

68
2 Gen.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

U N A M

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

ANALISIS ESTADISTICO EPIDEMIOLOGICO DE LA

CLINICA CUAUTEPEC

DE AGOSTO 82-83

CARRILLO REYES MA. TANIA

OCHOA RESENDIZ SILVIA

TORRES CORREA VERONICA



FIRMA DEL ASESOR:

C.D. ADRIAN AGUILAR FERNANDEZ

SAN JUAN IZTACALA MEXICO 1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ANTECEDENTES

Esta es una continuación de la investigación estadística epidemiológica que realizaron los pasantes Javier Andrade Rodríguez e Hilda Yanet Pérez Guzmán basándose en las Historias Clínicas del mes de Septiembre de 1980 a Agosto de 1981. Trabajo que posteriormente siguieron las egresadas Silvia Gaona Casillas y Leonor Barrera Garza con las Historias Clínicas de Agosto de 1981 a Agosto de 1982.

METODOLOGIA

La metodología empleada para la realización de esta investigación consistió en revisar las Historias Clínicas comprendidas entre los meses de Agosto 1982 a Agosto de 1983, de las cuales se fueron seleccionando las más completas y autorizadas por los profesores de la Clínica.

De esta selección obtuvimos 1410 Historias Clínicas en total, basándonos en el diagnóstico, etiología y el tratamiento de cada expediente.

Los datos obtenidos se fueron agrupando según la alteración, la causa y/o tratamiento de cada expediente.

Una vez reunidos estos datos se clasificaron por edad y sexo, obteniendo así porcentajes comparativos de incidencia entre sexo masculino y femenino, edad de mayor incidencia (moda), la edad promedio de mayor asistencia a la Clínica (media).

Posteriormente representamos gráficamente los resultados obtenidos.

NOTA.- Los datos obtenidos fueron revisados por el Departamento de Bioestadística de la ENEP Iztacala.

OBJETIVOS

A)

Proseguir el análisis estadístico de las alteraciones del aparato estomatognático de mayor incidencia, en la cual se estable^{ce} si el porcentaje de afección ha variado en los pacientes atendidos de la Clínica Odontológica Cuauhtepac.

Para iniciar cualquier estudio es necesario tomar en cuenta los siguientes factores:

- a) Localización de la Clínica Odontológica Cuauhtepac
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Frecuencia de Caries
- e) Enfermedades parodontales
- f) Enfermedades pulpares
- g) Tratamiento
- h) Frecuencia de asistencia a la Clínica Odontológica

B)

Con esta investigación pretendemos demostrar que tan importante es la buena realización de una Historia Clínica para la elaboración de un diagnóstico completo y un buen plan de tratamiento dependiendo de las causas.

Podemos ver que la Historia Clínica que actualmente se trabaja en las Clínicas es larga y confusa, y si sumamos a esto el nivel de conocimiento de los alumnos tenemos como resultado una Historia Clínica deficiente e inadecuada.

C)

Tomando en cuenta los niveles de prevención, podemos establecer que el primer nivel de prevención no se lleva a cabo siendo este el de fomentar y promover la salud. Este es el único nivel que entra en la protección específica.

Podemos observar que la atención que brinda la Clínica Odontológica a los pacientes de dicha comunidad es a partir del segundo nivel de prevención, que es la educación para la salud, ya que

se le enseña al paciente buenos hábitos orales y la manera correcta de llevarlos a cabo.

El tercer nivel de prevención lo llevamos a cabo al realizar la historia clínica de cada paciente, por consiguiente su diagnóstico y plan de tratamiento.

El cuarto nivel de prevención son las técnicas y los métodos que se llevan a cabo para la limitación del daño.

El quinto nivel de prevención es propiamente dicha la Rehabilitación del daño.

D]

Determinar si la incidencia de enfermedades de la boca ha sufrido variaciones con respecto a los años anteriores tomando en cuenta un análisis comparativo de las gráficas resultantes.

E]

Dados estos aspectos generales es posible darnos una idea de cuan importante resulta obtener datos estadísticos de la frecuencia de enfermedades para seguir la terapéutica preventiva indicada a cada enfermedad específica.

HIPOTESIS

Si tomamos como base a los pacientes que asisten a servicio de consulta externa, entonces podremos establecer que dicha comunidad presenta un alto índice de afecciones bucodentomaxilares.

Obteniendo información de los expedientes registrados en dicha Clínica podemos establecer cuáles son los padecimientos de mayor frecuencia y las causas que lo originan. Al realizar nuestro análisis estadístico epidemiológico tomaremos como variables la edad y el sexo.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

1] Podemos observar que muchas de las alteraciones no corresponden en porcentaje comparativo a su causa mas directa, ya que ca si todas las afecciones bucodentales son multifactoriales, es decir, no son producto de una sola causa.

2] Cabe citar que algunos de los tratamientos aqui descritos no son un tratamiento en si, sino que forman parte de un plan de tratamiento.

3] Tomando en cuenta la complejidad de la historia Clínica - que actualmente se trabaja, mas la insuficiente capacidad de los alumnos para diagnosticar alteraciones mas complejas que una simple caries o alguna parodontopatía, ya que el alumno solo se enfoca a encía y dientes sin tomar en cuenta los demás elementos que conforman el aparato Estomatognático.

4] Otro punto que es de vital interés es la gran cantidad de alumnos en relación con los profesores que se dedican a la revisión y autorización de las Historias Clínicas, esto provoca el poco interés tanto de alumnos y profesores para su buena elaboración.

Y por consecuencia esta historia Clínica no reporta datos fi dedignos, ya que es deficiente y mal elaborada.

5] Podemos concluir que en general con lo que respecta al -- diagnóstico bajó en Incide de afecciones bucodentales con lo que respecta a los dos años anteriores. Esto se debe a una mayor educación que recibe el paciente con lo que respecta a una mejor higiene y cuidado de su boca.

6] Comparando las causas de estas alteraciones con lo referente a los dos años anteriores, podemos observar que ha aumentado en gran número. Se podría atribuir a que actualmente el alumno analiza mas cuidadosamente el por qué de estas alteraciones.

7] Con lo que respecta al plan de tratamiento se obtuvo un mayor índice de tratamientos a nivel preventivo [Cabe señalar el aumento de este índice con la relación a la baja en la incidencia de alteraciones bucodentales].

Con lo que respecta a los tratamientos interceptivos y correctivos podemos observar una incidencia intermedia entre los dos años anteriores.

8] Cabe señalar que no todos los tratamientos son lo más adecuado que se debiera, ya que el nivel socio-económico de los pacientes les impide la asistencia continua a consulta, así como un gasto que queda fuera de sus posibilidades.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
 CAPITULO 1.	
<i>Localización de las enfermedades diagnosticadas en la clínica cuauhtepéc</i>	
<i>Abrasión</i>	6
<i>Abscesos</i>	6
<i>Alveolitis</i>	8
<i>Bolsas Parodontales</i>	10
<i>Caries Dental</i>	11
<i>Dentición Prolongada</i>	12
<i>Dentinogénesis Imperfecta</i>	12
<i>Enfermedades de la A. T. M.</i>	13
<i>Enfermedad de la pulpa dentaria</i>	14
<i>Exostosis</i>	15
<i>Frenillo Labial Superior</i>	17
<i>Frenillo Labial Inferior</i>	17
<i>Frenillo Lingual</i>	17
<i>Gingivitis</i>	18
<i>Habitos Patológicos</i>	19
<i>Herpes Simple</i>	21
<i>Hipoplasia de Esmalte</i>	21
<i>Macroglosia</i>	23
<i>Maloclusión</i>	23

Malformación Dental	23
Pigmentación	24
Placa Dentobacteriana	26
Quistes	26
Retención de Dientes	27
Secuestros Óseos	29
Sialorrea	29
Supernumerarios	30
Torus Palatino	32
Torus Mandibular	33
Trauma Oclusal	33
Xerostomia	34

CAPITULO 11.

Estadísticas y Frecuencias de las enfermedades diagnosticadas en la clínica, teniendo como variables sexo y edad.	37
--	----

CAPITULO 111.

Análisis de etiologías y frecuencias de las enfermedades reportadas en la clínica Cuau-tepec.	98
--	----

CAPITULO IV.

Tratamientos utilizados en la clínica Cuau-tepec	134
--	-----

CAPITULO V.

Conclusiones [Gráficas]	189
---------------------------------	-----

Pág.

CAPITULO VI.

Gráficas Comparativas	193
Referencias Bibliograficas	196

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

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

1. LOCALIZACION DE LA CLINICA ODONTOLOGICA CUAUTEPEC.

Como información general de la zona en la cual se encuentra la clínica Cuauhtepc, comenzaremos por citar que se encuentra ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero. Esta Delegación corresponde a una de las 15 Delegaciones Políticas en las que se encuentra dividido el Distrito Federal.

El barrio de Cuauhtepc el alto se localiza en la zona noroeste de la Delegación Gustavo A. Madero. Se limita al norte por la Avenida Lerdo de Tejada, al Este por Felipe Angeles, siguiendo hacia el oeste, por la prolongación de Puerto Vallarta y de ahí seguir al Noroeste por Agustín Lara hasta llegar a la Av. Miguel Lerdo de Tejada.

Las colindancias del barrio de Cuauhtepc el alto con los Barrios de Lomas de San miguel, Lomas de la Forestal, al Este con la Casilda y al Oeste con Lomas de la Palma; al Este y Sur con Palmatitla y en su parte extrema con el barrio de Atenoxcapa.

Las principales características topográficas es que este barrio se divide por una cañada central de Norte a Sur y con una pendiente media y otra que corta la parte Oeste teniendo el mismo rumbo que la anterior.

Los principales accesos al barrio son , la Av. Francisco Villa y la Av. Venustiano Carranza ambas de doble sentido.

El uso que presenta actualmente el barrio es de tipo habitacional, con pequeños comercios. La traza urbana de la zona es irregular con tendencia ortogonal, las manzanas son irregulares, algunas de gran tamaño, la lotificación es de tipo rectangular en la mayor parte, algunos de ellos baldíos.

Cuauhtepc de Madero está ubicado en la zona noroeste de la Delegación Gustavo A. Madero, colinda al norte con la calle de Morelos, al suroeste con Jaime Nunó, Rosario y Lazaro Cardenas y al sureste con Venustiano Carranza.

Las principales características topográficas son las de una superficie plana sin accidentes topográficos de importancia, tan solo presenta una suave pendiente hacia el suroeste aproximada del 52 %.

Los principales accesos al Barrio se localizan por la calle de Venustiano Carranza, principal acceso de la zona norte de la Delegación.

Los usos que presenta el barrio actualmente son de tipo habitacional unifamiliar principalmente, comercio local para consumo diario.

La traza del barrio es bastante indefinida. Las manzanas son irregulares generalmente con una falta de definición en la parte central. Los lotes del barrio son irregulares debido a las subdivisiones arbitrarias de los propietarios. Como complemento a lo anterior tenemos los siguientes datos:

Geología.

- Zona este y oeste; presenta rocas sedimentarias.
- Zona centro; aluvial.
- Zona sur y norte rocas ígneas.

Hidrografía.

- Río de los remedios.
- Río Tlanepantla.
- Río San Javier.
- Gran afluencia de escurrimientos naturales.

Orografía.

- Cerro de la corona.
- Cerro del chiquihuite.

Vegetación.

- Zona norte; bosque.
- Zona centro y sur; vegetación secundaria.
- Zona este y oeste; vegetación secundaria.

Fauna.

- Ganado vacuno.
- Ganado bovino.
- Ganado caballar.
- Ganado porcino.

Usos predominantes del suelo.

- Zona norte, este y oeste; parque nacional.
- Zona centro; habitacional.
- Zona este y oeste; forestal y acuífero.
- Presenta varias zonas sin uso.

11. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS.

Distribución de la comunidad.

Existen cinco grandes zonas de concentración de la población, una en el norte, dos en oeste y dos en el este. Existen zonas irregulares y precarias, principalmente en el centro.

Existen zonas irregulares de reciente asentamiento, una en el noreste y otra en el este.

Vivienda.

Se considera de baja densidad.

Agua potable.

Existen tres tanques de agua.

Drenaje.

Un sistema de drenaje profundo.

Tres lumbreras.

Grados de contaminación.

- Zona sur; Río San Javier.- Contaminación bacteriológica.
- Zona de contaminación por descarga de desechos sólidos.

Red vial.

Principalmente una vialidad primaria con dos ramas en el norte.

Sistemas de transporte.

Existen cinco líneas de transporte colectivo de superficie [autobuses y taxis].

Cinco terminales de transporte colectivo de superficie.

Equipo urbano básico.

- nueve centros comerciales tianguis.
- seis centros comerciales mercados sobre ruedas.
- un centro comercial mercado.
- cinco centros de salud hospitales y clínicas.
- cinco centros educativos elementales primarias y secundarias.
- un centro de educación superior, clínica odontológica cuautepec.
- tres servicios religiosos; dos católicos y uno mormón.
- dos panteones en servicio.
- un panteón en proyecto.

Salario.

Hasta una vez el salario mínimo.

111. RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL.

Actualmente en el barrio de Cuauhtepéc se cuenta con numerosos servicios odontológicos oficiales y privados en los que se presta atención a los habitantes de dicha comunidad.

Privados.- 10 consultorios atendidos por dos dentistas promedio en cada consultorio.

Oficiales.- clínica odontológica Cuauhtepéc; que cuenta con 64 unidades de trabajo.

Dos unidades móviles patrocinadas por el DIF.

De los recursos humanos con los que se cuenta son:

Privados.- 20 Cirujanos Dentistas aproximadamente.

Oficiales.- Tres Cirujanos Dentistas en las unidades móviles y 520 estudiantes de odontología de la clínica de Cuauhtepéc, en turno matutino y vespertino.

Tanto los servicios privados como oficiales trabajan en ambos turnos con el fin de atender las necesidades bucodentales de la población, siendo actualmente insuficientes para cubrir la totalidad de sus habitantes.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA CUAUHTEPÉC.

La clínica Cuauhtepéc consta de dos edificios, de dos pisos cada uno de ellos. Cuenta con dos estacionamientos distribuidos alrededor de ellos, uno es utilizado por maestros y otro por alumnos.

Uno de los edificios en su planta baja se localizan el cuarto de máquinas, los baños, un laboratorio de trabajo, llamado cuarto de modelos, sala de espera para los pacientes, la caja, la dirección, el archivo, sala de juntas y el almacén. En la parte alta de este mismo edificio hay tres aulas y un laboratorio completo de trabajo.

El segundo edificio es la clínica propiamente dicha, también con dos plantas, la clínica A; abajo y la clínica B; arriba.

Ambas clínicas cuentan con una sala de espera, cuarto para rayos X, con su respectivo cuarto oscuro para revelar; dos unidades de diagnóstico y 32 unidades más de trabajo, cuenta con una central de enfermería la que proporciona el material necesario en cada clínica al igual que instrumental.

CAPITULO 1

LOCALIZACION DE LAS ENFERMEDADES

DIAGNOSTICADAS EN LA CLINICA CUAUTEPEC

ABRACION.

Abrasión es el desgaste patológico de las superficies externas de los dientes por medios mecánicos.

La causa puede recaer en diversos elementos abrasivos y por lo general se identifica mediante interrogatorio cuidadoso u observación sagaz. Debido a diversidad de causas, los defectos dentarios adoptan formas variadas. La superficie de los dientes es dura y lisa.

Hilo dental, horquillas, clavos o todo otro elemento que sea usado habitualmente y con exceso contra los dientes causa abrasión en la zona en que aplica. El cepillado causa abrasión en la zona cervical vestibular, especialmente si se hace movimiento de vaivén.

Los surcos que se producen en el cemento parecen los de la erosión, pero los defectos suelen ser más acentuados de un lado, según los movimientos que efectúe el paciente.

ABSCEOS.

"El absceso periodontal ocurre cuando una bolsa paradontal se cierra total o parcialmente, y el pus no puede salir, la mucosa se vuelve tumefacta y dolorosa, generalmente hay bolsas profundas y la mucosa alveolar subyacente esta resplandeciente y cianótica forma parte del síndrome de una periodontitis pre-existente.

La formación del absceso periodontal agudo se acompaña de un dolor intenso debido a la distensión y a la rápida destrucción tanto de tejidos blandos como de los óseos, ocasionalmente el dolor es ligero sobre todo en los estadios precoces cuando la presión interna es mínima, la hemorragia se presenta espontáneamente, o se provoca muy fácilmente, el tamaño del absceso varía de 3 a 15 milímetros o más y generalmente se localiza al lado de una raíz, a veces se localiza en la parte apical de la raíz o en un zona de bifurcación" [16].

Generalmente se afecta un solo diente, aunque puede haber múltiples abscesos, a veces el absceso periodontal afecta a todo el tejido gingival y a la membrana mucosa vecina. El tejido subyacente es normalmente rojo o cianótico, en las zonas en las que las estructuras más profundas del tejido conjuntivo están más afectadas que el resto de la encía, puede apreciarse una tumefacción dura con pocas alteraciones del color.

La formación brusca de un absceso puede deberse a la superposición de un factor irritante como una bacteria, impactación de un diente o algún otro traumatismo local, el diente afectado suele ser muy móvil debido a la extensa afección del hueso y del ligamento paradontal.

Si la infección se generaliza, el enfermo puede presentar fiebre, puede expresarse gran cantidad de exudado purulento de la bolsa paradontal que rodea al diente afectado o del mismo absceso, la acumulación del material supurativo en el lugar del absceso aumenta la presión interna, el tejido gingival puede romperse dando lugar a la aparición de una fístula, generalmente esto rebaja la presión con la consiguiente disminución del dolor.

El absceso puede acceder a un estado inactivo, la fístula puede ocluirse por sí sola o por espesamiento de material con lo que se bloquea el drenaje, y así la presión en el lugar del absceso puede aumentar de nuevo. Cuando la presión aumenta lo suficiente el material purulento puede abrir de nuevo la fístula y se reanuda el drenaje, con el enquistamiento del absceso puede detenerse espontáneamente los síntomas más intensos, pero solo se considera la curación completamente a través de un tratamiento adecuado.

Este tratamiento se iniciará con la eliminación de las bolsas paradontales que pueden extirparse por medio de varias técnicas quirúrgicas, así se restaurará la forma arquitectónica de la encla y se reestablecerá la normalidad del sistema de adhesión. El tratamiento se dirigirá también a sujetar el diente móvil y a reconstruir la pérdida ósea, si es posible.

El tratamiento periodontal tiene mayor posibilidad de tener éxito si la pérdida ósea es pequeña, el peligro de fracaso aumenta con el grado de pérdida ósea.

Absceso de Encla.

"Es también conocido como arulis, es tal vez la forma más simple de absceso crónico, casi siempre se asocia a la infección de dientes maxilares anteriores y generalmente se localiza en la encla adherida, los productos inflamatorios penetran en las delgadas hojas corticales labiales o bucales, penetran parcialmente en la encla y aparecen en la superficie como una pequeña y frágil tumoración que rápidamente drena en pequeñas cantidades de pus, si no se elimina la causa la infección puede permanecer crónicamente activa con sintomatología mínima o puede regresar a una inactividad periódica, no se puede pronosticar la reactivación" [16].

Absceso Subperiostico.

"Ocurre cuando el proceso se extiende hacia estructuras más profundas en el surco, el pus se acumula, se localiza abajo del peristio, un dato diagnóstico es la parcial o total obliteración del surco labial o bucal, con fluctuación en su interior, con menos frecuencia la extensión puede ser hacia el paladar donde el absceso aparece como una masa localizada dolorosa y fluctuante, no es frecuente la disección por el exudado a lo largo del plano subperiostico, hasta un lugar algo distante y debe considerarse como una complicación" [16].

Absceso Peritonsilar.

"El pus del absceso peritonsilar invade rapidamente los musculos de la vecindad dando lugar al espasmo del pterigoideo interno, con trismus marcado.

Los signos patognomónicos son: tumefacción dolorosa del paladar blando del lado afectado, comienzo agudo de los síntomas, y aumento manifiesto de la temperatura.

El tratamiento de elección consiste en la incisión y drenaje seguida de la extracción o tratamiento endodóntico del diente afectado" [16].

Absceso Dentoalveolar.

"Los abscesos dentoalveolares son una consecuencia de la infección pulpar y una continuación de la cadena de enfermedades de la odontitis. Se presenta en los forámenes normales y anormales de las raíces o en una perforación hecha por un instrumento. Por lo tanto podemos distinguir abscesos del ápice (localización más común) y abscesos laterales e interradiculares.

La mayor parte de los abscesos dentoalveolares son crónicos y se producen por infiltración gradual de células mononucleares, que principia en las membranas periodontales y resulta en la formación de un granuloma. La infección supurada es muy rara y con frecuencia no es sino la exacerbación de una infección crónica (granuloma) que se presenta por variación de la resistencia del paciente o por infección secundaria con bacterias piógenas" [8].

ALVEOLITIS.

También conocida como cavidad seca, alveolitis séptica.

"Se han utilizado muchas denominaciones para identificar esta entidad clínica, que se caracteriza por un dolor muy profundo, pulsátil e irradiado, que generalmente empieza a las 48 ó 72 horas después de la extracción de un diente, y dura de 7 a 10 días" [16].

Aunque esta cuestión concierne a todos los exodoncias, las investigaciones realizadas no han descubierto aun su verdadera causa las opiniones actuales no son muy distintas a las observadas por otros doctores realizadas en 1929, la incidencia publicada oscila entre 2 y el 17 %.

La mayor parte de las cavidades secas se presentan después de extracciones aisladas, se observa una disminución notable de los casos cuando se extraen varios dientes contiguos al mismo tiempo, y el

hueso alveolar se recubre con la coaptación y cicatrización de los tejidos blandos situados por encima.

La alveolitis seca dolorosa como se le conoce clásicamente es una osteomielitis focal, autolimitada que se manifiesta con coagulos oscuros, desorganizados, situados dentro de la cavidad cuya profundidad se mide fácilmente y cuyas paredes óseas al menos en parte no están recubiertas por tejido blando de granulación, el sondeo en el interior de la herida produce un gran dolor, sin embargo el diagnóstico merece más confianza si se basa más en los sin tomas que en el aspecto de la cavidad, es importante diferenciar el dolor debido a una cavidad seca del causado por una lámina ósea fracturada o deformada, en este último caso también empieza después de la extracción de un diente pero no es continuo, y aparece sobretodo cuando se aplica una presión en la cara externa de la cavidad, y el tratamiento es sintomático.

"La alveolitis es la inflamación de las paredes del alveolo, la que se presenta con mayor frecuencia después de una extracción de una raíz infectada"[4].

La alveolitis produce dolores lancinantes y su tratamiento es a veces largo, consiste en retirar el coagulo formado en la cavidad alveolar, y colocar dentro de ella curaciones analgésicas y desinfectantes.

Se conocen dos tipos de alveolitis, la seca y la granulomatosa, la primera es aguda y su evolución dura de 10 a 12 días y a veces muchos, los dolores suelen ser muy fuertes; la granulomatosa es una inflamación crónica, la que es muy difícil que cure espontáneamente, casi siempre con la intervención del cirujano, para que previa anestesia, haga un prófido raspado y limpieza del alveolo y taponamiento del mismo.

"La etiología del alveolo seco son los factores individuales y especiales que pueden enumerarse así:

- Estado general del paciente.
- Traumatismo local.
- Microorganismos.

Los factores sistemáticos y generales corresponden a la edad del enfermo y su estado de nutrición, a las enfermedades sistémicas y a los medicamentos administrados.

La edad del enfermo tiene relación directa con su capacidad para reparar el sitio de la lesión, sin complicaciones, en pacientes jóvenes normales tienen mayor potencia para producir tejidos reparadores, los ancianos no tienen potencia comparable de crecimiento tisular.

La deficiencia en sustancias nutritivas de cualquiera de los grupos fundamentales de los componentes en la alimentación pero sobre todo de proteínas retardan la curación.

Algunos medicamentos como los esteroides corticales retardan la reparación del alveolo dental y los anticoagulantes desencadenan una hemorragia post-extracción grave.

La extracción dental en una zona irradiada previamente puede causar necrosis extensa" [15].

BOLSAS PARODONTALES.

"Una bolsa parodontal es la profundización patológica del surco gingival, es una de las características más importantes de la enfermedad parodontal.

El avance progresivo de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes" [7].

Signos y Síntomas.

El único método seguro de localizar bolsas periodontales y determinar su extensión es el sondeo cuidadoso del margen gingival en cada cara del diente.

Los siguientes signos clínicos indican la presencia de bolsas parodontales:

- 1] Encla marginal rojo azulada, agrandada, con un borde enrollado separado de la superficie dentaria.
- 2] Una zona vertical azul rojiza, desde el margen gingival hasta la encla incertada y aveces hasta la mucosa alveolar.
- 3] Una pérdida de la continuidad vestibulo-lingual de la encla interdientaria.
- 4] Encla brillante, inflamada, y con cambios de color asociados a superficies reticulares expuestas.
- 5] Sangrado gingival.
- 6] Exudado purulento en el margen gingival, o su aparición al hacer presión sobre la pared lateral del margen gingival.
- 7] Movilidad, extusión, y migración de dientes.
- 8] Aparición de diastemas, donde no los había.

Por lo general las bolsas parodontales son indoloras, pero pueden generar los siguientes síntomas: dolor localizado, o sensación de presión después de comer, y disminuye gradualmente, sabor desagradable en áreas localizadas, una tendencia a succionar material de los espacios interdientarios, dolor irradiado en la profundidad del huso que empeora los días de lluvia, una sensación roedora o sensación de picazón en las encías que a veces se describen como carcomidas, la necesidad de introducir un instrumento puntiagudo en las encías, con alivio y sangrado, quejas de que los alimentos se atasquen entre los dientes, se sienten flojos los dientes, se prefiere comer del otro lado, sensibilidad al frío, al calor, dolor dental con ausencia de caries'

Clasificación.

Las bolsas parodontales se clasifican según la morfología y su relación con las estructuras adyacentes como sigue:

- Una bolsa gingival está formada por el agrandamiento gingival, sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes, el surco se profundiza a expensas del aumento de volumen.

- La bolsa periodontal absoluta es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad periodontal, la encía enferma y el surco se profundiza, hay destrucción de los tejidos periodontales y de soporte. Estas bolsas son de dos tipos: infraoseas, y supraoseas.

Clasificación por el número de caras afectadas:

- Simple.- una cara del diente.

- Compuesta.- Dos caras del diente o más.

- Compleja.- Es una bolsa espiralada que nace en una superficie dental y da vueltas alrededor del diente y afecta a una cara adicional o más, la única comunicación con el margen gingival es por la cara en donde nace la bolsa.

También existen alteraciones en el parodonto por cambios hormonales ya sea por la pubertad, menstruación, embarazo, así como la gingivitis descamativa crónica y la gingivomatitis menopáusica.

CARIES DENTAL.

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones químicas complejas que resultan en primer lugar, en la destrucción del esmalte dentario y posteriormente si no se las detiene, destruyen todo el diente.

La destrucción mencionada es la consecuencia de la acción de agentes químicos mencionados anteriormente, y se originan en el ambiente inmediato a las piezas dentarias.

Los agentes destructivos iniciadores de la caries son ácidos, los cuales disuelven inicialmente los componentes inorgánicos del esmalte. La disolución de la matriz orgánica tiene lugar después del comienzo de la descalcificación y obedece a factores mecánicos o enzimáticos. Los ácidos que originan la caries son producidos por ciertos microorganismos bucales que metabolizan hidratos de carbono fermentables para satisfacer sus necesidades de energía.

Los productos finales de esta fermentación son ácidos, en especial láctico y en menor escala, acético, propiónico, pirúvico, y quizá fumárico.

DENTICION PROLONGADA O RETRASADA.

"El retraso generalizado de la erupción es más o menos lo contrario de la erupción prematura. Ambos se deben a variaciones extremas en la curva de distribución normal originadas por numerosos genes. La dentición prolongada es una prolongación ostensible del tiempo promedio de erupción, es decir cuando el primer diente primario permanente sale después del final del séptimo año de vida.

Además de los factores genéticos, también influyen los factores ambientales.

La importancia clínica de una dentición prolongada generalizada no es grande. Esto difiere de la importancia que tiene un retraso - significativo de la erupción de dientes individuales que ocurre a menudo y que se debe a diversas causas" [8].

DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

Dentina Opalescente.

"La dentinogénesis imperfecta es un trastorno hereditario que afecta el desarrollo de la dentina y puede estar acompañada de un trastorno similar en los huesos (Dentinogénesis Imperfecta).

Clínicamente, participa tanto la dentadura primaria como la permanente; todos los dientes están afectados, ofrecen un aspecto opalescente o gris, la atrición es rápida y asentuada, puede presentarse caries, el esmalte es normal pero se 'descascara' fácilmente y las coronas son bulbosas.

Las radiografías muestran raíces cortas y cónicas y cámaras pulpares amplias en las primeras etapas, más tarde estrechas y obliteradas por completo.

Microscópicamente, la dentina inmediatamente debajo del límite dentina-esmalte (dentina de cubierta) es normal. El resto de la dentina muestra disminución de tabulos, inclusión celular y numerosas líneas que confieren un aspecto de estratificación.

La dentinogénesis imperfecta puede asociarse con otras anomalías del desarrollo; por ejemplo: albinismo, malformación cardíaca, osteogénesis imperfecta que se caracteriza por un tejido óseo atípico de modo que los huesos se fracturan con facilidad" [1].

ENFERMEDADES DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR.

"La articulación temporomaxilar puede presentar los mismos procesos patológicos que otras articulaciones. Sin embargo, conviene mencionar en especial que la maloclusión y los trastornos funcionales de la dentición son causas frecuentes de traumatismo articular que pueden conducir a estiramiento capsular, modificaciones de las relaciones del menisco interarticular, osteorrititis, subluxación y dificultad de los movimientos.

Los trastornos de la articulación temporomaxilar se caracterizan por función perturbada y dolor. El trastorno funcional varía de limitación ligera a completa de los movimientos, con dificultad para abrir la boca (trismo). El dolor puede estar localizado en la articulación o irradiarse a los músculos masticadores, sobre todo el temporal; puede referirse a otras partes de la cara, región occipital, lengua u oído.

En ocasiones hay vértigo. El dolor puede ser constante o recurrente. La limitación dolorosa del movimiento de los maxilares también se produce, pero es muy rara. Los trastornos de la articulación temporomaxilar son más frecuentes en la mujer que en el varón.

Los pacientes que por la noche hacen cruzir los dientes se quejan muchas veces de síntomas de la articulación temporomaxilar por la mañana.

Diversos ruidos, como chasquidos, y otros, al abrir y cerrar la boca, pueden acomañar el trastorno articular, o precederlo durante meses o años.

La presencia de tales ruidos, sin síntoma alguno, no siempre va seguida de trastornos articulares.

Los tumores de la articulación temporomaxilar son raros. En el cóndilo, el más frecuente es el osteoma (incluyendo exostosis semejante a un tumor); se observan:

- Condromas.
- Condrosarcomas.
- Tumor benigno de células gigantes.
- Mixoma.
- Fibroma osificante.
- Fibrosarcoma de la capsula.
- Tumores malignos no odontogénicos.
- Tumores odontogénicos.
- Odontomas.
- Tumores benignos no odontogénicos." [19].

ENFERMEDADES DE LA PULPA DENTARIA.

"Es necesario conocer los factores que intervienen en las enfermedades de la pulpa dentaria, para poder diagnosticar más fácilmente. Por consiguiente, es conveniente tomar en cuenta que la inflamación de ésta es un factor predisponente.

Existe una serie de clasificaciones y agrupaciones acerca de las enfermedades pulpares. Una de las más conocidas y que se considera la más completa, es la que nos da el Dr. Grossman. Esta clasificación se basa fundamentalmente en la sintomatología y se divide en la siguiente manera:

- 1) Hiperemia Pulpar.
- 2) Pulpitis.
- 3) Necrosis o Gangrena pulpar.

1) Hiperemia Pulpar.

La hiperemia pulpar se define como la acumulación excesiva de sangre, con la consiguiente congestión de los vasos pulpares. Con el fin de dar lugar al aumento de irrigación, parte del líquido es desalojado de la pulpa.

Etiología.

Las causas pueden ser físicas, químicas, mecánicas y bacterianas, siendo estas las que originan una adición pulpar.

Diagnóstico.

Un medio de diagnóstico lo puede constituir el frío, pues la pulpa en este estado es sensible a los cambios térmicos. Por lo general si se elimina a tiempo la irritación, nuestro pronóstico será favorable, de caso contrario puede evolucionar hacia una pulpitis.

2) Pulpitis.

Se le considera una inflamación aguda de la pulpa, que se caracteriza por exacerbaciones intermitentes de dolor, el cual puede ser continuo. En caso de no atención, se transformará en una pulpitis crónica, la cual producirá finalmente la muerte pulpar.

Etiología.

Puede ser causada por cualquier factor clínico ya sea químico mecánico o térmico, aunque se conoce como la causa más común la invasión bacteriana a través de una caries.

Diagnóstico.

Normalmente cuando existe este tipo de reacción o lesión se observa en una cavidad profunda con exposición pulpar o bien debajo de una obturación.

Los rayos X nos ayudarán para señalarlos si se encuentra comprometido algún cuerno pulpar o la localización de caries interproximales, que no se observan clínicamente.

3] Necrosis Pulpar.

Se le considera como la muerte de la pulpa, ésta puede ser total o parcial.

Se dice que es una secuela de la inflamación o bien que la lesión traumática sea tan rápida que la destrucción se presente antes que la reacción inflamatoria.

Etiología.

Cualquier causa que dañe la pulpa puede originar su necrosis, - particularmente una infección, un traumatismo previo, una irritación o una inflamación pulpar.

Diagnóstico.

