORACION ROJA AZULOSA, E HINCHAZON Y PERDIDA DEL CONTORNO NORMAL DE LAS ENCIAS. (7)

LA PRIMERA ETAPA DE LA GINGIVITIS SE OBSERVA COMO PERDIDA DEL PUNTILLO DE LAS ENCIAS, DEBIDO A LA DESTRUCCION DE FIBRAS GINGIVALES; LAS MANIFESTACIONES DE ALTERACION GINGIVAL GENERALMENTE SON PRIMERO EN LAS ENCIAS.



PRESENCIA DE PLACA BACTERIANA EN LOS NIÑOS.





SINDROME DE MAL OCLUSION.

SE OBSERVAN CON FRECUENCIA ANOMALIAS EN LA POSICION DE LOS DIENTES, QUE DAN LUGAR EN ALGUNOS CASOS A TRASTORNOS GRAVES DE LA ARTICULACION, OCLUSION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS ARCOS DENTARIOS. (8)

LA FRECUENCIA DE MAL OCLUSION ES LA SIGUIENTE:

20% EN DENTICION DESIDUA

39% EN DENTICION MIXTA

58% EN DENTICION PERMANENTE

EXISTEN VARIOS TIPOS DE ALTERACION EN LA OCLUSION -  
COMO SON:

- A) OCLUSION RECTA (BORDE A BORDE)
- B) PROGENIA
- C) OCLUSION ABIERTA
- D) OCLUSION CRUZADA

OCLUSION RECTA.

ESTA ALTERACION CONSISTE EN EL CHOQUE ENTRE SI DE -  
LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES, LO CUAL-  
PRODUCE UN PLANO DE OCLUSION RECTA.

LAS CONSECUENCIAS DE ESTE TIPO DE OCLUSION ESTAN EN

LA INTENSIDAD DE DESGASTE A LA MASTICACION SOBRE LOS BORDES OCLUSALES E INCISALES.

PUEDE OBSERVARSE EN DENTICION DESIDUA UN DESGASTE - TAL QUE PUEDE LLEGAR HASTA EL NIVEL DE LA CAMARA PULPAR- LA CUAL DEBIDO A LA IRRITACION MECANICA CONSTANTE FORMA- UNA DEFENSA CON LA NEOFORMACION DE DENTINA QUE CUBRE A - ESTA.

PUEDE LLEGAR A PRODUCIRSE EL DESGASTE DE TODA LA HI LERA DENTARIA HASTA LAS TUBEROSIDADES DE LOS MOLARES LIE- GAN A SER TAN APLANADAS QUE EN SU SUPERFICIE OCLUSAL SE- PRESENTAN PLANAS. (10)

PROGENIA.

ESTA CARACTERIZADA POR UN DESARROLLO AUMENTADO DEL- MAXILAR INFERIOR QUE SOBRESALE DEL SUPERIOR. EN ESTE TI- PO DE OCLUSION TODOS LOS DIENTES ARTICULADOS DE UN MODO- ANORMAL, YA QUE LOS DIENTES INFERIORES SE ANTEPONEN A -- LOS SUPERIORES; LAS CUSPIDES BUCALES DE LOS DIENTES SUPE- RIORES HACEN CONTACTO CON LAS LINGUALES DE INFERIORES.

DENOMINAMOS PROGENIA EN SENTIDO ESTRICTAMENTE ORTO- DONCICO A LA ANOMALIA QUE CONSISTE EN QUE LOS MOLARES Y- PREMOLARES INFERIORES SOBREPASEN HACIA ADELANTE A SUS AN

TAGONISTAS EN UNA EXTENSION MAYOR DE LA ANCHURA DE LA TU  
BEROSIDAD. (10)

#### OCLUSION ABIERTA.

ESTE TIPO DE MORDIDA PRESENTA UNA OCLUSION DEFICIENT  
TE DE LAS AREAS DE LOS ARCOS DENTALES; CON UNA SEPARA- -  
CION DE LOS ARCOS PROGRESIVA DE ATRAS HACIA ADELANTE.

EN ESTA ANOMALIA SE VE ALTERADO PRINCIPALMENTE EL -  
MAXILAR SUPERIOR TANTO EN FORMA COMO EN ESTRUCTURA, SIENT  
DO MAS ACENTUADO EN LA PORCION DE LOS DIENTES ANTERIORES  
NO ASI EN LOS MOLARES, PUES EN ESTOS Y EN LOS PREMOLARES  
LA OCLUSION ES MAS O MENOS COMPLETA Y EN LOS DIENTES AN-  
TERIORES NO HAY CONTACTO ALGUNO.

#### OCLUSION CRUZADA.

AQUI SE PRESENTA UNA OCLUSION UNILATERAL. PUEDE --  
EXISTIR UN DESPLAZAMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR YA SEA HAA  
CIA EL LADO DERECHO O IZQUIERDO. LOS ARCOS DENTARIOS SE-  
CRUZAN DE TAL FORMAN QUE LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXIL  
LAR SUPERIOR SE COLOCAN EN UNA POSICION ANTERIOR OTROS -  
EN POSICION CENTRAL Y POSTERIOR A LOS INFERIORES POR SU-  
PARTE LOS MOLARES Y PREMOLARES QUE SE ENCUENTRAN HACIA -

EL LADO QUE PRESENTA LA ALTERACION SE ARTICULAN ANORMALMENTE.

