

368  
2 Gen 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES**

**IZTACALA**

**PERDIDA PREMATURA DE DIENTES ANTERIORES TEMPORALES  
INFLUENCIA PSICOLOGICA Y COMPLICACIONES DENTALES**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**GIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A N  
RUIZ SOCORRO GUADALUPE  
VAZQUEZ VAZQUEZ YOLANDA SILVIA

**SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1984**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

|  | pág. |
|--|------|
| INTRODUCCION.....                              | 1    |
| Objetivos de la Investigación.....             | 4    |
| CAPITULO I                                     |      |
| <u>REVISION A LA LITERATURA.....</u>           | 5    |
| A.- Generalidades.....                         | 5    |
| B.- Dentición Infantil.....                    | 6    |
| 1.- Importancia.....                           | 7    |
| 2.- Función.....                               | 9    |
| C.- Trastornos de los Organos Dentarios.....   | 10   |
| D.- Factores de Pérdida Prematura.....         | 17   |
| 1.- Factores Locales.....                      | 18   |
| 2.- Factores Generales.....                    | 21   |
| E.- Prevención de Pérdida Prematura.....       | 25   |
| F.- Tratamiento de Pérdida Prematura.....      | 26   |
| CAPITULO II                                    |      |
| <u>UBICACION DE LA ZONA ESTUDIADA.....</u>     | 27   |
| A.- Límite Geográfico.....                     | 27   |
| B.- Características del lugar y sus habitantes | 28   |
| 1.- Antecedentes Históricos.....               | 28   |
| 2.- Marco Geográfico.....                      | 28   |
| C.- Infraestructura.....                       | 28   |
| 1.- Vivienda.....                              | 28   |
| 2.- Agua y Alumbrado.....                      | 28   |
| 3.- Servicios Públicos.....                    | 29   |
| 4.- Servicios de Comunicación.....             | 29   |

|  | pág. |
|--|------|
| D.- Aspecto Salud.....                 | 29   |
| E.- Aspecto Cultural.....              | 30   |
| F.- Aspecto Educativo.....             | 30   |
| G.- Aspecto Político.....              | 30   |
| H.- Plano de la Colonia Impulsora..... | 31   |

### CAPITULO III

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| <u>MATERIAL</u> .....       | 33 |
| A.- Historia Clínica.....   | 33 |
| B.- Material Clínico.....   | 33 |
| C.- Material Biológico..... | 36 |
| D.- Material Didáctico..... | 36 |

### CAPITULO IV

|   |    |
|---|----|
| <u>METODO ESTADISTICO</u> .....                                     | 37 |
| A.- Método.....   | 37 |
| B.- Forma de Vaciado de Datos Estadísticos<br>por Paciente.....     | 38 |
| C.- Forma de Vaciado de Datos Estadísticos<br>por Manzana.....      | 38 |
| D.- Forma de Vaciado de Población por Grupos<br>de Edad y Sexo..... | 38 |

### CAPITULO V

|   |    |
|---|----|
| <u>GRAFICAS ESTADISTICAS</u> .....                        | 42 |
| A.- Cuadro Estadístico A Comunidad Total<br>por Edad..... | 42 |
| Gráfica A Pastel.....                                     | 43 |
| B.- Cuadro Estadístico B Comunidad Total<br>por Sexo..... | 44 |

|   | pág. |
|---|------|
| Gráfica B Barras.....   | 45   |
| C.- Cuadro Estadístico No. 1 Población  |      |
| Muestra por Edad.....   | 46   |
| Gráfica No. 1 Pastel.....   | 47   |
| D.- Cuadro Estadístico No. 2 Población  |      |
| Muestra por Sexo.....   | 48   |
| Gráfica No. 2 Barras.....   | 49   |
| E.- Cuadro Estadístico No. 3 Pérdida Prematura<br>de Dientes Anteriores Temporales..... | 50   |
| Gráfica No. 3 Barras.....   | 51   |
| F.- Cuadro Estadístico No. 4 Tratamiento Dental   | 52   |
| Gráfica No. 4 Barras.....   | 53   |
| G.- Cuadro Estadístico No. 5 Complicaciones<br>Dentales.....                            | 54   |
| Gráfica No. 5 Pastel.....   | 55   |
| H.- Cuadro Estadístico No. 6 Oclusión.....  | 56   |
| Gráfica No. 6 Barras.....   | 57   |
| I.- Cuadro Estadístico No. 7 Conducta<br>Psicológica.....                               | 58   |
| Gráfica No. 7 Barras.....   | 59   |
| J.- Cuadro Estadístico No. 8 Personalidad.....  | 60   |
| Gráfica No. 8 Barras.....   | 61   |

## CAPITULO VI

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| <u>INTERPRETACION DE DATOS</u> ..... | 62 |
|--------------------------------------|----|

## CAPITULO VII

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <u>RESULTADO FINAL</u> ..... | 64 |
| 1.- Comunidad.....           | 64 |
| 2.- Población.....           | 65 |

|   | pág. |
|---|------|
| 3.- Pérdida Prematura de Dientes Anteriores |      |
| Temporales.....                             | 66   |
| 4.- Tratamiento Dental.....                 | 68   |
| 5.- Complicaciones Dentales.....            | 71   |
| 6.- Oclusión.....                           | 77   |
| 7.- Conducta Psicológica.....               | 78   |
| 8.- Personalidad.....                       | 80   |
| <br>  |      |
| CAPITULO VIII                               |      |
| <u>CONCLUSIONES</u> .....                   | 83   |
| <br>  |      |
| CAPITULO IX                                 |      |
| <u>SUGERENCIAS</u> .....                    | 88   |
| <br>  |      |
| <u>BIBLIOGRAFIA</u> .....                   | 90   |

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

Esta Investigación está basada en la necesidad de conocer los problemas que se suscitan con la Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales, así como las causas que intervienen para la misma, haciendo notar que los factores Económico, Social y Cultural lo hacen de una manera fundamental y determinante.

La dentición constituye uno de los factores determinantes en la salud general del individuo, cuya importancia se acentúa más en el niño, por las características de su crecimiento y desarrollo, que pueden ser fácilmente afectados por una dentición enferma. De ahí que los problemas orales se conceptúan como problemas de salud y que la Odontología desempeñe un papel de enorme importancia en las Ciencias Médicas.

La importancia de la dentición del niño y su relación con la salud debe considerarse también un completo estado de bienestar físico, mental y social. Sin embargo -- los procesos infecciosos y dolorosos resultantes de las enfermedades de la dentición, necesariamente influyen en su desenvolvimiento psíquico e intelectual, con -- repercusiones en su educación escolar y constituyen, finalmente, factores considerables en la falta de adaptación del niño en su propio medio. Por lo tanto el niño con su dentición afectada constituye a su vez un enfermo, por cuanto ésta alteración de su salud interfiere definitivamente con sus estados físico, mental y social.

Cabe señalar cuales son las funciones de dicha dentición, sin menospreciar la enorme importancia que también encierra para él su dentición permanente j6ven y futura dentición de adulto.

Puede resumirse en pocos puntos las funciones en que se fundamenta la importancia de la Dentición Temporal:

- 1.- Funci3n Masticatoria
- 2.- Mantenimiento de Espacio
- 3.- Est6tica
- 4.- Lenguaje
- 5.- Adaptaci3n Social

Los aspectos anteriores son los que determinan la importancia de la Dentición Temporal, cabe analizar los trastornos de car6cter local 3 general que se manifiestan cuando 6sta Dentición Temporal es afectada. Para el caso, se resume el problema de la siguiente manera: P6r--  
dida de la funci3n masticatoria, Dolor, Infecci3n oral, --  
Infecci3n general, Alteraci3n del crecimiento de la ---  
dentici3n, P6r--dida de la armonía y expresi3n facial, --  
Alteraci3n del crecimiento general, Alteraci3n del ----  
desenvolvimiento intelectual, Alteraci3n del Lenguaje, -  
Trauma Psicol3gico.

La P6r--dida Prematura de los Dientes Anteriores Temporales ocasiona no solo H6bitos Fon6ticos, sino tambi6n --  
los llamados H6bitos Bucales considerados como factores etiol3gicos de la Maloclusi3n.

Como problema resultante de la P6r--dida Prematura de ---  
Dientes Anteriores Temporales es el Trauma Psicol3gico--  
que puede ocasionar en el ni6o y que f6cilmente puede -  
constituir a su vez un problema de adaptaci3n social, -  
con 6sto valoramos la importancia que tiene el concien-

tizar a la Comunidad de la conservación de los Dientes Temporales, que si bién es cierto es deber del Cirujano Dentista, también lo es de los padres el tener conocimiento acerca de los problemas que se ocasionan con la Pérdida Prematura, Daño Psicológico y Complicaciones Dentales Futuras.

Se deduce que la dentición en estado saludable contribuye en alto grado al mantenimiento de la salud general del niño. Cuando la integración de dicha dentición se altera por una serie de factores, muchos de ellos - conocidos y controlables se establece una dentición -- enferma, cuyas consecuencias se manifiestan en la salud oral y en la salud general del niño.