La radiografía generalmente muestra una cavidad u obturación grande, una comunicación amplia en el conducto radicular y un espesamiento del periodonto" [1].

POLIPO PULPAR.

Pulpitis Crónica Hiperplásica-

"Es la hiperplasia inflamatoria que puede tener lugar en las caries que afectan pulpas jóvenes con forámenes incompletamente mineralizados y con alto índice de defensa en tales condiciones, la pulpa prolifera y reabsorbe las paredes dentinarias internas, apareciendo como una masa carnosa en la cavidad cariosa" [1].

EXOSTOSIS.

Muchas veces se encuentran exostosis o protuberancias óseas de la mandíbula y de la maxila, se localiza con mayor frecuencia en la línea media del paladar, denominado, torus palatino, pero también se presenta en la superficie lingual de la mandíbula en la región de los dientes caninos y premolares, llamado torus mandibular.

Y a veces puede tener otras localizaciones como la superficie bucal de la maxila o de la mandíbula y la superficie palatina del maxilar cerca de los molares.

"Las exostosis son tumoraciones localizadas del hueso que se componen generalmente de hueso compacto denso, aunque no se conoce su causa exacta se plantea como una forma de hiperplasias compensadoras de vida a influencia genéticas, en la actualidad se cree que son anomalías del desarrollo de naturaleza benigna y sin ninguna importancia patológica, por ello es necesario un diagnóstico exacto en casi todos los casos, no está indicada la extirpación quirúrgica de una exostosis, excepto en aquellos casos raros en que por su tamaño masivo interfiera en las funciones bucales, o su localización estratégica impida la colocación de una prótesis, por lo que se realizará la extirpación total o parcial.

Los datos clínicos son muy variables cuando se presenta la exostosis en las superficies bucales o linguales de la maxila o de la mandíbula, tienen tendencia a ser múltiples o bilaterales, más que únicas y unilaterales.

Las exostosis múltiples están casi siempre alineadas y espaciadas en dirección anteroposterior, pueden tener distintos tamaños y formas y generalmente se localizan en el punto medio entre el borde gingival y el pliegue mucobucal.

Pueden ser completamente lisos, redondos, simétricos, protuberancias de forma irregular, o masas nodulares, pero en todos los casos son de consistencia ósea, asintomáticas y recubiertas por una encla normal que debido a su adelgazamiento puede parecer más pálida de lo normal, a veces puede encontrarse una protuberancia ósea única, simétrica, por encima del alveolo extendiéndose desde la región de los caninos hacia los molares, estas protuberancias pueden ser bilaterales y se deben al agrupamiento de múltiples exostosis individuales" [16].

Aunque la mayor parte de las exostosis se localizan en la boca, a veces se encuentran prolongaciones óseas en el paladar - por encima de las raíces de los molares, pueden ser abultamientos de contornos lisos, de forma irregular, o incluso protuberancias nodulares.

La mayoría de las exostosis se identifican por su localización, consistencia ósea, coloración normal, y sobre todo por su larga evolución y falta de crecimiento continuo.

FRENILLO LABIAL SUPERIOR.

"Es un haz fibroso de unos dos o tres milímetros de ancho, de desarrollo variable, y que se extiende desde el fondo del ves túbulo hasta el espacio entre ambos incisivos centrales. En los niños a veces se halla hipertrofiado y es causa de diastemas que entrañan una indicación para una frenilotomía. Cuando el diastema interincisivo es realmente causado por un frenillo labial mediano grueso y con una incursión muy baja casi a nivel del borde alveolar, debe ser removido por una resección total.

En ocasiones este diastema obedece a otras causas y se soluciona simplemente con la erupción de los incisivos laterales o luego, con la de los caninos" [6].

FRENILLO LABIAL INFERIOR.

"El frenillo labial inferior compromete ocasionalmente la salud de los tejidos periodontales en el lado labial de los dientes inferiores anteriores. Esta banda de tejido puede contribuir a aumentar la profundidad del espacio anormal entre la raíz de un diente y la encía, disminuir la cantidad de encía alveolar de la región.

Este estado que se observa también en niños, debe corregirse tan pronto como se descubra. Los procedimientos que se emplean pueden ser, injerto gingival libre, procedimientos de fenestración de periostio y colgajos de rotación lateral" [3].

FRENILLO LINGUAL.

"Una anquiloglosia parcial es causada por un frenillo corto que llega demasiado cerca de la punta de la lengua.

Si el frenillo está insertado cerca de la punta no puede sacar se la lengua sobre los incisivos, y cuando se hace un esfuerzo para sacarla se arquea en medio del dorso" [8].

"Basandose en la impresión clínica, la estructura también está implicada en problemas de lenguaje. Tal vez sea una consecuencia más válida el desarrollo deficiente del arco maxilar superior, que se asocia a movimiento restringido de la lengua. Debido a que la lengua está retenida en el piso de la boca, los bordes alveolares del maxilar superior no son estimulados para expandirse lateralmente, de modo que frecuentemente resultan una oclusión posterior cruzada y una anterior abierta" [3].

GINGIVITIS.

"La gingivitis, inflamación de la encía es la forma más común de enfermedad gingival.

La inflamación se halla presente en casi todas las formas de enfermedad gingival, porque los irritantes locales que producen inflamación como la placa dentaria, materia alba y cálculos, son extremadamente comunes y sus microorganismos y productos lesivos están siempre presentes en el medio gingival.

La inflamación local origina cambios degenerativos, necróticos o proliferativos en tejidos gingivales, hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso patológico que interviene, sin embargo en la encía ocurren procesos patológicos - que no solo son causados por procesos irritantes locales, como atrofia, hiperplasia, y neoplasia, no todos los casos de gingivitis son iguales, por el hecho de que se presentan alteraciones inflamatorias y con frecuencia hay que diferenciar entre un proceso inflamatorio y un proceso patológico que pudiera hallarse en la enfermedad gingival" [7].

El papel de la inflamación en casos aislados de gingivitis varía como sigue:

- 1] La inflamación es el cambio patológico primario y único, este es por lo general el tipo de enfermedad gingival de mayor frecuencia
- 2] La inflamación es la característica secundaria superpuesta a una enfermedad gingival de tipo general, por ejemplo, es común que la inflamación complique la hiperplasia gingival causada por la administración sistémica de dilantina.
- 3] La inflamación es un factor desencadenante de alteraciones clínicas en pacientes con estados generales que por sí mismos no producen enfermedad gingival detectable desde el punto de vista clínico, son ejemplo de esto, la gingivitis del embarazo, la gingivitis leucémica.

Evolución y Duración.

- Gingivitis aguda; es dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.
- Gingivitis subaguda; es una fase menos grave que la aguda.
- Gingivitis recurrente; enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento o que desaparece espontáneamente y reaparece.
- Gingivitis crónica; se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. Este es el tipo más común, los pacientes rara vez recuerdan haber tenido síntomas algunos.

La gingivitis crónica es una lesión fluctuante, en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

Distribución.

- Localizada; se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.
- Generalizada; abarca toda la boca.
- Marginal; afecta al margen gingival pero puede incluir una parte de la encía incertada contigua.
- Papilar; abarca las papilas interdientarias, y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival.

"Los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila, de forma difusa, incluye la encía marginal, encía insertada y papila interdientaria" [7].

HABITOS PATOLOGICOS.

"Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación correcta.

Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal.

a) Succión del pulgar.- La succión digital es practicada por muchos niños por una gran variedad de razones; sin embargo, si no está directamente implicada en la producción o mantenimiento de la maloclusión. Como veremos, la mayoría de los hábitos de succión digital comienza muy temprano en la vida frecuentemente son superados hacia los tres o cuatro años de edad.

Todos los hábitos de succión digital deben ser estudiados por sus efectos psicológicos, por que pueden estar relacionados con el hambre la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hasta un deseo de llamar la atención.

Los bebés alimentados con biberón muestran frecuentemente hábitos de succión indeseable, si el biberón ha sido usado como dispositivo para aquietarle e inducir sueño, después que un niño así es destetado aprende a chuparse el pulgar u otro dedo cuando va a dormir. Otros niños aprenden temprano que la forma más segura de atraer la atención de los padres es chupar sus dedos.

b) *Succión del labio y mordedura del labio.* La succión del labio puede aparecer sola, o puede verse con la succión del pulgar. En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior.

Quando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de sus dientes, a menudo una mordida abierta y a veces, la linguoversión de los incisivos inferiores.

c) *Postura.*- Las personas con postura corporal defectuosa frecuentemente muestran también una posición postural indeseable en la mandíbula. Ambas pueden ser expresiones de una salud general pobre, por otra parte, la persona que se mantiene derecha y erecta, con su cabeza bien colocada sobre su columna vertebral, casi por reflejo va a mantener su mentón adelantado en una posición preferida.

La postura es la expresión sumada de reflejos musculares y, por lo tanto, es capaz de cambiarlo y corregirlo.

d) *Mordedura de uñas.*- La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias. La maloclusión asociada con este hábito, probablemente sea de naturaleza más localizada que lo que se ve con algunos de los otros hábitos de presión mencionados. Niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, y solo es un síntoma de su problema básico.

e) *Anormalidades respiratorias.*- Cuando no entra el aire por la nariz, no hay neumatización de los senos, por lo tanto no hay crecimiento adecuado de los senos, el paciente presenta facies de retrasado mental, adopta hábitos de labio, resecañdole las mucosas bucales y no hay inflamación.

f) *Posición Compensatoria de la lengua.*- Posición adoptada por la lengua cuando las amígdalas y adenoides se encuentran inflamadas, los 17 músculos linguales no caben en la cavidad oral, habiendo una protrusión de la lengua, la cual va a remodelar al maxilar, en una mala posición, desecativa a las células posteriores y como resultado será una mordida abierta.

g) *Otros hábitos.*- El mantener constantemente a un bebé muy pequeño en posición supina sobre una superficie dura, plana, puede moldear y conformar la cabeza, aplanando el occipusio, o producir asimetría facial.

De todas las maneras se piensa que la significación de apoyarse y dormir sobre el brazo, han sido muy exagerado.

El chupar habitualmente el lápiz, chupetes y otros objetos duros pueden ser tan deletéreo para el crecimiento facial como la succión del pulgar y otros dedos." [13].

HERPES SIMPLE.

Gingivostomatitis herpética aguda.

"Es una infección bucal causada por el virus del Herpes simple se observa más frecuentemente en niños como enentema difuso de las encías y el resto de la mucosa bucal. El período temprano, se caracteriza por la presencia de vesículas discretas, redondas, de color gris, que pueden aparecer en la mucosa gingival, labial y bucal en paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua.

Después de una 24 horas, las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras, con borde rojo, elevado, semejante a un halo y una porción central de color amarillo gris. La enfermedad se acompaña de irritación generalizada de la cavidad bucal.

Las vesículas rotas son zonas focales de dolor, particularmente sensibles al tacto, a los cambios de temperatura y a las especies.

Son frecuentes la adenitis cervical, la fiebre y el malestar generalizado. El curso de la enfermedad es de siete a doce días" [19].

HIPOPLASIA DEL ESMALTE.

"Es una falla estructural del esmalte debida a una degeneración ameloblástica que trae aparejada una interrupción en la formación de la matriz" [6].

Puede presentarse como:

- 1] Esmalte delgado, liso pero duro, brillante y de color que varía de amarillo a café. Radiográficamente se ve el esmalte normal pero reducido en su grosor.
- 2] El esmalte es duro pero picado, superficie de color normal. Radiográficamente el esmalte se observa moteado. Diferente grosor
- 3] Esmalte duro con surcos verticales, con rugosidades en la superficie. Radiográficamente se observa moteado con espesor normal.
- 4] Zonas locales de hipoplasia no relacionado a causas sistémicas con color café en la zona de la región. Se aprecian radiolúcididad en el lugar de la región (Diente de Turner). Relacionado a un absceso y a un traumatismo.

MACROGLOSIA.

"La macroglosia, de origen congénito, se debe a un sobredesarrollo de la parte muscular de la lengua" [8].

"Se observa en ciertas deficiencias mentales mongólicas, cretinismo y en el mixedema infantil. En procesos inflamatorios, tumorales o inflamatorios del órgano lingual" [6].

"En la acromegalia, el gran tamaño de la lengua es uno de los signos de estas anomalías. La lengua puede ser tan grande que cuelgue fuera de la boca. Puede llegar a causar deformación del arco dental y oclusión irregular a causa de la presión que se ejerce continuamente sobre los dientes. Si el excesivo desarrollo ocurre tempranamente en la vida intrauterina, la macroglosia puede impedir la unión de los mamelones faciales" [8].

MALOCCLUSION.

"Es una condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de los órganos dentarios con los demás en el mismo arco y con los del arco antagonista. Estas anomalías de espacio y posición presentan como variedades principales la distocclusión, mesiocclusión, vestibulocclusión, linguocclusión, hiperocclusión e hipocclusión.

Considerando la cantidad de individuos afectados, la malocclusión ocupa el tercer lugar luego de la caries y enfermedad parodontal" [6].

MALFORMACION DENTAL.

1) Geminación.- Lesión caracterizada por la fusión o soldadura de dos o tres dientes, pero que son individualizables. Puede así tratarse de una bigeminación o trigeminación, y pueden ser dientes de la serie normal o supernumerarios, temporales o permanentes.

2) Gemelación.- Son dos dientes que provienen de un solo germen. Cada uno es menor que el original, pero los dos juntos son mayores que el original.

3) Fusión.- Proviene de dos gérmenes. Son dos dientes que se unen a nivel dentinario. Forman dos raíces que se fusionan en la corona.

4] *Concrecencia.*- Consiste en la fusión del cemento de un diente con el otro.

5] *Dilaceración.*- Anomalia de dirección por la que el eje de la raíz forma ángulo a veces marcado con el de la corona del diente

6] *Dientes cónicos.*- Anomalia de tamaño y forma que se presenta a veces en la dentición permanente, cuando incisivos laterales y terceros molares muestran atrofia de sus coronas, las que adoptan una forma semejante a la de un cono.

7] *Dientes de Hutchinson.*- Es un trastorno en el desarrollo de los dientes, que se presenta en un 10 al 30 % de los niños afectados de sífilis. Los incisivos centrales son los más afectados y aparecen con aspecto de desatornillador (borde incisal más angosto que la parte media de la corona) o presentan una escotadura semilunar característica en el borde incisivo.

8] *Dientes de Turner.*- Son determinados por una infección periapical procedente de la pulpa de un diente temporal. El proceso llega a interesar al órgano del esmalte y afecta la labor de los ameloblastos provocándose hiperplasias a nivel principalmente de los bordes incisales o en las caras vestibular y oclusal de las coronas. Los segundos premolares inferiores, son los dientes más afectados.

PIGMENTACIÓN.

"Las pigmentaciones son de dos tipos, endógenas y exógenas. - Las pigmentaciones producidas por el organismo son endógenas. Las provenientes del medio ambiente son exógenas.

Ciertas ocupaciones y determinados tratamientos médicos, introducen metales pesados en el cuerpo. Estos se depositan en muchos órganos, uno de los cuales es la boca, particularmente en la encía marginal. Las lesiones pigmentadas más comunes de cavidad bucal son focales o localizada, no difusas. El pigmento normal melanina es frecuente, particularmente en la encía fija, a veces, aparece una mancha única de melanina. Se diferencia de otras lesiones porque es irregular y conspicua.

La hemosiderina y la bilirrubina son pigmentos provenientes de la destrucción sanguínea. Hematoma es una acumulación de sangre que se presenta como una lesión redonda azul negruzca, por lo general en la mucosa bucal.

Hay otras lesiones focales relacionadas con la melanina pero son raras.

Las pecas o eflélides son manchas pardas producidas por la melanina de la capa de células basales. Nevo es una masa tumoral plana en tejido conectivo.

El melanoma es un nevo maligno, negro y sumamente raro en la boca. Cuando aparece, se observa en paladar y en mucosa alveolar.

Las otras pigmentaciones son exógenas.

La más común es producida por la inclusión de partículas de amalgama en el tejido conectivo de la mucosa. Estos 'tatuajes de amalgama' son lesiones azuladas o negruzcas, pequeñas y bien definidas, que aparecen en el borde alveolar. Las partículas de amalgama se ven como imágenes radiopacas en la radiografía.

Son resultado de la colocación de obturaciones retrógradas del conducto radicular, que aparecen en el surco vestibular. Se producen en individuos de edad adulta sometidos a tratamientos odontológicos extensos.

Es frecuente verlos en el borde alveolar después de la extracción de dientes.

En el piso de la boca se asemejan a pigmentaciones por melanina. Son tan comunes que hay que considerarlos toda vez que se note una lesión negra. Otras consideraciones diagnósticas deben incluir mucocele, hemangioma y pigmentaciones por melanina.

Otras sustancias extrañas también causan lesiones pigmentadas, muchas personas suelen introducir lápices con mina de grafito en la boca. El grafito penetra en la mucosa y deja una mácula negra circunscrita que se parece a una inclusión de amalgama.

La tetraciclina produce pigmentación intrínseca permanente de los dientes primarios o permanentes.

Si la tetraciclina se administra a la madre en el embarazo o al lactante durante lapsos prolongados, el diente que se está formando en ese momento quedará de color variable entre amarillo pálido y amarillo pardusco.

La alteración es definitiva. Para mejorar la estética hay que colocar coronas en los dientes permanentes" [17].

PLACA DENTOBACTERIANA.

"La placa dentobacteriana es un depósito blando, amorfo, y granular que se acumula en la superficie de los dientes, por medio de la película adquirida. Se empieza a formar por la aposición de capa única de bacterias gram positivas, matriz interbacteriana, mucoproteínas e hidroxapatitas.

Los componentes orgánicos de la placa bacteriana son polisacáridos y bacterias 30 %; proteínas 30 %; carbohidratos y lípidos 15 %

Los componentes inorgánicos son calcio fósforo, magnesio y potasio.

Las bacterias presentes en la placa bacteriana son: estreptococos; estafilococos; bacilos; lactinomices, borrelia, vellionella.

La eliminación de placa bacteriana se realiza por medios mecánicos como los son el cepillado y la profilaxis" [7].

QUISTES.

Es un saco o membrana cerrada que va a estar totalmente definida y que en su interior va a contener material líquido o semilíquido que se desarrolla en una de las cavidades naturales o en el parénquima de un órgano en la cavidad bucal.

Su membrana está formada por tejido epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo.

Clasificación.

1. Quistes de desarrollo.

A) De origen dental:

1. Periodonticos: Dentoperiodonticos.
Dentoalveolares.
Radiculares.

a) Periapicales.

b) Lateral.

c) Residual.

2. Dentígeros (foliculares)

a) Odontoma quístico.

b) Quiste de erupción.

c) Queratoquiste odontogénico.

d) Quiste odontogénico calcificado.

- B] De origen no dental
1. Tipo fisural.
 - a] Nasoalveolar.
 - b] Medianos:
 - Nasopalatino.
 - Mesoalveolar.
 - Mesomandibular.
 - c] Quiste del conducto incisivo.
 - d] Quiste globulomaxilar.
 2. Tipo Branquial.
 - a] Quistes dermoides y epidermoides.
 - b] Quistes de la hendidura branquial.
 - c] Quistes del conducto tirogloso.

11. Quistes de retención.

- a] Mucosos.
- b] Ránulas.

111. Quistes neoplásicos.

- a] ameloblastomas.
- b] adamantinoma.
- c] adamantoblastoma.
- d] quistes multiloculares.
- e] tumores odontogénicos mixtos.

RETENCIÓN DE DIENTES.

"Los dientes más retenidos son los terceros molares mandibulares y los caninos del maxilar superior.

Todos los demás dientes son retenidos con una frecuencia mucho menor.

Etiología.

Las causas de la retención son numerosas. Para los fines de discusión serán agrupadas en factores asociados con el diente, factores ambientales y factores de retención idiopática.

Factores asociados con el diente.

La malposición de los gérmenes dentales se ha sugerido como un posible factor de falta de erupción de los dientes. Si la fuerza eruptiva está demasiado alejada de la zona de la subsiguiente erupción, puede ser 'prematamente agotada'.

Se cree que la erupción malposicionada la origina la rotación o inclinación de un germe dental, siendo el canino maxilar especialmente susceptible.

Además de gérmenes dentales de posición anormal también pueden jugar un papel en la retención de los dientes un crecimiento y la fuerza eruptiva insuficientes. Por ejemplo cuando el segundo premolar no se desarrolla, los dientes correspondientes de otros cuadrantes están retrasados en su desarrollo, calcificación y erupción, y muchas veces, retenidos.

La malformación de los dientes también puede dar lugar a una retención o erupción parcial. Los incisivos centrales dilacerados del maxilar superior en general están parcial o totalmente retenidos. muchas veces se observa que el borde incisivo o superficie lingual está orientado labialmente al efectuar la extracción quirúrgica. Los dientes supernumerarios de diversos tipos generalmente no salen a causa de la falta de espacio en el arco dental y están bloqueados por los dientes vecinos.

Factores Ambientales.

La obstrucción mecánica contra la erupción debe considerarse entre los factores ambientales. Dientes supernumerarios, como los mesiodents, son la causa más frecuente de retención o impactación de los incisivos del maxilar superior. Generalmente quedan retenidos ambos dientes ya que se obstruyen mutuamente la salida. Los odontomas y quistes foliculares también pueden impedir la erupción.

En el caso de los terceros molares mandibulares, el factor decisivo generalmente es la falta de espacio, probablemente debido a una reducción en el tamaño del maxilar durante la filogénesis.

Los caninos superiores y premolares inferiores frecuentemente están retenidos debido a una pérdida de espacio, consecutiva a la pérdida prematura de los dientes deciduos.

Factores en la Retención Idiopática.

En la retención idiopática, el diente no está malformado, en mala posición o inclinado y, a pesar de ello, no llega a salir.

La hipercementosis durante el desarrollo de la raíz provoca su unión con la cavidad alveolar.

Un trastorno localizado del crecimiento de los maxilares origina retención de los molares. En este caso, es difícil diferenciar entre causa y mecanismo. Es improbable que los trastornos del crecimiento ocurran sólo en una sección del maxilar. Sin embargo, la retención de los molares primero y segundo raras veces es simétrica y prácticamente no ocurre jamás en los cuatro cuadrantes juntos. Así pues, no es muy probable que intervenga una malformación del crecimiento como causa de retención de los molares.

Los factores genéticos influyen a veces." [8].

SECUESTROS ÓSEOS.

"Los secuestros óseos se presentan en la osteomielitis. El poder destructivo de la osteomielitis se debe a la presión y lisis del material supurativo en un espacio cerrado. La causa generalmente el estafilococo. Si las bacterias se eliminan o si su desarrollo es inhibido por el antibiótico, la resolución ocurre sin la necesidad de la extracción del diente culpable (si la infección es odontógena). Si las bacterias son resistentes o si se ha formado una colección masiva de pus antes de que pudiera instituirse la terapéutica antibiótica, entonces hay porciones de hueso desvitalizadas debido a que el aporte sanguíneo ha sido suprimido por la trombosis de los vasos.

A estos fragmentos se les conoce como secuestros óseos, y se observan como sombras radiopacas en la radiografía. La naturaleza tiende a eliminar estos secuestros aunque algunas veces un pequeño secuestro se disuelve durante la terapéutica antibiótica de larga duración.

Los secuestros no deben de extraerse de inmediato. Deben ver se claramente en la radiografía. Si la infección ha sido controlada el secuestro se separa cuidadosamente del tejido blando involucrado. No se hace raspado" [11].

SIALORREA.

"Denominada también pialismo, babeo, hipersecreción salival, es el sintoma opuesto a la xerostomía.

Causas:

Fisiológicamente los lactantes y los niños tienen mayor secreción de saliva que los adultos, la erupción dentinaria es una de las causas más comunes del aumento de saliva.

Es bien conocida la estimulación salival por medio de estímulos sensoriales, visión de alimentos agradables, y aun por reflejos psíquicos y estímulos ocasionados, las pequeñas emociones también son capaces de producir estimulación salival.

El embarazo y la menstruación traen sialorrea, alimentos ácidos y dulces, también la provocan.

Desde el punto de vista patológico, la mayoría de las inflamaciones se acompañan de sialorres, debemos destacar entre ellas la estomatitis aftosa, la primoinfección herpética, y la histoplasmosis, otra causa de frecuente sialorrea es la macroglosia, cualquiera que sea su causa.

Los aparatos protésicos recién colocados producen también aumento de saliva por estimulación refleja de las glándulas.

Hay numerosas medicaciones hipersecretorias entre las cuales destacan la pilocarpina, la acetilcolina, ambas vagotónicas.

Ciertas enfermedades nerviosas producen babeo, la parálisis bulbar, hepílepsia, etc. Las parálisis faciales producen babeo.

Citaremos por último como causa de sialorrea a las náuseas, vómitos, cáncer de estómago, úlceras duodenales, la ictericia, la pancreatitis, y en los niños algunas parálisis intestinales" [9].

SUPERNUMERARIOS.

"Los dientes en exceso suelen llamarse supernumerarios, y excepto cuando se consideran dientes natales, la incidencia de los dientes supernumerarios es del 1 % con una proporción al maxilar superior al inferior de 8 a 1 y de dientes no salidos a dientes salidos de 5 a 1.

No es rara la presentación bilateral, los dientes supernumerarios no salidos pueden ocasionar o estar relacionados con procesos patológicos como quistes o neoplasias, pueden presentarse en las dos denticiones, y a no ser cónicos o rudimentarios tienden a semejarse a los dientes normales y en general los dientes supernumerarios del maxilar superior son rudimentarios o de tamaño y forma normal, mientras que los del maxilar inferior tienen un aspecto más normal, sobre todo en la región de los incisivos y premolares" [16].

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en cualquier punto de los arcos dentales, pero su localización más frecuente es entre los incisivos medios superiores, en cuyo sitio el diente supernumerario se denomina mesiodent; El mesiodent puede aparecer aislado o a pares y puede ser erupcionado, enclavado, invertido o fundido a un incisivo central, su corona suele tener forma cónica y su raíz más corta que lo normal, el mesiodent tiene importancia patológica ya que puede ocasionar un diastema entre los incisivos centrales o una torsoversión de uno o de ambos dientes, también puede fusionarse con uno de los incisivos dando lugar a que el diente sea anormalmente ancho y en forma de pala.

La región que sigue en orden de frecuencia de aparición de los dientes supernumerarios es la porción distal a los terceros molares, en el maxilar superior, más a menudo que en el inferior, estos cuartos molares pueden tener un tamaño parecido a los terceros molares o ser más pequeños, la presencia de dientes supernumerarios puede impedir la erupción normal de los terceros molares.

Los incisivos laterales superiores y centrales inferiores supernumerarios tienen forma parecida a sus correspondientes normales, pero suelen ser más pequeños que ellos, en casos más raros se encuentran dientes supernumerarios en la región de los premolares inferiores y muchas veces se parecen a los dientes permanentes.

Cuando esta afectada la dentición cáduca, lo cual es raro, la región implicada más amenudo son la región de los incisivos laterales y de los caninos superiores, algunos dientes supernumerarios de forma completamente anormal no pueden identificarse con ningún grupo de dientes normales y se llaman dientes accesorios, pueden brotar en el área lingual o bucal o entre los dientes permanentes e incluso pueden fusionarse con ellos, suelen ser pequeños, en forma de clavija y con raíces curvas.

"Los dientes supernumerarios pueden ser de origen hereditario siendo su proceso patogénico fundamental, una hiperactividad de la lámina dentinaria, sin embargo no se a puesto en claro si está formación de un tercer germen dentinario o a la división del germen permanente, debe pensarse en un efecto de atavismo, ya que la dentición de los primates extinguidos contenían 44 dientes con tres incisivos, cuatro premolares en cada cuadrante" [16].

"Se han propuesto muchas teorías para aclarar la aparición de dientes supernumerarios, indudablemente la herencia desempeña un importante papel porque en general se observa el mismo proceso en uno de los padres del enfermo, estos dientes pueden presentarse en diversas etapas del desarrollo, desde antes del nacimiento hasta la edad de 12 años.

Los dientes supernumerarios más comunes mencionados en orden de frecuencia son:

- Incisivos centrales
 - Molares
 - Premolares
 - Caninos
- Incisivos laterales

Pueden encontrarse en cualquier parte del hueso, cerca de los dientes.

Cuando en un sujeto adulto la extracción de un diente permite la salida de otro permanente bloqueado no se considera como supernumerario ni como tercera dentición" [15].

Un diente supernumerario puede crecer en muchas posiciones, encontrarse totalmente invertido, o sea de cabeza, o en posición horizontal con respecto a los otros dientes, siempre deben tomarse radiografías en diferentes ángulos, para conocer con exactitud la posición del diente, con la tendencia actual de tomarse radiografías dentales completas durante el examen bucal, se ha descubierto

durante el examen bucal, se ha descubierto que los premolares supernumerarios son más frecuentes de los que se había sospechado, porque el 75 % de ellos se encuentran impactados y su frecuencia es de 1 en cada 10 000 personas.

Algunas de las complicaciones que presentan los dientes supernumerarios son: erupción retardada, falta de erupción, separación y malposición de los dientes permanentes, la extracción temprana de estos dientes evita la mayor parte de las complicaciones.

"Un caracter de los premolares supernumerarios inferiores es su marcada tendencia a la formación de quistes, si la extracción del diente supernumerario no tiene efectos nocivos, el enfermo debe llevarla acabo, pero si el paciente es joven y los dientes permanentes están en formación se aconseja esperar" [15].

"Los principales factores causales se dice que son:

1. La herencia.
2. Restos epiteliales.
3. Aberración marcada en el desarrollo." [13].

TORUS PALATINO.

"Es una exostosis que se localiza en la línea media de la bóveda del paladar, y se debe a un excesivo desarrollo de las superficies medias de la apofisis palatina que se une dando lugar a una apofisis única, el torus palatino es muy frecuente del 20 a 25 % de las personas adultas presentan agrandamiento palatino óseo" [16].

El aspecto clínico del torus puede ser muy variable, puede ser un abultamiento óseo en el centro de la bóveda apenas detectable, de superficie lisa, simétrica, suavemente limitada por una prominencia o nódulo de pequeño tamaño, de unos milímetros; una masa de moderado tamaño, redonda, ovalada o elíptica, con una base plana o ligeramente pedunculada, un tumor masivo o voluminoso de dureza ósea que ocupe la mayor parte del volumen de la bóveda, a veces discurre por su centro un surco o una estria en dirección anteroposterior correspondiente a la línea de fusión en unos casos en otros, varias muescas acanalán su superficie en dirección lateral por ello la superficie irregular de algunos torus presentan interesantes y característicos modelos de crecimiento, en algunos casos el torus aparece compuesto de varias lobulaciones prominentes de un gran tumor de base ancha.

"Ya que los torus palatinos se componen en su mayor parte o en su totalidad de hueso compacto denso, son casi siempre visibles, radiológicamente, se ven mejor los clises oclusivos en los que se muestran radiopacidades bien características bien delimitada en la bóveda del paladar, suelen ser de gran densidad y tamaño" [16].

En los los de gran tamaño la cortical externa del torus se distingue muy bien el centro medular menos denso, los clises periapicales pueden mostrar también la presencia de un torus palatino, mostrándose como una radiopacidad lisa, de superficie curvada, en los límites superiores de la placa superpuestas con el seno u ocultando su imagen.

TORUS MANDIBULAR.

"Es simplemente otra forma de exostosis, es una denominación que indica específicamente, la protuberancia ósea en la superficie lingual de la mandíbula, más frecuentemente en la región canina o premolar, puede ser único o múltiple, unilateral o bilateral, clínicamente se presenta como una proliferación ósea, dura, bien limitada, de superficie lisa, cubierta por una mucosa normal o de color rosa pálido, en algunos casos las proliferaciones óseas alcanzan un tamaño superficialmente grande para ocupar toda la superficie del piso de la boca.

Este crecimiento o expansión del hueso de las tuberosidades es un hecho común, congénito o bien adquirido" [16].

TRAUMA OCLUSAL.

Es la desarmonía existente entre la articulación temporomandibular y las superficies oclusales de dientes que producen lesiones en los dientes, parodonto, sistema neuromuscular y repercutiendo en mayor grado sobre la articulación temporomandibular.

Su etiología de 'oclusión traumática', se clasifican en:

a) Causas directas: Refiriéndose a este grupo aquellas alteraciones de los dientes y sus arcadas dentarias.

b) Causas indirectas: Son aquellas anomalías de otros tejidos que a su vez afectan a dientes y arcadas dentarias.

Como ejemplo de causas directas tenemos: tamaño y forma del arco dentario, anomalías de los dientes, dientes supernumerarios, tratamientos inadecuados ortodóncicos, rehabilitación oclusal incorrecta, etc.

En causas indirectas tenemos: patología parodontal, causando movilidad dentaria, reumatismos, malformaciones congénitas, enfermedad de la articulación temporomandibular, así como fracturas hábitos y vicios masticatorios, quistes y tumores.

Manifestaciones de oclusión traumática en la articulación temporomandibular.

Artrosis Temporomaxilar.

"Es una afección degenerativa, atrofica y no infecciosa de los tejidos articulares, iniciada por trauma intrínseco y que ocasiona cambios anormales en la función de la articulación.

El signo más claro de artrosis degenerativa es el chasquido articular.

Bruxismo.

También se le conoce como: bruxomanía, bricodoncia, bricomania, neurosis dental y stridor dental.

Se conoce como bruxismo a las excusiones de la mandíbula de forma involuntaria, que produce un choque perceptible o imperceptible, rechinar, choque cuspideo, y otros efectos traumáticos, sin propósitos funcionales.

Etiología.

Tensión nerviosa como causa común, rechinar de dientes.

El tratamiento ideal es la rehabilitación oclusal, mediante el uso de las placas acrílicas. Ajuste oclusal por desgaste mecánico. " [18].

XEROSTOMIA.