FRECIENTEMENTE, A LA MORDIDA CRUZADA SE ASOCIA UN-  
DESPLAZAMIENTO DE LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR INFERIOR -  
HACIA EL LADO DONDE RADICA LA ANOMALIA. (11)

ETIOLOGIA DE MAL OCLUSION.

LOS DIFERENTES TIPOS DE MAL OCLUSION PUEDEN ESTAR-  
DADOS YA SEA POR PATRONES GENETICOS O BIEN POR LOS DIFER  
RENTES HABITOS QUE TOMAN LOS NIÑOS DURANTE LA LACTANCIA  
Y ETAPA DE ERUPCION DE LOS DIENTES.

EN CUANTO A PATRONES HEREDITARIOS PODEMOS MENCIONAR  
LA INFLUENCIA GENETICA SOBRE EL CRECIMIENTO Y FORMA OSEA  
EN LOS MAXILARES, ASI COMO EL TAMAÑO DE LOS DIENTES, YA-  
QUE PUEDE SER QUE SE HEREDE LA FORMA Y TAMAÑO DE LOS - -  
DIENTES DE LA MADRE, EN DONDE PUEDE PRESENTARSE QUE LOS-  
DIENTES DE LA MADRE PUEDEN SER GRANDES Y LOS MAXILARES -  
PEQUEÑOS, EN CUYO CASO HABRA MAL POSICION DENTARIA POR -  
FALTA DE ESPACIO SURGIENDO ASI APIÑAMIENTO DE LOS DIEN--  
TES.

ENTRE LOS HABITOS QUE PUEDEN INFLUIR AL DESARROLLO-

DE LA MAL OCLUSION PODEMOS MENCIONAR LOS SIGUIENTES:

- A) SUCCION DEL DEDO
- B) SUCCION DEL LABIO
- C) HABITO DE PROYECCION LINGUAL

EL DAÑO QUE ESTOS HABITOS PUEDEN CAUSAR SOBRE LA -  
OCCLUSION ESTARA LIMITADO AL GRADO DE INTENSIDAD Y DURA-  
CION DEL MISMO.

SUCCION DEL PULGAR.

ESTE TIPO DE HABITO PUEDE INFLUIR EN LAS ESTRUCTU-  
RAS DE SOSTEN OCASIONANDO POR CONSIGUIENTE MAL OCLUSION

EN ESTE PROBLEMA EL FACTOR DETERMINANTE SERA LA --  
PRESION PARA CREAR EL DAÑO, QUE PUEDE ALTERAR LA FORMA-  
PALATINA O CREAR EXTRUSION DENTARIA ANTERIOR, MORDIDA -  
ABIERTA MORDIDA CRUZADA, DEPENDIENDO DE LA FORMA DE SUC-  
CION DEL DEDO.

SUCCION DEL LABIO.

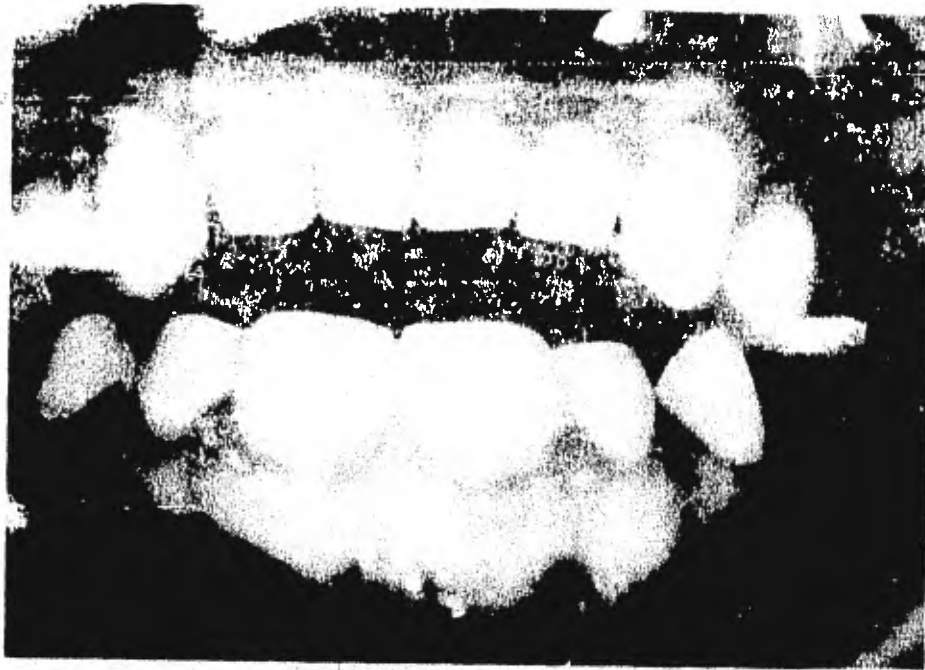
LA SUCCION O MORDIDA DEL LABIO LLEVA A LOS MISMOS-  
PROBLEMAS QUE EL HABITO DEL DEDO.

LA COLOCACION DEL LABIO INFERIOR ENTRE LAS SUPERFI-  
CIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y LAS SUPER-

FICIES LABIALES DE LOS INFERIORES PUEDEN CAUSAR UNA PRO  
\*TRUSION Y ESPACIAMIENTO DE LOS DIENTES SUPERIORES.

PROYECCION LINGUAL.