La inquietud que existe para establecer la etiología - de las alteraciones que padece la Comunidad ha despertado un gran interés para que el tema sea tratado y -- evaluado de una manera conjunta para encontrar directamente las funciones de prevención, curación, rehabilitación, enseñanza, e investigación y hacer evidente la importancia que tiene el aspecto educativo y la participación activa de la Comunidad.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- 1.- Determinar el índice de Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales
- 2.- Determinar el índice de Influencia Psicológica como consecuencia de la Pérdida Prematura
- 3.- Determinar el índice de las Complicaciones Dentales que son producidas por la Pérdida Prematura
- 4.- Determinar el índice de la Población Total Comunitaria Infantil de acuerdo a grupos de Edad y Sexo

## CAPITULO I

### REVISION A LA LITERATURA

#### A.- GENERALIDADES

Dentición es el cúmulo de circunstancias que concurren para la formación, crecimiento y desarrollo de los dientes, en sus distintas etapas hasta su erupción, a fin de formar la dentadura.

Existen dos denticiones en el hombre. La primera conforma la Dentadura Infantil, y consta de veinte pequeños dientes cuya forma y tamaño satisfacen las necesidades fisiológicas requeridas; a éstos se les llama Dientes Fundamentales o Dientes Infantiles. La segunda dentición es la que forma los dientes de adulto, los que sustituyen a los dientes infantiles, en tiempo apropiado para cubrir necesidades mayores.

El grupo de dientes que aparece en primer término durante el proceso de evolución del organismo humano, ha sido denominado de diferentes formas como: Dientes de Leche, Dientes Caducos, Dientes Deciduos, Dientes Temporales. Además de la condición de aparecer en primer término y constituir el aparato masticatorio del niño, son comunes a los dientes de la primera dentición otras características tales como: tamaño, color, forma. Estos pequeños dientes coinciden armónicamente con el tamaño de la boca

con los huesos y con todo el conjunto anatómico durante el período de vida en que cumplen su función. Su color blanco lechoso ligeramente azulado los define a todos, así como su forma estrangulada en la región del cuello, y algunas otras características especiales.

Los dientes primarios son veinte y constan de: un Incisivo Central, un Incisivo Lateral, un Canino, un Primer Molar y un Segundo Molar en cada cuadrante de la boca-- desde la línea media hacia atrás. Las piezas permanentes son treinta y dos y constan de dos Incisivos Centrales sucedáneos, Incisivos Laterales y Caninos que reemplazan a dientes primarios similares; los primeros Premolares y los segundos Premolares reemplazan a los primeros Molares, y los primeros, segundos y terceros Molares que no desplazan piezas primarias sino que hacen --erupción en posición posterior a ellas.

## B.- DENTICION INFANTIL

Hay veinte dientes en la Dentición Primaria, cinco en cada cuadrante. Como en la dentición permanente, cada cuadrante contiene dos Incisivos y un Canino, pero faltan los Premolares y solo hay dos Molares.

Caracteres de la Dentición.- Los caracteres de la Dentición son los siguientes:

- 1.- En general, la mayoría de los Dientes Primarios son más pequeños que sus análogos permanentes.
- 2.- Comparadas con las coronas de los dientes permanentes, las de los dientes primarios parecen cortas, o sea, que en relación con el largo total del diente,

la altura de la corona de un diente primario es considerablemente menor que la del oponente que le sucederá.

- 3.- Los dientes primarios anteriores presentan superficies linguales y labiales bastante abultadas en su tercio cervical, llamándose Crestas Cervicales dichas superficies.
  - 4.- En los Molares primarios sólo las superficies vestibulares presentan un abultamiento considerable llamadas Crestas Vestíbulo-Cervicales.
  - 5.- Las raíces de los Molares primarios son largas y --delgadas en comparación con la de los Molares permanentes, además tienden a arquearse hacia afuera, --creando un amplio espacio entre las raíces de los --Molares primarios.
  - 6.- Una diferencia fundamental entre las dos denticiones es la ausencia de base radicular de los Molares primarios, las raíces salen directamente y no existe el tronco de la raíz.
  - 7.- Las coronas de los dientes primarios son de color --blanco lechoso.
  - 8.- El esmalte de los dientes primarios es más delgado y la cámara pulpar es relativamente más grande.
- Estos son los rasgos básicos que permiten diferenciar-- los dientes primarios de los dientes permanentes.

## 1.- IMPORTANCIA

La importancia de la Dentición Temporal:

Función Masticatoria.- En términos generales se estima-

que la dentición temporal desempeña ésta función durante un sexto de vida del individuo o sea, desde una época intermedia de la erupción de los dientes temporales, aproximadamente a los dos años, con la salida de los -- primeros molares, hasta los doce años, cuando se exfolian los segundos molares, aún cuando a los seis años -- aproximadamente, la superficie masticatoria aumente con la erupción de los primeros molares permanentes, y durante el lapso de la dentición mixta haya sustitución -- de piezas temporales por permanentes, la integridad de la dentición temporal es indispensable para que en conjunto con la permanente joven existente, desempeñe una buena función masticatoria.

El mantenimiento del espacio adecuado para el acomodo -- de los dientes permanentes y la secuencia correcta de -- su erupción. En otras palabras, la dentición temporal -- constituye uno de los factores determinantes para el futuro establecimiento de una oclusión normal y bien balanceada, lo que en sí constituye a su vez otro factor -- muy importante para una buena función masticatoria.

Debe considerarse también que una dentición temporal sana, y consecuentemente en un estado de integridad toma una participación activa en las funciones del desarrollo de la dentición, lo que conduce asimismo al establecimiento de una oclusión normal y bien balanceada.

Estética, mediante el análisis de las malas oclusiones consecutivas a la Pérdida Prematura de los Dientes Temporales, las alteraciones de la fisonomía y la relajación de la musculatura facial, son resultantes de la -- Pérdida Prematura de Dientes Temporales.

Lenguaje, el papel que desempeña la dentición en las --

funciones de lenguaje es importante, por lo que es de suponer que la pérdida de su integridad en el niño, necesariamente tiene que contribuir a sus defectos o alteraciones, aún cuando pueden ser transitorios y corregirse posteriormente al hacer erupción los dientes permanentes.

Adaptación Social, ésto constituye uno de los aspectos importantes en el desenvolvimiento psicológico del niño en quien, la buena apariencia de sus dientes, es un factor importante.

## 2.- FUNCION

Hay tres períodos en la dentición del hombre:

- 1).-La Dentición Primaria [de los seis meses hasta los seis años]
- 2).-La Dentición Mixta [entre los seis y doce años]
- 3).-La Dentición Permanente [a partir de los doce años]

**INCISIVOS.-** La función principal de los incisivos consiste en cortar los alimentos preparándolos así para la trituración. Los incisivos junto con los caninos, forma un grupo especial llamados Dientes Anteriores, desempeñan un papel importante en la emisión de varios sonidos.

**CANINOS.-** Son dientes fuertes y poderosos que sirven para desgarrar los alimentos, aunque su función estética y fonética son muy importantes.

**MOLARES.-** La principal función de éstos dientes es triturar los alimentos preparándolos para una digestión adecuada.

## C.- TRASTORNOS DE LOS ORGANOS DENTARIOS

Estas alteraciones son generalmente de origen genético, hereditario, congénito y por factores locales, estas alteraciones están encaminadas a la forma, anatomía tamaño y a la constitución histológica de los órganos dentarios.

INICIACION.- Es cuando apenas está en formación el folículo dentario, dentro de éste período hay las alteraciones que a continuación se describen:

- 1.- Displasia Ectodérmica.- Es una enfermedad en la cual se ven afectadas todas las estructuras que se originan del ectodermo como piel, esmalte, cabello y uñas. Esta enfermedad es hereditaria y bajo el punto de vista oral se ven afectadas las Glándulas Salivales, hay resequedad en las mucosas y Anodoncia Total o Parcial, tanto en la Dentición Temporal como en la Permanente, los dientes que llegan a aparecer tienen forma cilíndrica.
- 2.- Anodoncia.- Esta es la enfermedad en la cual hay ausencia parcial de los órganos dentarios y pueden estar ausentes tanto los temporales como los permanentes, esta enfermedad es hereditaria, pero existe una teoría filogenética, o sea la tendencia en la evolución hacia la desaparición de ciertos dientes, por la disminución de la función masticatoria.
- 3.- Dientes Supernumerarios y Accesorios.- Los Dientes Supernumerarios, pueden estar asociados con quistes y neoplasias, su forma es muy semejante a la de los dientes normales, en cambio, los accesorios poseen-

forma completamente normal. Tanto los Supernumerarios como los Accesorios pueden, localizarse en cualquier parte de los maxilares, pero con más frecuencia, en la línea media de los incisivos centrales y entonces se les denomina Mesio-Dent. El Mesio Dent provoca una diastema entre los incisivos centrales o bien giroversiones en la zona retroalveolar superior, esto es hereditario y lo que va a suceder es una hiperactividad de la lámina dentaria. El problema que también puede asociarse, es la retención de los alimentos en las caras proximales de los dientes y traer como consecuencia de ésto, caries con la pérdida posterior de las piezas dentarias.