"Significa hiposecreción salival, sequedad bucal.

La saliva es de tipo seroso cuando proviene de las glándulas parótida, seromucoso cuando proviene de las glándulas submaxilares, o sublinguales; y mucoso cuando proviene de las glándulas labiales palatina.

La secreción salival esta regulada por la corteza cerebral existen además centros simpáticos y parasimpáticos, y estos últimos son denominados nucleos salivales, y estan unidos en el bulbo raquideo, el nucleo salival superior controla las glandulas salivales submaxilares; y el inferior las glandulas parótidas.

Las causas de la xerostomia, pueden ser fisiológicas o patológicas, y pueden ser tanto locales como generales.

Las primeras se deben al proceso que afecta directamente a las glándulas salivales o aumentan el gasto de la saliva, las generales ejercen su acción a través de mecanismos nerviosos por medicamentos e hipovitaminosis, reducción de aportes líquidos, alteración endocrina.

Entre los factores locales tenemos la xerostomía congénita, por hipoplasias, o agentes de las glándulas salivales" [9].

CAPITULO 11

ESTADÍSTICAS Y FRECUENCIAS

DE ENFERMEDADES ESTOMATOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS

EN CLÍNICA TENIENDO COMO VARIABLE SEXO Y EDAD.

CARIES.

Este diagnóstico ocupa el primer lugar en incidencia en la clínica, por lo que consideramos que es uno de los más importantes, ya que de una buena atención a este problema podemos evitar alteraciones posteriores y una menor incidencia.

La caries ocupa el 94.18 % de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 479 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 18.5 años, y con una $\bar{X} = 20.71$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 36.06 % con relación a las mujeres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	39
6 - 10	88
11 - 15	60
16 - 20	96
21 - 25	69
26 - 30	42
31 - 35	21
36 - 40	13
41 - 45	15
46 - 50	5
51 - 55	10
56 - 60	7
61 - 65	6
66 - 70	7
71 - 75	1

MUJERES

Se encontraron 849 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo más frecuente a los 20 años de edad, con una $\bar{X} = 24.36$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 63.93 % con relación a los hombres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	47
6 - 10	108

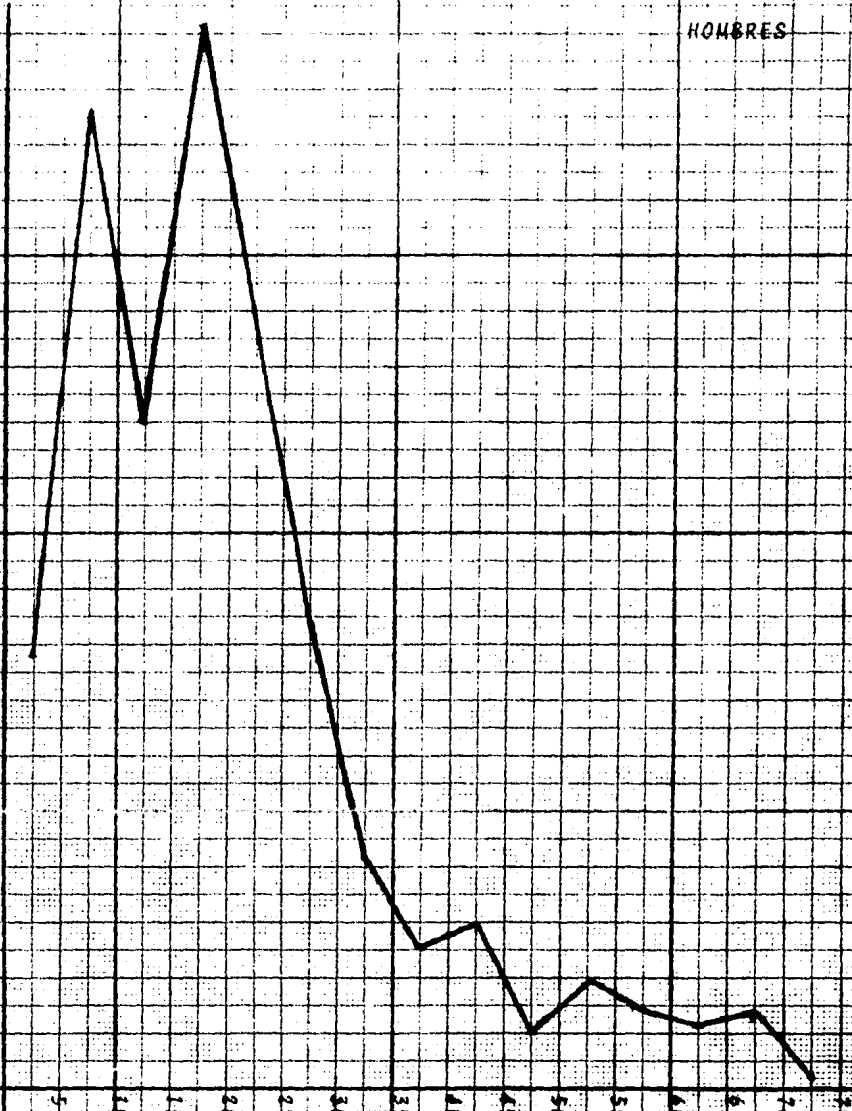
11	-	15	-----	77
16	-	20	-----	156
21	-	25	-----	112
26	-	30	-----	106
31	-	35	-----	70
36	-	40	-----	56
41	-	45	-----	39
46	-	50	-----	25
51	-	55	-----	23
56	-	60	-----	14
61	-	65	-----	2
66	-	70	-----	4
71	-	75	-----	7
76	-	80	-----	1
81	-	85	-----	2

DIAGNOSTICO

CARIES

HOMBRES

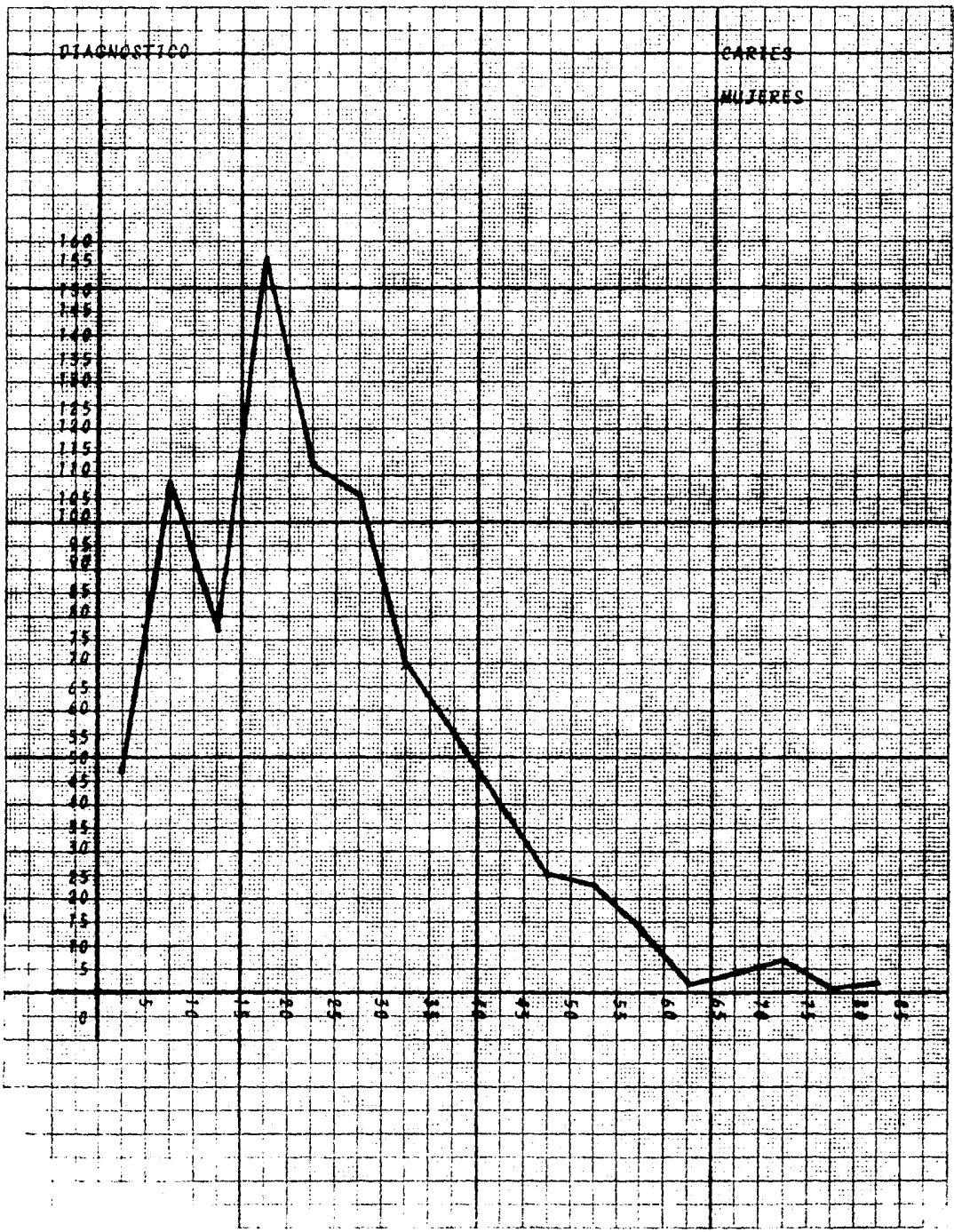
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0



DIAGNOSTICO

CARIES

MUJERES



AUSENCIA PARCIAL DE DIENTES.

En esta parte de diagnóstico encontramos a los pacientes que por diversas causas presentan pérdida de algunos de sus dientes.

La ausencia parcial de dientes ocupa el 39.07 % de las enfermedades diagnosticadas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 149 casos de hombres parcialmente desdentados, siendo la edad de mayor incidencia a los 26 años y con una \bar{X} = 31.86 años de edad.

Los hombres ocuparon el 27.28 % con relación a las mujeres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	2
6 - 10	8
11 - 15	17
16 - 20	27
21 - 25	21
26 - 30	17
31 - 35	9
36 - 40	6
41 - 45	6
46 - 50	4
51 - 55	6
56 - 60	9
61 - 65	7
66 - 70	3
71 - 75	4
76 - 80	2
81 - 85	1

MUJERES

Se encontraron 402 casos de mujeres con ausencia parcial de dientes, siendo la edad de mayor incidencia a los 39 años, y con una \bar{X} = 31 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 72.71 % en relación con los hombres.

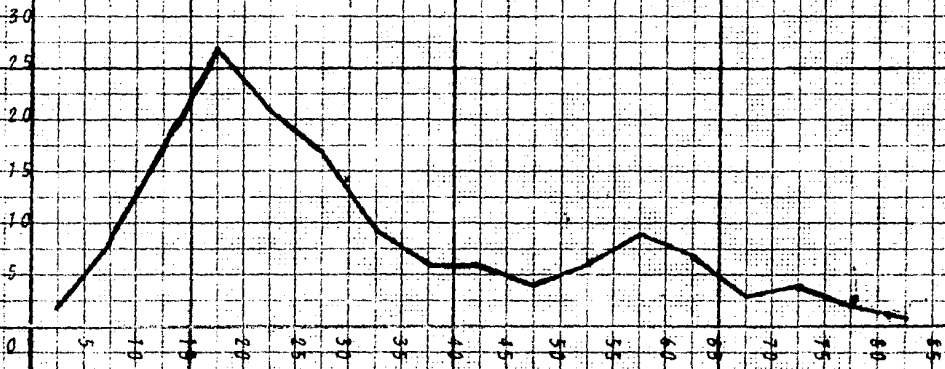
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	2
6 - 10	7
11 - 15	19

16	-	20	-----	55
21	-	25	-----	52
26	-	30	-----	69
31	-	35	-----	42
36	-	40	-----	44
41	-	45	-----	31
46	-	50	-----	22
51	-	55	-----	20
56	-	60	-----	15
61	-	65	-----	5
66	-	70	-----	8
71	-	75	-----	7
76	-	80	-----	2
81	-	85	-----	2

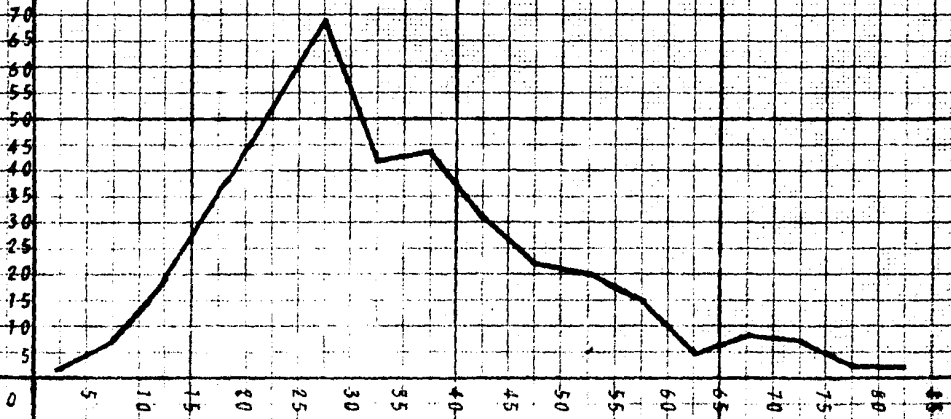
DIAGNOSTICO

DESQUENTADO PARCIAL

HOMBRES



MUJERES



PARODONTOPATIAS.

Las parodontopatias ocupan un nivel de gran importancia dentro de los diagnósticos reportados en clínica, ya que esta enfermedad causa la pérdida de más dientes que cualquier otra enfermedad bucal.

El índice de parodontopatias ocupa el 24.25 % como diagnóstico en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 118 casos de hombres con este diagnóstico, -- siendo más frecuente a los 27 años de edad, con una $\bar{X} = 28.86$ -- años de edad.

Los hombres ocuparon el 34.50 % con relación a las mujeres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
5 - 9	6
10 - 14	6
15 - 19	32
20 - 24	18
25 - 29	10
30 - 34	10
35 - 39	5
40 - 44	14
45 - 49	0
50 - 54	7
55 - 59	4
60 - 64	3
65 - 69	1
70 - 74	2

MUJERES

Se encontraron 224 casos de mujeres con este diagnóstico, -- siendo más frecuente a los 28 años de edad, con una $\bar{X} = 35.08$ -- años de edad.

Las mujeres ocuparon el 65.49 % con relación a los hombres.

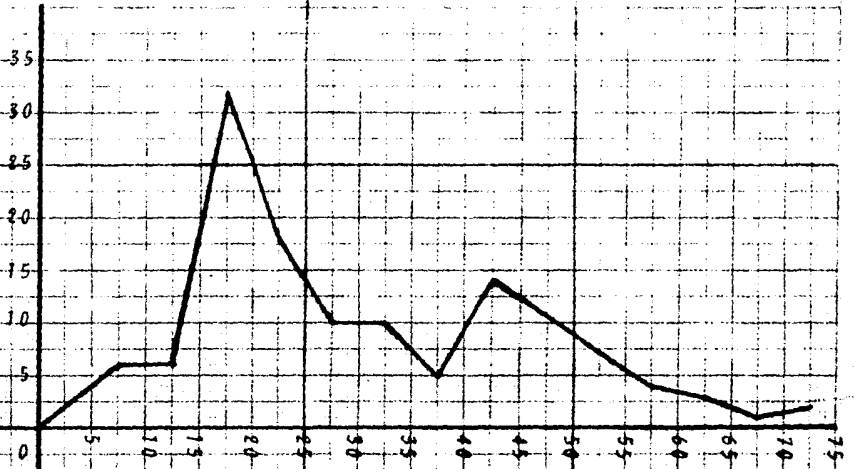
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
5 - 9	6
10 - 14	7
15 - 19	25

20	-	24	-----	29
25	-	29	-----	26
30	-	34	-----	26
35	-	39	-----	30
40	-	44	-----	19
45	-	49	-----	17
50	-	54	-----	11
55	-	59	-----	9
60	-	64	-----	4
65	-	69	-----	4
70	-	74	-----	6
75	-	79	-----	3
80	-	84	-----	2

DIAGNOSTICO

PARODONTOPATIAS

HOMBRES



MUJERES



MALPOSICION DENTARIA.

La malposición dentaria se debe a la falta de espacio, o bien a hábitos patológicos.

La malposición dentaria ocupó el 19.64 % de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 108 casos de hombres con esta afección, siendo la edad de mayor incidencia a los 7 años de edad y con una \bar{X} = 17 años de edad.

Los hombres ocuparon el 39 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	3
6 - 10	36
11 - 15	20
16 - 20	22
21 - 25	10
26 - 30	5
31 - 35	5
36 - 40	1
41 - 45	2
46 - 50	0
51 - 55	0
56 - 60	2
61 - 65	2

MUJERES

Se encontraron 169 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 8 años de edad, y con una \bar{X} = 23 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 61 % en este diagnóstico, con relación a los hombres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	5
6 - 10	43
11 - 15	14
16 - 20	31

21	-	25	-----	10
26	-	30	-----	17
31	-	35	-----	12
36	-	40	-----	14
41	-	45	-----	10
46	-	50	-----	4
51	-	55	-----	2
56	-	60	-----	3
61	-	65	-----	1
66	-	70	-----	1
71	-	75	-----	2

DIAGNOSTICO

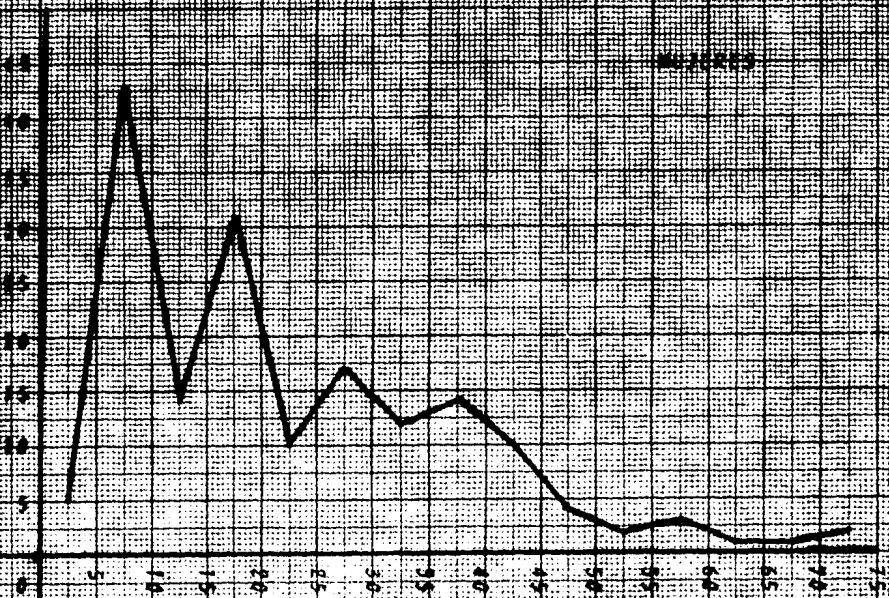
HALEPOSTICION

DENTARIA

HOMBRES



MUJERES



ENFERMEDAD PULPAR.

La enfermedad pulpar, como su nombre lo indica, es la enfermedad de la pulpa dentaria, y sus manifestaciones son diversas; - bien puede ser una pulpitis o bien llegar hasta la necrosis pulpar

Este diagnostico ocupa el 13.75 % de las enfermedades dentales presentadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 71 casos de hombres con este diagnostico, siendo 37 casos en adultos, la edad de mayor incidencia fué a los 15 años de edad y con una \bar{X} = 30.5 años de edad.

En niños se encontraron 34 casos, siendo la edad de mayor incidencia a los 7 años de edad, y con una \bar{X} = 8.36 años de edad.

Los hombres, tanto niños como adultos, presentaron el 36.59 % en relación con las mujeres.

INTERVALO DE EDADFRECUENCIA

1	-	5	-----	8
6	-	10	-----	22
11	-	15	-----	11
16	-	20	-----	5
21	-	25	-----	10
26	-	30	-----	5
31	-	35	-----	5
36	-	40	-----	0
41	-	45	-----	1
46	-	50	-----	1
51	-	55	-----	0
56	-	60	-----	0
61	-	65	-----	2
66	-	70	-----	0
71	-	75	-----	1

MUJERES

En mujeres adultas se encontraron 74 casos, siendo la edad de mayor incidencia a los 18 años, con una \bar{X} = 29.28 años de edad.

En niñas se encontraron 49 casos con este diagnostico, siendo la edad de mayor incidencia a los 6 años y con una \bar{X} = 7.28 años.

Las mujeres, tanto niñas como adultas, ocuparon el 63.40 % con relación a los hombres.

INTERVALO SE EDAD

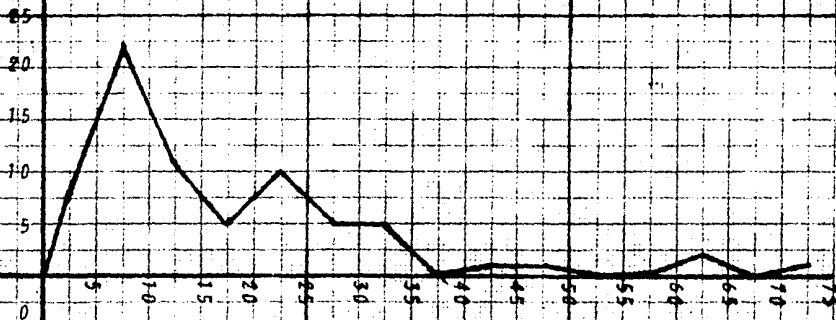
FRECUENCIA

1	-	5	-----	16
6	-	10	-----	24
11	-	15	-----	9
16	-	20	-----	21
21	-	25	-----	11
26	-	30	-----	16
31	-	35	-----	9
36	-	40	-----	8
41	-	45	-----	4
46	-	50	-----	2
51	-	55	-----	2
56	-	60	-----	0
61	-	65	-----	0
66	-	70	-----	0
71	-	75	-----	1

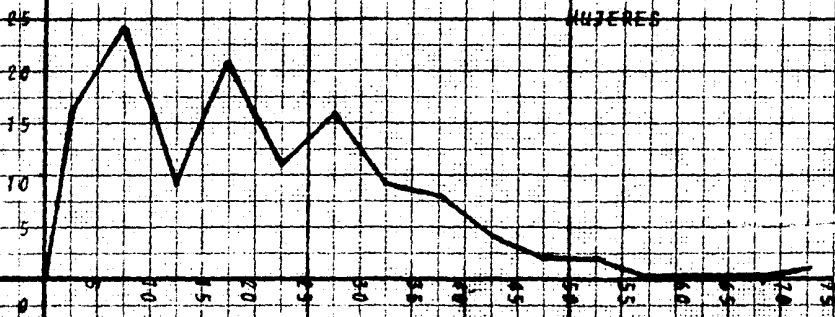
DIAGNOSTICO

ENFERMEDAD PULPAR

HOMBRES



MUJERES



DIENTES RETENIDOS.

En general los dientes retenidos que con mayor frecuencia observamos son los 3os. molares y los caninos, esto se debe a la falta de espacio para su erupción, esto generalmente se presenta debido a que como son casi los últimos en erupcionar, al quererlos hacer ya no encuentran lugar, porque la arcada es pequeña para el tamaño de los dientes, o bien porque se ha cerrado el espacio.

Los dientes retenidos ocuparon el 7.44 % de las enfermedades diagnosticadas en clínica.

HOMBRES

Los casos que se encontraron de hombres en este diagnóstico fueron 33, siendo la edad de mayor incidencia a los 18 años y con una \bar{X} = 19 años de edad.

Los hombres ocuparon el 31.42 % en este diagnóstico con relación a las mujeres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
5 - 9	1
10 - 14	4
15 - 19	17
20 - 24	6
25 - 29	3
30 - 34	1
35 - 39	1

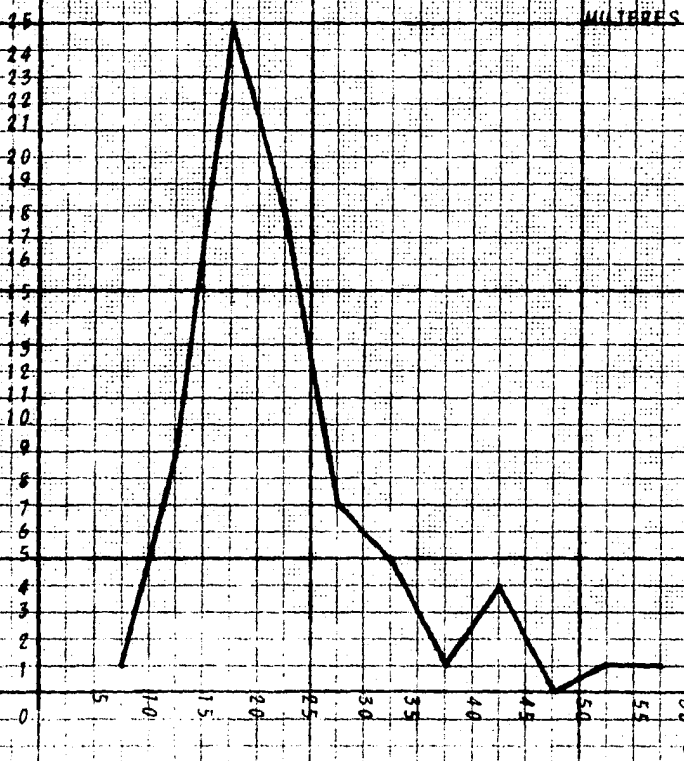
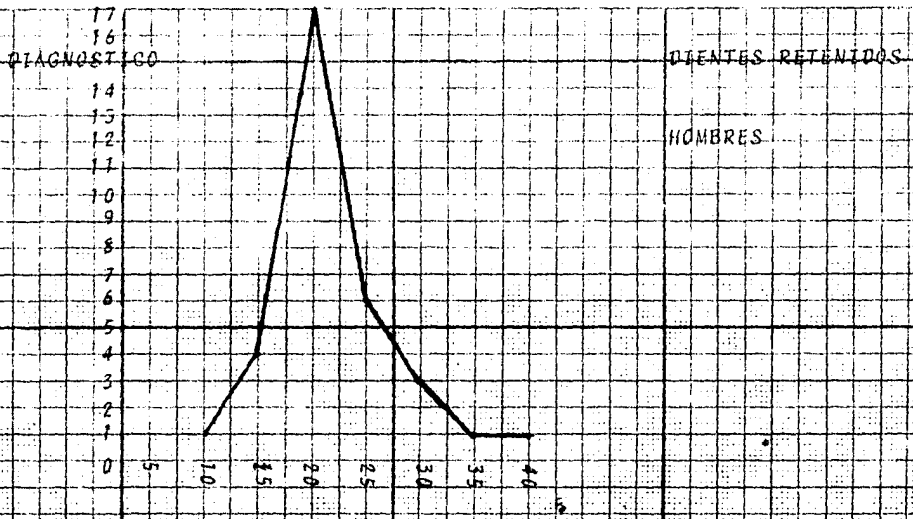
MUJERES

Se encontraron 72 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 18 años, y con una \bar{X} = 22.20 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 68.57 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
5 - 9	1
10 - 14	9
15 - 19	25
20 - 24	18
25 - 29	7
30 - 34	5
35 - 39	1

40	-	44	-----	4
45	-	49	-----	0
50	-	54	-----	1
55	-	59	-----	1



DIASTEMAS.

Los diastemas ocuparon el 5.31 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 27 casos de hambres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 7 años y con una \bar{X} = 9 años de edad.

Los hambres ocuparon el 36 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5 -----	6
6 - 10 -----	16
11 - 15 -----	2
16 - 20 -----	0
21 - 25 -----	3

MUJERES

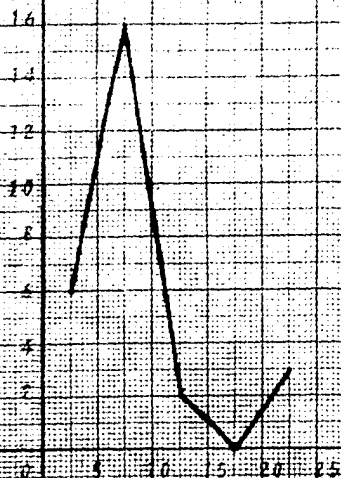
Se encontraron 48 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 6 años, y con una \bar{X} = 14 años

Las mujeres ocuparon el 64 % en este diagnóstico.

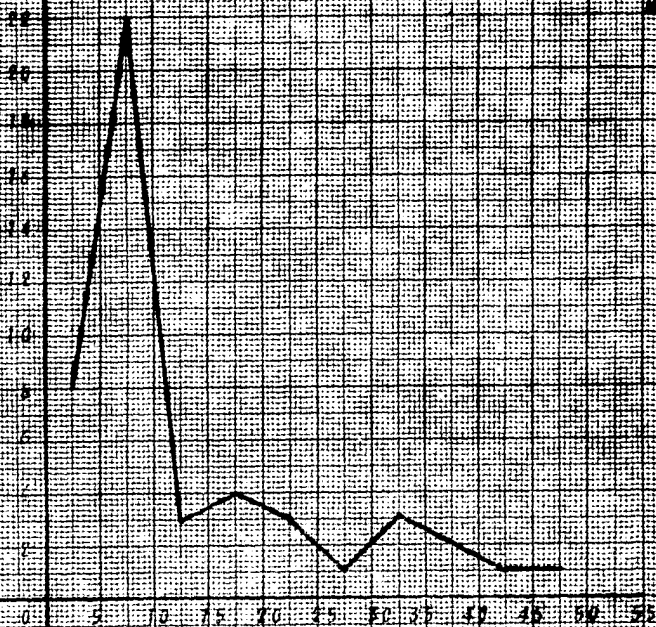
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5 -----	8
6 - 10 -----	22
11 - 15 -----	3
16 - 20 -----	4
21 - 25 -----	3
26 - 30 -----	1
31 - 35 -----	3
36 - 40 -----	2
41 - 45 -----	1
46 - 50 -----	1

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO



HOMBRES



MUJERES

ALTERACION EN LA A.T.M.

Este tipo de alteraciones ocupa el 4.25% de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 14 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 33.85 años y con una $\bar{X} = 43.78$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 23.33 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 20	4
21 - 30	3
31 - 40	3
41 - 50	1
51 - 60	1
61 - 70	1
71 - 80	1

MUJERES

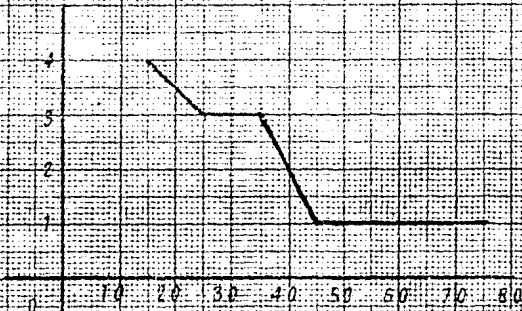
Se encontraron 46 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 27.5 años y con una $\bar{X} = 32$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 76.66 % en este diagnóstico.

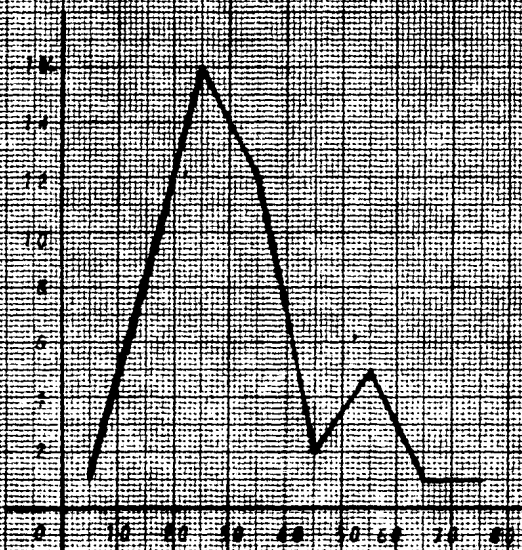
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 10	1
11 - 20	8
21 - 30	16
31 - 40	12
41 - 50	2
51 - 60	5
61 - 70	1
71 - 80	1

DIAGNOSTICO

ALTERACION EN A.T.M.



HOMBRES



MUJERES

PLACA DENTOBACTERIANA.

La placa dentobacteriana como diagnóstico ocupó el 4.25 % de las alteraciones diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 15 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 18 años y con una $\bar{X} = 20$ años

Los hombres ocuparon el 25 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	1
6 - 10	2
11 - 15	0
16 - 20	5
21 - 25	3
26 - 30	3
31 - 35	0
36 - 40	0
41 - 45	1

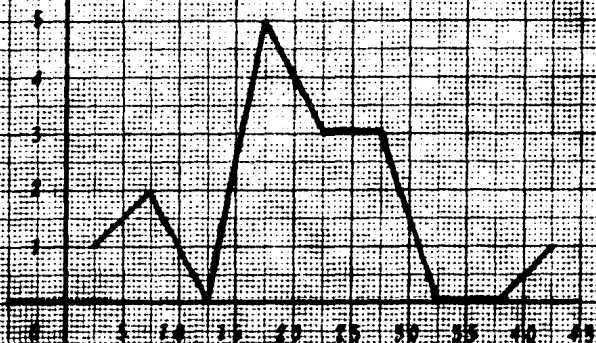
MUJERES

Se encontraron 45 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 22.5 años y con una $\bar{X} = 23.3$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 75 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	6
6 - 10	7
11 - 15	3
16 - 20	5
21 - 25	5
26 - 30	6
31 - 35	3
36 - 40	2
41 - 45	3
46 - 50	3
51 - 55	0
56 - 60	2

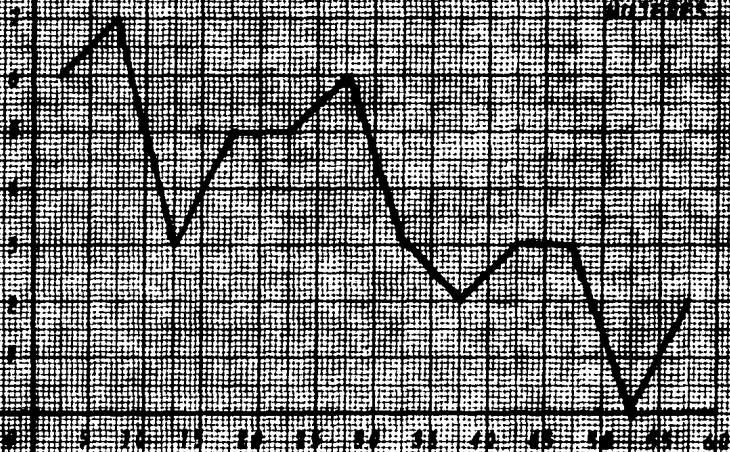
DIAGNOSTICO



PEACA

DENTODATTERIANA

HOMBRES



HOMBRES

ANODONCIA.