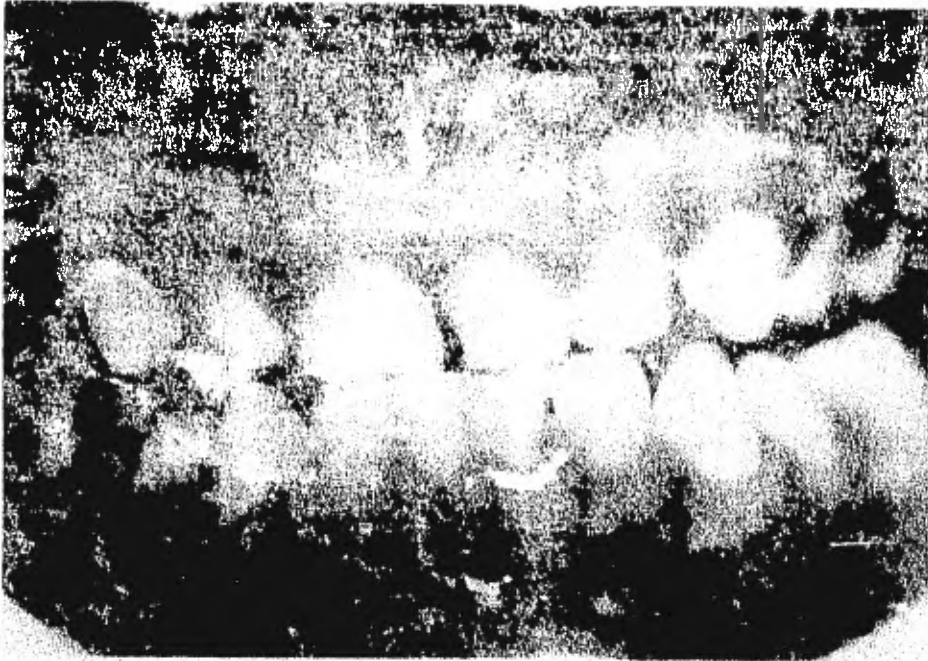
LA LENGUA EJERCE PRESION SOBRE LOS MAXILARES EN MO  
VIMIENTO DE DEGLUCION Y CUANDO ESTA RESULTA ANORMAL, SE  
PRODUCE UNA DESVIACION DE LOS DIENTES POR EXISTIR UNA -  
PROYECCION LINGUAL LO CUAL VA A OCASIONAR UNA MAL OCLU-  
SION, ORIGINANDOSE MORDIDA ABIERTA, INCLINACION LABIAL-  
DE LOS INCISIVOS SUPERIORES O BIEN DIASTEMAS EN LA ZONA  
DENTAL ANTERIOR.



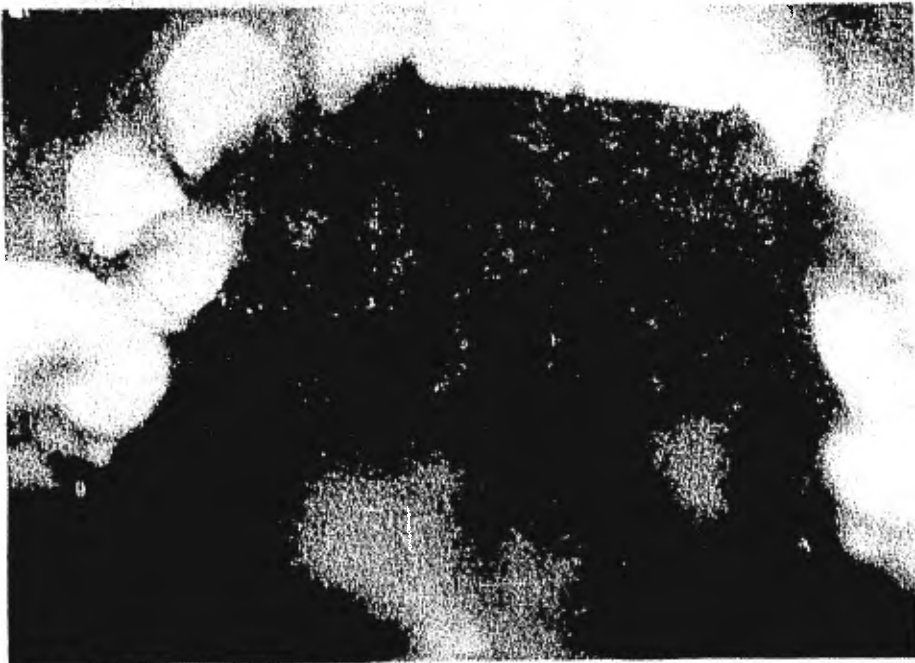
MORDIDA ABIERTA



MORDIDA CRUZADA



ALTERACION DE MORDIDA, POR HABITO DE  
PROYECCION LINGUAL



AQUI PUEDE VERSE LA PROFUNDIDAD DEL  
PALADAR, DEBIDO A LA SUCCION DEL DEDO



HIPOPLASIA DEL ESMALTE.

EL PERIODO FORMATIVO DEL DIENTE PUEDE DIVIDIRSE EN TRES ETAPAS; FORMACION DE MATRIZ, CALCIFICACION DE LA MATRIZ Y MADUREZ PREERUPTIVA.

COMO LA FORMACION DE MATRIZ ES EL PASO PRELIMINAR PARA LA FORMACION DENTAL; LOS TRASTORNOS EN ESTA ETAPA PUEDEN MANIFESTARSE COMO FORMACIONES IMPERFECTAS DEL ESMALTE. (12)

LAS ALTERACIONES QUE SE PRODUCEN EN EL ESMALTE SON PRINCIPALMENTE DEBIDAS A UNA DEFICIENTE CALCIFICACION DEL MISMO EN SU ETAPA DE DESARROLLO, AUNQUE TAMBIEN PUEDEN INFLUIR CIERTAS ENFERMEDADES.