MORFODIFERENCIACION.- A continuación se señalan las alteraciones que se pueden encontrar en la formación de los dientes desde antes del nacimiento.

- 1.- Dientes de Hutchinson.- Son un signo característico de la Sífilis Congénita. Esta alteración se cree -- que se debe a los cambios inflamatorios que se presentan dentro y alrededor del germen dentario e -- hiperplasia del epitelio del órgano del esmalte durante la morfodiferenciación. Los dientes tienen -- forma de desarmador, se les considera parte de la trífida de Hutchinson que consiste en: a) La inflamación del oído interno, b) La inflamación de la ---- córnea y c) La presencia de estos dientes. Depen--- diendo de la gravedad de las alteraciones, la corrección se debe encaminar a mejorar la estética y la función de los dientes para evitar la Pérdida Prematura de éstos dientes.

- 2.- Molares en Mora de Pflieger.- Son también característicos de la Sífilis Congénita y aquí únicamente se encuentran afectados los molares y con mayor frecuencia el Primer Molar Permanente. Estos dientes presentan un aspecto lobular e hipoplasia del esmalte muy marcado, en estos casos se tiene que restaurar los dientes con corona Onlay para recuperar la estética, la función y evitar la Pérdida Prematura de éstos dientes.
- 3.- Macrodoncia.- Aquí se encontrará un aumento marcado en el tamaño de todos los órganos dentarios aunque también puede ser sólo en alguno de ellos. Esta alteración es de tipo hereditario y en algunos casos por hiperfunción de la Hipófisis. En este caso únicamente se mejorará la estética de los dientes para evitar problemas psicológicos y sociales.
- 4.- Microdoncia.- En este caso se observa la disminución de todos los dientes, aunque también puede ser en alguno de ellos. Esta alteración es hereditaria o por hipofunción de la Hipófisis, trae como consecuencia trastornos en la oclusión y diastemas que van a ser factores predisponentes en la enfermedad paradontal. Generalmente se hará la extracción, y en caso que sea parcial se restaurará con prótesis.
- 5.- Dens in Dent.- Es un diente invaginado que se origina por la proyección del epitelio en formación, hacia el interior del cuerpo dentario antes que se produzca la calcificación, dando el aspecto de un diente dentro de otro. La invaginación puede limitarse a la porción radicular. Es muy frecuente encontrar infecciones, degeneraciones y lesiones ----

periapicales. El diente más afectado es el Incisivo Lateral Superior. En éstos casos se practicará la endodoncia de éstos dientes y su obturación, para la preservación de éste diente y conservar la estética del paciente.

6.- Geminación.- En éste caso se encuentra la formación de una doble corona por la división o invaginación parcial del epitelio. Las coronas pueden estar parcial o totalmente separadas pero se va a encontrar una raíz y un conducto si no hay problemas cariosos en éstos dientes se dejarán así, pero en caso necesario puede hacerse una endodoncia para evitar la extracción de éstos dientes.

7.- Fusión Dentaria.- Esta es la unión de uno ó más gérmenes dentarios que van a dar una corona muy grande en la cual la dentina de los gérmenes están unidas; ésta unión puede ser parcial o total y se notarán dos raíces y dos conductos radiculares. En éste caso si no existen problemas cariosos que puedan causar la pérdida de éstos dientes se dejará así de lo contrario, se podría hacer un tratamiento de endodoncia para coservarlos.

8.- Dilaceración.- En éste caso se observa la desviación de la relación corona-raíz. La forma del diente es en pico de águila, y en los molares se presenta una variante que es la flexión, y se cree que ésta lesión es traumática debiendo hacerse la extracción quirúrgica esta alteración se puede presentar tanto en la erupción temporal como en la permanente

**CALCIFICACION.-** Se mencionan a continuación los trastornos que se presentan en la calcificación de los tejidos

duros de los dientes, que no son muy frecuentes.

1.- Hipocalcificación del Esmalte.- Se refiere a un defecto en la cantidad de la calcificación del esmalte, sin afectar la cantidad de éste. Puede ser hereditario, congénito y por factores locales, cuando es hereditario afecta a todos los dientes y cuando es congénito o local sólo afecta parcialmente. En este caso se harán toda clase de restauraciones, para mejorar la estética y la función.

2.- Dentina Interglobular.- Son zonas de dentina no calcificadas y por lo tanto se notan partes calcificadas y no calcificadas. Pueden ser traumatismos, alteraciones físicas o congénitas, por enfermedades infecciosas, metabólicas o endócrinas que se presentan durante la calcificación de los dientes. En este caso no existe tratamiento.

ERUPCION.- Los trastornos de la erupción de los dientes es muy frecuente y muy variada observando:

1.- Maloclusión Dentaria.- Es el defecto de posición y dirección de los órganos dentarios dentro de la arcada y su relación con sus adyacentes y antagonistas. Entre las maloclusiones más frecuentes existen Mesioversión, Distoversión, Labioversión, Mordida Abierta, Aumento o disminución en número de Organos Dentarios y Sobremordida. Se cree que se debe a la estimulación de la actividad del Cemento por una irrigación como pueden ser las presiones o inflamaciones ligeras, esta anomalía afecta con mayor frecuencia a los molares y generalmente las raíces están separadas lo mismo que los conductos, cuando hay un caso así, y para dar un diagnóstico correcto

se debe valer el Cirujano Dentista de exámen radiográfico ya que los dientes pueden estar retenidos o bien uno estar erupcionado y el otro retenido. En este caso se hará la extracción quirúrgica.

2.- Erupción Tardía.- Son aquellos dientes que hacen --erupción después de la época que se considera normal. Puede ser congénita o por factores locales. Entre los congénitos están las enfermedades sistémicas y entre los factores locales están las lesiones quísticas especialmente ( Quiste Primordial y Odontoclamide ), retención de dientes por falta de espacio sobre todo cuando existe discrepancia entre el tamaño de los dientes, y por último tenemos la Anquilosis (Inmóvil la Articulación) en este caso el tratamiento es quirúrgico o bien llevado a su lugar por medios ortodónticos.

3.- Dientes Cortos o Sumergidos.- A los cuales también se les denomina Incrustación Dentaria y se define como aquellos órganos dentarios que se encuentran por debajo del plano de oclusión, es de etiología local por falta de espacio y anquilosis. Su tratamiento puede ser a base de extracción o de Ortodoncia.

4.- Supraerupción.- También llamado extensión dentaria y son aquellos dientes que sobrepasan el plano de oclusión. Su etiología es a causa de las extracciones prematuras de dientes antagonistas, sin la reposición de prótesis.

APOSICION.- En los trastornos de aposición se va a encontrar:

1.- Hipoplasia del Esmalte.- Que es la disminución en -

cantidad del esmalte; es una anomalía muy frecuente que varía desde muy leve a grave. En la leve, se -- observan pequeñas ondulaciones y estriás sin cambio de color que sólo se aprecian con exámenes muy mi-- nuciosos. En la grave los defectos son muy marcados y se presentan como verdaderas depresiones o cavida des con cambio de color, que van del café claro al negro.

Este caso puede ser hereditario, congénito o por -- factores locales; cuando es hereditario se presenta en todos los dientes tanto temporales como perma -- nentes, en esos casos el poco esmalte existente se desgasta quedando totalmente expuesta la dentina.

En el caso de ser congénita, se presenta junto con enfermedades sistémicas durante el embarazo o la -- infancia, y los dientes afectados presentan disminu ción del esmalte en el tercio oclusal o incisal.

Cuando es factor local puede ser por infección pe-- riapical de los dientes temporales, traumatismos e irradiaciones. Lo que se puede hacer en estos casos es colocar restauraciones de prótesis parcial o total según se trate.

2.- Amelogénesis Imperfecta.- Esto no es otra cosa sino una hipoplasia del esmalte de origen hereditario, - se estila por la falta total del esmalte en ambas - denticiones. Aquí se va a encontrar la pulpa bastan te retraída y se pueden hacer restauraciones con -- prótesis.

3.- Dentinogénesis Imperfecta.- Es una anomalía que --- afecta a la dentina y que puede estar acompañada de Osteogénesis Imperfecta es hereditaria y afecta a -

las dos denticiones, los dientes presentan una colocación que varía del gris azul parduzco, y el esmalte se observa normal pero se desmorona fácilmente.