Como su nombre lo indica, es la falta total de todos los órganos dentales, por lo común este tipo de afecciones los encontramos en personas de edad avanzada, en personas que han presentado una mala higiene bucal; aunque su etiología es variada.

La anodoncia total ocupa el 3.75 % de las enfermedades presentes en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 10 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 55.5 años y con una $\bar{X} = 63$ años

Los hombres ocuparon el 18.86 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
45 - 49 -----	1
50 - 54 -----	2
55 - 59 -----	1
60 - 64 -----	2
65 - 69 -----	1
70 - 74 -----	1
75 - 79 -----	1
80 - 84 -----	1

MUJERES

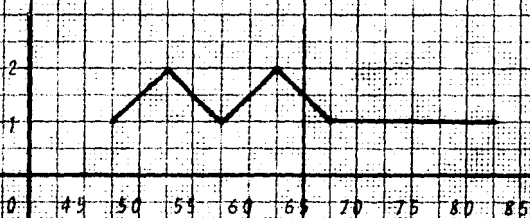
Se encontraron 43 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 60 años y con una $\bar{X} = 59$ años

Las mujeres ocuparon el 81.13 % en este diagnóstico.

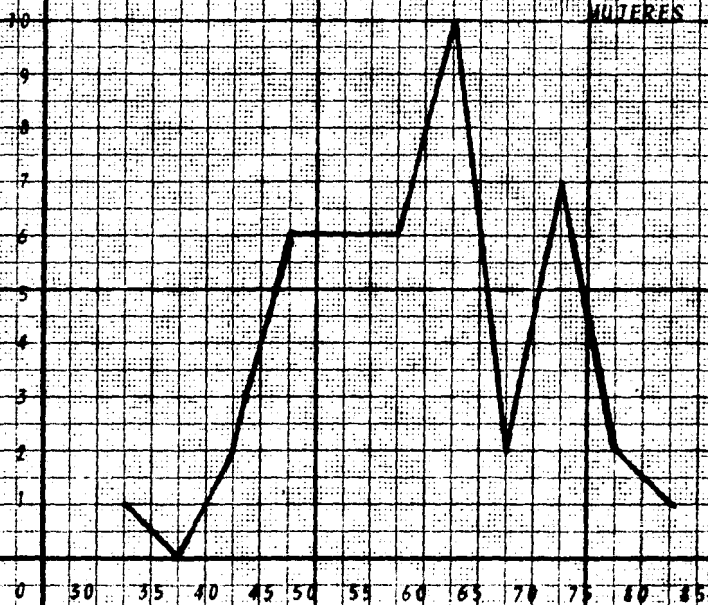
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
30 - 34 -----	1
35 - 39 -----	0
40 - 44 -----	2
45 - 49 -----	6
50 - 54 -----	6
55 - 59 -----	6
60 - 64 -----	10
65 - 69 -----	2
70 - 74 -----	7
75 - 79 -----	2
80 - 84 -----	1

DIAGNOSTICO

ANODONCIA TOTAL



HOMBRES



MUJERES

RETRACCIÓN GINGIVAL.

La retracción gingival es causada por diversas etiologías, como bien pudiera ser los cambios hormonales durante la pubertad, el embarazo, o bien simplemente el aseo bucal, o la ingestión de algunos medicamentos, es más común encontrarla en personas de edad avanzada.

Ocupa el 3.04 % de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 17 casos de hombres con este diagnóstico, siendo más frecuente a la edad de 26 años, y con una $X = 30.35$ años de edad.

Ocupando los hombres el 40 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	1
16 - 20 -----	5
21 - 25 -----	3
26 - 30 -----	2
31 - 35 -----	0
36 - 40 -----	0
41 - 45 -----	3
46 - 50 -----	1
51 - 55 -----	1
56 - 60 -----	1

MUJERES

Se encontraron 26 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 41 años de edad, con una $X = 37.42$ años de edad.

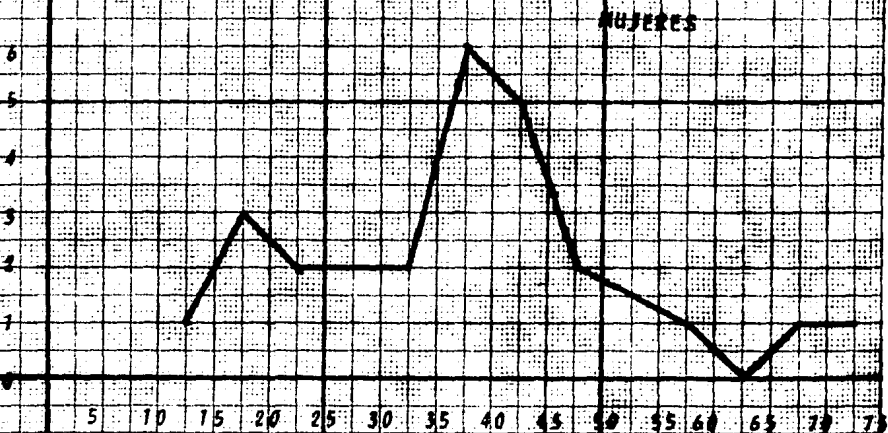
Las mujeres ocuparon el 60 % en este diagnóstico, con relación a los hombres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	1
16 - 20 -----	3
21 - 25 -----	2
26 - 30 -----	2
31 - 35 -----	2

36	-	40	-----	6
41	-	45	-----	5
46	-	50	-----	2
51	-	55	-----	0
56	-	60	-----	1
61	-	65	-----	0
66	-	70	-----	1
71	-	75	-----	1

DIAGNOSTICO

RETRACCION
GINGIVAL



MOVILIDAD DENTAL.

La movilidad dental se presenta en 1o., 2o. y 3er. grado, y su etiología es variable, bien pudiera ser por problemas parodontales, por fractura, o bien un traumatismo.

La movilidad dental ocupó el 3.04 % de las enfermedades presentes en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 12 casos de hombres con esta afección, siendo la edad de mayor incidencia a los 60 años de edad, y con una \bar{X} = 50 años de edad.

Los hombres ocuparon el 27.27 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
14 - 18	1
19 - 23	0
24 - 28	0
29 - 33	0
34 - 38	1
39 - 43	1
44 - 48	1
49 - 53	4
54 - 58	1
59 - 63	0
64 - 68	3

MUJERES

Se encontraron 31 casos de mujeres con este diagnóstico, -- siendo la edad de mayor incidencia a los 42 años y una \bar{X} = 48 años

Las mujeres ocuparon el 72.72 % en este diagnóstico con relación a los hombres.

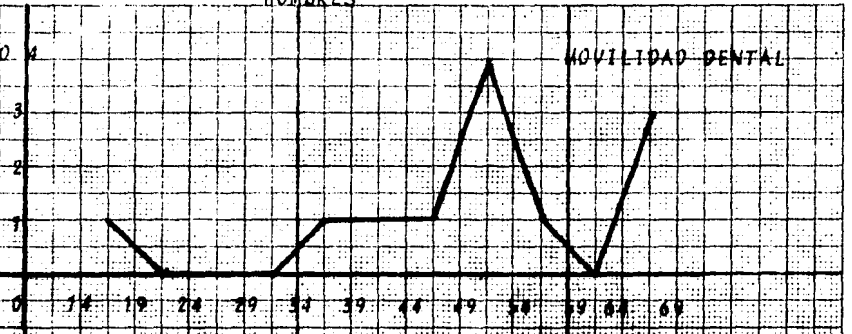
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA.
14 - 18	3
19 - 23	0
24 - 28	2
29 - 33	1
34 - 38	4
39 - 43	2
44 - 48	4
49 - 53	4
54 - 58	3

59	-	63	-----	1
64	-	68	-----	1
69	-	73	-----	3
74	-	78	-----	2
79	-	83	-----	1

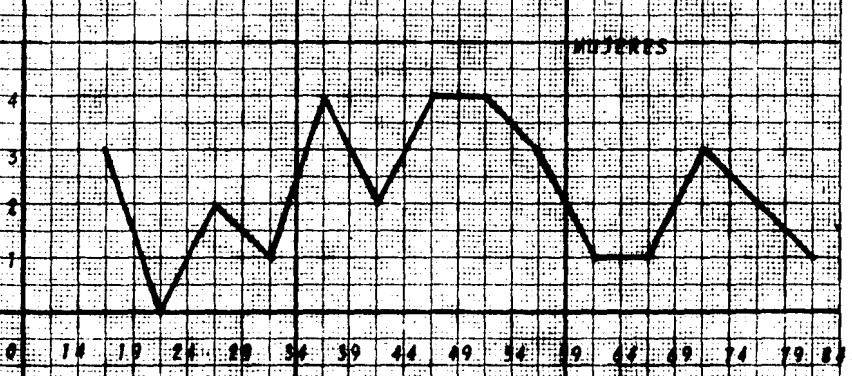
HOMBRES

DIAGNOSTICO

MOVILIDAD DENTAL



MUJERES



REINCIDENCIA DE CARIES.

Este diagnóstico ocupó el 2.9 % de los observados en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 10 casos de hombres con este tipo de alteración siendo más frecuente a los 29 años de edad, con una \bar{X} = 37.2 años de edad,

Los hombres ocuparon el 23.8 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
9 -----	1
17 -----	2
18 -----	1
41 -----	2
51 -----	1
53 -----	1
57 -----	1
63 -----	1

MUJERES

Se encontraron 32 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad más frecuente a los 21 años de edad, con una \bar{X} = 36.6 años de edad,.

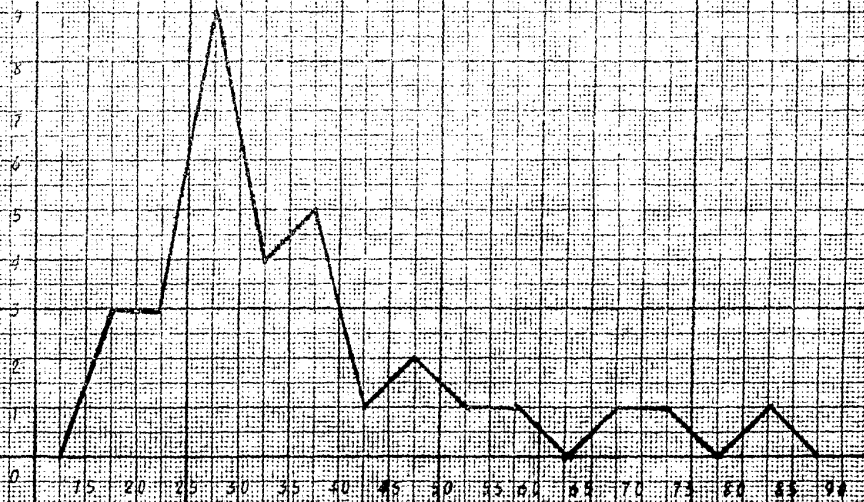
Las mujeres ocuparon el 76.1 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
16 - 20 -----	3
21 - 25 -----	3
26 - 30 -----	9
31 - 35 -----	4
36 - 40 -----	5
41 - 45 -----	1
46 - 50 -----	2
51 - 55 -----	1
56 - 60 -----	1
61 - 65 -----	0
66 - 70 -----	1
71 - 75 -----	1
76 - 80 -----	0
81 - 85 -----	1

DIAGNOSTICO

REINTEGRACION
DE CARCEL

MUJERES



APERTOGNACIA.

La apertognacia o mordida abierta ocupa el 2.26 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 13 casos de hombres con este diagnóstico, todos ellos niños, siendo la edad de mayor incidencia a los 8 años, y con una \bar{X} = 8 años de edad.

Los hombres ocuparon el 40 % en este diagnóstico, con respecto a las mujeres.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
6	2
7	3
8	4
9	1
10	2
11	1

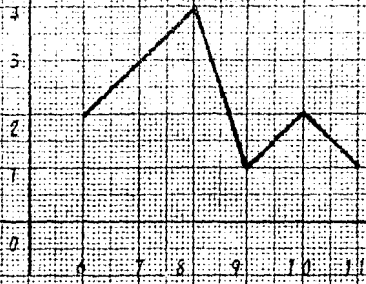
MUJERES

Se encontraron 19 casos de mujeres con esta alteración, siendo la edad de mayor incidencia a los 8 años y con una \bar{X} = 12 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 60 % en este diagnóstico.

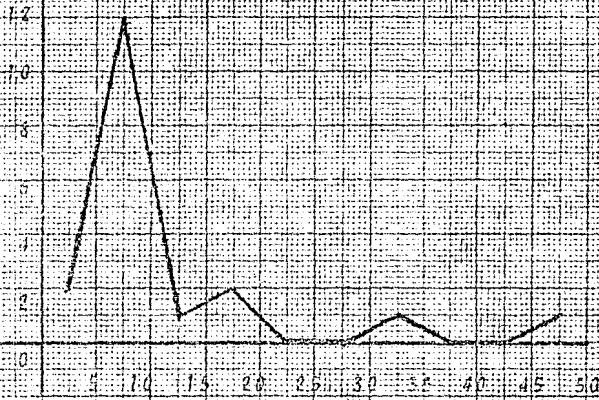
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 5	2
6 - 10	12
11 - 15	1
16 - 20	2
21 - 25	0
26 - 30	0
31 - 35	1
36 - 40	0
41 - 45	0
46 - 50	1

DIAGNOSTICO



APERTOGNACIA

HOMBRES



MUTURS

MORDIAD CRUZADA.

La mordiad cruzada ocupó el 1.56 % de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 8 casos de niños con esta alteración, siendo la edad de mayor incidencia a los 7 años y con una $\bar{X} = 7.5$ años.

Los hombres ocuparon el 36.36 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
4	1
5	0
6	0
7	4
8	1
9	1
10	0
11	1

MUJERES

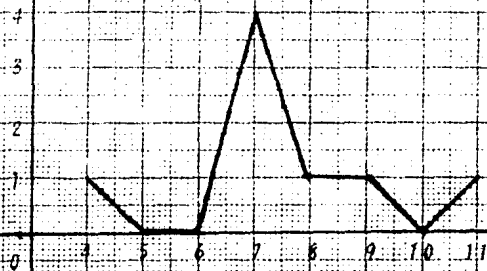
Se encontraron 14 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 8 años, y con una $\bar{X} = 17$ años

Las mujeres ocuparon el 63.63 % en este diagnóstico.

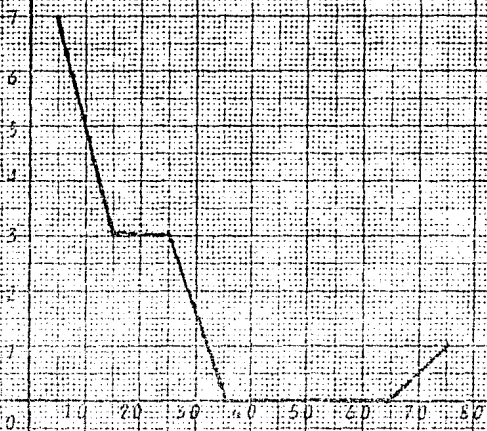
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 10	7
11 - 20	3
21 - 30	3
31 - 40	0
41 - 50	0
51 - 60	0
61 - 70	0
71 - 80	1

DIAGNOSTICO

MORDIDA CRUZADA



HOMBRES



MUJERES

ABSCESOS.

Los abscesos ocuparon el 1.43 % de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 5 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 30 años y con una $\bar{X} = 31.5$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 26.31 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 20 -----	2
21 - 30 -----	0
31 - 40 -----	2
41 - 50 -----	0
51 - 60 -----	1

MUJERES

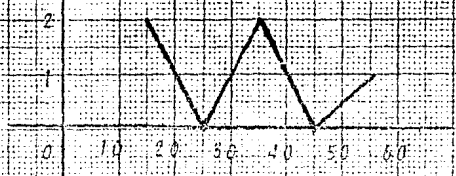
Se encontraron 14 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 23 años, con una $\bar{X} = 25.5$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 73.57 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
1 - 10 -----	4
11 - 20 -----	3
21 - 30 -----	2
31 - 40 -----	3
41 - 50 -----	1
51 - 60 -----	0
61 - 70 -----	0
71 - 80 -----	0
81 - 90 -----	1

DIAGNOSTICO

ABSCESSOS



HOMERES



MULHERES

MALOCCLUSION.

En este diagnóstico la maloclusión ocupó el 1.20 % de las enfermedades encontradas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 5 casos de hombres con esta alteración, siendo la \bar{X} = 50.4 años de edad.

Los hombres ocuparon el 29.41 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
23 -----	1
46 -----	1
50 -----	1
66 -----	1
67 -----	1

MUJERES

Se encontraron 12 casos de mujeres con esta alteración, siendo la moda de 33 años de edad y la \bar{X} = 18 años de edad.

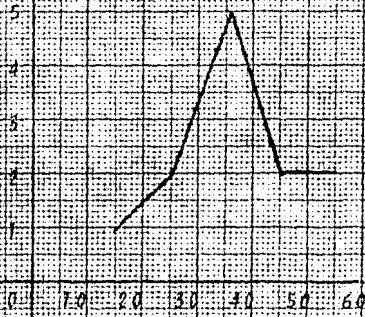
Las mujeres ocuparon el 70.58 % en este diagnóstico,

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
10 - 19 -----	1
20 - 29 -----	2
30 - 39 -----	5
40 - 49 -----	2
50 - 59 -----	2

DIAGNÓSTICO

MALOCLUSIÓN

MUJERES



FRACTURA DENTAL.

Las fracturas dentales ocuparon el 0.99 % como diagnósticos encontrados en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 7 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 25 años, y con una \bar{X} = 25.28 años de edad.

Los hombres ocuparon el 50 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
3 -----	1
15 -----	1
16 -----	1
23 -----	1
24 -----	1
30 -----	1
66 -----	1

MUJERES

Se encontraron 7 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 30 años de edad y con una \bar{X} = 30.28 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 50 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
14 -----	1
18 -----	1
19 -----	1
21 -----	1
39 -----	1
46 -----	1
55 -----	1

PERDIDA PREMATURA.

La pérdida prematura de la primera dentición ocupó el 0.99 % de las alteraciones encontradas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 8 casos de hombres con esta afección, siendo la edad de mayor incidencia a los 8 años, y con una \bar{X} = 7.66 años

Los hombres ocuparon el 57.14 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	1
5 -----	1
6 -----	1
8 -----	3
10 -----	1
13 -----	1

MUJERES

Se encontraron 6 casos de mujeres con esta afección, siendo la edad de mayor incidencia a los 18 años, y con una \bar{X} = 8.8 años de edad,

Las mujeres ocuparon el 42.85 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	1
6 -----	1
7 -----	1
9 -----	1
18 -----	2

HIPOPLASIAS DEL ESMALTE.

En este diagnóstico las hipoplasias ocuparon el 0.85 % de las enfermedades encontradas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 8 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 4 años de edad, y con una \bar{X} = 11 años de edad.

Los hombres ocuparon el 61.53 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	2
6 -----	1
9 -----	1
11 -----	1
15 -----	1
20 -----	1
26 -----	1

MUJERES

Se encontraron 4 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la moda de 10 años de edad y la \bar{X} = 18 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 38.46 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
8 -----	1
10 -----	2
16 -----	1
39 -----	1

SOBREMORDIDA HORIZONTAL.

En este diagnóstico ocupó el 0.70 % de las enfermedades diagnosticadas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 3 hombres con este padecimiento, siendo la \bar{X} = 10 años de edad, y ocupando el 30 % en este diagnóstico,

EDAD	FRECUENCIA
3 -----	1
11 -----	1
16 -----	1

MUJERES

Se encontraron 7 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 8 años, y con una \bar{X} = 7.42 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 70 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
3 -----	1
5 -----	1
6 -----	1
8 -----	2
10 -----	1
20 -----	1

BRUXISMO.

El bruxismo ocupó el 0.63 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 3 casos de hombres con esta alteración, presentando una \bar{X} = 19.33 años de edad.

Los hombres ocuparon el 37.5 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
14 -----	1
18 -----	1
26 -----	1

MUJERES

Se encontraron 5 casos de mujeres con esta alteración, presentando una \bar{X} = 44.8 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 62.5 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
26 -----	1
33 -----	1
36 -----	1
60 -----	1
69 -----	1

RETENCION PROLONGADA.

Este diagnóstico ocupó el 0.63 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 6 casos de hombres con esta alteración, presentando una moda de 8.5 años de edad, y una \bar{X} = 9 años de edad.

Los hombres ocuparon el 66.66 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
5 -----	1
7 -----	1
8 -----	1
10 -----	1
11 -----	1
13 -----	1

MUJERES

Se encontraron 3 casos de mujeres con esta alteración, siendo la edad de mayor incidencia a los 7 años, y con una \bar{X} = 5.5 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 33.33 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	1
7 -----	2

ABRASION.

Esta alteración ocupó el 0.49 % de las afecciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 2 casos de hombres con esta alteración, presentando una \bar{X} = 20.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 28.57 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
18 -----	1
23 -----	1

MUJERES

Se encontraron 5 casos de mujeres con este diagnóstico, presentando una moda de 39 años de edad y con una \bar{X} = 39.2 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 71.42 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
20 -----	1
24 -----	1
40 -----	1
44 -----	1
68 -----	1

RESEORCIÓN OSEA.

La reseorción osea ocupa el 0.49 % de las enfermedades diagnósticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un solo caso en este diagnóstico, con una edad de 42 años.

Este caso ocupó el 14.28 % en relación con las mujeres.

MUJERES

Se encontraron 6 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 32 años, y con una \bar{X} = 34.5 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 85.7 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDADFRECUENCIA

20	-	29	-----	3
30	-	39	-----	2
40	-	49	-----	0
50	-	59	-----	0
60	-	69	-----	1

HABITOS PATOLOGICOS.

Este tipo de alteraciones ocuparon el 0.42 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 2 casos de hombres con esta alteración, y con una \bar{X} = 6.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 33.33 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
6 -----	1
7 -----	1

MUJERES

Se encontraron 4 casos de mujeres con este diagnóstico, presentando una \bar{X} = 13 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 66.66 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	1
5 -----	1
11 -----	1
32 -----	1

DENTINOGENESIS IMPERFERCTA.

Ocupó el 0.28 % dentro de las enfermedades encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró 2 hombres con esta alteración, presentando una \bar{X} = 12 años de edad.

Los hombres ocuparon el 50 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	1
20 -----	1

MUJERES

Se encontraron 2 casos de mujeres con esta alteración, presentando una $\bar{X} = 7.5$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 50 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
5 -----	1
10 -----	1

FRENILLO LABIAL CORTO.

El frenillo labial corto ocupó el 0.28 % de las enfermedades diagnosticadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 3 casos de hombres con esta alteración, presentando una $\bar{X} = 10.33$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 75 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
8 -----	1
10 -----	1
13 -----	1

MUJERES.

Se encontró un sólo caso de mujer con esta alteración, siendo de 27 años de edad, y ocupando el 25 % en este diagnóstico.

SUPERNUMERARIOS.

Los dientes supernumerarios, incluyen tambien a los mesiodents, solo que estos [los mesiodent] se encuentran en la línea media del paladar, y los supernumerarios tienen otros lugares para situarse que no sea la línea media.

Los dientes supernumerarios ocuparon el 0.28 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un sólo caso de hombre con esta alteración, siendo de 11 años de edad.

Los hombres ocuparon el 25 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

MUJERES

Se encontraron 3 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la edad de mayor incidencia a los 16.5 años de edad, y presentando una \bar{X} = 16 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 75 % en este diagnóstico con respecto a los hombres.

EDAD	FRECUENCIA
9 -----	1
17 -----	1
22 -----	1

POLIPOS PULPARES.

Este diagnóstico ocupó el 0.21 % de las enfermedades encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un solo caso con este diagnóstico, siendo encontrado en un hombre de 18 años de edad.

Este caso ocupó el 33.33 % en este diagnóstico.

MUJERES

Se encontraron 2 casos de mujeres con este diagnóstico, siendo la moda de 29 años de edad y con una \bar{X} = 29 años.

Las mujeres ocuparon el 66.66 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
20 -----	1
38 -----	1

PIGMENTACION.

Este diagnóstico ocupó el 0.21 % de las enfermedades encontradas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 2 casos de hombres con este diagnóstico, siendo la moda de 28.5 años y la \bar{X} = 28.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 66.66 % en este diagnóstico,

EDAD	FRECUENCIA
28 -----	1
29 -----	1

MUJERES

Se encontró un solo caso de mujer con este diagnóstico, siendo de 21 años de edad, y ocupando el 33.33 % en este diagnóstico.

EXTRUSION.

Este diagnóstico ocupó el 0.21 % de las enfermedades encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 3 casos de hombres con este diagnóstico, presentando una \bar{X} = 50 años de edad.

Los hombres ocuparon el 100 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
18 -----	1
62 -----	1
70 -----	1

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujer con esta alteración.

MALFORMACION DENTAL.

Este diagnóstico ocupó el 0.21 % de las enfermedades encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 3 casos de hombres con este diagnóstico, presentando una \bar{X} = 18.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 100 % en este diagnóstico, y presentaron una moda de 22 años de edad.

EDAD	FRECUENCIA
15 -----	1
22 -----	2

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujeres con esta alteración.

MESIODENTS.

Este diagnóstico ocupó el 0.21 % de las enfermedades reportadas en clínica.

HOMBRES

Se encontraron 3 casos de hombres con este diagnóstico, presentando una \bar{X} = 20.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 75 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
8 -----	1
9 -----	1
11 -----	1

MUJERES

Se encontró un sólo caso de mujer con esta alteración, siendo de 10 años de edad, y ocupando un 25 % en este diagnóstico.

XEROSTOMIA.

Este diagnóstico ocupó el 0.14 % de las enfermedades encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un sólo caso de hombre con este diagnóstico, siendo de 22 años de edad, y ocupando el 50 % en este diagnóstico.

MUJERES

Se encontró un sólo caso con este diagnóstico siendo de 15 años de edad, y ocupando el 50 % en este diagnóstico.

FRENILLO LABIAL LARGO.

El frenillo labial largo ocupó el 0.14 % de las alteraciones encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un sólo caso con esta alteración, siendo de 8 años de edad, y ocupando el 50 % en relación con las mujeres.

MUJERES

Se encontró un sólo caso con esta alteración, siendo de 44 años de edad, y ocupando el 50 % en relación con los hombres.

PERSISTENCIA DE TEMPORALES.

Este tipo de alteración ocupó el 0.14 % de las encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 2 casos de hombres con este tipo de alteración, presentando una \bar{X} = 16.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 100 % en este diagnóstico.

EDAD	FRECUENCIA
16 -----	1
17 -----	1

MUJERES

No se encontró ningún caso de mujer con este tipo de alteración.

ALVEOLITIS.

La alveolitis ocupó el 0.07 % de los diagnósticos encontrados en la clínica.

HOMBRES

No se encontró ningún caso de hombre con este tipo de alteración.

MUJERES

Se encontró sólo un caso de mujer con este tipo de alteración siendo de 22 años de edad, y ocupando el 100 % en este diagnóstico con respecto a los hombres.

DIENTES ECTÓPICOS.

Los dientes ectópicos ocuparon el 0.07 % de los diagnósticos encontrados en la clínica.

HOMBRES

No se encontró ningún caso de hombre con este tipo de alteración.

MUJERES

Se encontró un sólo caso de mujer con este tipo de alteración siendo de 27 años de edad, y ocupando el 100 % en este diagnóstico con respecto a los hombres.

MACROGLOSIA.

La macroglosia ocupó el 0.07 % de los diagnósticos encontrados en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un sólo caso de hombre con este tipo de alteración siendo de 58 años de edad, y ocupando el 100 % en este diagnóstico.

MUJERES

No se encontró ningún caso de mujer con este tipo de alteración.

QUISTES.

Los quistes ocuparon el 0.07 % de los diagnósticos encontrados en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un sólo caso de hombre con este tipo de alteración siendo de 15 años de edad, y ocupando el 100% en este diagnóstico

MUJERES

No se encontró ningún caso de mujer con este tipo de alteración.

SECUESTROS OSEOS.

Los secuestros oseos ocuparon el 0.07 % de las diagnósticos encontrados en la clínica.

HOMBRES

Se encontró un sólo caso de hombre con este tipo de alteración siendo de 13 años de edad, y ocupando el 100 % en este diagnóstico.

MUJERES

No se encontró ningún caso de mujer con este tipo de alteración.

CAPITULO III

ANALISIS DE ETIOLOGIAS Y FRECUENCIAS

DE ENFERMEDADES REPORTADAS EN LA

CLINICA DE CUAUTEPEC

MALA TECNICA DE CEPILLADO.

"Con el transcurso del tiempo, distintos autores han propuesto un número considerable de técnicas de cepillado, sosteniendo que cada una es la mejor de todas ellas. La literatura odontológica no confirma estas afirmaciones. En cambio, aunque existen pocos estudios bien controlados al respecto, el consenso es que no hay diferencias marcadas entre las distintas técnicas en relación con la remoción de placa. Es importante recordar que con la excepción de las técnicas que por su vigor traumatizan los tejidos [las cuales deben ser descartadas], la escrupulosidad es lo que cuenta y que cualquiera de los métodos corrientes, siempre que se les practique minuciosamente, dará los resultados esperados". [10]

Al observar a los pacientes que acuden a la clínica, podemos constatar que la mayoría de ellos presentan una deficiente, o inadecuada técnica de cepillado.

La mala técnica de cepillado ocupó el 76.8 % de las etiologías encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 388 casos de pacientes masculinos cuya etiología fue mala técnica de cepillado, siendo la edad de mayor incidencia a los 19 años de edad, y con una \bar{X} = 26.71 años de edad.

Los hombres ocuparon el 35.7 % dentro de las etiologías.

INTERVALO DE EDAD

FRECUENCIA

2	-	6	-----	27
7	-	11	-----	60
12	-	16	-----	64
17	-	21	-----	72
22	-	26	-----	57
27	-	31	-----	26
32	-	36	-----	17
37	-	41	-----	14
42	-	46	-----	11
47	-	51	-----	8
52	-	56	-----	12
57	-	61	-----	5
62	-	66	-----	7
67	-	71	-----	5
72	-	76	-----	1
77	-	81	-----	1
82	-	86	-----	1

MUJERES

Se encontraron 696 casos de pacientes femeninas en esta etiología, siendo mas frecuente a los 24 años de edad, con una \bar{X} = 27.4 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 64.2 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
3 - 7	35
8 - 12	60
13 - 17	109
18 - 22	101
23 - 27	96
28 - 32	81
33 - 37	53
38 - 42	53
43 - 47	35
48 - 52	22
53 - 57	22
58 - 62	12
63 - 67	3
68 - 72	4
73 - 77	6
78 - 82	3
83 - 87	1

ETIOLOGIA

MANA TECNICA

DE COTILLADO

HOMBRES



ETIOLOGIA

SIALA TECNICA
DE REPETIDO

MUJERES.



MALA HIGIENE.

En el actual estudio se observa que una de las principales etiologías dentro de la población que acudió a la clínica Cuautepec fue mala higiene; considerando esta etiología de manera amplia, como la falta de aseo bucal, teniendo esto, un trasfondo cultural y educativo, y por lo tanto, trae como consecuencia una amplia gama de patologías bucales como la caries, parodontopatías, y muchas más.

La mala higiene ocupa el 69 % de las etiologías encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 327 casos de pacientes del sexo masculino cuya etiología fue la mala higiene, observándose la mayor frecuencia a los 22.5 años de edad, y presentando una \bar{X} = 22.3 años de edad.

Los hombres ocuparon el 33.5 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDADFRECUENCIA

2 - 6	-----	51
7 - 11	-----	59
12 - 16	-----	57
17 - 21	-----	44
22 - 26	-----	38
27 - 31	-----	21
32 - 36	-----	11
37 - 41	-----	12
42 - 46	-----	9
47 - 51	-----	6
52 - 56	-----	9
57 - 61	-----	6
62 - 66	-----	8
67 - 71	-----	5
72 - 76	-----	2
77 - 81	-----	2
82 - 86	-----	1

MUJERES

Se encontraron 647 pacientes del sexo femenino con esta etiología, observándose la mayor incidencia a los 29 años de edad, y con una \bar{X} = 25.8 años de edad.