SE SABE QUE LA RUBEOLA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO (SEXTA O NOVENA SEMANA) PUEDE OCASIONAR UNA GRAVE HIPOPLASIA DEL ESMALTE DEL NIÑO. TAMBIEN DEBERA RECORDARSE QUE EN LA SIFILIS CONGENITA LOS AMELOBLASTOS PUEDEN SER DAÑADOS O DESTRUIDOS, DANDO COMO RESULTADO FINAL IMPERFECTA FORMACION DEL ESMALTE. (13)

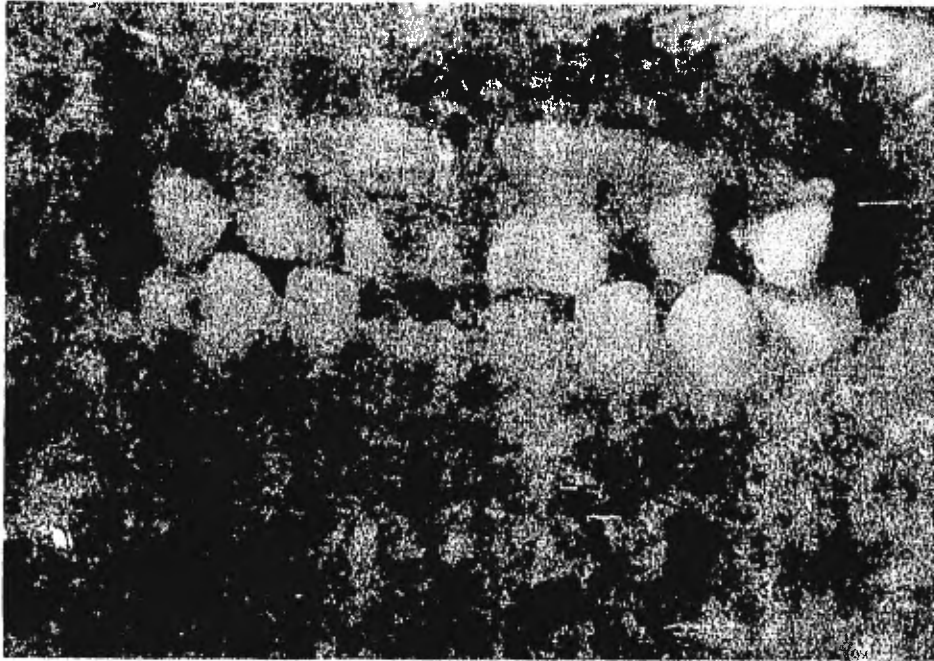
EXISTEN DIFERENTES FORMAS DE MANIFESTACION DE LA HIPOPLASIA DEL ESMALTE. LA FORMA MAS FRECUENTE ES DE PEQUEÑAS OQUEDADES, SE PRESENTAN FOSITAS EN LA SUPERFICIE

DEL ESMALTE AISLADAS A SU ALREDEDOR; SI ESTA OQUEDADES-  
SE PRESENTAN MAS ESTRECHAMENTE UNIDAS, FORMARAN ONDULA-  
CIONES EN EL ESMALTE, Y ESTE SE VERA CON HUNDIMIENTOS Y  
RANURAS EN SU SUPERFICIE, CON LO CUAL EL DIENTE PIERDE-  
SU TERSURA Y BRILLO.

LA FORMA MAS GRAVE ES CUANDO SE PRESENTA EL ESMAL-  
TE DEFECTUOSO EN LAS CORONAS SOBRE TODO EN SU CARA OCLU\*  
SAL, YA QUE ESTAS PIERDEN LA FORMA Y SU SUPERFICIE SE -  
CONVIERTE DEBIL, PUES EL ESMALTE QUE LA CUBRE ES CASI -  
NULO, LO QUE OCASIONA UN DESGASTE MAYOR DEL DIENTE EN -  
LOS MOVIMIENTOS DE MASTICACION DEJANDO AL DESCUBIERTO -  
LA DENTINA.

LAS PRINCIPALES CONSECUENCIAS OCASIONADAS POR LA -  
HIPOPLASIA DEL ESMALTE, SON LA FACILIDAD QUE PROPORCIO-  
NAN PARA LA ACUMULACION DE ALIMENTO EN SUS FOSAS Y RANU-  
RAS ASI COMO LA PROLIFERACION DE MICROORGANISMOS, POR -  
ENCONTRAR UN MEDIO PROPICIO PARA SU DESARROLLO FAVORE--  
CIENDO EL PROCESO CARIOSO EN ESAS AREAS.

LA DENTINA QUE EN LA HIPOPLASIA DEL ESMALTE NO ES-  
TAN REGULARMENTE CALCIFICADA, PROPORCIONA CON SUS HUE--  
COS LLENOS DE SUSTANCIAS ORGANICAS, CONDICIONES FAVORA-



ALTERACION DEL ESMALTE EN EL INCISIVO  
CENTRAL SUPERIOR DERECHO.

BLES A LA COLONIZACION DE LOS AGENTES PRODUCTORES DE CA  
RIES. (14)

LOS DEFECTOS EN LA MINERALIZACION DE LA MATRIZ DEL  
ESMALTE PUEDEN ASOCIARSE CON DEFICIENCIAS DIETETICAS ES  
PECIFICAS, ESPECIALMENTE FALTA DE CALCIO, FOSFORO Y VI-  
TAMINA D; Y PUEDEN PRODUCIRSE YA SEA EN LA ETAPA DE FOR  
MACION DE LA MATRIZ O EN LA FASE DE MINERALIZACION DE -  
ESTA.