#### D.- FACTORES DE PERDIDA PREMATURA

Los factores causantes de la Pérdida Prematura -- Dentaria en niños y adolescentes puede clasificarse de la siguiente forma:

##### 1.- FACTORES LOCALES

- 1.- Desarrollo Dental Anómalo ( Displasia Dentinaria )
- 2.- Parodontosis
- 3.- Traumatismos
- 4.- Resorción
  - a) Interna
  - b) Externa
- 5.- Infecciones Severas

##### II.- FACTORES GENERALES

- 1.- Histiocitosis X
  - a) Síndrome de Letterer-Siwe
  - b) Síndrome de Hand-Schüller-Christian
  - c) Granuloma Eosinófilo
- 2.- Acrodinia
- 3.- Síndromes Genéticos
  - a) Hipofosfatasia
  - b) Acatasia
  - c) Querubismo
  - d) Síndrome de Papillon-Lefevre

- 4.- Discrasias Sanguíneas
  - a) Agranulocitosis
  - b) Leucemia
- 5.- Tumores
  - a) Progonoma Benigno
  - b) Linfosarcoma Maligno
- 6.- Trastornos Endócrinos
  - a) Hiperparatiroidismo
  - b) Hipertiroidismo

#### I.- FACTORES LOCALES

- 1.- Desarrollo Dental Anómalo.- En el caso de la Displasia Dentinaria y de los dientes en forma de cascarrón, en los que es característica la Pérdida Dentaria Prematura. Los dientes presentan excesiva movilidad lo que provoca la exfoliación precoz, siendo también causas de ésta las raíces cortas y de forma cónica y los quistes y granulomas periapicales que con frecuencia se presentan. Este padecimiento parece ser de origen hereditario no ligado al sexo, pudiendo afectar tanto a dientes primarios como a permanentes.
- 2.- Parodontosis.- Es uno de los procesos destructivos que afectan al parodonto de niños y adultos jóvenes sus causas no han sido aún bien explicadas, se ha definido como una destrucción degenerativa y no inflamatoria del parodonto, que se origina en uno o más de los tejidos parodontales. Se caracteriza por

migración e inflamación gingival y pérdida dentaria en presencia o ausencia de proliferación epitelial. Puede existir formación de bolsas, afecta tanto a dientes temporales como a permanentes, teniendo mayor predilección por los dientes anteriores. Se observa pérdida generalizada de hueso alveolar, más en el sentido vertical que en el horizontal, con exfoliación de los dientes primarios.

3.- Traumatismos.- La mayor parte de los Traumas Dentales son originados por diversos accidentes:

- a)- Accidentes Infantiles, como caídas durante la iniciación a la vida de locomoción, aprendiendo a caminar y correteando libremente o por juegos y travesuras propias de su edad.
- b)- Accidentes Deportivos, producidos en violentos choques con el suelo, con los útiles deportivos o por un impacto entre los propios jugadores.
- c)- Accidente de Tránsito, de gran aumento en los últimos años, muy a menudo accidentes tales como frenada brusca con niños en el coche, choques con motocicleta, bicicleta o atropellados.
- d)- Accidentes Laborales o Caseros, de la más diversa índole, como los producidos por herramientas o maquinaria, al resbalar sobre el pavimento mojado, encerado o enjabonado, tropezar con algún obstáculo o subir o bajar escaleras.

Los traumatismos más frecuentes son los Dientes Anteriores en especial los Incisivos Superiores, en algunas ocasiones, cuando hay lesiones similares en Dientes Posteriores suelen ser menos graves y bastante raras.

#### 4.- Resorción

a)- Interna.- Se produce generalmente por una inflamación que se origina en el centro del diente, puede ser causada por la invasión de la pulpa, por tejido de granulación proveniente del parodonto.

La Resorción Interna puede presentarse en los Dientes Temporales, por ejemplo en aquellos en los que se ha practicado pulpotomía con hidróxido de calcio

b)- Externa.- La Resorción Externa de origen patológico es muy raro observarla en la dentición temporal, -- aunque suele ocurrir como en el caso de la erupción ectópica del primer molar permanente superior que causa la resorción externa de la porción cervical distal del segundo molar temporal; tanto mandibular como maxilar, especialmente cuando existe una discrepancia entre las dimensiones del arco y el tamaño de los dientes.

5.- Infecciones Severas.- La caries dental ocasiona la destrucción del tejido dentario, y finalmente infecciones severas que van a traer como consecuencia la destrucción del tejido dentario ocasionando pérdida de la dimensión vertical y del balance de la dentición y la pérdida de los contactos proximales de los dientes temporales posteriores por la acción de la caries, que conduce a pérdidas de espacios -- que de hecho van a ocasionar la retención o mala -- posición de los dientes permanentes sucesores. Las lesiones gingivales en el niño son un asiento de futuras lesiones periodontales en el adulto, ocasionan en primera instancia, irritación del tejido --

gingival, luego se traduce en infección y posteriormente en destrucción de los tejidos de soporte de los dientes ocasionando la Pérdida Prematura.

## II.- FACTORES GENERALES

### 1.- Histiocitosis X

a) Síndrome de Letterer-Siwe.- Es la manifestación aguda fulminante de la Histiocitosis que ataca principalmente a niños pequeños.

Característicamente presenta lesiones de estructura en los maxilares, estas lesiones se identifican por una destrucción difusa del hueso, de lo que resulta una movilidad excesiva y una posterior pérdida prematura de los dientes.

b) Síndrome de Hand-Schüller-Christian.- Esta variante de la Histiocitosis X se presenta por lo general en niños un poco mayores y adolescentes las lesiones óseas son características de la identidad. Los maxilares son afectados con destrucción ósea severa, movilidad y exfoliación dentaria prematura.

c) Granuloma Eosinófilo.- Modalidad de la Histiocitosis X que presenta alteraciones en adultos-jóvenes. Puede atacar cualquier hueso, teniendo especial predilección por los maxilares. Una manifestación temprana de la enfermedad suele ser la pérdida de la lámina ósea superficial simulando parodonto, y con la consiguiente pérdida de los dientes de la región afectada.

2.- Acrodinia.- (Enfermedad de Swift o Enfermedad Rosada), esta enfermedad se atribuye al envenenamiento provocado por la exposición excesiva del niño al mercurio, las manifestaciones orales son, inflamación y ulceración de la mucosa, salivación excesiva pérdida del hueso alveolar y exfoliación prematura de la dentición primaria.

### 3.- Síndromes Genéticos

a) Hipofosfatasia.- Esta enfermedad se identifica por la exfoliación prematura de los dientes anteriores temporales, pudiendo ser la pérdida espontánea o bien a consecuencia de un leve golpe en esa región.

b) Acatasia.- Síndrome de Taka-Hara, este padecimiento está ligado a un gen autosómico recesivo. Las manifestaciones bucales incluyen una estomatitis gangrenosa severa atribuida a la acumulación de peróxidos producidos por las bacterias. Presentándose una exfoliación temprana de los dientes.

c) Querubismo.- Su etiología no ha sido bien establecida. La enfermedad tiene un patrón familiar, puede detectarse a temprana edad con aumento simétrico o asimétrico de los maxilares, los dientes del área afectada frecuentemente sufren exfoliación prematura como resultado de la pérdida de soporte óseo o de resorción radicular.

d) Síndrome de Papillón-Lefevre.- Este síndrome es una de las modalidades de la hiperqueratosis palmo-plantar. Se transmite con carácter autosó-

mico recesivo de etiología desconocida, se desarrolla enfermedad parodontal aguda consistente en severa inflamación gingival, formándose bolsas y destrucción de hueso alveolar, estos síntomas se inician aproximadamente a los dos o tres años de edad, de tal manera que al cuarto o quinto año de vida se han exfoliado ya todos los dientes temporales.

#### 4.- Discrasias Sanguíneas

a) Agranulocitosis.- Su etiología es desconocida -- sin embargo se ha sugerido la influencia de factores hormonales al igual que la del factor hereditario puede presentarse a cualquier edad.

En los niños se presenta gingivitis severa con ulceraciones con el retorno a la normalidad, la encía recupera casi por completo su apariencia clínica habitual, después de repetidos ataques de infección e inflamación, se desarrolla una pérdida paulatina de hueso alveolar con la exfoliación dentaria como consecuencia.

b) Leucemia.- En los tipos de Leucemias se ha reportado la rápida pérdida dentaria debido a la necrosis del ligamento periodontal y a la destrucción del hueso alveolar.

#### 5.- Tumores

a) Progonoma Benigno (Ameloblastoma Melánico), tumor benigno que se presenta durante el primer año de vida, generalmente durante los primeros seis meses de edad apareciendo en el maxilar superior. Por presentarse en esta región a los gérmenes dentarios, produce la pérdida de dien-

tes en el área afectada.

- b) Linfosarcoma Maligno.- Es una enfermedad común-- del linfosarcoma maligno originado en los gan--- glios linfáticos, puede surgir a cualquier edad. La enfermedad se manifiesta clínicamente como -- una hiperplasia gingival o masa tumoral que crece rápidamente sin presentar ulceraciones. No -- siempre existe color tumefacto, pero en etapas - finales puede ulcerarse y presentarse con fre--- cuencia necrosis de tejido y aliento fétido. Co-- mo consecuencia se produce la pérdida de los --- Dientes en la parte afectada.