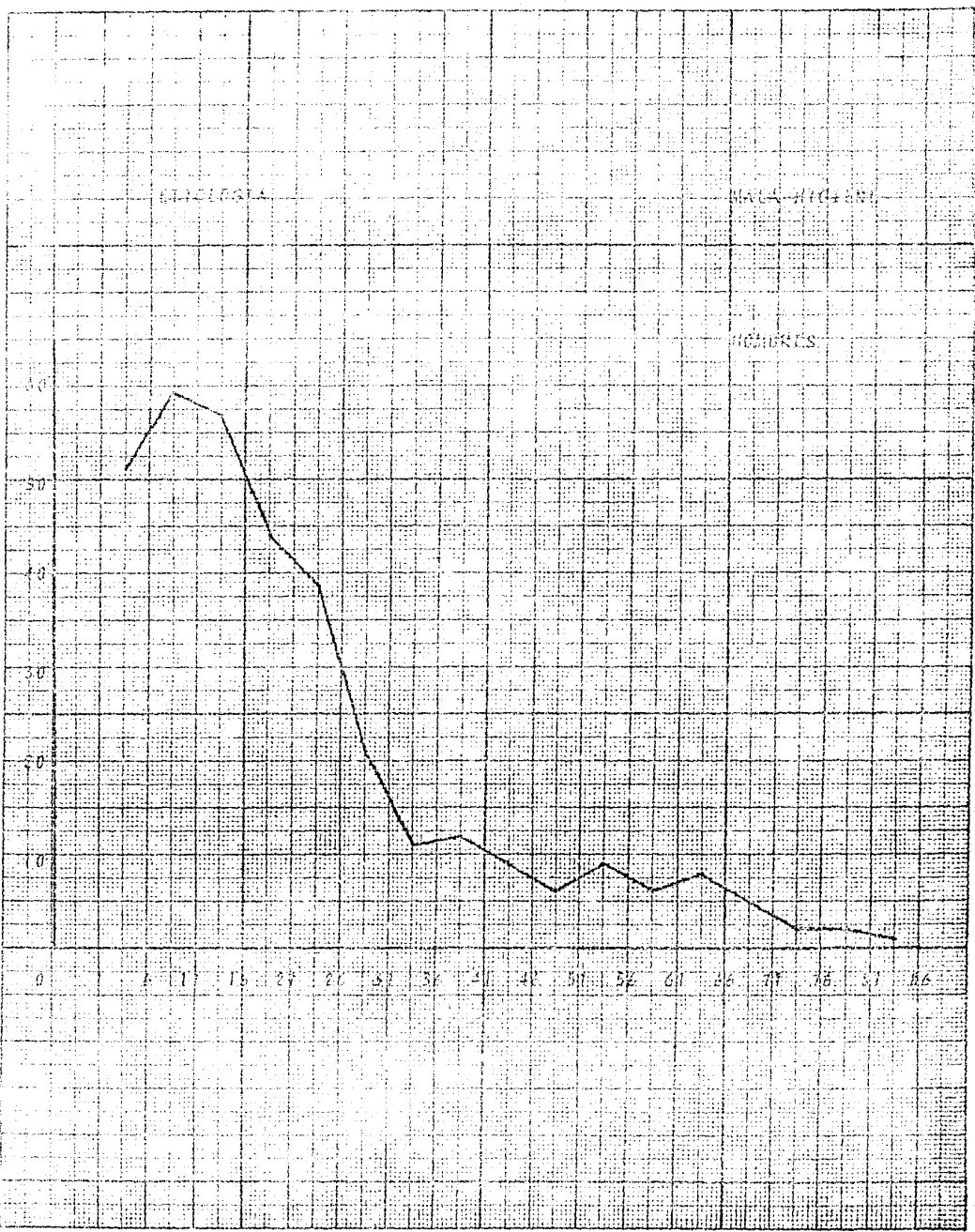
Las mujeres ocuparon el 66.7 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD		FRECUENCIA
3	- 7	85
8	- 12	63
13	- 17	71
18	- 22	103
23	- 27	67
28	- 32	68
33	- 37	45
38	- 42	39
43	- 47	34
48	- 52	18
53	- 57	21
58	- 62	12
63	- 67	3
68	- 72	6
73	- 77	9
78	- 82	2
83	- 87	1

ETIOLOGIA

MACRO-EPIDEMIOLOGIA

INDICATORI



ETIOLOGIA

WALA MARTEN

MUJERES



PLACA DENTOBACTERIANA.

"La placa dentaria es un depósito blando, amorfo granular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios.

Se adhiere firmemente a la superficie subyacente, de la cual se desprende solo mediante la limpieza mecánica". [7]

Tiene participación activa etiológica en el proceso de la caries, por su población bacteriana actúa como agente irritativo motivante de la enfermedad parodontal.

Ocupó el 57.4 % , siendo una de las principales etiologías en contradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 293 pacientes del sexo masculino, cuya etiología fue la presencia de placa dentobacteriana, observándose la mayor frecuencia a los 16.5 años de edad, y con una \bar{X} = 21.65 años de edad.

Los hombres ocuparon el 36.1 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD

FRECUENCIA

2	-	6	-----	46
7	-	11	-----	56
12	-	16	-----	38
17	-	21	-----	37
22	-	26	-----	36
27	-	31	-----	24
32	-	36	-----	8
37	-	41	-----	11
42	-	46	-----	5
47	-	51	-----	7
52	-	56	-----	9
57	-	61	-----	4
62	-	66	-----	5
67	-	71	-----	3
72	-	76	-----	2
77	-	81	-----	1
82	-	86	-----	1

MUJERES

Se encontraron 517 casos de pacientes femeninas con esta etiología; siendo más frecuente a los 20.5 años de edad y presentando una \bar{X} = 25.03 años de edad.

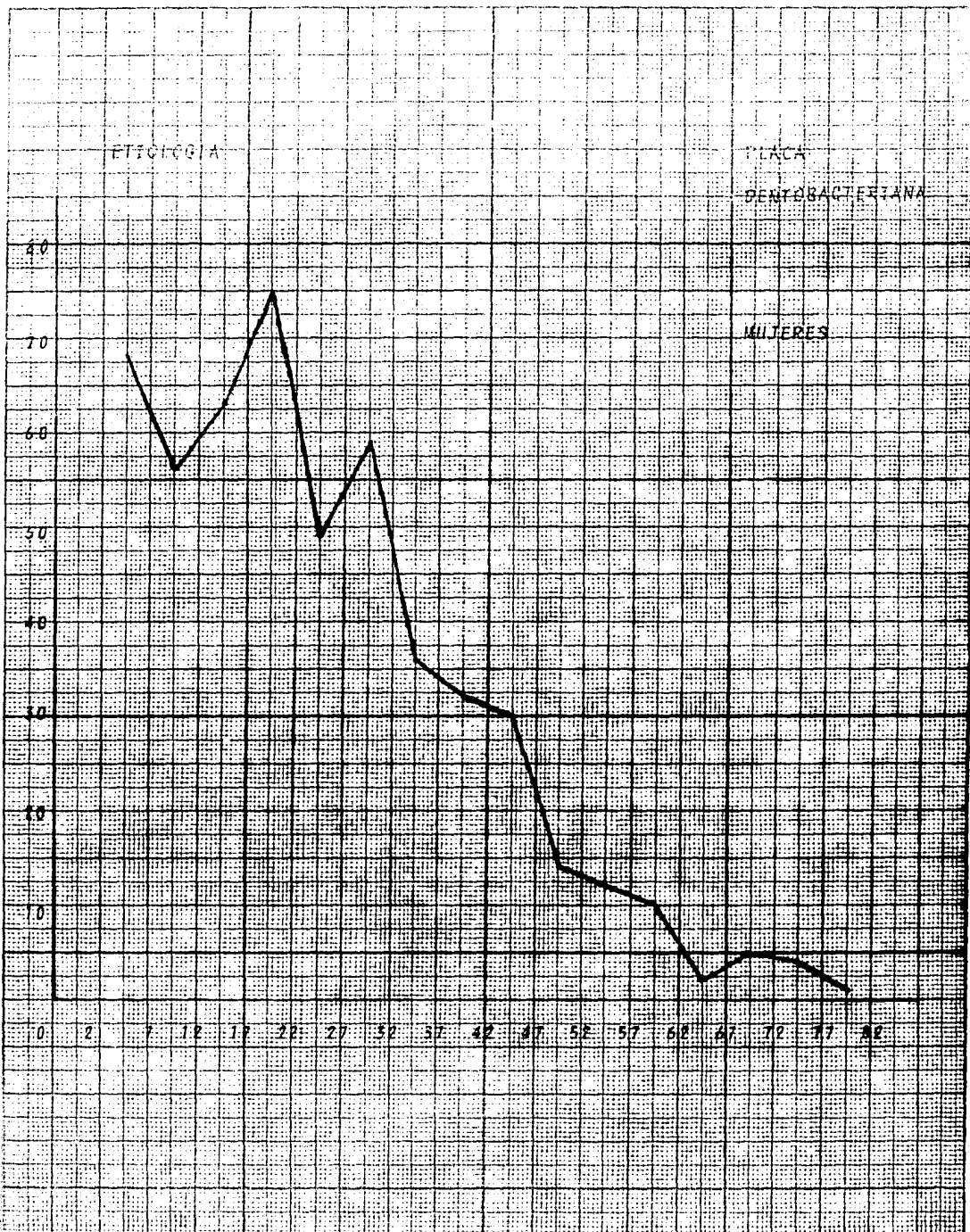
Las mujeres ocuparon el 63.8 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD		FRECUENCIA
3	- 7	68
8	- 12	56
13	- 17	63
18	- 22	75
23	- 27	49
28	- 32	59
33	- 37	36
38	- 42	32
43	- 47	30
48	- 52	14
53	- 57	12
58	- 62	10
63	- 67	2
68	- 72	5
73	- 77	4
78	- 82	1

ETIOLOGIA

PLACA
DENTOBACTERIANA

MUTERES



ETACILOGRA

PLACA

DENTOBACTERIANA

HOUR'S



ALTA INGESTA DE CARBOHIDRATOS.

"Existe fuerte evidencia de que los carbohidratos asociados con la formación de caries dental se deben:

- a] Estar presentes en la dieta en cantidades significativas,
- b] Desaparecer lentamente, o ser ingeridos frecuentemente, o ambas.
- c] Ser fácilmente fermentables por bacterias cariogénicas". [5]

La alta ingesta de carbohidratos tiene participación activa en la producción de caries y facilita la formación de placa dentobacteriana.

Ocupó el 53.2 % de las etiologías encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 266 pacientes masculinos presentando esta etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 19 años de edad, y con una \bar{X} = 21.32 años de edad.

Los hombres ocuparon el 35.4 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDADFRECUENCIA

2 - 6	-----	33
7 - 11	-----	41
12 - 16	-----	34
17 - 21	-----	49
22 - 26	-----	45
27 - 31	-----	18
32 - 36	-----	12
37 - 41	-----	9
42 - 46	-----	8
47 - 51	-----	1
52 - 56	-----	6
57 - 61	-----	2
62 - 66	-----	5
67 - 71	-----	2
72 - 76	-----	2

MUJERES

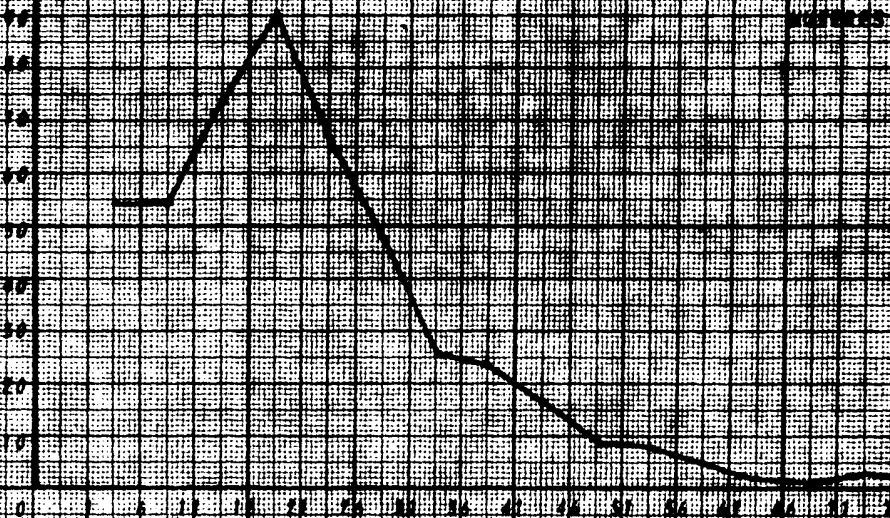
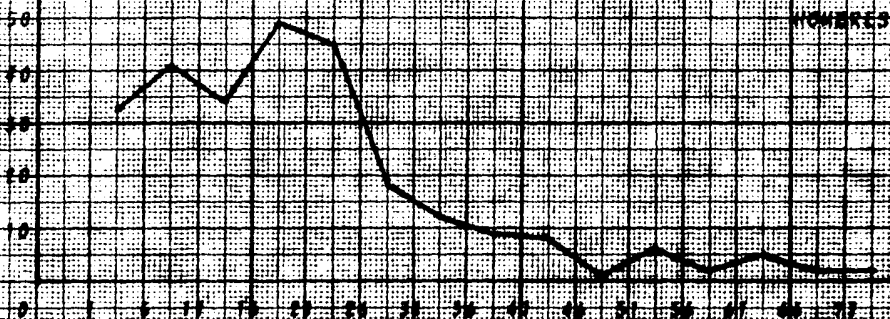
Se encontraron 485 casos de pacientes femeninas dentro de esta etiología, siendo más frecuente a los 19 años de edad, y con una \bar{X} = 22.28 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 64.5 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD		FRECUENCIA
2	- 6	54
7	- 11	54
12	- 16	74
17	- 21	91
22	- 26	67
27	- 31	48
32	- 36	26
37	- 41	24
42	- 46	17
47	- 51	9
52	- 56	8
57	- 61	5
62	- 66	2
67	- 71	1
72	- 76	3
77	- 81	1
82	- 86	1

ETIOLOGIA

AUTA INGESTA DE
CARBOHIDRATOS



CALCULOS DENTALES.

"El cálculo es una masa adherente, calcificada ó en calcificación, que se forma sobre la superficie de dientes naturales y prótesis dentales". [7].

Los cálculos dentales han sido reconocidos como uno de los principales agentes causantes de la enfermedad parodontal.

Ocupó el 20.3 % dentro de las etiologías observadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 82 pacientes hombres cuya etiología fue cálculos dentales, siendo la edad de mayor incidencia a los 38.5 años de edad, y con una \bar{X} = 35.59 años de edad.

Los hombres ocuparon el 28.5 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
15 - 19	16
20 - 24	24
25 - 29	8
30 - 34	10
35 - 39	4
40 - 44	10
45 - 49	1
50 - 54	7
55 - 59	3
60 - 64	4
65 - 69	3
70 - 74	3
75 - 79	1

MUJERES

Se encontraron 205 casos de pacientes femeninas cuya afección fue cálculos dentales, siendo la edad más frecuente a los 26 años de edad, y con una \bar{X} = 37.04 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 71.4 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
16 - 20	26
21 - 25	20
26 - 30	31
31 - 35	29

36	-	40	-----	25
41	-	45	-----	22
46	-	50	-----	18
51	-	55	-----	13
56	-	60	-----	9
61	-	65	-----	3
66	-	70	-----	2
71	-	75	-----	5
76	-	80	-----	1
81	-	85	-----	1

ETIOLOGIA

CAUSAS

DENTALES

20

HOMMES

10

0

14

19

24

29

34

39

44

49

54

59

64

69

74

79

84

30

FEMMES

20

10

0

15

20

25

30

35

40

45

50

55

60

65

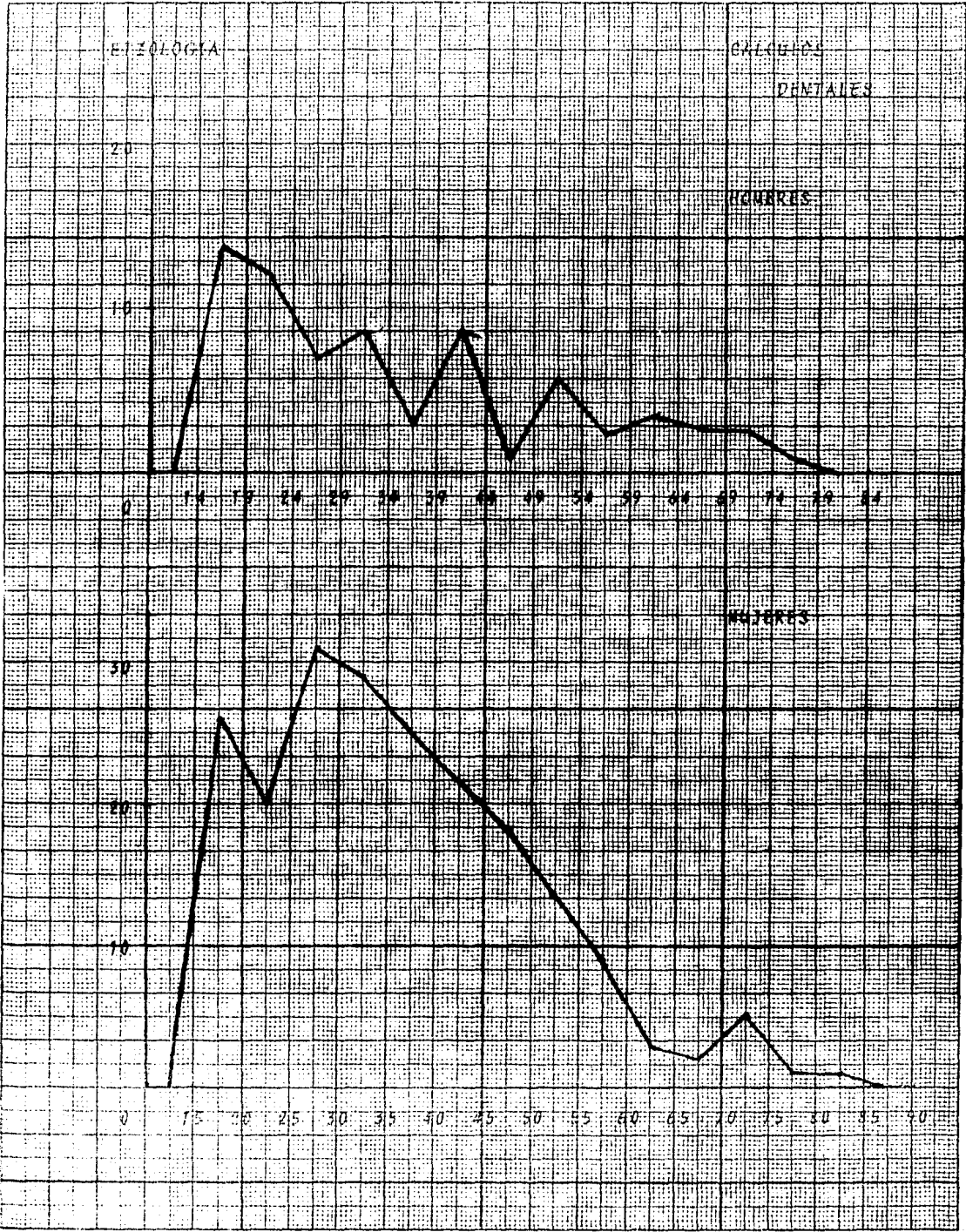
70

75

80

85

90



PROTESIS MAL AJUSTADA.

La prótesis mal ajustada es el resultado de un sinnúmero de causas como pudiera ser la mala técnica de impresión, material inadecuado, mala impresión, mal diseño de preparación protésica, y muchas otras causas.

La prótesis mal ajustada ocupó el 6.2 % dentro de las observaciones hechas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 20 pacientes hombres cuya etiología fue una prótesis mal ajustada, siendo la edad de mayor incidencia a los 44.25 años de edad, y presentando una \bar{X} = 40.7 años de edad.

Los hombres ocuparon el 23.2 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
9 - 13	1
14 - 18	1
19 - 23	2
24 - 28	2
29 - 33	0
34 - 38	2
39 - 43	4
44 - 48	1
49 - 53	1
54 - 58	4
59 - 63	1
64 - 68	0
69 - 73	0
74 - 78	1

MUJERES

Se encontraron 68 mujeres con esta etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 46.5 años, y con una \bar{X} = 40.9 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 76.7 % en este diagnóstico.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
5 - 9	2
10 - 14	0

15	-	19	-----	1
20	-	24	-----	8
25	-	29	-----	11
30	-	34	-----	8
35	-	39	-----	10
40	-	44	-----	5
45	-	49	-----	7
50	-	54	-----	5
55	-	59	-----	4
60	-	64	-----	2
65	-	69	-----	0
70	-	74	-----	4
75	-	79	-----	0
80	-	84	-----	1

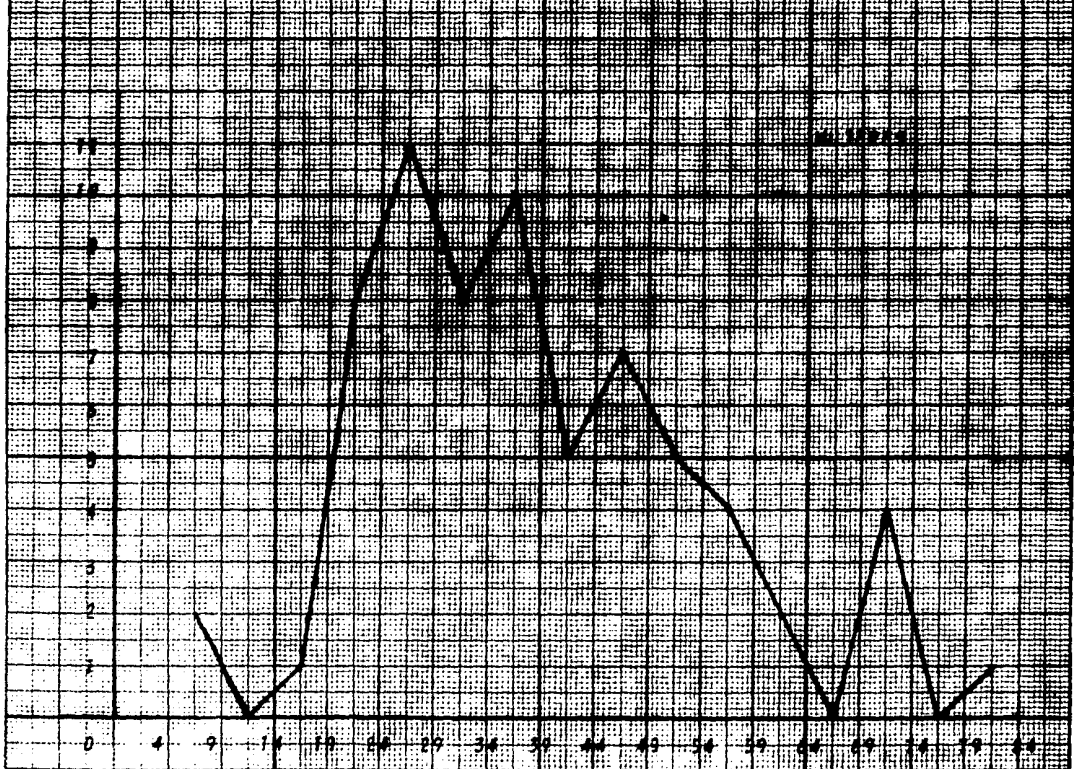
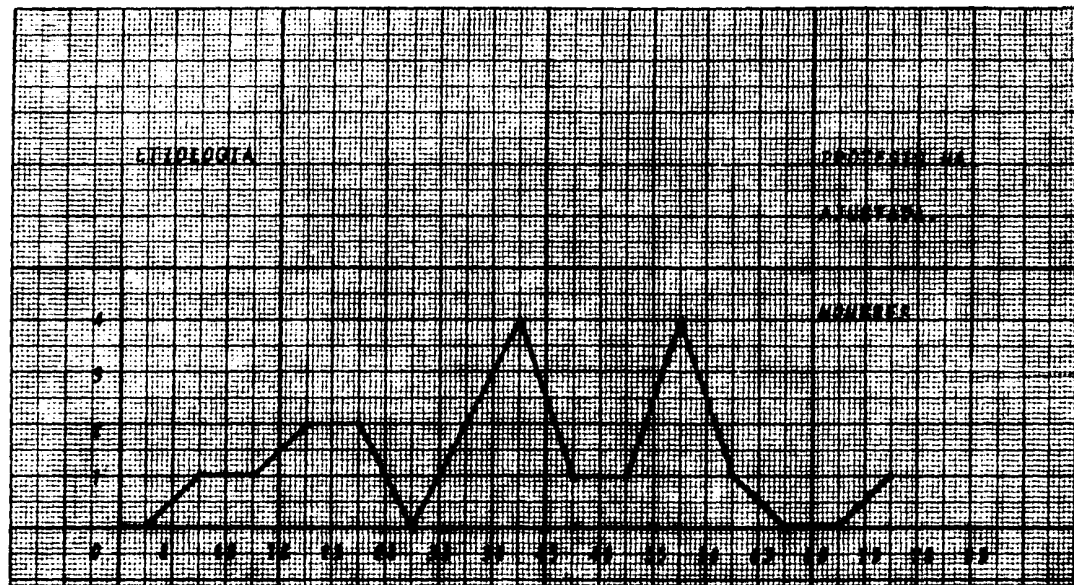
ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA

ENTRADA



FALTA DE ESPACIO.

Esta etiología puede deberse a extracciones prematuras en niños, o bien en el caso de los terceros molares en donde éstos son los últimos en erupcionar, y cuando lo hacen, el espacio se encuentra cerrado, o resulta ser menor a lo requerido.

La falta de espacio ocupó el 5.2 % de las etiologías encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 27 hombres cuya etiología fué la falta de espacio, siendo la edad de mayor incidencia a los 16.5 años, y con una \bar{X} = 17.44 años de edad.

Los hombres ocuparon el 36.4 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
6 - 10	6
11 - 15	8
16 - 20	5
21 - 25	6
26 - 30	1
31 - 35	0
36 - 40	0
41 - 45	0
46 - 50	0
51 - 55	0
56 - 60	0
61 - 65	1

MUJERES

Se encontraron 47 casos de pacientes con esta etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 16.5 años, y con una \bar{X} = 20.31 años de edad.

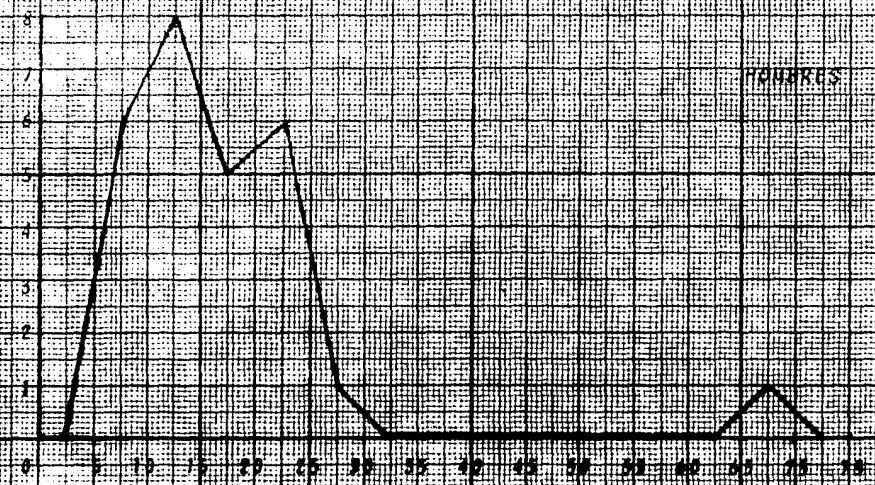
Las mujeres ocuparon el 63.5 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
4 - 8	5
9 - 13	6
14 - 18	16
19 - 23	7
24 - 28	6
29 - 33	2
34 - 38	2
39 - 43	2
44 - 48	1

49	-	53	-----	0
54	-	58	-----	0
59	-	63	-----	0
64	-	68	-----	0
69	-	73	-----	1

ETIOLOGIA

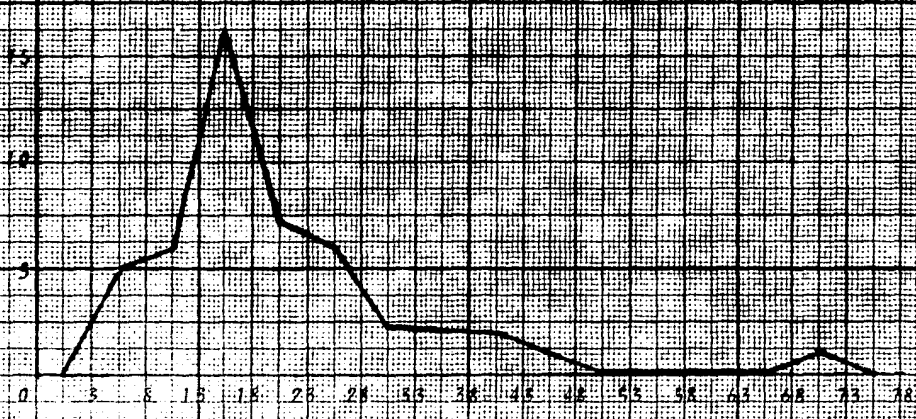
FALTA DE ESPACIO



HOMBRES

MUJERES

MUJERES



MAL EJE DE ERUPCIÓN.

Es la aparición anómala de un diente permanente; el que se inclina y tiende a ubicarse en una posición que no le corresponde, como ocurre en el caso de los terceros molares.

Esta etiología ocupó el 3.9 % de las encontradas dentro de la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 19 pacientes del sexo masculino, cuya etiología fue el mal eje de erupción, siendo más frecuente a los 17.5 años de edad, y presentando una \bar{X} = 20.66 años.

Los hombres ocuparon el 34.5 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
12 - 16	7
17 - 21	6
22 - 26	4
27 - 31	0
32 - 36	0
37 - 41	0
42 - 46	1
47 - 51	1

MUJERES

Se encontraron 36 casos de mujeres con este tipo de etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 21 años, y presentando una \bar{X} = 22.4 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 65.4 % en esta etiología.

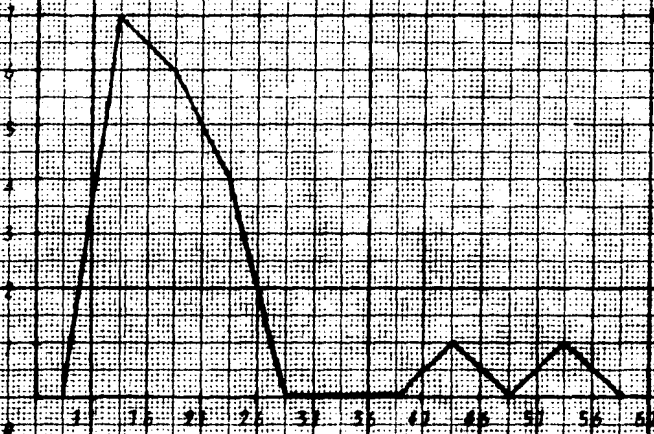
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
6 - 10	2
11 - 15	9
16 - 20	7
21 - 25	4
26 - 30	7
31 - 35	3
36 - 40	1
41 - 45	3

ETIOLOGIA

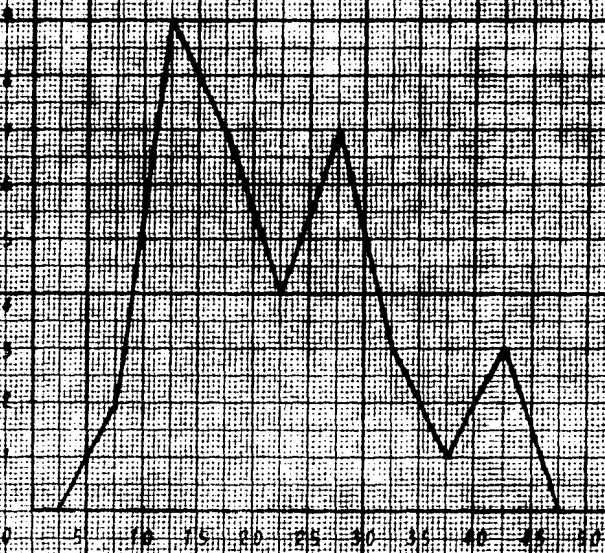
AL EJE DE

ERUPCION

HOMBRES



MUJERES



HABITOS PATOLOGICOS.

Son costumbres adquiridas en la infancia o en la vida adulta y que repercuten patológicamente sobre los dientes o el parodonto.

Dentro de los hábitos patológicos, cabe citar algunos de ellos como son : morderse los labios, la lengua, los carrillos, morder objetos, la onicodoncia, y el más común de todos, el chuparse el dedo.

Esta etiología ocupó el 1.98 % de las observadas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 9 pacientes con esta etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 7.5 años, y presentando una $\bar{X} = 6.88$ años.

Los hombres ocuparon el 32.1 % en esta etiología'

EDAD	FRECUENCIA
5 -----	1
6 -----	2
7 -----	3
8 -----	3

MUJERES

Se encontraron 19 pacientes femeninas con esta etiología, - siendo la edad de mayor incidencia a los 6 años, y presentando una $\bar{X} = 11$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 67.8 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
3 -----	3
4 -----	1
6 -----	5
7 -----	1
9 -----	4
10 -----	3
21 -----	1
70 -----	1

IATROGENIA.

Son los daños causados involuntariamente por el Cirujano Dentista, ya sea con sus instrumentos, actos operatorios, medicamentos etc.

Esta etiología ocupa el 1.8 % de las encontradas dentro de la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 5 casos de pacientes masculinos presentando esta etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 15 años, y con una \bar{X} = 22.4 años de edad.

Los hombres ocuparon el 19.2 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
11 -----	1
15 -----	2
25 -----	1
46 -----	1

MUJERES

Se encontraron 21 casos de pacientes femeninas, que presentan esta etiología, siendo la edad de mayor incidencia a los 23.5 años, y con una \bar{X} = años de edad.