## FRENILLO LABIAL.

EL FRENILLO LABIAL SUPERIOR CUANDO SU INSERCION SE PRESENTA MUY BAJA PUEDE OCASIONAR DIASTEMA ENTRE LOS IN  
SICIVOS SUPERIORES, ESTE PROBLEMA PUEDE ESTAR RELACIONADO  
DO CON LA HERENCIA, TAMAÑO DE LOS DIENTES, HABITOS LOCALES  
LES Y PROCESOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

AL NACIMIENTO EL FRENILLO SE ENCUENTRA INSERTADO -  
EN EL BORDE ALVEOLAR, LAS FIBRAS PENETRANDO HASTA LA PA  
PILA INTERDENTARIA LINGUAL. AL EMERGER LOS DIENTES Y AL  
DEPOSITARSE HUESO ALVEOLAR, LA INSERCION DEL FRENILLO -  
MIGRA HACIA ARRIBA CON RESPECTO DEL BORDE ALVEOLAR. (15)

ES IMPORTANTE REALIZAR UN EXAMEN ADECUADO Y UN - -  
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ANTES DE PROCEDER AL CORTE DEL-  
FRENILLO YA QUE ESTE NO SIEMPRE SERA PATOLOGICO, PARA -  
ESTABLECER LA DIFERENCIA PODEMOS AYUDARNOS CON LA PRUE-  
BA DEL BLANQUEAMIENTO, ESTA SE REALIZA CUANDO SE LEVAN-  
TA EL LABIO SUPERIOR Y SE PRODUCE UN CAMBIO DE COLORA--  
CION EN LA PAPILA INTERDENTARIA, LA CUAL PRESENTARA UNA  
ZONA BLANCA POR LA TENSION PRODUCIDA POR LA INSERCION -  
FIBROSA Y EN ESTE CASO SERA PATOLOGICO. ESTA INSERCION-  
PUEDE OCASIONAR MAL DESARROLLO Y CIERRE DEL ESPACIO IN- \*

TERDENTARIO, PRESENTANDOSE EL CUADRO DE DIENTES DE "PATITO FEO"

FRECUENCIA DEL DIASTEMA

EDAD	PORCENTAJE
6 años	97 %
6-7 años	88 %
10-11 años	48 %
12-18 años	7 %



FRENILLO PATOLOGICO, QUE YA HA CAUSADO  
UN DIASTEMA EN LOS INCISIVOS CENTRALES --  
SUPERIORES



FRENILLO LINGUAL, QUE IMPIDE EL BUEN  
FUNCIONAMIENTO DE LA LENGUA.

ORGANIZACION Y FUNCIONES DE LA GUARDERIA No. 4 DEL IMSS.

LA GUARDERIA No. 4 ESTA DESTINADA AL SERVICIO DE MA  
DRES QUE LABORAN DENTRO DEL IMSS EN LA CUAL SUS HIJOS --  
PUEDEN PERMANECER MIENTRAS ELLAS TRABAJAN.

LOS NIÑOS QUE SON ADMITIDOS, SON SOMETIDOS A UN EXA  
MEN MEDICO, FISICO Y PSICOLOGICO, Y VAN INGRESANDO A ES-  
TA DE ACUERDO AL CUPO DE LA MISMA. LA EDAD EN LA CUAL --  
SON ADMITIDOS ESTA COMPRENDIDA ENTRE 40 DIAS Y 5 AÑOS 11  
MESES.

LA GUARDERIA CUENTA CON UN HORARIO COMPLETO DE 6.30  
DE LA MAÑANA A LAS 21.00 HORAS.

EN ELLA SE IMPARTE A LOS NIÑOS EDUCACION PREESCOLAR  
ESTANDO DIVIDIDOS LOS GRUPOS DE ACUERDO A LAS EDADES DE-  
LOS NIÑOS EN LACTANTES, MATERNALES, PREESCOLARES I, II Y  
PREESCOLARES III.

EL PERSONAL CON QUE CUENTA LA GUARDERIA PARA EL DE-  
SARROLLO DE SUS ACTIVIDADES CONSTA DE; UNA DIRECTORA, --  
DOS MEDICOS, UNA PSICOLOGICA, UNA TRABAJADORA SOCIAL, --  
CUATRO EDUCADORAS, TRECE OFICIALES DE PUERICULTURA, UNA-  
DIETISTA.

LA GUARDERIA TIENE UN TOTAL DE 436 NIÑOS, DE LOS --



CUALES 334 ACUDEN EN EL TURNO MATUTINO Y 92 EN EL VESPERTINO, A LOS NIÑOS DEL TURNO MATUTINO SE LES PROPORCIONA-  
DESAYUNO Y COMIDA, Y EN EL TURNO VESPERTINO SE LES DA CO  
MIDA Y CENA Y TODOS GOZAN DE ATENCION MEDICA; POR MEDIO-  
DE LA CUAL SE PUEDE VALORAR SI EL NIÑO ESTA O NO EN CON-  
DICIONES DE ASISTIR A LA GUARDERIA.

LA INSTRUCCION QUE SE LES PROPORCIONA ES DE ACUERDO  
A LOS PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA S.E.P.

OBJETIVOS.