#### 6.- Trastornos Endócrinos

- a) Hiperparatiroidismo.- Consiste en una sobreproducción de la hormona paratiroidea debido a tumo-- res o a hipertrofia de la glándula paratiroides, puede presentarse a cualquier edad. Las manifes-- taciones bucales consisten en pérdida difusa del hueso en los maxilares, pérdida de la lámina cor-- tical, lesiones centrales radiolúcidas en los -- maxilares, como consecuencia se presenta la ---- Pérdida Prematura Dentaria.

- b) Hipertiroidismo.- Esta puede dividirse en dos -- tipos.

Bocio Exoftálmico debido a la hiperplasia de la-- glándula tiroides.

Adenoma Tóxico debido a un tumor benigno de di-- cha glándula, puede presentarse a cualquier edad. Si el trastorno se inicia en los primeros años - de vida, se presentará erupción dentaria prema--

tura posterior movilidad y Pérdida Prematura de la Dentición Primaria.

#### E.- PREVENCIÓN DE PERDIDA PREMATURA

El Cirujano Dentista constantemente destaca el enorme valor que tiene el preservar la dentición primaria de los niños, en estado que más se asemeje al natural. La prevención de la Pérdida Prematura se divide en dos:

##### 1.- Tratamiento Integral.

Diagnóstico y elección del tratamiento.- La decisión de restaurar dientes primarios debe basarse en varios puntos, además del hecho de ser afectados por caries, lo que el Cirujano Dentista decida hacer,-- debe considerar antes de restaurar un diente los siguientes puntos.

Edad del niño

Grado de afección de caries

Estado del diente y del hueso de soporte observados en radiografías

Momento de exfoliación normal

Efectos de la remoción o retención en la salud.

Consideraciones de espacio en el arco

##### 2.- Reconstrucción Coronaria.

La amalgama de plata es el material de amplio uso en la restauración de los dientes de los niños.

## F.- TRATAMIENTO DE PERDIDA DENTAL PREMATURA

La Pérdida Dental Prematura en cualquier niño puede comprender una o varias piezas primarias de la dentadura, el tratamiento de la Pérdida Prematura de piezas dentarias en los niños, con la ayuda de dentaduras parciales, fijas o removibles pueden ser restauradas según el caso.

Los niños toleran bien las dentaduras, y podrán ser empleadas con éxito para evitar consecuencias posteriores. Cuando se requiere evitar y restaurar las consecuencias de la Pérdida Dental Prematura de los dientes primarios se aconsejan dentaduras parciales removibles.

Independientemente de la causa, la Pérdida Prematura en los niños dan por resultado pérdida del equilibrio estructural, deficiencia funcional y de armonía estética. Otra consecuencia de Pérdida Dental Prematura en niños es el Traumatismo Psicológico especialmente si los dientes afectados son los anteriores, tanto maxilares como mandibulares.

## CAPITULO II

### UBICACION DE LA ZONA ESTUDIADA

#### A.- LIMITE GEOGRAFICO

Esta investigación Epidemiológica se efectuó en la colonia Impulsora Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

El Municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, "La Ciudad del Cambio", se creó el 23 de abril de 1963, siendo el municipio 120 del Estado de México, con una superficie de 62,400 m<sup>2</sup>, actualmente tiene aproximadamente dos millones trescientos mil habitantes.

Los límites de este Municipio son:

Al Norte con los municipios de Ecatepec y Texcoco.

Al Sur con el Distrito Federal y el municipio de los -- Reyes La Paz.

Al Este con los municipios de Atenco, Texcoco y Chimalhuacán.

Al Oeste con el Distrito Federal.

Nezahualcóyotl, cuenta con 53 colonias, algunas de - - ellas por su magnitud territorial, se compone por va - - rias secciones que varían de dos a cuatro cada una de - - éstas, haciendo en la actualidad un total de 87 colo - - nias.

El municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, tiene una altura media de 2,400 m sobre el nivel del mar, su clima es -- templado semi-seco con lluvias en el verano.

## B.- CARACTERISTICAS DEL LUGAR Y SUS HABITANTES

### 1.- Antecedentes Históricos

La Colonia Impulsora se fundó en el año de 1968 Por Francisco Camacho, los primeros líderes -- fuerón Florentino González, Elpidio Lima y - - Juán Alvarez.

### 2.- Marco Geográfico.

El marco geográfico de la Colonia Impulsora es:  
Al Norte: Av. Valle de las Zapatas colindando\_ con colonia Valle de Aragón y Blvd. Río de los Remedios.

Al Sur: Av. de Rancho Seco colindando con Bosque de Aragón y Ciudad Lago.

Al Este: Lago de Texcoco.

Al Oeste: Av. Central colindando con Col. Campestre Guadalupana, Col. Vergel, Col. Pradera\_ y Col. Providencia.

## C.- INFRAESTRUCTURA

1.- Vivienda.- Las características de la vivienda\_ de acuerdo a su construcción en la colonia Impulsora se puede apreciar de acuerdo al tipo - de construcción, donde se pueden localizar viviendas en mala construcción en un 10%, en regular construcción en un 50%, y en buena construcción en un 40%.

2.- Agua y Alumbrado.- La colonia Impulsora es - -

abastecida para satisfacer las necesidades en un 100% de éste vital líquido. La electrificación y el alumbrado público está totalmente cubierto en la colonia Impulsora para satisfacer las necesidades hasta en un 100%.

3.- Servicios Públicos.- Se cuenta con mercado, zona comercial, cine y un rastro municipal, y para el problema de limpieza se divide la Colonia en áreas de servicio y en zonas de trabajo para dar mejor servicio a la ciudadanía.

4.- Servicio de Comunicación.- Atendiendo a la gran necesidad de comunicarse, la colonia Impulsora cuenta con red de correos, telégrafos, periódico municipal y servicio telefónico público y particular.

El transporte urbano cuenta con dos líneas que lo unen con el Distrito Federal y el Centro de Ciudad Nezahualcóyotl, en la actualidad éstas dos líneas de transporte son insuficientes para satisfacer las necesidades de la comunidad.

#### D.- ASPECTO SALUD.

Debido al gran problema que presenta la Salud, la colonia Impulsora cuenta con un centro Comunitario de la Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y servicios médicos de práctica privada, - Clínica de atención Odontológica de la Escuela Na-

cional de Estudios Profesionales de la UNAM, Servicios sanitarios públicos.

E.- ASPECTO CULTURAL

La población en su mayoría de jóvenes y niños que descargan sus inquietudes y su espíritu artístico y creativo donde las autoridades preocupadas por su juventud han creado lugares de esparcimiento físico para desarrollar sus aptitudes.

F.- ASPECTO EDUCATIVO

Atendiendo a la gran demanda de la colonia, el gobierno federal, estatal y municipal, han creado un amplio número de Instituciones de educación básica que comprende, Jardín de Niños, tres Escuelas Primarias, dos Escuelas Secundarias, y un Plantel a nivel Superior de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón UNAM.

G.- ASPECTO POLITICO

Dependiendo de las ideologías y pensamientos de los individuos, la Colonia Impulsora ha alcanzado un desarrollo político, donde participa toda la Comunidad, siendo el PRI el máximo Instituto Político Nacional.

H.- PLANO DE LA COLONIA IMPULSORA. (Anexo 1)

El plano de la colonia Impulsora cuenta con 78 --  
manzanas y se encuentra dividido en cuatro áreas, --  
éstas a su vez se han dividido en ocho módulos --  
siendo en su total ocho, numerados progresivamen--  
te.

Localidad:

- I Módulo 1 y 2 Límites: Norte: Hda. de Precillas  
Sur: Hda. de la Noria  
Este: Hda. de Solís  
Oeste: Av. Central
- II Módulo 3 y 4 Límites: Norte: Hda. de Precillas  
Sur: Hda. de la Noria  
Este: Hda. de Bernabé  
Oeste: Hda. de Solís
- III Módulo 5 y 6 Límites: Norte: Hda. de la Noria  
Sur: Av. Rancho Seco  
Este: Hda. de Bernabé  
Oeste: Hda. de Solís
- IV Módulo 7 y 8 Límites: Norte: Hda. de la Noria  
Sur: Av. Rancho Seco  
Este: Hda. de Solís  
Oeste: Av. Central



## CAPITULO III

### MATERIAL

El material utilizado durante la Investigación fué el siguiente:

#### A.- HISTORIA CLINICA.- (Anexo 2)

Debido a la trascendencia que presenta el elaborar una historia clínica se han recabado un número de datos para establecer un diagnóstico. Por lo tanto la Historia Clínica nos trae como consecuencia el recoger información derivada del paciente y traducirla a datos estadísticos que ayudan a establecer una tabulación y graficación a nuestra Investigación.