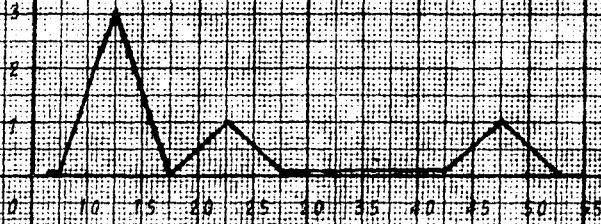
Las mujeres ocuparon el 80.7 % en esta etiología.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
18 - 22 -----	7
23 - 27 -----	2
28 - 32 -----	2
33 - 37 -----	5
38 - 42 -----	2
43 - 47 -----	0
48 - 52 -----	1
53 - 57 -----	1
58 - 62 -----	1

ETIOLOGIA

ETIOLOGIA

MURRES



MURRES



FRACTURAS DENTALES.

Es la causa de muchas rehabilitaciones dentales, a consecuencia de accidentes, golpes, caídas, choques automovilísticos, etc. en los cuales lo habitual es la fractura de la corona dental.

Esta etiología ocupa el 1.7 % de las encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 13 pacientes masculinos cuya etiología fué fractura dental, siendo la edad de mayor incidencia a los 15 años, y con una \bar{X} = 25.15 años de edad.

Los hombres ocuparon el 52 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
10 -----	1
11 -----	1
12 -----	1
15 -----	3
16 -----	1
23 -----	1
24 -----	1
29 -----	1
40 -----	1
50 -----	1
67 -----	1

MUJERES

Se encontraron 12 pacientes femeninas en esta etiología siendo la edad de mayor incidencia a los 17.5 años, y con una \bar{X} = 23.16 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 48 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
4 -----	1
6 -----	1
17 -----	2
18 -----	2
19 -----	1
22 -----	1
32 -----	1
33 -----	1
39 -----	1
53 -----	1

DESCALCIFICACION.

"Pérdida de sales de calcio en el organo dental, por eliminación exagerada de las mismas, o en caso de mujeres embarazadas por el aprovechamiento por el feto de las sales minerales de la madre" [4]

"Los dientes se hacen más vulnerables a la descalcificación por la caries". [].

Esta etiología ocupa el 1.2 % de las etiologías encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 12 pacientes masculinos cuya etiología fue descalcificación, siendo la edad de mayor incidencia a los 10 años, y presentando una \bar{X} = 20.41 años de edad.

Los hombres ocuparon el 70.5 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
8 -----	1
9 -----	2
11 -----	2
12 -----	1
15 -----	1
16 -----	1
20 -----	1
34 -----	1
36 -----	1
54 -----	1

MUJERES

Se encontraron 5 casos de pacientes femeninas encuadradas dentro de esta etiología, presentando una \bar{X} = 22.2 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 29.4 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
10 -----	1
14 -----	1
20 -----	1
22 -----	1
45 -----	1

ALTERACIONES CONGENITAS.

Son lesiones bucodentales que tienen lugar durante la vida intrauterina y también las que se suceden en los gérmenes dentarios, desarrollados posteriormente al nacimiento del individuo; por ejemplo podemos mencionar, dientes supernumerarios [mesiodents y des \bar{I} dents], ologodoncia, labio fisurado y paladar hendido, etc.

Este tipo de alteraciones ocupó el 0.78 % de las etiologías encontradas en la clínica.

A) Dientes Supernumerarios.HOMBRES

Se encontró un sólo caso de hombre con este tipo de alteración, siendo de 11 años de edad, y ocupando un 16.66 % en esta etiología.

MUJERES

Se encontraron 5 casos de mujeres con esta etiología, presentando una \bar{X} = 12 años de edad, y ocupando un 83.33 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
5 -----	1
9 -----	1
12 -----	1
16 -----	1
18 -----	1

B) Mesiodents.HOMBRES

Se encontraron 3 casos de pacientes masculinos, cuya etiología fué mesiodents, presentando una \bar{X} = 10 años de edad, y ocupando un 60 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
9 -----	1
10 -----	1
11 -----	1

MUJERES

Se encontraron 2 casos de mujeres con este tipo de etiología, presentando una $\bar{X} = 10.5$ años de edad, y ocupando el 40 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
10 -----	1
11 -----	1

C) Oligodoncia.HOMBRES

Se encontraron 3 casos de pacientes masculinos con esta etiología, presentando una $\bar{X} = 20.3$ años de edad, y ocupando un 100 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
12 -----	1
20 -----	1
29 -----	1

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujer con este tipo de etiología.

FARMACOTERAPIA.

Esta etiología puede causar en el diente pigmentaciones, des-mineralización en el esmalte, y en el caso de que durante el desarrollo y calcificación del órgano dentario se haya administrado al paciente grandes dosis de fármacos (tetraciclina) podemos ocasionar alguna alteración al órgano dentario.

Esta etiología ocupó el 0.21% dentro de las encontradas en la clínica.

HOMBRES

Se encontró dos casos de pacientes masculinos con este tipo de alteración, presentando una \bar{X} = 16.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 75 % en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
15 -----	1
18 -----	1

MUJERES

Se encontró un sólo caso de mujer con este tipo de alteración siendo de 10 años de edad, y ocupando el 25 % en esta etiología.

MALOCCLUSION.

"La maloclusión es la oclusión defectuosa de los dientes superiores sobre los inferiores, pero se considera normal para una persona si ella le permite efectuar la masticación con mecanismos fisiológico normal, y se mantienen sana e íntegras las estructuras asociadas a los dientes: el parodocio, las articulaciones temporomandibulares y los músculos masticadores" [15].

Esta alteración ocupa el 0.14 % dentro de las etiologías encontradas en la clínica.

HOMBRES

No se encontró ningún caso de hombres con este tipo de alteraciones.

MUJERES

Se encontraron 2 mujeres con este tipo de alteración, presentando una \bar{X} = 32.5 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 100% en esta etiología.

EDAD	FRECUENCIA
17 -----	1
48 -----	1

ABRASION.

Es el desgaste provocado en los tejidos duros de la corona dentaria. Pueden ser por tres tipos de desgastes: físicos, químicos, y traumáticos. Esta alteración ocupó el 0.07 % dentro de las etiologías encontradas en clínica.

HOMBRES

No se reportó ningún caso de hombre con este tipo de alteración.

MUJERES

Se encontró un solo caso de mujer con este tipo de alteración, siendo de 30 años de edad, y ocupando el 100 % en esta etiología.

CAPITULO IV

TRATAMIENTOS UTILIZADOS

EN LA CLINICA CHAUATEPEC.

AMALGAMAS.

Este tipo de material es usado para restauraciones definitivas y es el más empleado en operatoria dental.

Ocupa el 82.48 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 403 casos de hombres a los que se les realizaron amalgamas, siendo más frecuente a la edad de 6 años y encontrándose mayor incidencia entre los 16 y los 20 años de edad, con una $\bar{X} = 20.01$ años de edad, los hombres ocupan el 35 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	35
6 - 10 -----	80
11 - 15 -----	49
16 - 20 -----	85
21 - 25 -----	64
26 - 30 -----	38
31 - 35 -----	19
36 - 40 -----	8
41 - 45 -----	12
46 - 50 -----	5
51 - 55 -----	6
56 - 60 -----	4
61 - 65 -----	4
66 - 70 -----	3
71 - 75 -----	1

MUJERES

Se encontraron 750 casos de mujeres a las que se les realizaron trabajos en amalgamas, siendo más frecuente entre los 16 y 20 años de edad, y con una $\bar{X} = 23.17$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 64.4 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	38
6 - 10 -----	98
11 - 15 -----	82

16	-	20	-----	145
21	-	25	-----	107
26	-	30	-----	99
31	-	35	-----	62
36	-	40	-----	47
41	-	45	-----	32
46	-	50	-----	21
51	-	55	-----	14
56	-	60	-----	5
61	-	65	-----	1
66	-	70	-----	1
71	-	75	-----	1
76	-	80	-----	0
81	-	85	-----	1

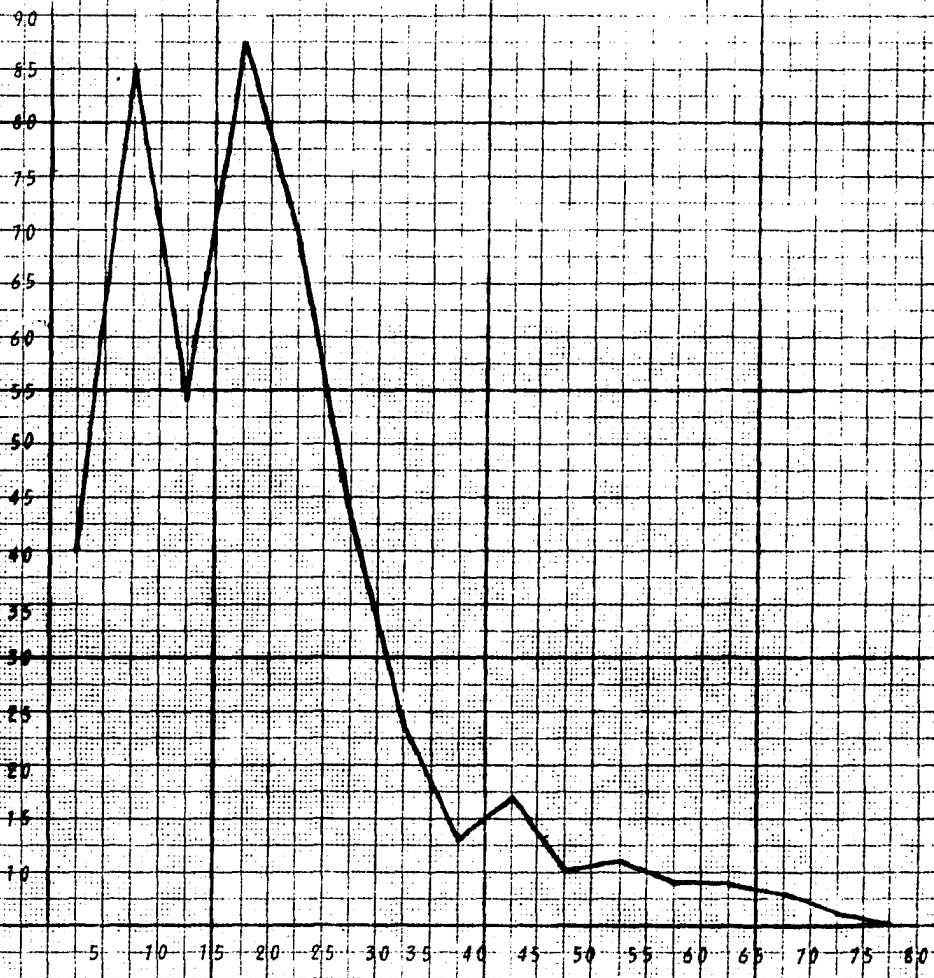
TRATAMIENTO

AMALGAMAS

HOMBRES

9.0
8.5
8.0
7.5
7.0
6.5
6.0
5.5
5.0
4.5
4.0
3.5
3.0
2.5
2.0
1.5
1.0

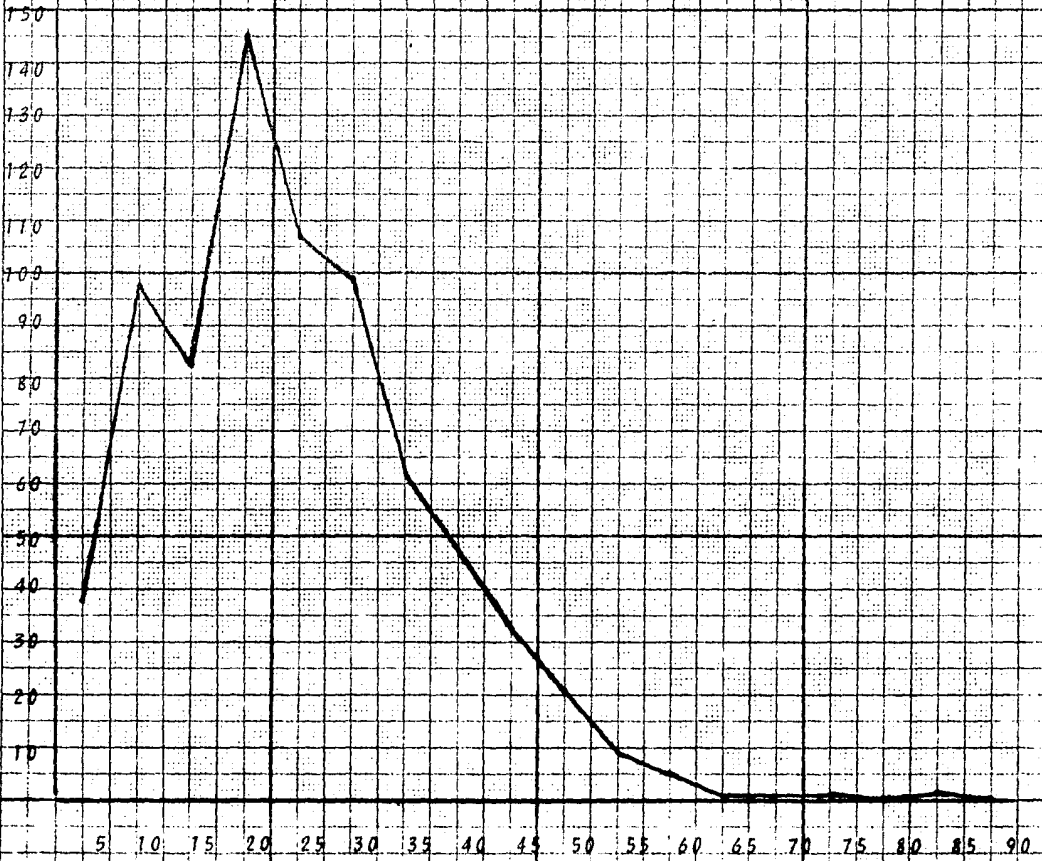
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80



TRATAMIENTO

AMALGAMAS

MUJERES



PROFILAXIS BUCAL.

"Se refiere a la limpieza de los dientes en el consultorio dental y consiste en la remoción de la placa, materia alba, cálculos, pigmentaciones y el pulido de los dientes". [7].

Es una excelente medida preventiva para el control de factores irritantes locales. Se recomienda realizar la profilaxis antes de cualquier tratamiento.

Ocupa el 74.75 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 364 casos de hombres a los que se les realizó la profilaxis, siendo más frecuente a la edad de 18 años de edad y presentando una \bar{X} = 24.54 años de edad.

Los hombres ocuparon el 34.5 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5	30
6 - 10	58
11 - 15	41
16 - 20	78
21 - 25	59
26 - 30	35
31 - 35	18
36 - 40	5
41 - 45	20
46 - 50	5
51 - 55	2
56 - 60	8
61 - 65	3
66 - 70	2

MUJERES

Se encontraron 690 casos de mujeres a las que se les realizó la profilaxis, siendo más frecuente a la edad de 18 años, y con una \bar{X} = 24.54 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 65.4 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD

FRECUENCIA

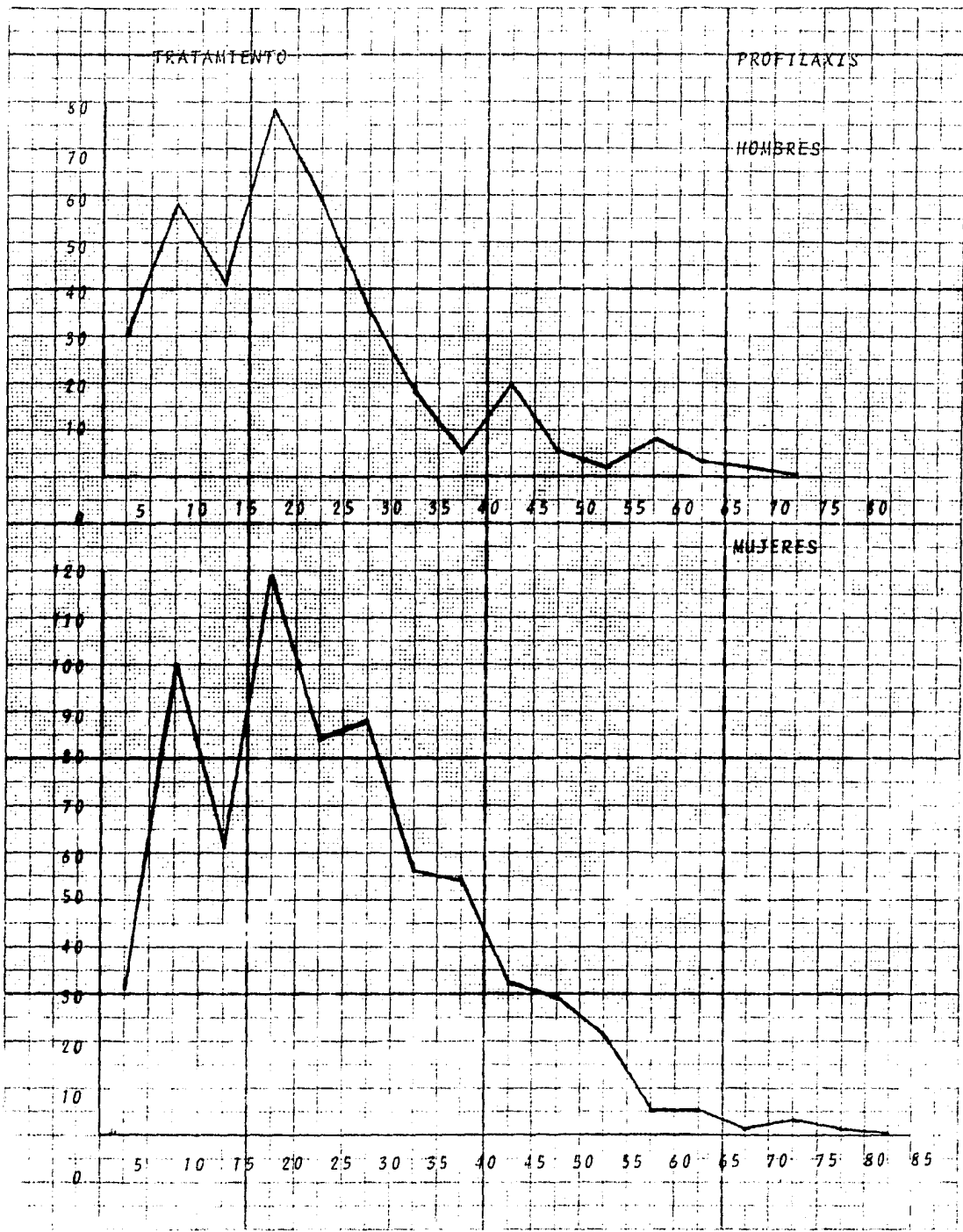
0	-	5	-----	30
6	-	10	-----	58
11	-	15	-----	41
16	-	20	-----	78
21	-	25	-----	59
26	-	30	-----	35
31	-	35	-----	18
36	-	40	-----	5
41	-	45	-----	20
46	-	50	-----	5
51	-	55	-----	2
56	-	60	-----	8
61	-	65	-----	3
66	-	70	-----	2

TRATAMIENTO

PROFILAXIS

HOMBRES

MUJERES



TECNICA DE CEPILLADO.

"Hay muchos métodos de cepillado dental. Con excepción de los métodos abiertamente traumáticos, es la minuciosidad y no la técnica, el factor importante que determina la eficacia del cepillado dentario" [7].

El cepillado eficiente representa la prevención más apropiada, dentro de los que está al alcance del individuo contra la caries dental y afecciones parodontales.

Ocupa el 44.32 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 226 casos de hombres a los cuales se les enseñó la técnica de cepillado adecuada, siendo más frecuente entre los 16 y 20 años de edad, y presentando una $\bar{X} = 22.12$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 35.5 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD

FRECUENCIA

0 - 5	-----	9
6 - 10	-----	31
11 - 15	-----	26
16 - 20	-----	58
21 - 25	-----	37
26 - 30	-----	21
31 - 35	-----	13
36 - 40	-----	7
41 - 45	-----	11
46 - 50	-----	3
51 - 55	-----	4
56 - 60	-----	3
61 - 65	-----	2
66 - 66	-----	1

MUJERES

Se encontraron 409 casos de mujeres a las que se les enseñó una técnica de cepillado adecuada, siendo más frecuente a la edad de 18 años y encontrándose una $\bar{X} = 26.36$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 64.4 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD

FRECUENCIA

0	-	5	-----	5
6	-	10	-----	43
11	-	15	-----	39
16	-	20	-----	77
21	-	25	-----	60
26	-	30	-----	56
31	-	35	-----	33
36	-	40	-----	33
41	-	45	-----	20
46	-	50	-----	15
51	-	55	-----	12
56	-	60	-----	8
61	-	65	-----	3
66	-	70	-----	3
71	-	75	-----	2

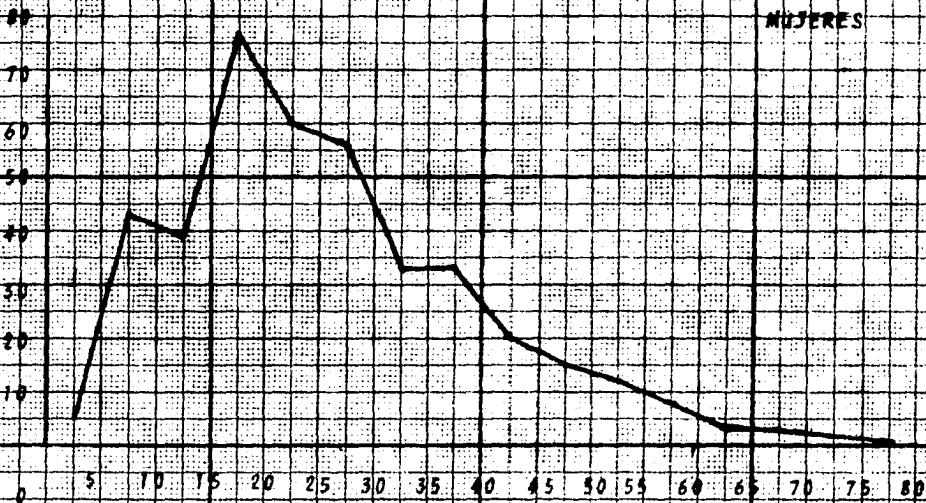
TRATAMIENTO

TECNICA DE
CEPILLADO

HOMBRES



MUJERES



RESINAS DENTALES.

De todos los materiales de obturación, las resinas poseen una resistencia a la compresión muy baja comparada con otros materiales, por esta razón, su empleo está dedicado a zonas dentarias que no son sometidas a la acción de las fuerzas masticatorias.

Ocupa el 41.06 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 185 casos de hombres a los que se les realizaron resinas, siendo más frecuente entre los 16 y 20 años de edad y encontrándose una $\bar{X} = 20.80$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 31.9 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5	15
6 - 10	27
11 - 15	23
16 - 20	43
21 - 25	30
26 - 30	21
31 - 35	8
36 - 40	2
41 - 45	4
46 - 50	5
51 - 55	6
56 - 60	4
61 - 65	4
66 - 70	3
71 - 75	1

MUJERES

Se encontraron 394 casos de mujeres a las que se les realizaron resinas, siendo más frecuente entre los 16 y 20 años, y presentando una $\bar{X} = 24.52$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 68 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD

FRECUENCIA

0	-	5	-----	22
6	-	10	-----	41
11	-	15	-----	25
16	-	20	-----	83
21	-	25	-----	45
26	-	30	-----	59
31	-	35	-----	32
36	-	40	-----	32
41	-	45	-----	20
46	-	50	-----	13
51	-	55	-----	15
56	-	60	-----	2
61	-	65	-----	2
66	-	70	-----	2
71	-	75	-----	0
76	-	80	-----	0
81	-	85	-----	1

TRATAMIENTO

RESINAS

HOMBRES

MUJERES

45

40

35

30

25

20

15

10

5

5

10

15

20

25

30

35

40

45

50

55

60

65

70

75

80

70

60

50

40

30

20

10

5

10

15

20

25

30

35

40

45

50

55

60

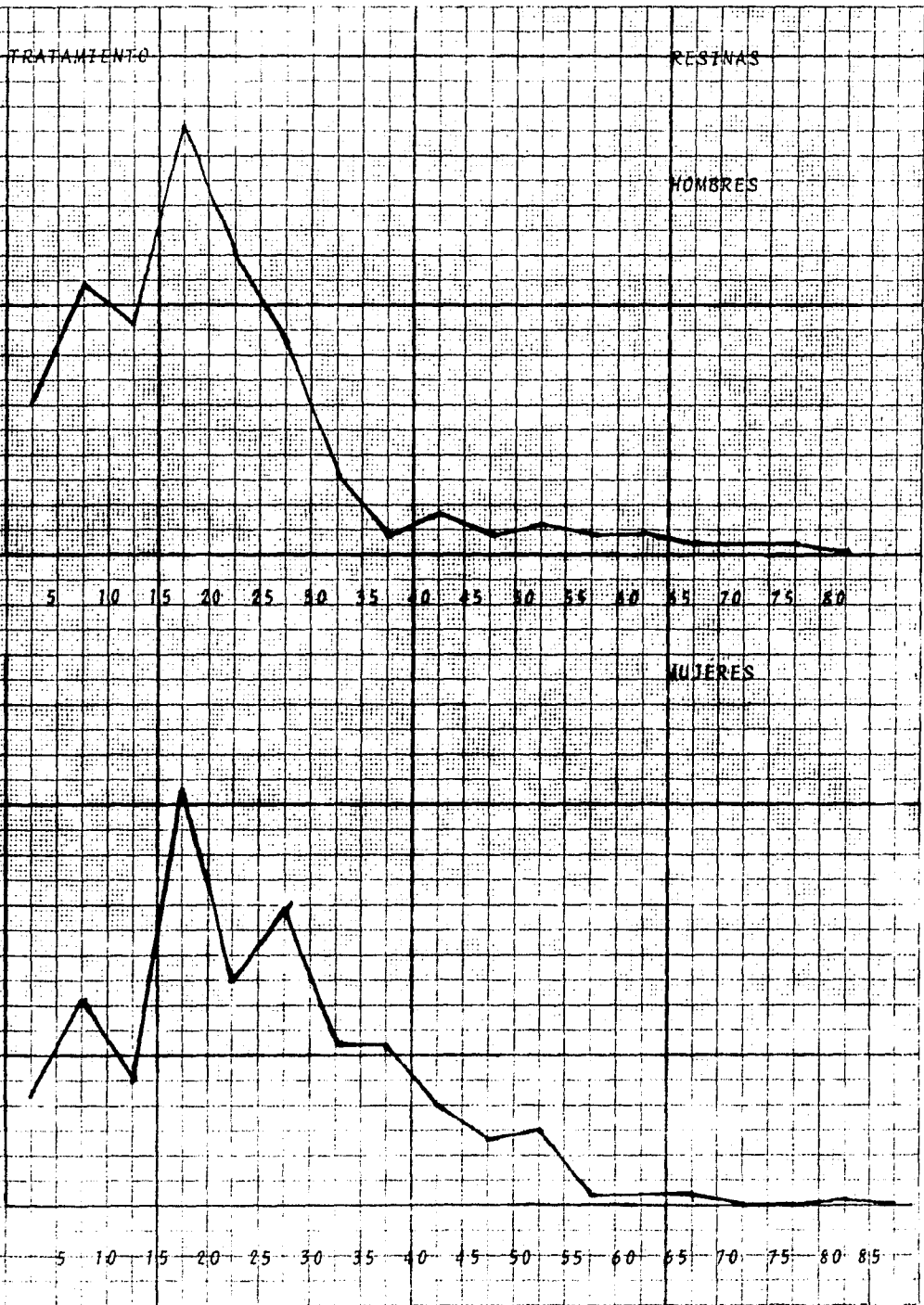
65

70

75

80

85



INCRUSTACIONES.

Este tipo de tratamiento está indicado en dientes posteriores con extensión de caries considerable.

Ocupa el 25.24 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 121 hombres a los que se les colocaron incrustaciones, siendo más frecuente entre los 15 y 19 años de edad, y presentando una \bar{X} = 27.42 años de edad.

Los hombres ocuparon el 33.9 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
10 - 14	10
15 - 19	35
20 - 24	27
25 - 29	20
30 - 34	9
35 - 39	3
40 - 44	8
45 - 49	2
50 - 54	3
55 - 59	1
60 - 64	1
65 - 69	1
70 - 74	0
75 - 79	1

MUJERES

Se encontraron 394 casos de mujeres a las que se le colocaron incrustaciones, siendo más frecuente a los 18 años de edad y encontrándose una \bar{X} = 24.52 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 66 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
6 - 10	5
11 - 15	19
16 - 20	53
21 - 25	38
26 - 30	45

31	-	35	-----	31
36	-	40	-----	20
41	-	45	-----	10
46	-	50	-----	11
51	-	55	-----	5
56	-	60	-----	3
61	-	65	-----	0
66	-	70	-----	1

TRATAMIENTO

INCRUSTACIONES

70

HOMBRES

35

30

25

20

15

10

5

0

10

14

17

20

24

29

34

39

44

49

54

59

64

69

74

79

60

MUJERES

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

10

15

20

25

30

35

40

45

50

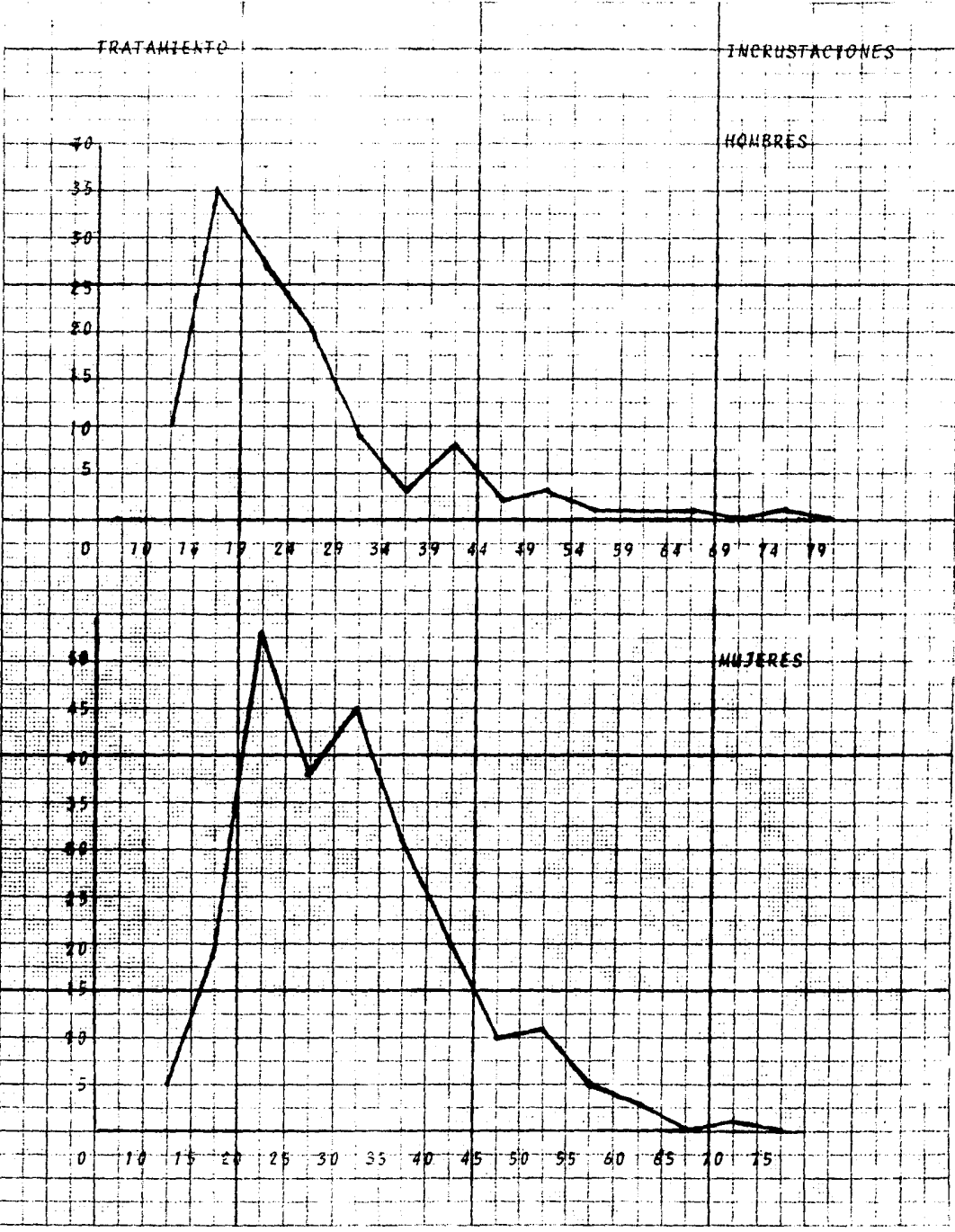
55

60

65

70

75



EXODONCIA.

Es la abulción de los dientes o de sus raíces por no poder permanecer en la boca por más tiempo, ya que podría afectar la salud del paciente o se imposibilite la conservación del órgano dentario.

Ocupó el 22.55 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 106 casos de hombres a los que se les realizaron extracciones, siendo más frecuente entre los 6 y 10 años de edad, y presentando una \bar{X} = 22.67 años de edad.