A) DETERMINAR LA FRECUENCIA DE PATOLOGIA EN LA CAVIDAD ORAL Y ANEXOS EN NIÑOS APARENTEMENTE SANOS ASISTENTES A LA GUARDERIA No. 4 DEL IMSS.

B) CLASIFICAR LA PATOLOGIA ENCONTRADA EN ORDEN DE FRECUENCIA Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

C) COMPARAR LOS DATOS ENCONTRADOS EN LOS REPORTES DE LA LITERATURA CON LA EXPERIENCIA OBTENIDA DE ESTE ESTUDIO.

D) PLANTEAR UN ESQUEMA DE DETECCION Y MANEJO DE LA PATOLOGIA DE CAVIDAD ORAL EN LA POBLACION ABIERTA Y EN COMUNIDADES SEMICERRADAS.

## MATERIAL Y METODOS

SE ESTUDIARON 300 NIÑOS ASISTENTES A LA GUARDERIA-  
No. 4 DEL IMSS DEL TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, Y SE DI-  
VIDIERON EN CUATRO GRUPOS DE EDADES DE ACUERDO A LA DIS-  
TRIBUCION QUE SE TIENE EN LA GUARDERIA; MATERNALES I --  
AÑO 8 MESES A 3 AÑOS, PREESCOLARES I 3 AÑOS 1 MES a 4 --  
AÑOS 6 MESES, PREESCOLARES II 4 AÑOS 7 MESES A 5 AÑOS 4-  
MESES, PREESCOLARES III 5 AÑOS 5 MESES A 6 MESES.

DEL TOTAL DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS 142 CORRESPONDEN  
AL SEXO MASCULINO Y 158 AL SEXO FEMENINO.

DENTRO DEL GRUPO DE MATERNALES SE ESTUDIARON 70 NI-  
ÑOS QUE CORRESPONDEN AL 23.3% DEL TOTAL; PREESCOLARES --  
I 94 NIÑOS EQUIVALENTES AL 31.3%; PREESCOLARES II 61 NI-  
ÑOS QUE SON 20.3%; PREESCOLARES III 75 NIÑOS CORRESPON-  
DIENDO AL 25.1%.

Material.- Biológico.- ( HUMANO ) NIÑOS DE LA GUARDE-  
RIA No. 4 DEL IMSS., COMPRENDI--  
DOS EN EDADES DE 1 A 8/12 A 6/12

NO BIOLÓGICO.- INSTRUMENTAL ADONTOLÓGICO 1x4;  
PINZAS, ESPEJOS, EXPLORADORES  
CUCHARILLAS.

VARIOS.- ROPA.- BATA, CAMPOS, CUBRE BOCA,  
GORRO, GUANTES.

EQUIPO.- ODONTOLOGICO IMPROVISADO:  
MESA, SILLA, ESCRITORIO.

RESULTADOS.

A TRAVES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS PODEMOS DARNOS CUENTA DE LA ALTA FRECUENCIA DE LOS PADECIMIENTOS DE LA-CAVIDAD BUCAL EN LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR VARIOS -- DE ACUERDO A LOS DATOS REGISTRADOS . LO QUE MAS ENCON- -- TRAMOS EN LOS NIÑOS SON PROBLEMAS DE CARIES, Y ESTA OCUPA UN MAYOR PORCENTAJE EN LAS NIÑAS, COMO RESULTADO DE -- HABER ENCONTRADO TAMBIEN EN ELLAS MAYOR FRECUENCIA DE -- PLACA BACTERIANA, TAMBIEN EXISTEN ALTERACIONES COMO MAL-OCCLUSION FRENILLOS PATOLOGICOS FUSION, HIPOPLASIAS DE -- ESMALTE.

ORDEN Y FRECUENCIA DE LOS PADECIMIENTOS QUE ENCON--TRAMOS EN LOS 300 NIÑOS.

- 1.- CARIES.- 49.5 %
- 2.- PLACA .- 44.5 %
- 3.- MAL OCLUSION 24.5 %
- 4.- FRENILLO P. 15.0 %
- 5.- HIPOPLASIA.- 7.0 %
- 6.- FUSION 1.5 %

DE ACUERDO A ESTOS RESULTADOS PODEMOS VER COMO NUES

TRA POBLACION INFANTIL, PADECE DE PROBLEMAS QUE ACTUAL-  
MENTE SE PUEDEN EVITAR, PERO EXISTE POCA DIFUSION DE- /  
PROGRAMAS HACIA LA COMUNIDAD QUE PUEDAN ENSEÑAR METODOS  
SOBRE HIGIENE ORAL, PARA EL BUEN CUIDADO Y FUNCIONAMIEN  
TO DE LA BOCA.

LOS SIGUIENTES CUADROS MUESTRAN EL PORCENTAJE Y --  
DISTRIBUCION DE LOS PADECIMIENTOS ENCONTRADOS EN LOS NI  
ÑOS, DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD.

CUADRO No. 1

GRUPO	EDAD	No.	PROPORCION
MATERNALES	1 a 8/12 a 3A	70	23.3 %
PREESCOLARES I	3a 1/12 a 4a 6/12	94	31.3 %
PREESC II	4a 7/12 a 5 4/12	61	20.3 %
PREESC III	5a 5/12 2 6 6/12	75	25.1 %
TOTAL		300	100.0 %

EDAD Y PROPORCION DEL TOTAL DE LOS NIÑOS  
ESTUDIADOS.

CARIES CUADRO No. 2.