#### B.- MATERIAL CLINICO.-

Para facilitar nuestra Investigación contamos con el siguiente material clínico:

- Espejo
- Abatelenguas
- Pinzas de curación
- Exploradores
- Algodón
- Cubrebocas
- Guantes
- Jabón

**FICHA DE IDENTIFICACION (Anexo 2)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Interrogatorio: Directo: \_\_\_\_\_ Indirecto: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA**

**A.- Información General.**

- 1.- ¿Gozo de buena salud? \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Ha estado sometido a tratamiento médico? \_\_\_\_\_
- 3.- ¿Alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Alérgico a algún alimento? \_\_\_\_\_
- 5.- Ha padecido alguna de las enfermedades siguientes:

|                     |       |              |       |
|---------------------|-------|--------------|-------|
| Asma                | _____ | Tosferina    | _____ |
| Epilepsia           | _____ | Varicela     | _____ |
| Enfermedad Cardíaca | _____ | Difteria     | _____ |
| Enfermedad Renal    | _____ | Tifoidea     | _____ |
| Trastorno Hepático  | _____ | Paperas      | _____ |
| Sarampión           | _____ | Escarlatina  | _____ |
| Poliomielitis       | _____ | Tuberculosis | _____ |
| Fiebre Reumática    | _____ | Otras        | _____ |

**B.- Condición General del Paciente.**

1.- Porte: \_\_\_\_\_  
 Normal \_\_\_\_\_ Afectado \_\_\_\_\_

2.- Nivel de Desarrollo del Lenguaje: \_\_\_\_\_  
 Dislalia \_\_\_\_\_  
 Afasia \_\_\_\_\_  
 Tartamudeo \_\_\_\_\_

**C.- Exámen Extra Oral.**

Forma de Cráneo \_\_\_\_\_  
 Forma de Cara \_\_\_\_\_

**D.- Exámen Dental.**

1.- Dientes Faltantes \_\_\_\_\_  
 2.- Dientes Cariados \_\_\_\_\_  
 3.- Higiene Dental \_\_\_\_\_

**E.- Erupción y Dentición.**

1.- Secuencia Anormal \_\_\_\_\_  
 2.- Pérdida Prematura \_\_\_\_\_  
 3.- Retención Prolongada \_\_\_\_\_

**F.—Tratamiento Dental Anterior**

- 1.— Exodoncia \_\_\_\_\_
- 2.— Operatoria Dental \_\_\_\_\_
- 3.— Prótesis Dental \_\_\_\_\_
- 4.— Ortodoncia \_\_\_\_\_

**G.—Complicaciones Dentales.**

- 1.— Traumatismo \_\_\_\_\_
- 2.— Apilamiento \_\_\_\_\_
- 3.— Diastema \_\_\_\_\_
- 4.— Espacios Primates \_\_\_\_\_
- 5.— Giroversiones \_\_\_\_\_
- 6.— Erosión \_\_\_\_\_
- 7.— Abrasión \_\_\_\_\_
- 8.— Mal Posición Dental \_\_\_\_\_
- 9.— Mordida Cruzada Anterior \_\_\_\_\_
- 10.— Mordida Abierta Anterior \_\_\_\_\_
- 11.— Oclusión Normal \_\_\_\_\_
- 12.— Oclusión Clase ( I, II, I, 2, III ) \_\_\_\_\_

**H.—Hábitos Orales.**

- 1.— Succión del Dedo \_\_\_\_\_
- 2.— Morderse el Labio \_\_\_\_\_
- 3.— Presión Lingual Excesiva \_\_\_\_\_
- 4.— Morderse las Uñas \_\_\_\_\_
- 5.— Respirador Bucal \_\_\_\_\_
- 6.— Otros \_\_\_\_\_

**I.—Defectos Congénitos.**

- 1.— Oligodoncia \_\_\_\_\_
- 2.— Anodoncia \_\_\_\_\_
- 3.— Otros \_\_\_\_\_

**J.—Conducta Psicológica.**

- 1.— Conducta Sociable \_\_\_\_\_
- 2.— Conducta muy Activa \_\_\_\_\_
- 3.— Conducta Angustada \_\_\_\_\_
- 4.— Conducta Retraída \_\_\_\_\_

**K.—Personalidad.**

- 1.— Bucal \_\_\_\_\_
- 2.— Compulsivo \_\_\_\_\_
- 3.— Histérica \_\_\_\_\_
- 4.— Paranoico \_\_\_\_\_

**C.- MATERIAL BIOLÓGICO.-**

Para obtener el resultado deseado en nuestra Investigación contamos con material biológico con: 4972 personas comprendidas en la Colonia Impulsora.

**D.- MATERIAL DIDÁCTICO.-**

Este material didáctico funcionó como ayuda para - proporcionar información al paciente de acuerdo a nuestra Investigación y según el caso lo requería.

## CAPITULO IV

### METODO ESTADISTICO

#### A.- METODO AL AZAR

- 1.- Método.- Se utilizó el Método al Azar, de acuerdo a la división que presenta el plano de la Colonia Impulsora, visitando 22 casas, haciendo un total de 44 casas por manzana.
- 2.- En cada una de las casas se aplicó la Historia Clínica obviamente varió el número de personas en cada familia, interrogando en ambos sexos y en edades que fluctúan entre los 3 a los 14 años de edad.
- 3.- La visita domiciliaria para efectuar la encuesta se realizó de manera cordial utilizando interrogatorio directo o indirecto según el caso. Se dió una amplia información acerca de nuestra Investigación, ésta información fué clara y concisa y se efectuó de acuerdo al nivel socioeconómico y cultural del paciente.
- 4.- Dada la importancia que tiene el concientizar a las personas acerca de los problemas bucales que existen se proporcionó una técnica de cepillado la cuál se apoyó con material didáctico referente al Aseo Bucal.
- 5.- Una vez realizada la Historia Clínica se procedió a hacer el vaciado de datos estadísticos -

por paciente obteniendo totales. (Anexo 3).

- 6.- Una vez obtenidos los totales por paciente se vaciaron los datos por manzana (Anexo 4).
- 7.- Vaciados los datos se realizó la suma total de los mismos, obteniéndose el total de los pacientes a los que se les efectuó la Historia Clínica, obteniéndose totales de datos clínicos.
- 8.- Una vez teniendo totales de datos clínicos se elaboraron gráficas estadísticas.
- 9.- Las gráficas fueron analizadas estadísticamente obteniendo el análisis de Gráficas Estadísticas.
- 10.- Se realizó estadística de Población para saber el número total de habitantes infantiles de ambos sexos (de 3 a 14 años de edad) existentes en la Colonia Impulsora (Anexo 5).

B.- FORMA DE VACIADO DE DATOS ESTADISTICOS POR PACIENTE. (ANEXO 3).

C.- FORMA DE VACIADO DE DATOS ESTADISTICOS POR MANZANA (ANEXO 4).

D.- FORMA DE VACIADO DE DATOS ESTADISTICOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO (ANEXO 5).

| DATOS ESTADISTICOS POR PACIENTE |           | Nº DE PA-<br>CIENTES |
|---------------------------------|-----------|----------------------|
|                                 | (Anexo 3) | Femenino             |
|                                 |           | Masculino            |
|                                 |           | Salud                |
|                                 |           | Trof. Med.           |
|                                 |           | Alerg. Med.          |
|                                 |           | Alerg. Alm.          |
|                                 |           | Aena                 |
|                                 |           | Epilepsia            |
|                                 |           | Cardiaco             |
|                                 |           | Emf. Resp.           |
|                                 |           | Hepatica             |
|                                 |           | Sarampion            |
|                                 |           | Polla                |
|                                 |           | R Reumatiza          |
|                                 |           | Tosferina            |
|                                 |           | Varicela             |
|                                 |           | Distaria             |
| Tifoidea                        |           |                      |
|                                 |           | Pancreas             |
|                                 |           | Esparcizina          |
|                                 |           | Tuberculosis         |
|                                 |           | Otros                |
|                                 |           | Normal               |
|                                 |           | Alargado             |
|                                 |           | Distala              |
|                                 |           | Alarga               |
|                                 |           | Tortamudeo           |
|                                 |           | Redondo              |
|                                 |           | Ovalado              |
|                                 |           | Redonde              |
|                                 |           | Ovalado              |
|                                 |           | Triangular           |
|                                 |           | Cuadrado             |
|                                 |           | D. Faltante          |
|                                 |           | Carilados            |
|                                 |           | Buena                |
|                                 |           | Regular              |
|                                 |           | Mala                 |
|                                 |           | S. Anormal           |
|                                 |           | R Prematura          |
|                                 |           | R. Prolongada        |
|                                 |           | Exodoncia            |
|                                 |           | O. Dental            |
|                                 |           | Profesia             |
|                                 |           | Ortodoncia           |
|                                 |           | Trauma               |
|                                 |           | Acortamiento         |
|                                 |           | Distama              |
| E. Primalta                     |           |                      |
| Alroverston                     |           |                      |
| Erosion                         |           |                      |
| Abrasion                        |           |                      |
| M.R. Dentaria                   |           |                      |
| M.C. Anterior                   |           |                      |
| M.A. Anterior                   |           |                      |
|                                 |           | Clase I              |
|                                 |           | Clase II             |
|                                 |           | Clase III            |
|                                 |           | S. Dado              |
|                                 |           | M. Labio             |
|                                 |           | P.L. Excelsiva       |
|                                 |           | M. Uñas              |
|                                 |           | R. Bucal             |
|                                 |           | Otros                |
|                                 |           | Diligadencia         |
|                                 |           | Anodoncia            |
|                                 |           | Otros                |
|                                 |           | C. Sacubia           |
|                                 |           | C. Activa            |
|                                 |           | C. Anquilada         |
| C. Retralida                    |           |                      |
| R Bucal                         |           |                      |
| R. Conquisiva                   |           |                      |
| R. Histerica                    |           |                      |
| R. Paranoide                    |           |                      |