Los hombres ocuparon el 33.33 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDADFRECUENCIA

0 - 5	-----	3
6 - 10	-----	35
11 - 15	-----	10
16 - 20	-----	14
21 - 25	-----	10
26 - 30	-----	7
31 - 35	-----	3
36 - 40	-----	2
41 - 45	-----	3
46 - 50	-----	2
51 - 55	-----	5
56 - 60	-----	0
61 - 65	-----	3
66 - 70	-----	5
71 - 75	-----	2
76 - 80	-----	1
81 - 85	-----	0
86 - 90	-----	1

MUJERES

Se encontraron 212 casos de mujeres a las que se les realizó extracciones, siendo más frecuente a los 8 años de edad, y presentando una \bar{X} = 28.91 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 66.66 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD

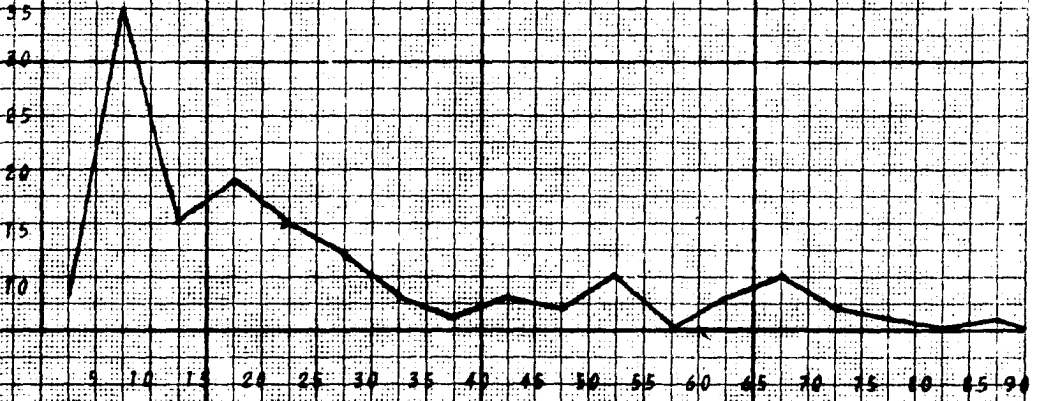
FRECUENCIA

0	-	5	-----	9
6	-	10	-----	34
11	-	15	-----	16
16	-	20	-----	26
21	-	25	-----	18
26	-	30	-----	20
31	-	35	-----	19
36	-	40	-----	19
41	-	45	-----	13
46	-	50	-----	13
51	-	55	-----	9
56	-	60	-----	6
61	-	65	-----	5
66	-	70	-----	3
71	-	75	-----	2
76	-	80	-----	1
81	-	85	-----	1

TRATAMIENTO

EXODONCIA

HOMBRES



MUJERES



PROTESIS PARCIAL FIJA.

Reemplaza los dientes perdidos o ausentes en paciente desdentados parciales, por medio de restauraciones que el Cirujano Dentista cementa, y que el paciente no puede mover de su lugar.

Ocupa el 20.85 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron 77 casos de hombres a los que se les realizaron prótesis parciales fijas, siendo más frecuente entre los 21 y 25 años de edad, y presentando una \bar{X} = 28.55 años de edad.

Los hombres ocuparon el 26.1 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	10
16 - 20 -----	15
21 - 25 -----	19
26 - 30 -----	13
31 - 35 -----	5
36 - 40 -----	2
41 - 45 -----	4
46 - 50 -----	1
51 - 55 -----	3
56 - 60 -----	3
61 - 65 -----	2
66 - 70 -----	1

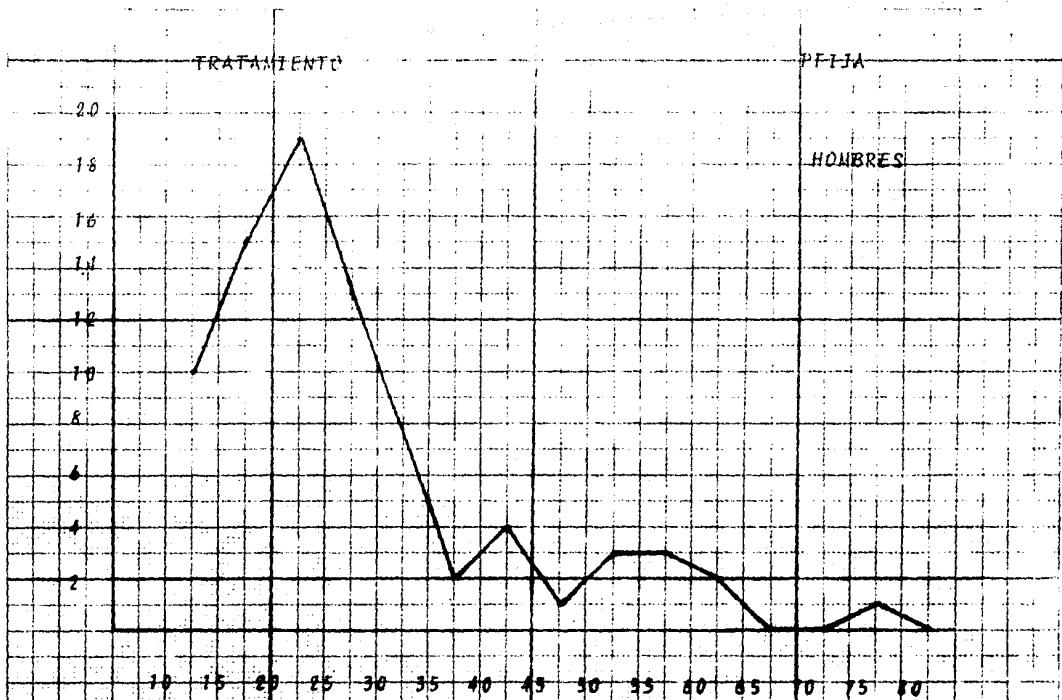
MUJERES

Se presentaron 217 casos de mujeres a las que se les realizaron prótesis parciales fijas, siendo más frecuente entre los 21 y 25 años de edad, y presentando una \bar{X} = 26.84 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 73.8 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
6 - 10 -----	5
11 - 15 -----	14
16 - 20 -----	42
21 - 25 -----	45
26 - 30 -----	34

37	-	35	-----	26
36	-	40	-----	20
47	-	45	-----	12
46	-	50	-----	9
51	-	55	-----	6
56	-	60	-----	3
61	-	65	-----	0
66	-	70	-----	1



PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Es el tratamiento del desdentado parcial, por medio de aditamento removibles.

Ocupó el 16.87 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 49 casos de hombres a los que se les realizaron prótesis parciales removibles, siendo más frecuente entre los 31 y 35 años de edad, y presentando una $\bar{X} = 40.89$ años.

Los hombres ocuparon el 20.5 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	3
16 - 20 -----	2
21 - 25 -----	5
26 - 30 -----	4
31 - 35 -----	8
36 - 40 -----	3
41 - 45 -----	3
46 - 50 -----	2
51 - 55 -----	5
56 - 60 -----	5
61 - 65 -----	4
66 - 70 -----	1
71 - 75 -----	2
76 - 80 -----	1

MUJERES

Se encontraron 189 casos de mujeres a las cuales se les realizaron prótesis parciales removibles, siendo más frecuente a los 29 años de edad, y presentando una $\bar{X} = 36.02$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 79.4 % en este tratamiento.

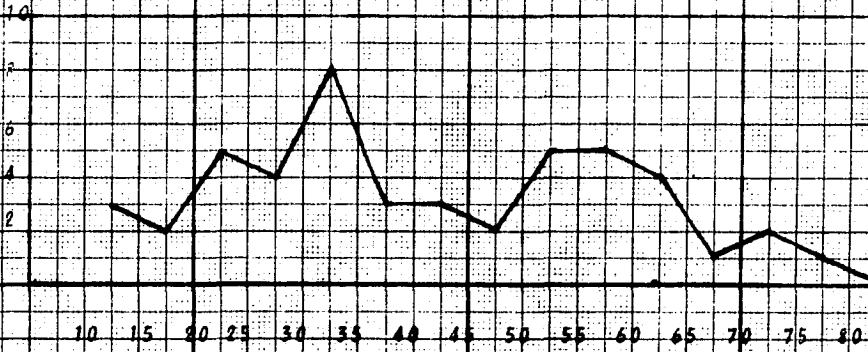
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	1
16 - 20 -----	6
21 - 25 -----	12

26	-	30	-----	33
31	-	35	-----	29
36	-	40	-----	27
41	-	45	-----	23
46	-	50	-----	24
51	-	55	-----	12
56	-	60	-----	12
61	-	65	-----	2
66	-	70	-----	3
71	-	75	-----	3
76	-	80	-----	0
81	-	85	-----	1

TRATAMIENTO

P. REMOV

HOMBRES



MUJERES



CURETAJE.

Es la maniobra realizada en el curso del tratamiento periodontal al remover, de las paredes gingivales de la bolsa, el tejido de granulación y el epitelio que la tapiza, así como también la adherencia epitelial.

Ocupó el 16.59 % de los tratamientos realizados en la clínica

HOMBRES

Se encontraron 55 pacientes masculinos a los que se les efectuaron curetajes, siendo la edad de mayor frecuencia entre los 15 y 19 años de edad, y con una \bar{X} = 29.54 años.

Los hombres ocuparon el 23.50 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
15 - 19 -----	19
20 - 24 -----	8
25 - 29 -----	8
30 - 34 -----	3
35 - 39 -----	2
40 - 44 -----	6
45 - 49 -----	1
50 - 54 -----	4
55 - 59 -----	3
60 - 64 -----	1

MUJERES

Se encontraron 179 casos de mujeres a las cuales se les efectuaron curetajes, siendo más frecuente a los 27 años de edad, y con una \bar{X} = 34.73 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 76.49 % en este tratamiento.

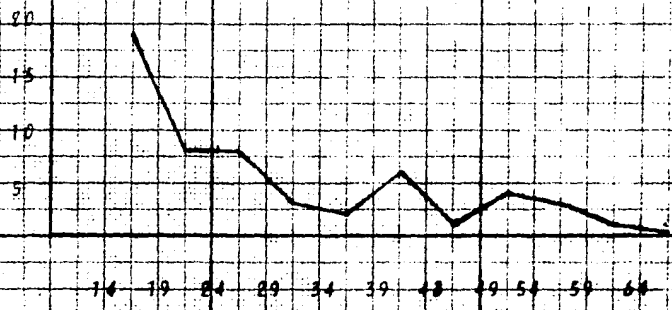
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	7
16 - 20 -----	22
21 - 25 -----	18
26 - 30 -----	31
31 - 35 -----	21
36 - 40 -----	30
41 - 45 -----	13
46 - 50 -----	14
51 - 55 -----	7
56 - 60 -----	8
61 - 65 -----	3

66	-	70	-----	3
71	-	75	-----	1
76	-	80	-----	0
81	-	85	-----	1

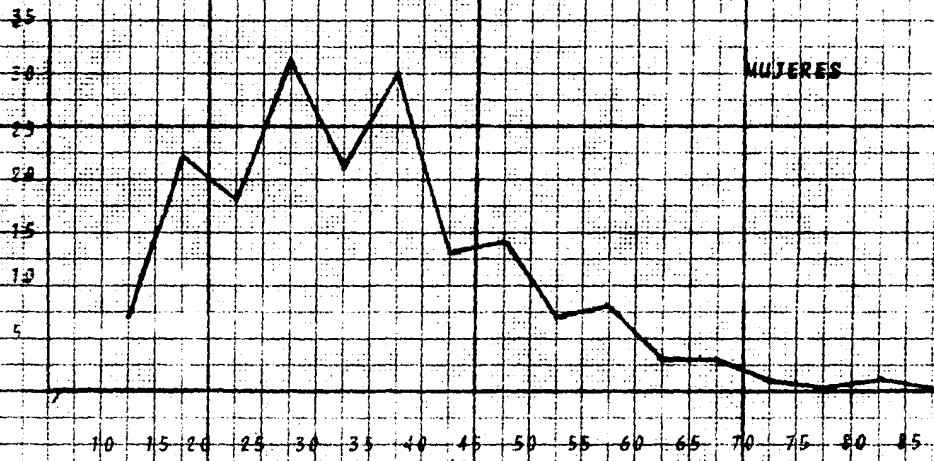
CURETAGE

TRATAMIENTO

HOMBRES



MUJERES



PULPECTOMIA.

Es un tratamiento consistente en la remoción de la pulpa cameral y radicular. Se realiza tanto en dientes temporales, como permanentes.

Ocupó el 13.40 % de los tratamientos realizados en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 51 personas entre hombres y niños a los que se les realizaron pulpectomías únicamente en dientes permanentes siendo más frecuente entre los 20 y 22 años de edad, y encontrándose una \bar{X} = 26.70 años.

Los hombres ocuparon el 30 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
10 - 14 -----	9
15 - 19 -----	10
20 - 24 -----	12
25 - 29 -----	10
30 - 34 -----	1
35 - 39 -----	1
40 - 44 -----	0
45 - 49 -----	1
50 - 54 -----	2
55 - 59 -----	2
60 - 64 -----	1
65 - 69 -----	0
70 - 74 -----	0
75 - 79 -----	2

NINOS

Se encontraron 10 niños a los que se les realizaron pulpectomías únicamente en dientes temporales, siendo más frecuente a la edad de 6 años, y con una \bar{X} = 5.37 años de edad.

Los niños ocuparon el 52.6 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	5
6 - 10 -----	5

MUJERES

Se encontraron 119 casos de mujeres entre adultas y niñas, a las cuales se les realizaron pulpectomías únicamente en dientes permanentes, siendo más frecuente a los 20 años de edad y con una \bar{X} = 27.91 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 70 % en este tratamiento, con respecto a los hombres adultos.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
6 - 10	3
11 - 15	11
16 - 20	27
21 - 25	17
26 - 30	19
31 - 35	12
36 - 40	9
41 - 45	7
46 - 50	10
51 - 55	2
56 - 60	1
61 - 65	1

NINAS

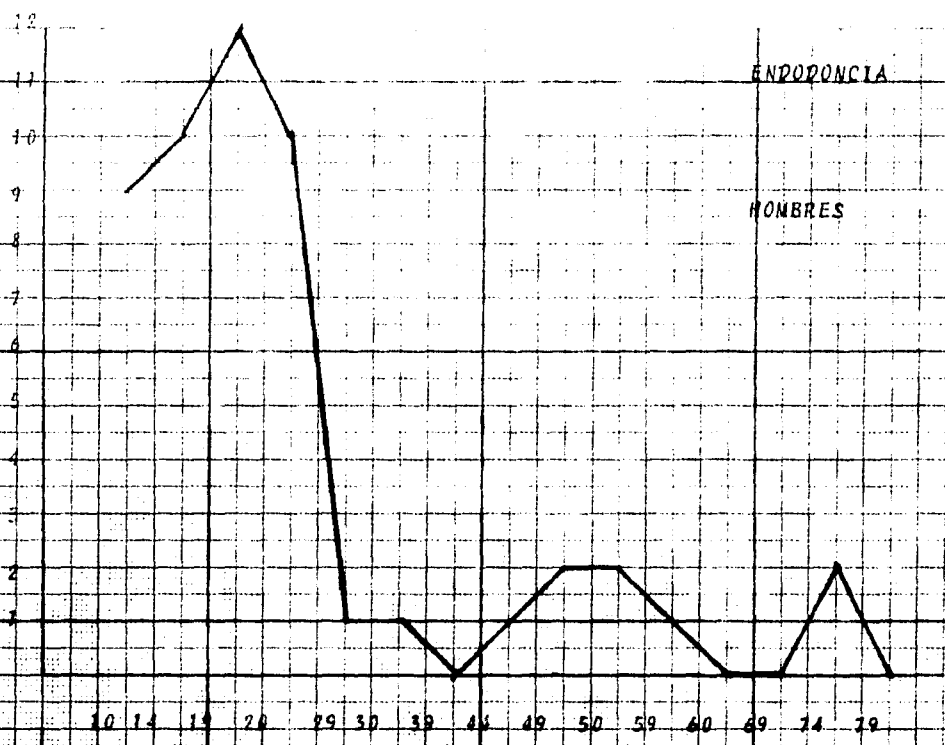
Se encontraron 9 casos de niñas a las que se les efectuó pulpectomía en dientes temporales únicamente, siendo más frecuente a los 8 años de edad, y con una \bar{X} = 6.25 años de edad.

Las niñas ocuparon el 47.3 % en este tratamiento con respecto a los niños.

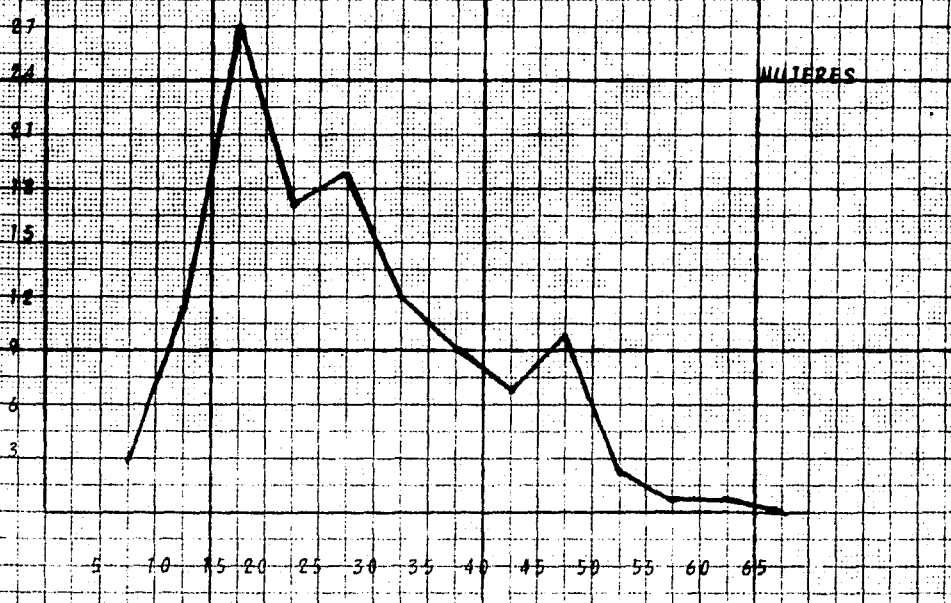
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5	3
6 - 10	6

ENDORONCIA

HOMBRES



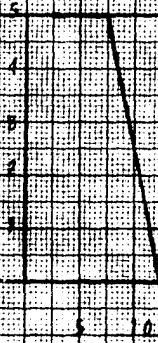
MUJERES



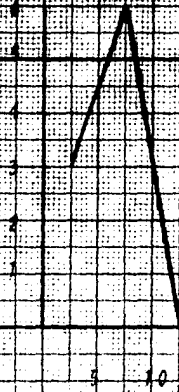
TRATAMIENTO

PULPECTOMIA EN DIENTES TEMPORALES

HOMBRES



MUJERES



CORONAS DE ACERO - CROMO.

Su uso se limita únicamente en odontología pediátrica. Las coronas de acero - cromo ya prefabricadas se adaptan y se cementan sobre los dientes temporales, cuya corona natural ha sufrido gran destrucción por caries, o por fractura.

Ocupa el 10.14 % de los tratamientos que se realizaron en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 71 casos de niños a los cuales se les colocaron coronas de acero - cromo, siendo más frecuente a la edad de 6 años, y presentando una $X = 6.58$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 49.6 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	23
6 - 10 -----	44
11 - 15 -----	4

MUJERES

Se encontraron 72 casos de niñas a las cuales se les colocaron coronas de acero - cromo, siendo más frecuente a la edad de 6 años, y presentando una $X = 5.44$ años de edad.

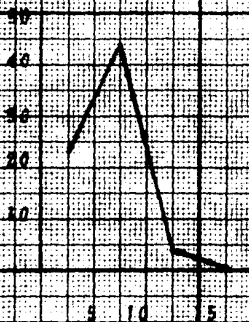
Las niñas ocuparon el 50.3 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	23
6 - 10 -----	49

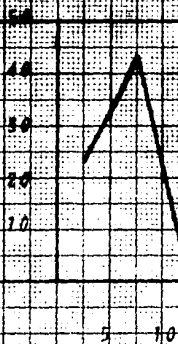
TRATAMIENTO

CORONAS

HOMBRES



MUJERES



APLICACION TOPICA DE FLUOR.

"Un enfoque eficaz para controlar enfermedades consiste en la identificación de los factores responsables de la resistencia natural o de inmunidad, y el empleo subsecuente de ese conocimiento en terapéutica preventiva. Un ejemplo clásico de esto serían las investigaciones que han llevado al empleo de fluoruro en diferentes formas, para prevenir la destrucción dental" [10].

Ocupó el 8.15 % de los tratamientos que se realizaron en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron 51 casos de niños a quienes se les hizo aplicaciones de flúor, siendo más frecuente a la edad de 5.5 años, y encontrándose una \bar{X} = 6.69 años de edad.

Los niños ocuparon el 44.3 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	22
6 - 10 -----	27
11 - 15 -----	2

MUJERES

Se presentaron 64 casos de niñas a quienes se les hizo aplicación de flúor, siendo más frecuente a los 6 años de edad, y encontrándose una \bar{X} = 6.03 años de edad.

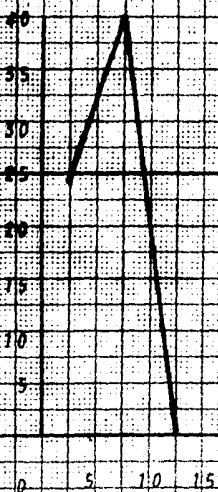
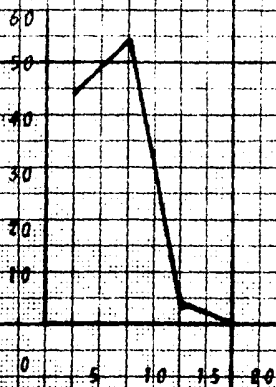
Las niñas ocuparon el 55.6 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	24
6 - 10 -----	40

TRATAMIENTO

APLICACION TOPICA

DE FLUOR



PULPOTOMIA.

Este tratamiento consiste en la remoción de la porción coronal de la pulpa vital, se realiza únicamente en dientes temporales.

Ocupó el 7.44 % de los tratamientos que se realizaron en la clínica.

HOMBRES

Se encontraron 44 niños a los que se les realizaron pulpotomías, siendo más frecuente a los 8 años de edad, y con una $\bar{X} = 7.03$ años de edad.

Los niños ocuparon el 41.9 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	10
6 - 10 -----	32
11 - 15 -----	2

MUJERES

Se encontraron 61 casos de niñas a las cuales se les realizaron pulpotomías, siendo más frecuente a los 6 años de edad, y encontrando una $\bar{X} = 6.53$ años de edad.

Las niñas ocuparon el 58.09 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	18
6 - 10 -----	42
11 - 15 -----	1

TRATAMIENTO:

PUEROTOMIA

35

30

25

20

15

10

5

0

HOMBRES

5 10 15

45

40

35

30

25

20

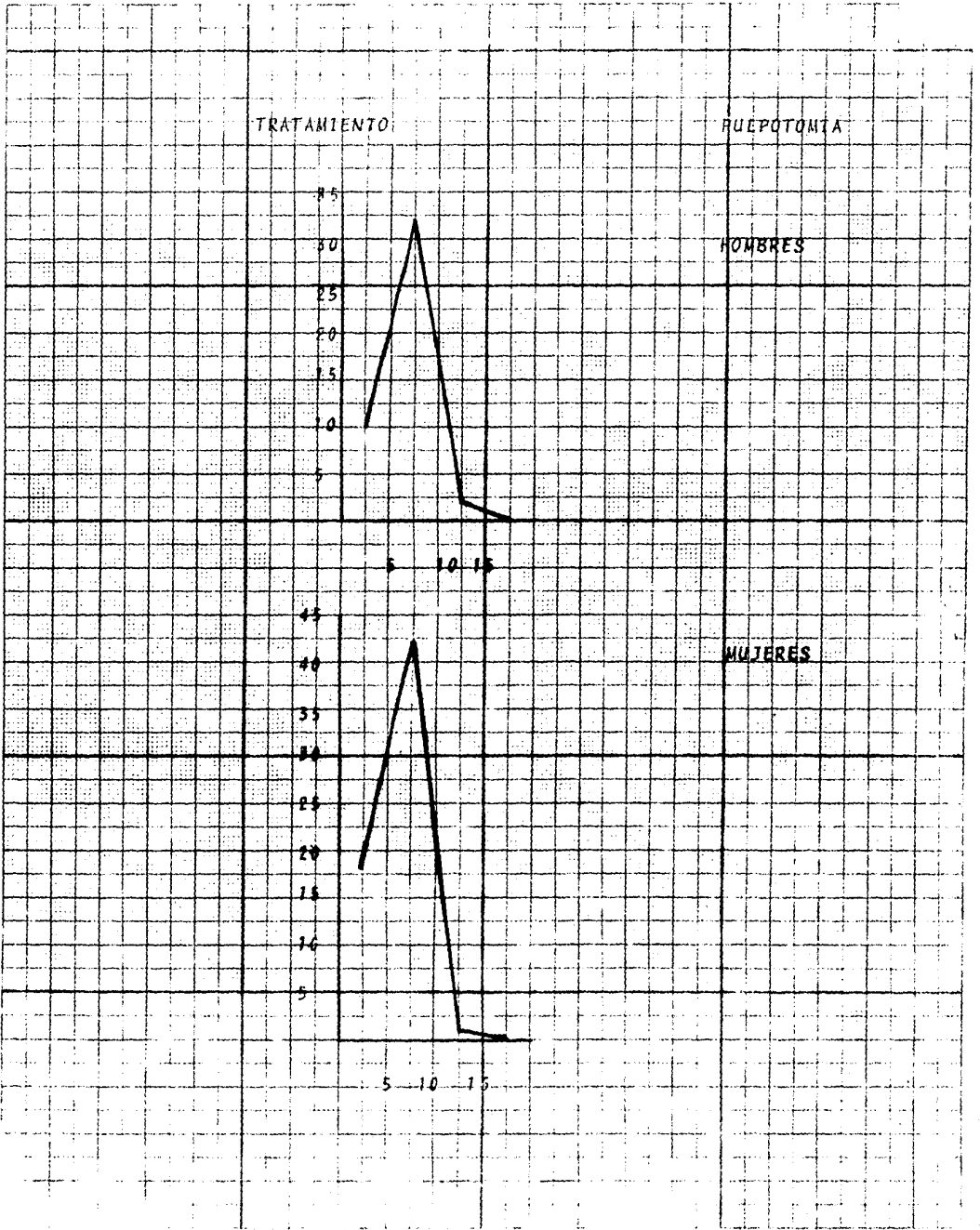
15

10

5

MUJERES

5 10 15



PROSTODONCIA.

Las prótesis totales reestablecen las funciones bucales de pacientes edéntulos, por medio del reemplazo de los dientes por otros artificiales.

Ocupa el 7.37 % de los tratamientos usados en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron 36 hombres a los cuales se les realizaron prótesis totales, siendo la edad de mayor incidencia a los 68 años, y con una \bar{X} = 67.19 años.

Los hombres ocuparon el 34.6 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
41 - 45 -----	3
46 - 50 -----	0
51 - 55 -----	7
56 - 60 -----	4
61 - 65 -----	5
66 - 70 -----	7
71 - 75 -----	5
76 - 80 -----	4
81 - 85 -----	0
86 - 90 -----	1

MUJERES

Se presentaron 68 casos de mujeres a las cuales se les realizaron prótesis totales, siendo más frecuente a la edad de 60 años y encontrando una \bar{X} = 65.3 %

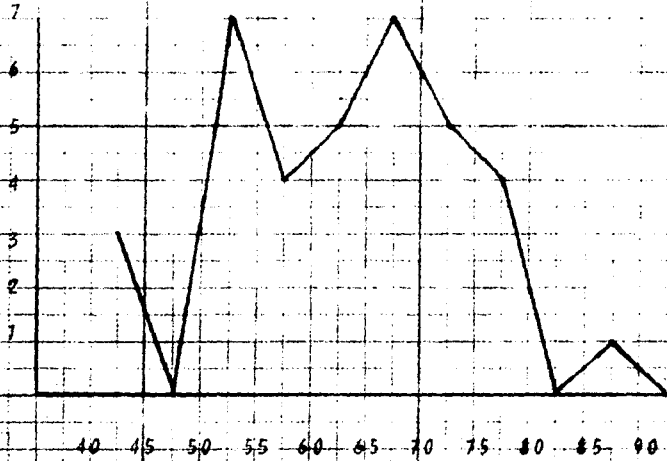
Las mujeres ocuparon el 65.3 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
21 - 25 -----	1
26 - 30 -----	2
31 - 35 -----	1
36 - 40 -----	4
41 - 45 -----	3
46 - 50 -----	10
51 - 55 -----	7
56 - 60 -----	14
61 - 65 -----	9
66 - 70 -----	5
71 - 75 -----	7
76 - 80 -----	3
81 - 85 -----	2

TRATAMIENTO

PROSTODONCIA

HOMBRES



MUJERES



TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Es la extracción quirúrgica de estos dientes, ya que se encuentran impedidos a erupcionar, debido a su mal eje de erupción, a su sitio equivocado de erupción o bien por la presencia de alguna patología.

Ocupa el 6.24 % de los tratamientos realizados en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron 26 hombres a los cuales se les practicó la cirugía de tercer molar, siendo más frecuente a los 18 años de edad, y con una $\bar{X} = 19.92$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 29.5 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	6
16 - 20 -----	8
21 - 25 -----	10
26 - 30 -----	1
31 - 35 -----	0
36 - 40 -----	1

MUJERES

Se presentaron 62 casos de mujeres a las que se les practicó la cirugía de tercer molar, siendo más frecuente entre los 21 y 25 años de edad, y presentando una $\bar{X} = 23.80$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 70.4 % en este tratamiento.

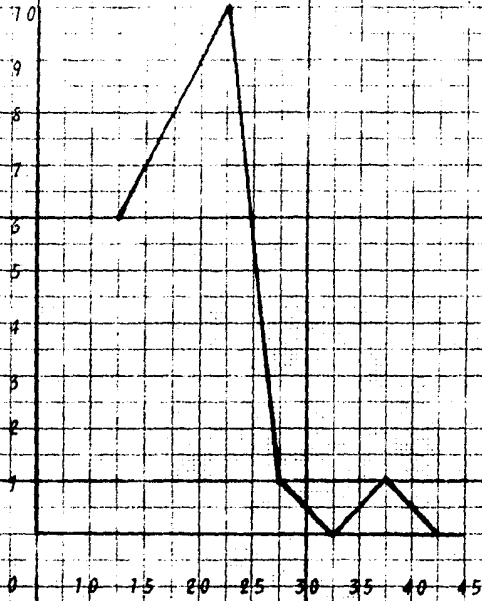
INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
11 - 15 -----	6
16 - 20 -----	18
21 - 25 -----	18
26 - 30 -----	7
31 - 35 -----	8
36 - 40 -----	3
41 - 45 -----	2

TRATAMIENTO

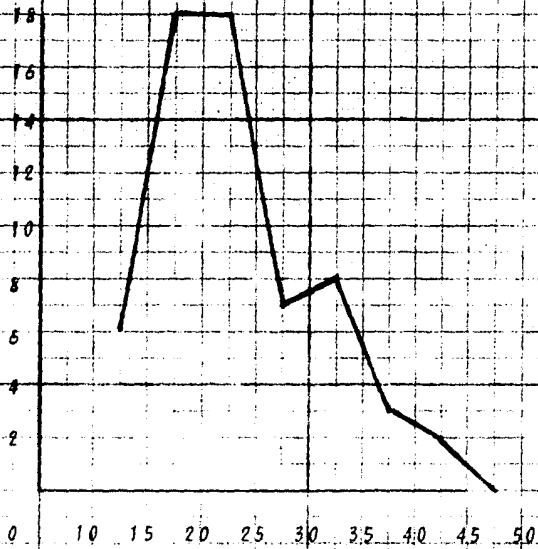
CIRUGIA DE TERCER

MOLAR

HOMBRES



MUJERES



ORTODONCIA PREVENTIVA E INTERCEPTIVA.

"La ortodoncia preventiva se limita para muchos a los procedimientos que implica el término mantenedores de espacio, pero para otros, significa una vigilancia dinámica y constante, un sistema y una disciplina tanto para el dentista como para el paciente."

El grupo preventivo incluye a todos los pacientes dentro de un programa de educación. Cosas tales como el control del espacio y recuperación de espacio, mantenimiento de un programa de exfoliación por cuadrante, análisis funcional y revisión de hábitos bucales" [13].

Ocupó el 4.68 % de los tratamientos realizados en la clínica

HOMBRES

Se presentaron 33 casos de niños a los cuales se les colocaron mantenedores de espacio, siendo más frecuente a la edad de 6 años, y presentando una $\bar{X} = 7.03$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 50 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	8
6 - 10 -----	23
11 - 15 -----	2

MUJERES

Se presentaron 33 casos de niñas a las cuales se les colocó un mantenedor de espacio, siendo más frecuente a la edad de 6 años, y presentando una $\bar{X} = 6.72$ años de edad.

Las niñas ocuparon el 50 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
0 - 5 -----	8
6 - 10 -----	25

"Los procedimientos interceptivos son necesarios para corregir displasias basales del desarrollo, problemas de paladar hendido, diastemas anteriores, problemas de hábitos, así como problemas de longitud de arcada, etc. El grupo de mecanoterapia parcial incluye problemas de clase II, clase III, problemas de mordida abierta, problemas de dimensión vertical, intervención ortopédica para corregir maloclusiones basales, correcciones de mordida cruzada" [13].

Este tipo de tratamientos ocupó el 0.56 % de los usados en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron 3 casos de pacientes masculinos en ortodoncia interceptiva.

EDAD	FRECUENCIA
8 -----	1
12 -----	1
14 -----	1

MUJERES

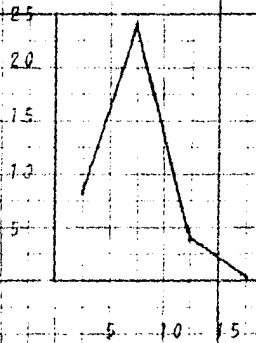
Se presentaron 6 casos de mujeres en ortodoncia interceptiva.