EDAD	No.	PROPORCION
1 a 8/12 a 3 a.	15	5 %
3 a 1/12 a 4 6/12	49	16.33 %
4 a 7/12 a 5 4/12	30	10.0 %
5 a 5/12 a 6 a 6/12	39	13.0 %
TOTAL	133	44.33 %

PORCENTAJE Y DISTRIBUCION DE NIÑOS CON -  
PROBLEMAS DE CARIES DE ACUERDO A LA EDAD.

MAL. OCLUSION CUADRO No. 3.

EDAD	No.	PROPORCION
1 a 8/12 a 3 a.	13	4.33 %
3 a 1/12 a 4 a 6/12	22	7.33 %
4 a 7/12 a 5 a 4/12	15	5.0 %
5 a 5/12 a 6 a 6/12	17	5.66 %
<b>TOTALES</b>	<b>67</b>	<b>22.3 %</b>

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS NIÑOS  
 QUE PADECEN MAL OCLUSION Y PORCENTAJE DE LA --  
 MISMA.

PLACA BACTERIANA CUADRO No. 4

EDAD	No.	PROPORCION
1 a 8/12 a 3 a.	9	3 %
3 a. 1.12 a 4.a. 6/12	10	3.3 %
4 a 7/12 a 5 a. 4/12	14	4.6 %
5 a 5/12 a 6 a 6/12	14	4.6 %
<b>TOTALES</b>	<b>47</b>	<b>15.6 %</b>

DISTRIBUCION DE PLACA BACTERIANA Y PORCENTAJE  
 DEL PADECIMIENTO ENTRE LOS NIÑOS DE ACUERDO A  
 SU EDAD.



FRENILLO CUADRO No. 5

EDAD	No.	PROPORCION
1 a 8/12 a 3 a.	11	3.6 %
3 a 1/12 a 4 a 6/12	14	4.6 %
4 a 7/12 a 5 a 4/12	4	1.3 %
5 a 5/12 a 6 a 6/12	13	4.3 %
TOTALES	42	14.8 %

PROPORCION DE LA EXISTENCIA DE FRENILLO PATOLOGICO EN LOS NIÑOS. DISTRIBUIDOS POR EDADES Y NUMERO DE ESTOS QUE LO PADECEN.

HIPOPLASIA CUADRO No. 6.\*

EDAD	No.	PROPORCION
1 a 8/12 a 3 a	3	1 %
3 a 1/12 a 4 a 6/12	7	2.3 %
4 a 7/12 a 5 a 4/12	2	.6 %
5 a 5/12 a 6 a 6/12	5	1.6 %
TOTALES.	17	5.6 %

EXISTENCIA DE HIPOPLASIA DE ESMALTE EN LOS NIÑOS DISTRIBUIDA POR EDADES Y No. DE NIÑOS QUE LA PADECEN.

S. D. P. CUADRO No. 7

EDAD	No.	PROPORCION
1 a 8/12 a 3 a	31	10.3 %
3 a 1/12 a 4 a 6/12	19	6.3 %
4 a 7/12 a 5 a 4/12	15	5.0 %
5 a 5/12 a 6 a 6/12	6	2.0 %
<b>TOTALES</b>	<b>71</b>	<b>23.6 %</b>

RELACION DE NIÑOS A LOS CUALES NO SE LES ENCONTRO  
PADECIMIENTO. EN LA CAVIDAD BUCAL.

NIÑOS CUADRO No. 8

PATOLOGIA	No.	PROPORCION
S. D. P.	55	18.3 %
CARIES	67	22.3 %
MAL OCL.	43	14.3 %
FRENILLO	23	7.6 %
HIPOPLASIA	10	3.0 %
PLACA BAOT.	17	5.6 %
FUSION	1	.3 %

DATOS QUE MUESTRAN EL PORCENTAJE DE LOS DIFERENTES  
PADECIMIENTOS BUCALES DE LOS NIÑOS DE GUARDERIA EN  
TODAS LAS EDADES

NIÑAS CUADRO No. 9

PATOLOGIA	No.	PROPORCION
S. D. P.	47	15.6 %
CARIES	82	27.3 %
MAL. OCL.	31	10.3 %
FRENILLO	22	3.0 %
PLACA BACT.	28	8.4 %
FUSION	2	.6 %

RELACION DE LOS PADECIMIENTOS BUCALES. ENCONTRADOS EN LAS NIÑAS DISTRIBUIDOS POR PORCENTAJE Y No. DE NIÑAS QUE LOS PADECEN.

CUADRO No. 10

PATOLOGIA	No.	PROPORCION
S. D. D.	102	34 %
CARIES	149	49.6 %
MAL. OCLUSION	74	24.6 %
FRENILLO	45	15.0 %
HIPOPLASIA	20	6.6 %
PLACA BACTERIANA	43	15.0 %
FUSION	3	1.0 %

RESULTADOS DEL PORCENTAJE ENCONTRADO EN TODOS LOS NIÑOS DE LA GUARDERIA (AMBOS SEXOS).