| DATOS ESTADÍSTICOS POR MANZANA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|
| MANZANA NUMERO                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Información General |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Femenino            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Masculino           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Salud               |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Trat. Med.          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Alerg. Med.         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Alerg. Alm.         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Asma                |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Eclampsia           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Cardiaca            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Emf. Renal          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Hepatica            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Sarampión           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Polla               |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | F. Reumatica        |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Toxfering           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Varicela            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Difteria            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tifoidea            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Paperae             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Escarlatina         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tuberculosis        |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Otros               |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Normal              |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Afectado            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Dialta              |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Afasia              |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tartamudeo          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Redondo             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ovalado             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Redondo             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ovalado             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Triangular          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Cuadrada            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | D. Paltantes        |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Carilado            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Buena               |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Regular             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mala                |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | S. Anormal          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Prematura        |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Prolongada       |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Exodoncia           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | O. Dental           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Protetis            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ortodoncia          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Trauma              |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Apilamiento         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Diestema            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | E. Primatas         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Distorsión          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Erosion             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Abrasion            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M.R. Dentaria       |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M.C. Anterior       |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M.A. Anterior       |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clase I             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clase II            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clase III           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | S. Dado             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M. Labio            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PL. Excesivo        |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M. Uñas             |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Bupal            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Otros               |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Oligodoncia         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Anodoncia           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Otros               |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | C. Sacable          |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | C. Activa           |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | C. Anquistada       |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | C. Retraida         |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Bupal            |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Compulsivo       |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Histerico        |
|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | R. Pwanoide         |



## CAPITULO V

### GRAFICAS ESTADISTICAS

Los resultados obtenidos una vez efectuadas las encuestas y en base a los objetivos fijados serán presentados de acuerdo a la Comunidad total de la Colonia Impulsora éstos resultados son Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales, Complicaciones Dentales e Influencia Psicológica. El estudio se efectuó a 4972 pacientes de 3 a 14 años de edad.

CUADRO ESTADISTICO "A"  
COMUNIDAD TOTAL POR EDAD

| EDAD    | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|---------|---------------------|-------|
| 3 años  | 875                 | 6.25  |
| 4 años  | 1436                | 10.25 |
| 5 años  | 1725                | 12.34 |
| 6 años  | 1535                | 10.96 |
| 7 años  | 861                 | 6.15  |
| 8 años  | 1425                | 10.18 |
| 9 años  | 1326                | 9.48  |
| 10 años | 1085                | 7.75  |
| 11 años | 1035                | 7.39  |
| 12 años | 629                 | 4.46  |
| 13 años | 985                 | 7.04  |
| 14 años | 1086                | 7.75  |

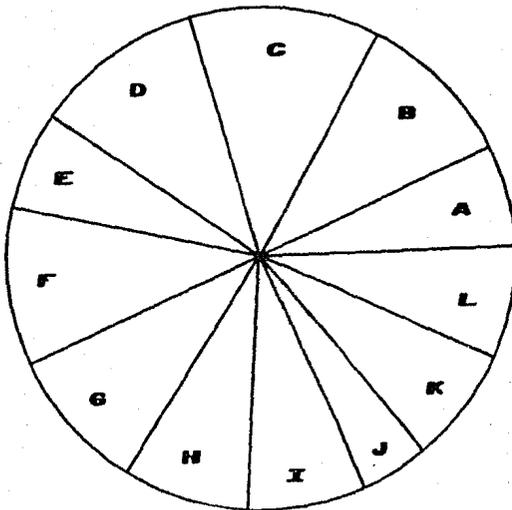
Colonia Impulsora

Fuente - Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 13999

Número de manzanas - 78

GRAFICA "A"  
COMUNIDAD TOTAL POR EDAD



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO "A"

ACOTACIONES:

A) 3 años  
B) 4 años  
C) 5 años  
D) 6 años  
E) 7 años  
F) 8 años

G) 9 años  
H) 10 años  
I) 11 años  
J) 12 años  
K) 13 años  
L) 14 años

CUADRO ESTADISTICO "B"

COMUNIDAD TOTAL POR SEXO

| SEXO      | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|-----------|---------------------|-------|
| Femenino  | 7626                | 54.48 |
| Masculino | 6373                | 45.52 |

Colonia Impulsora

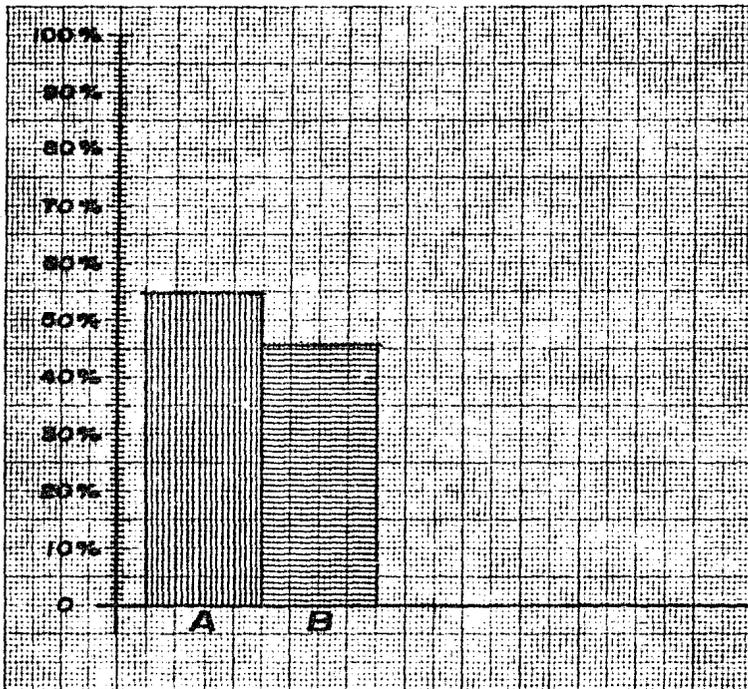
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 13999

Número de manzanas - 78

Año 1983.

GRAFICA "B"  
COMUNIDAD TOTAL POR SEXO



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO "B"

ACOTACIONES:

- A) Femenino
- B) Masculino

CUADRO ESTADISTICO No. 1

POBLACION MUESTRA POR EDAD

| EDAD    | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|---------|---------------------|-------|
| 3 años  | 429                 | 8.62  |
| 4 años  | 385                 | 7.74  |
| 5 años  | 525                 | 10.55 |
| 6 años  | 561                 | 11.30 |
| 7 años  | 323                 | 6.50  |
| 8 años  | 443                 | 8.90  |
| 9 años  | 391                 | 7.90  |
| 10 años | 319                 | 6.41  |
| 11 años | 526                 | 10.57 |
| 12 años | 388                 | 7.80  |
| 13 años | 291                 | 5.93  |
| 14 años | 387                 | 7.78  |

Colonia Impulsora

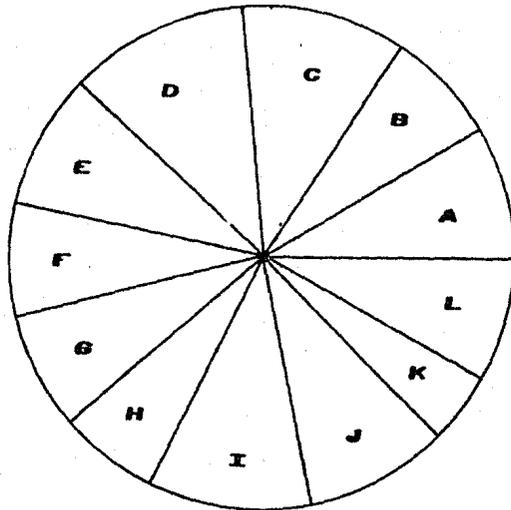
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas 78

Año 1983.