EDAD	FRECUENCIA
15 -----	2
18 -----	2
20 -----	1
22 -----	1

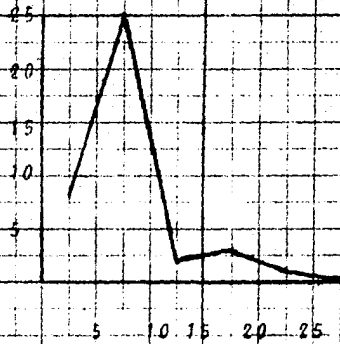
TRATAMIENTO

ORTODONCIA

HOMBRES



MUJERES



REGULARIZACION DE PROCESO.

Es una técnica quirúrgica mediante la cual se recortan y alisan las aristas o irregularidades en el reborde alveolar, a fin de que la mucosa asiente sobre hueso firme.

Ocupa el 0.85 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron tres casos de hombres con este tratamiento, presentando una \bar{X} = 69 años de edad,.

Los hombres ocuparon el 25 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
68 -----	1
69 -----	1
72 -----	1

MUJERES

Se encontraron 9 casos de mujeres a las cuales se les practicó la regularización de proceso, con una \bar{X} = 59.11 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 75 % en este tratamiento.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA
31 - 35 -----	1
36 - 40 -----	1
41 - 45 -----	3
46 - 50 -----	1
51 - 55 -----	2
56 - 60 -----	1

FRENILECTOMIAS Y FRENILOTOMIAS.

Una frenilectomía se practica para eliminar frenillos.

El objetivo es crear condiciones que favorezcan el sellado periférico y consiguientemente las superiores.

Una frenilotomía es la sección de un frenillo, particularmente para liberar la lengua, afectada de anquiloglosia o lengua atada.

Ocupó el 0.63 % de los tratamientos realizados en la clínica

HOMBRES

Se presentaron 3 pacientes en este tratamiento, presentando una \bar{X} = 8.33 años de edad.

Los hombres ocuparon el 33.33 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
7 -----	1
8 -----	1
10 -----	1

MUJERES

Se presentaron 6 pacientes en este tratamiento, presentando una \bar{X} = 20.5 años de edad, y una frecuencia mayor a los 22 años de edad.

Las mujeres ocuparon el 66.66 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
8 -----	1
13 -----	1
22 -----	2
26 -----	1
32 -----	1

DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Esta es una anomalía de número consistente en el aumento de dientes de los que normalmente se encuentran en el arco.

Se encuentran con mayor frecuencia en la región anterior superior, no siempre erupcionan.

Cuando se encuentran entre los incisivos centrales superiores, se les denomina MESIODENTS, y cuando se encuentran a los lados de la línea media, se le llama DESIDENTS.

Ocuparon el 0.51 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se presentó un sólo caso de hombre con diente supernumerario, al que se le trató quirúrgicamente; siendo de 11 años de edad, y ocupando el 83.33 % en este tratamiento.

MUJERES

Se presentaron cinco casos de mujeres a las que se les realizó cirugía de dientes supernumerarios, con una \bar{X} = 12 años de edad

Las mujeres ocuparon el 83.33 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
5 -----	1
9 -----	1
12 -----	1
16 -----	1
18 -----	1

A) Mesiodents.HOMBRES

Se encontraron 4 pacientes a los que se les practicó la cirugía de mesiodents, con una moda de 10 años de edad, y con una \bar{X} = 10 años de edad.

EDAD	FRECUENCIA
9 -----	1
10 -----	1
11 -----	1

MUJERES

Se encontraron 2 casos de mujeres a las que se les practicó la cirugía de mesiodents, son una $\bar{X} = 10.5$ años de edad

EDAD	FRECUENCIA
10 -----	1
11 -----	1

APICECTOMIA.

Es la intervención quirúrgica practicada por vía transmaxilar en el área del ápice y periápice dentarios con el objeto de eliminar el tercio apical, causante de un foco infeccioso.

Ocupó el 0.42 % de los tratamientos que se realizaron en la clínica.

HOMBRES

Se presentan únicamente dos pacientes a los cuales se les realizó la apicectomía. Con una $\bar{X} = 22.5$ años de edad.

Los hombres ocuparon el 33.33 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
15 -----	1
30 -----	1

MUJERES

Se presentaron 4 casos de mujeres en este tratamiento, con una $\bar{X} = 19.25$ años de edad.

Las mujeres ocuparon el 66.66 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
16 -----	1
18 -----	1
21 -----	1
22 -----	1

CANINO INCLUIDO.

Es la intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el canino que se encuentra impedido a erupcionar por la falta de espacio.

Ocupa el 0.20 % de los tratamientos que se realizan en la clínica.

HOMBRES

Se presentó un paciente al que se le practicó este tipo de tratamiento, siendo de 11 años de edad, y ocupando el 25 % en este tratamiento.

MUJERES

Se presentaron 3 mujeres a las cuales se les practicó la cirugía de canino incluído, con una \bar{X} = 22 años de edad. y ocupando el 75 % en este tratamiento.

EDAD	FRECUENCIA
16 -----	1
23 -----	1
27 -----	1

PROFUNDIZACION DE VESTIBULO.

Es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para lograr un vestibulo y un piso de boca con una profundidad adecuada.

Ocupa el 0.14 % de los tratamientos que se realizan en clínica

HOMBRES

No se encontro ningun caso de paciente que haya tenido este tratamiento.

MUJERES

Se encontraron dos mujeres a las que se les practicó cirugía de profundización de vestibulo., \bar{X} = 61.5, y con una edad de 51 y 72 años de edad.

RASPADO RADICULAR.

Es una técnica quirúrgica consistente en la separación del tejido mucoperiosteico del hueso, a fin de formar un colgajo para la eliminación de cálculos, bolsas periodontales infrabseas, en tratamientos de parodontosis.

Ocupa el 0.14 % de los tratamientos realizados en la clínica.

HOMBRES

Se presentaron dos casos de hombres en este tratamiento, con una \bar{X} = 59.5 años de edad.

Los hombres ocuparon el 100 % en este tratamiento.

<u>EDAD</u>	<u>FRECUENCIA</u>
52 -----	1
68 -----	1

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujer en este tratamiento.

GINGIVECTOMIA.

"Gingivectomía significa excisión de la encía. En realidad es una operación en dos tiempos que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y alisado de la superficie radicular". [7].

Ocupa el 0.07 % de los tratamientos realizados en la clínica.

HOMBRES

Se presentó un sólo caso de hombre en este tipo de tratamiento siendo de 20 años de edad, y ocupando el 100 % en este tratamiento.

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujer en este tratamiento.

GINGIVOPLASTIA.

Es la intervención quirúrgica por medio de la cual se remodela la encía afectada, con el objeto de perfeccionar sus contornos.

Ocupa el 0.07 % de los tratamientos realizados en la clínica.

HOMBRES

No se reportó ningún caso de hombre con este tipo de tratamiento.

MUJERES

Se reportó un sólo caso de mujer con este tipo de tratamiento, siendo de 22 años de edad, y ocupando el 100 % en este caso.

GUARDA OCLUSAL.

Este es un aparato que se utiliza para el inicio de tratamientos en el que se ve afectada la articulación temporomandibular, ya sea por bruxismo, stress, o algún otro tipo de alteración.

Ocupó el 0.07 % de los tratamientos que se realizaron en la clínica.

HOMBRES

Se presentó un sólo caso de hombre con este tipo de tratamiento, siendo de 26 años de edad, y ocupando el 100 % en este caso.

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujer con este tipo de tratamiento.

REIMPLANTE.

Es una intervención quirúrgica por medio de la cual se restituyen a su propio alveolo un diente que fuera removido del mismo en forma accidental o intencional.

Ocupa el 0.07 % de los tratamientos que se realizaron en la clínica.

HOMBRES

No se presentó ningún caso de hombre con este tipo de tratamiento.

MUJERES

Se presentó un sólo caso de mujer con este tipo de tratamiento, siendo de 22 años de edad, y ocupando el 100 % en este caso.

TRANSPLANTE.

Intervención quirúrgica por medio de la cual un alveolo que ha quedado libre por la remoción del diente natural que en él se encontraba, se ocupa con otro diente del mismo paciente.

Ocupó el 0.07 % de los tratamientos realizados en la clínica

HOMBRES

Se presentó un sólo caso de hombre con este tipo de tratamiento, siendo de 17 años de edad, y ocupando el 100 % en este caso.

MUJERES

No se reportó ningún caso de mujer con este tipo de tratamiento.

TORUS PALATINO.

El torus palatino es un sobrecrecimiento exagerado y localizado en el paladar de hueso, En algunos casos, es necesario efectuar la cirugía para eliminar este torus, y es cuando nos impide la buena adaptación de una prótesis o bien la adecuada fonación.

Ocupó el 0.07 % de los tratamientos realizados en la clínica.

HOMBRES

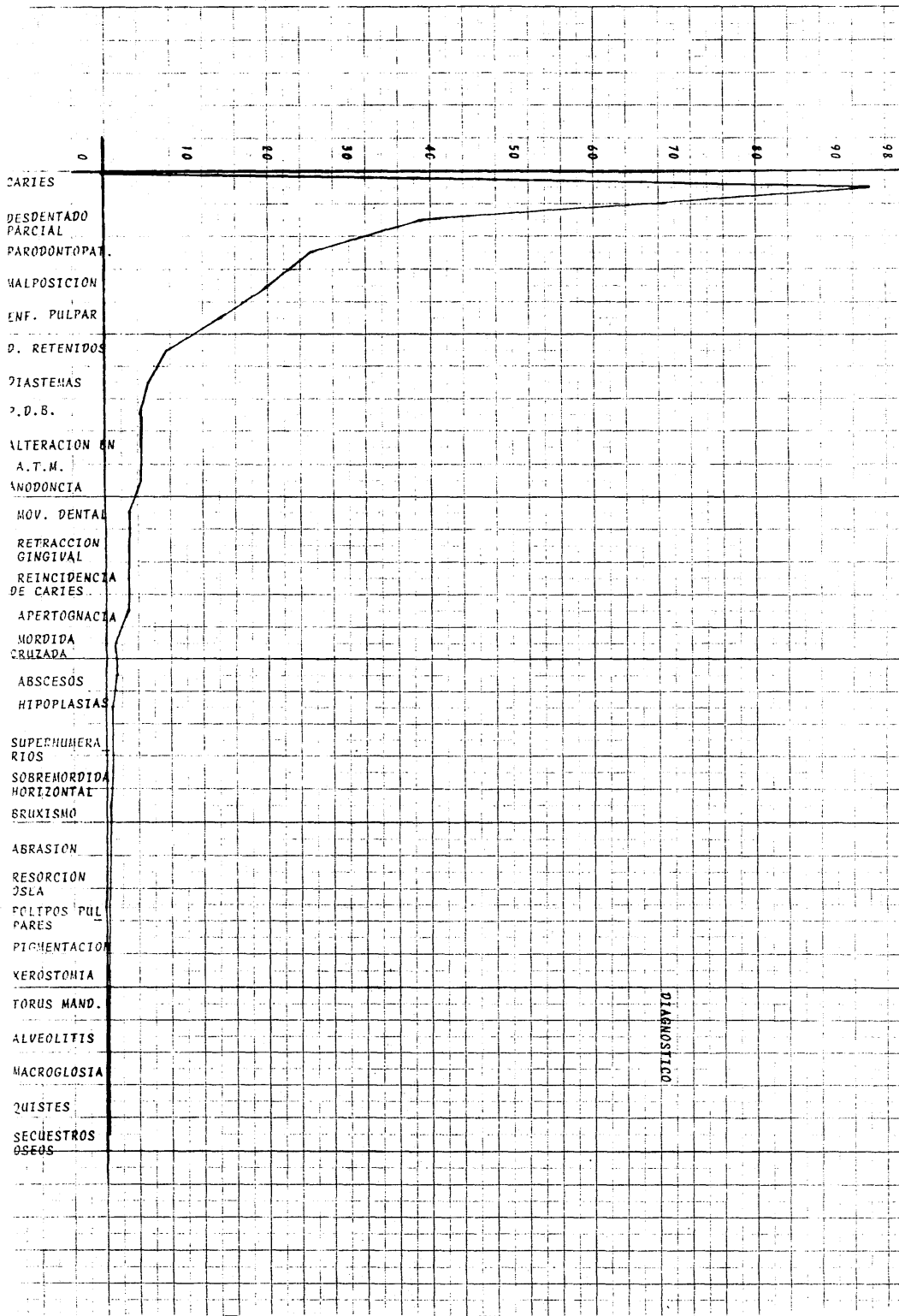
No se reportó ningún caso de hombre con este tipo de tratamiento.

MUJERES

Se reportó un sólo caso de mujer en este tipo de tratamiento, siendo de 32 años de edad, y ocupando el 100 % en este caso.

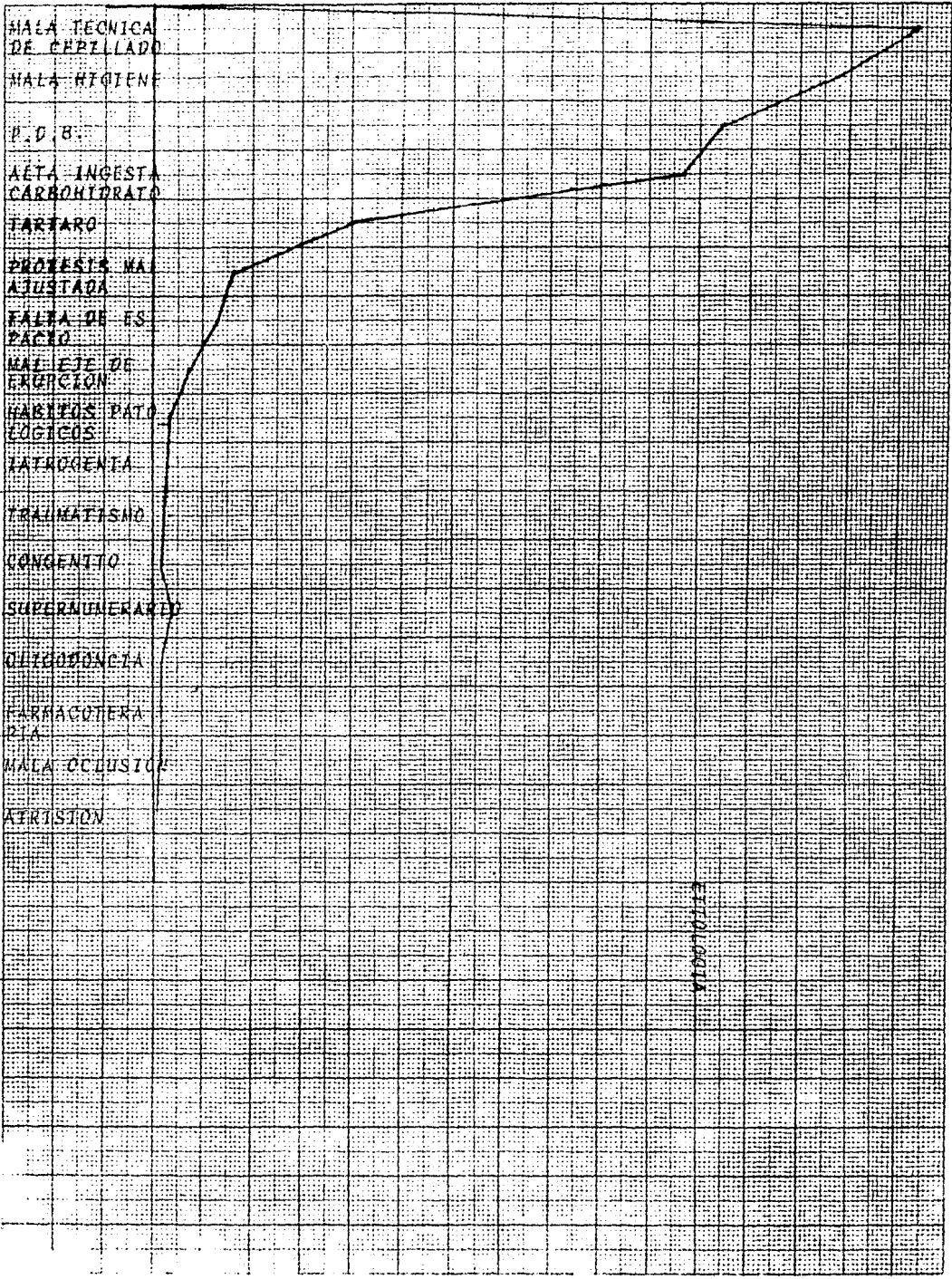
CAPITULO V

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

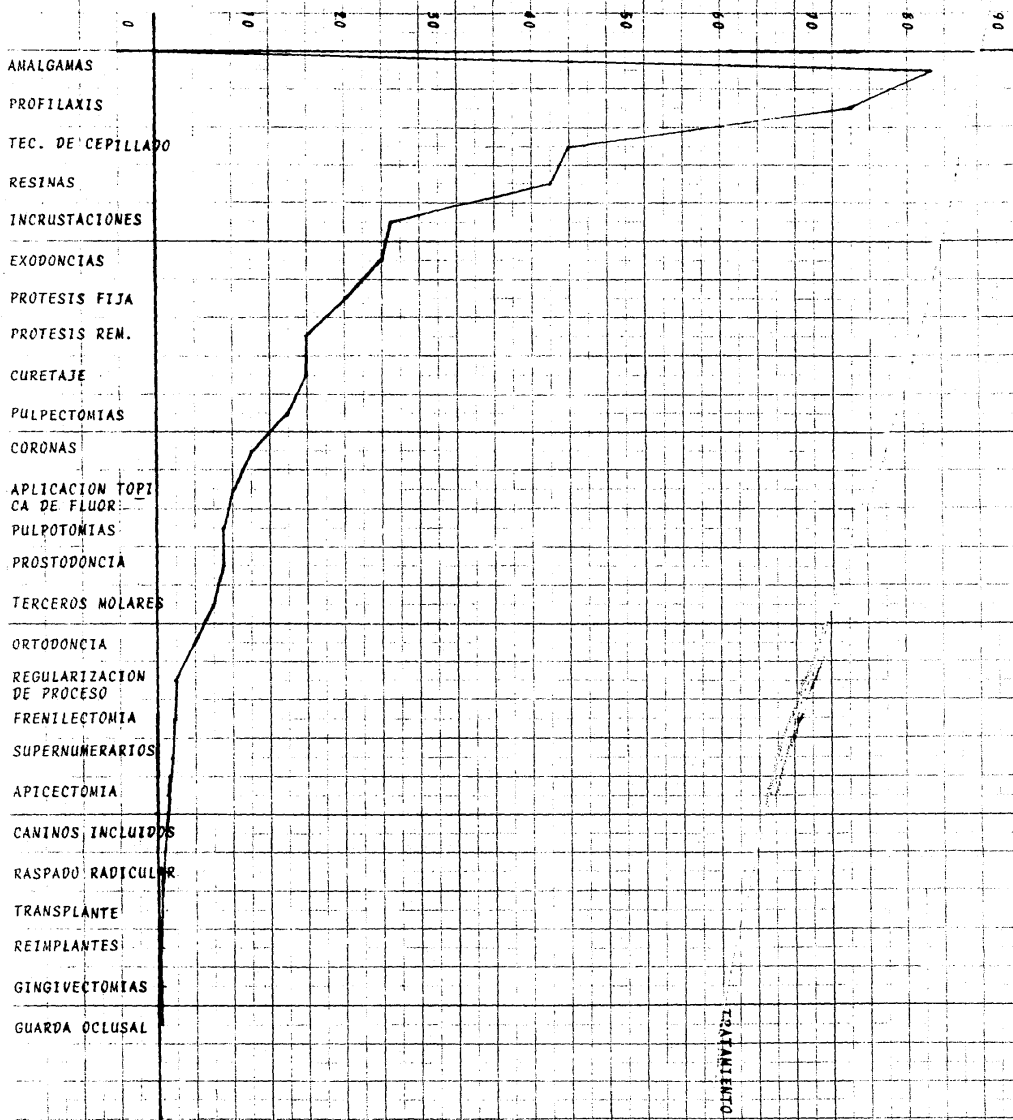


DIAGNOSTICO

0 10 20 30 40 50 60 70 80



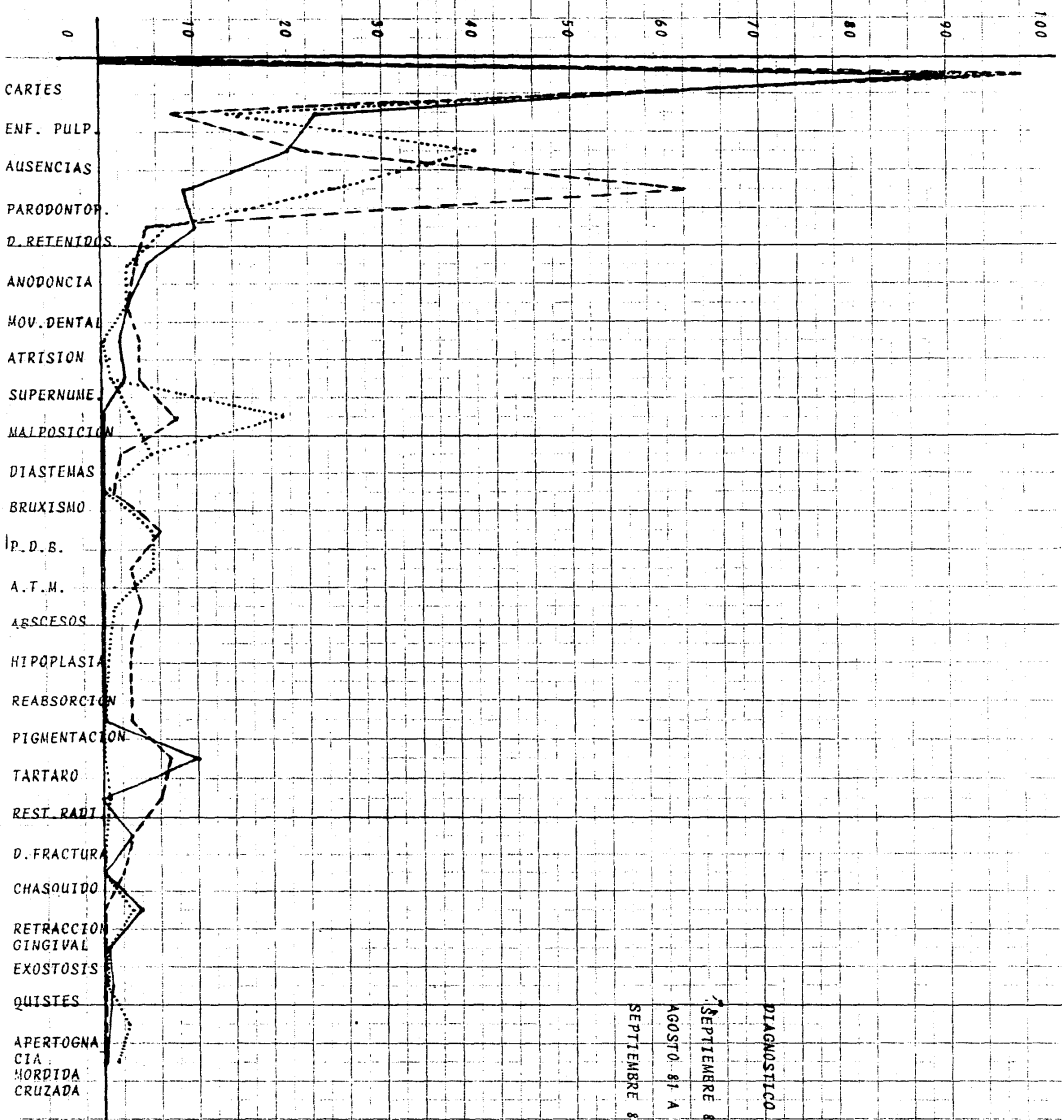
ETIOLOGIA

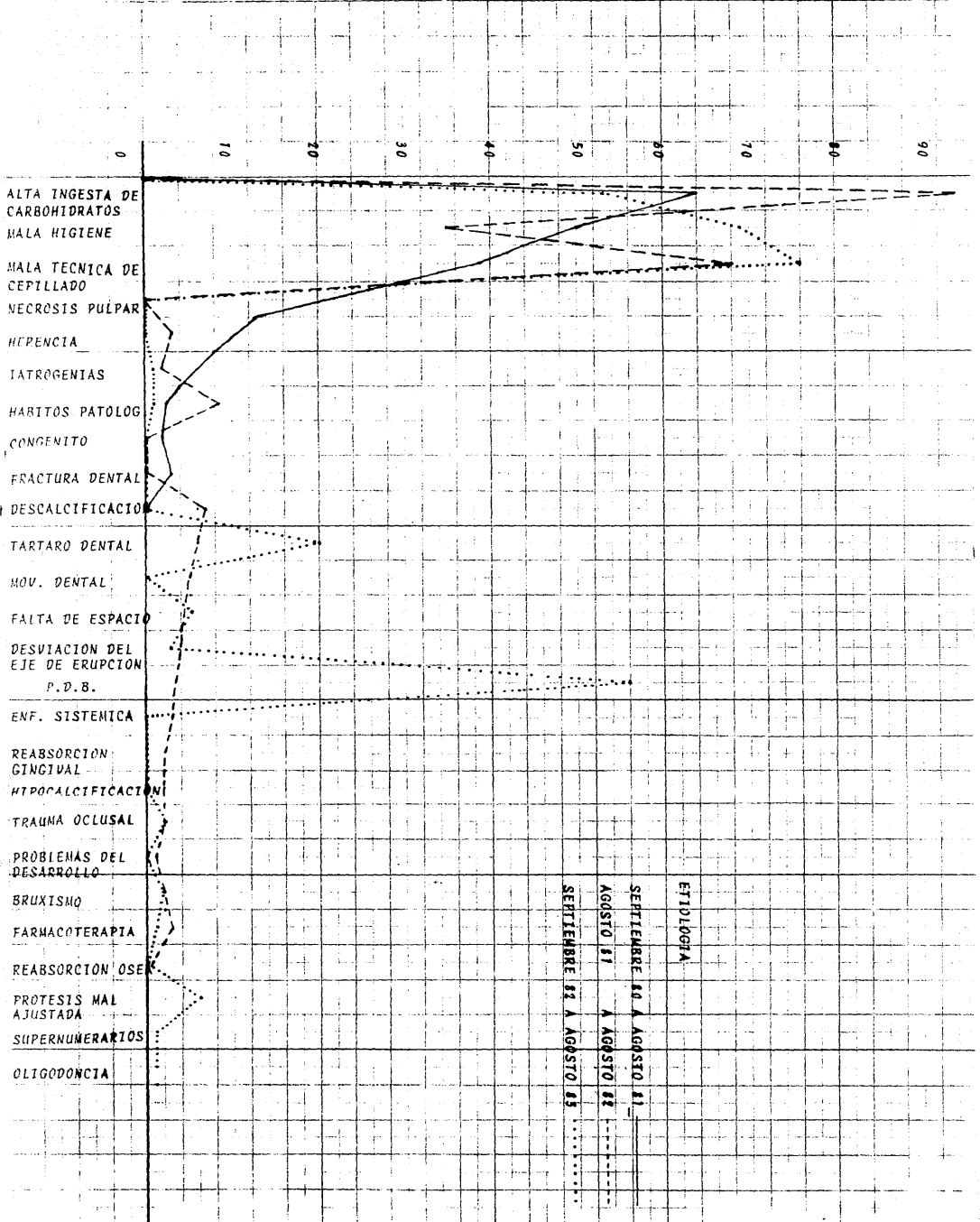


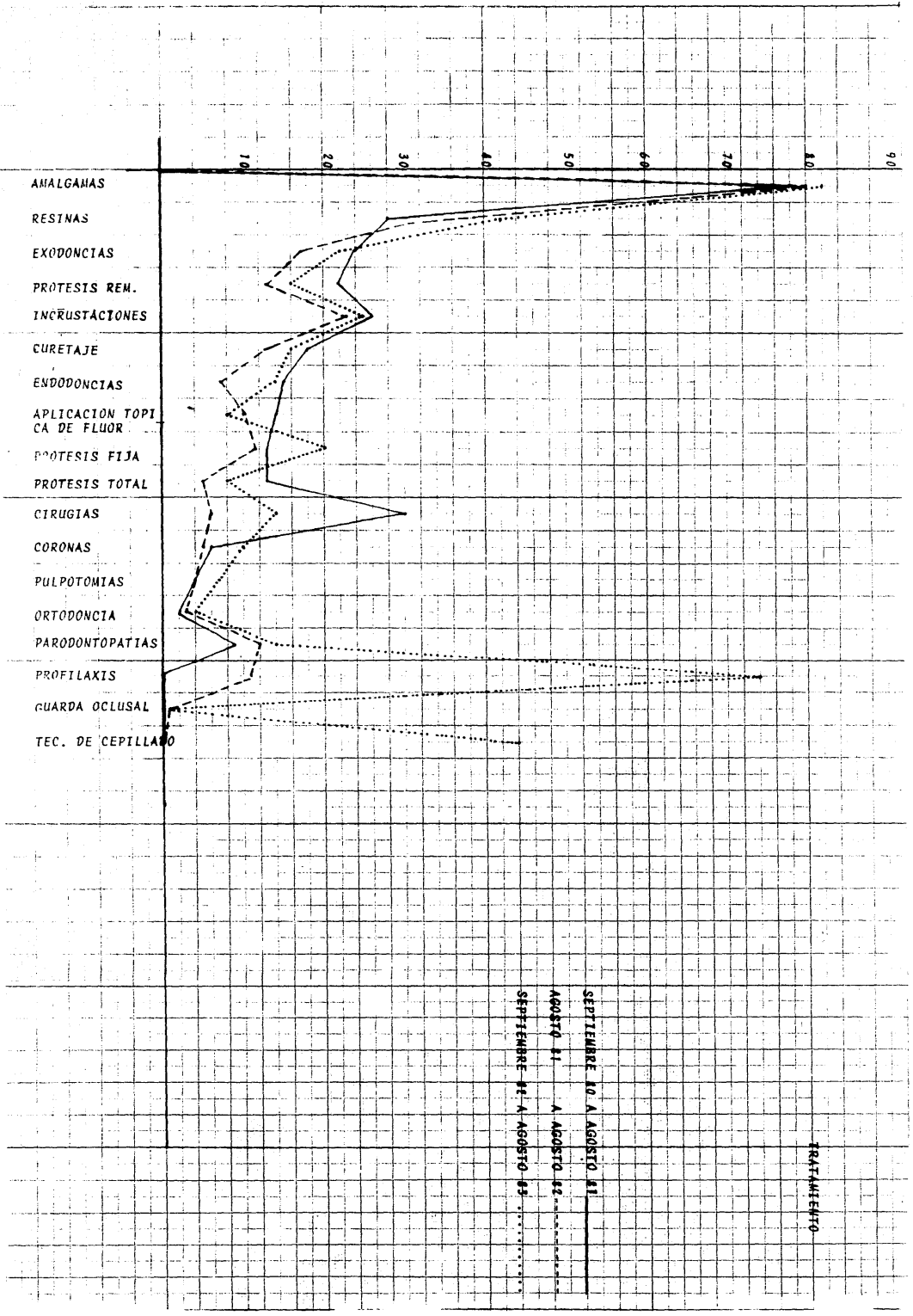
TRATAMIENTO

CAPITULO VI

GRAFICAS COMPARATIVAS







TRATAMIENTO

SEPTIEMBRE 10 A AGOSTO 31

AGOSTO 11 A AGOSTO 31

SEPTIEMBRE 01 A AGOSTO 31

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1] BASKAR S. N.
Patología Bucal.
Editorial El Ateneo.
Segunda Edición.
México, 1974.
- 2] BURKET, LESTER WILLIAMS
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.
Editorial Interamericana.
Septima Edición.
México, 1980.
- 3] COSTICH, EMMETT R.
Cirugía Bucal
Editorial Interamericana.
Primera Edición
México 1974.
- 4] DURANTE A. CIRO
Diccionario Odontológico.
Editorial Mundi.
Cuarta Edición.
Buenos Aires, 1982.
- 5] FINN, SIDNEY B.
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana.
Cuarta Edición.
México, 1982.
- 6] FRIEDENTHAL, MARCELO.
Diccionario Odontológico.
Editorial Panamericana.
Buenos Aires, 1981.
- 7] GLICKMAN, IRVING.
Periodontología Clínica.
Editorial Interamericana.
Cuarta Edición.
México, 1980.
- 8] GORLIN, ROBERT J.
Patología Oral de Thoma.
Editorial Salvat
Barcelona, 1980'

- 9] GRINSPAN, DAVID.
Enfermedades de la Boca.
Editorial Mundi.
Primera Edición.
Tomo 11
Buenos Aires, 1977.
- 10] KATZ, SIMON.
Odontología Preventiva en Acción.
Editorial Medica Panamericana.
Buenos Aires, 1975
- 11] KRUGER, GUSTAVO.
Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana.
Segunda Edición.
México 1982.
- 12] MENDIETA, ALATORRE ANGELES
Método de Investigación.
Editorial Porrúa S.A.
México 1971.
- 13] MOYERS, ROBERT E.
Manual de Ortodoncia.
Editorial Mundi.
Tercera Edición.
Buenos Aires, 1976.
- 14] SPIEGEL, MURRAY R.
Estadística.
Editorial Mc Graw-Hill.
México, 1979.
- 15] VELAZQUEZ, TOMAS.
Anatomía Patológica Dental y Bucal.
Editorial La Prensa Medica Mexicana.
México, 1977.
- 16] ZEGARELLI, EDWARD V.
Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial Salvat.
Barcelona, 1972.

- 17] GUINTA, JHON.
Patología Bucal.
Editorial Mundi
Primera Edición.
Buenos Aires, 1976.
- 18] MARTINEZ ROSS, ERICK.
Oclusión.
Vicova Editores S. A.
Segunda Edición.
Mexico 1978
- 19] ROBBINS, STANLES L.
Patología Estructural y Funcional.
Editorial Interamericana.
Primera Edición.
México 1975.