## CONCLUSIONES.

LOS NIÑOS QUE ESTUDIAMOS, CORRESPONDEN A UNA INSTI-  
TUCION DONDE SUPUESTAMENTE ESTAN CONTROLADOS, PUES CUEN-  
TAN CON TODOS LOS SERVICIOS NECESARIOS, PERO AUN ASI VI-  
MOS COMO EXISTEN TANTOS PROBLEMAS EN RELACION CON LA CA-  
VIDAD ORAL, PUES NO HAY PERSONAL ADECUADO, PARA DIFUN-  
DIR EN ELLOS LA FORMA EN QUE DEBEN CUIDAR SU BOCA, POR-  
LO QUE SE REFIERE A LA GUARDERIA QUE NOSOTROS VISITAMOS,  
Y SI CUENTAN CON EQUIPO NECESARIO PARA ELLO, ADEMAS NO-  
HAY ORIENTACION PARA SUS PADRES, RESPECTO A LA FORMA EN  
QUE ESTOS PROBLEMAS SE PUEDEN RESOLVER, Y SI ESTOS PRO-  
BLEMAS EXISTEN EN NIÑOS CONTROLADOS, QUE PODEMOS ESPE--  
RAR EN LA POBLACION ABIERTA, QUE CARECE DE SERVICIOS SO-  
CIALES Y MUCHAS VECES DE RECURSOS ECONOMICOS, ENTONCES-  
VEMOS, COMO ESTO SE CONVIERTE EN UN GRAVE PROBLEMA, YA-  
QUE LA BOCA ES UNA PARTE IMPORTANTE PARA EL BUEN FUNCIO-  
NAMIENTO DE NUESTRO ORGANISMO Y QUE LOS PROBLEMAS QUE -  
EN EL NIÑO EMPIEZAN Y NO SE LES DA EL TRATAMIENTO ADE--  
CUADO, EN EL ADULTO REPERCUTARAN CON MAYORES CONSECUEN-  
CIAS.

PARA QUE PUDIERAMOS DISMINUIR UN POCO ESTOS PROBLE-  
MAS, DEBE DE EXISTIR MAS ORIENTACION E INFORMACION HA--

CIA LOS PADRES DE FAMILIA, Y A LOS NIÑOS TANTO EN ESCUE  
LAS, COMO EN LAS INSTITUCIONES DE SERVICIOS SOCIALES, -  
YA QUE SE DEBEN CREAR EN EL NIÑO MAS CONSCIENCIA DEL VA  
LOR DE SU BOCA, PARA QUE ESTE PUEDA DESDE PEQUEÑO CUI--  
DAR Y CONSERVAR ESTA.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- LA ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA. TOMO I. PAG. 340
- 2.- LA BOCA SU IMPORTANCIA CLINICA. A. B. RIFFLE. - -  
PAG. 9
- 3.- ODONTOLOGIA INFANTIL. E. HARNDT, H. WEYERS. PAG.  
258.
- 4.- PATOLOGIA BUCAL. FERNANDO QUIROZ. PAG. 196.
- 5.- MICROBIOLOGIA ODONTOLOGICA. WILLIAM A. NOLTE. -  
PAG. 121
- 6.- ESTOMATOLOGIA CLINICA. PETER PAUL KRAUZ. PAG. 352.
- 7.- TRATADO GENERAL DE LA ODONTOLOGIA ESTOMATOLOGICA-  
Y CIRUGIA MAXILAR. KAR SCHUNDCHARD. PAG. 379.
- 8.- LA BOCA SU IMPORTANCIA CLINICA. A. B. RIFFLE. - -  
PAG. 28.
- 9.- LA ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA. TOMO I. PAG. 425.
- 10.- SYMPOSIUM OF THE CHILDRES MOUTH. VOL. 3 PAG. 1025
- 11.- ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA. JOHN F. PRI- --  
CHARD. PAG. 221.
- 12.- LA ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA. TOMO I. PAG. 532
- 13.- ESTAMOYOLOGIA CLINICA. PAUL KRAUZ. PAG. 259.
- 14.- PATOLOGIA BUCAL. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ. PAG.-  
176.
- 15.- RESEARCH IN DENTAL CRIES. VOL. 76. PAG. 946.
- 16.- ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA. JOHN F. PRI- - -  
CHARD. PAG. 199.

BIBLIOGRAFIA.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA  
JOHN F. PRICHARD  
EDITORIAL LABOR, 1970.

ESTOMATOLOGIA CLINICA  
PETER PAUL KRAUZ  
BARCELONA, 1878. EDITORIAL PUBUL.

LA ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA  
TOMO I, EDITORIAL LABOR S. A.

LA BOCA. SU IMPORTANCIA CLINICA  
A. B. RIFFLE  
EDICIONES VITAE.

MICROBIOLOGIA ODONTOLOGICA  
WILIAM A. NOLTE  
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1971.

ODONTOLOGIA INFANTIL  
E. HARNDT, H. WEYERS  
EDITORIAL LABOR.

PATOLOGIA BUCAL  
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ  
EDITORIAL PORRUA.

TRATADO GENERAL DE LA ODONTOLOGIA ESROMATOLOGIA .  
Y CIRUGIA MAXILAR.  
KAR SCHUNDCHARDT  
EDITORIAL ALHAMBRA, MADRID.

EVANS, R. T. ELLISON, B. A. DENTAL RESEARCH IN MICROBIOLOGY WITH EMPHASIS ON PERIODONTAL DISEASE. JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL. VOL. 78 P. 1016, 1969.

REYES, P. H. RESEARCH IN DENTAL CARIES. JOURNAL OF THE AMERICAN ASSOCIATION. VOL. 76, P. 1357, 1968.

RICHMOND, J. B. SYMPOSIUM ON THE CHILDRE'S MOUTH. PEDIATRIA CLINICA DE NORTE AMERICA. VOL. 3, P. 845-1137. - - 1956.

SYMPOSIUM ON MICROBIAL AGENTS AND PRODUCTION OF ORAL DISEASES.

JOURNAL OF DENTAL RESEARCH. VOL. 47, No. 6 PART I, P. - 851-1042. 1968.