GRAFICA No. 1  
POBLACION MUESTRA POR EDAD



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 1

ACOTACIONES:

- |           |            |
|-----------|------------|
| A) 3 años | G) 9 años  |
| B) 4 años | H) 10 años |
| C) 5 años | I) 11 años |
| D) 6 años | J) 12 años |
| E) 7 años | K) 13 años |
| F) 8 años | L) 14 años |

CUADRO ESTADISTICO No. 2

POBLACION MUESTRA POR SEXO

| SEXO      | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|-----------|---------------------|-------|
| Femenino  | 2584                | 51.98 |
| Masculino | 2388                | 48.02 |

Colonia Impulsora

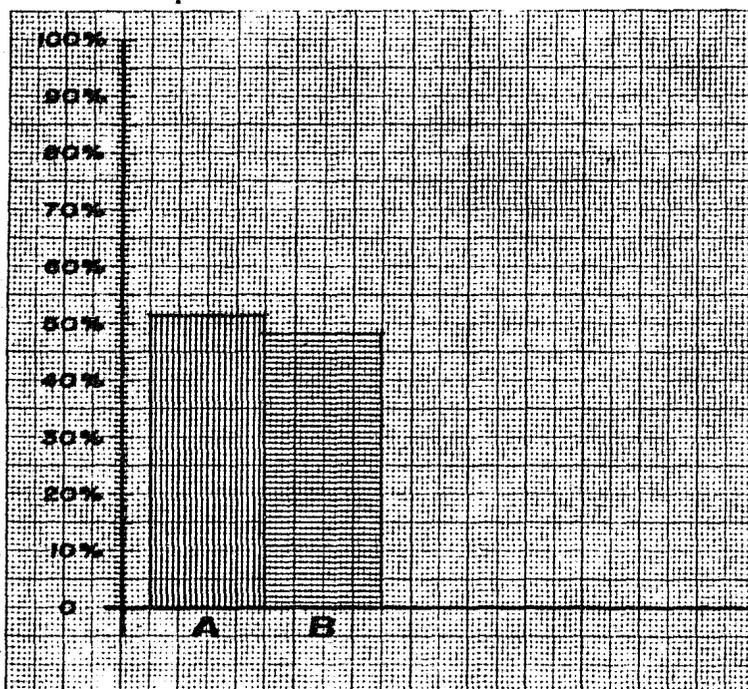
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983.

GRAFICA No. 2  
POBLACION MUESTRA POR SEXO



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 2

ACOTACIONES:

- A) Femenino
- B) Masculino

CUADRO ESTADISTICO No. 3

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES ANTERIORES TEMPORALES

| CAUSA                 | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|-----------------------|---------------------|-------|
| Pérdida Prematura     | 1103                | 22.18 |
| Sin Pérdida Prematura | 3869                | 77.82 |

Colonia Impulsora

Fuente: Encuesta casa por casa

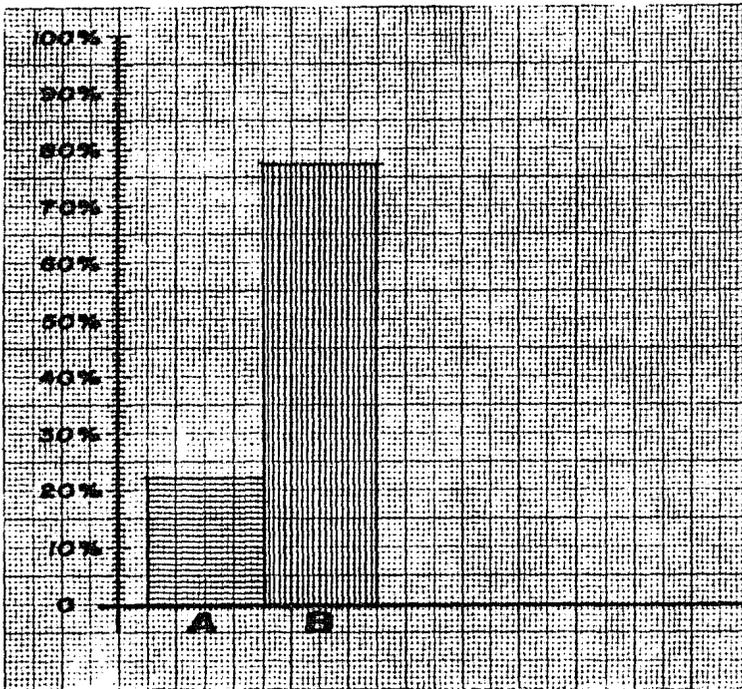
Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983.

GRAFICA No. 3

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES ANTERIORES TEMPORALES



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 3

ACOTACIONES:

- A) Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales
- B) Sin Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales

CUADRO ESTADISTICO No. 4

TRATAMIENTO DENTAL

| CAUSA              | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|--------------------|---------------------|-------|
| Exodoncia          | 1742                | 35.03 |
| Operatoria Dental  | 2380                | 47.86 |
| Prótesis           | 266                 | 5.34  |
| Ortodoncia         | 85                  | 1.70  |
| Ningún Tratamiento | 499                 | 10.07 |

Colonia Impulsora

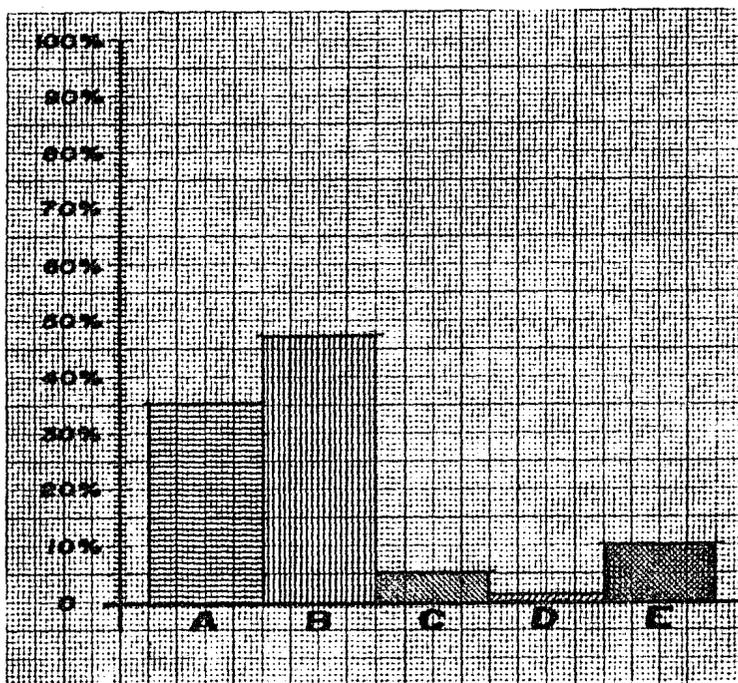
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983.

GRAFICA No. 4  
TRATAMIENTO DENTAL



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 4

ACOTACIONES:

- A) Exodoncia
- B) Operatoria Dental
- C) Prótesis
- D) Ortodoncia
- E) Ningún Tratamiento

CUADRO ESTADISTICO No. 5

COMPLICACIONES DENTALES

| CAUSA                    | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|--------------------------|---------------------|-------|
| Traumatismos             | 329                 | 6.61  |
| Apiñamiento              | 1175                | 23.63 |
| Diastema                 | 652                 | 13.11 |
| Espacios Primates        | 325                 | 6.53  |
| Giroversiones            | 572                 | 11.50 |
| Erosión                  | 52                  | 1.04  |
| Abrasión                 | 320                 | 6.43  |
| Mal Posición Dentaria    | 348                 | 6.99  |
| Mordida Cruzada Anterior | 118                 | 2.37  |
| Mordida Abierta Anterior | 319                 | 6.41  |
| Sin Complicación Dental  | 762                 | 15.38 |

Colonia Impulsora

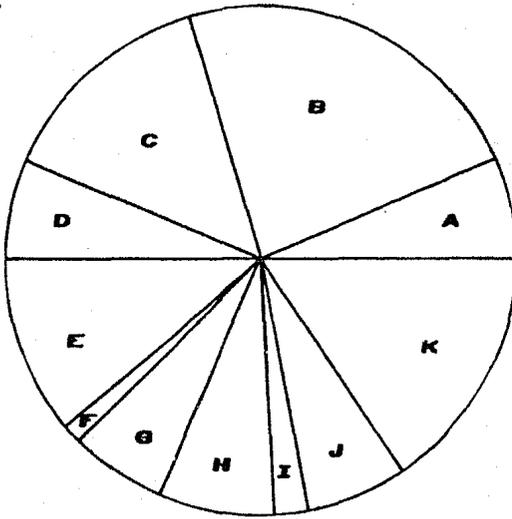
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983.

GRAFICA No. 5  
COMPLICACIONES DENTALES



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 5  
ACOTACIONES:

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| A) Traumatismos      | G) Abrasión           |
| B) Apiñamiento       | H) Mal Posición Dent. |
| C) Diastema          | I) Mordida Cruzada    |
| D) Espacios Primates | J) Mordida Abierta    |
| E) Giroversiones     | K) Sin Complicación   |
| F) Erosión           |                       |

CUADRO ESTADISTICO No. 6

OCCLUSION

| CAUSA     | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|-----------|---------------------|-------|
| Clase I   | 4126                | 82.98 |
| Clase II  | 766                 | 15.41 |
| Clase III | 80                  | 1.61  |

Colonia Impulsora

Fuente: Encuesta casa por casa

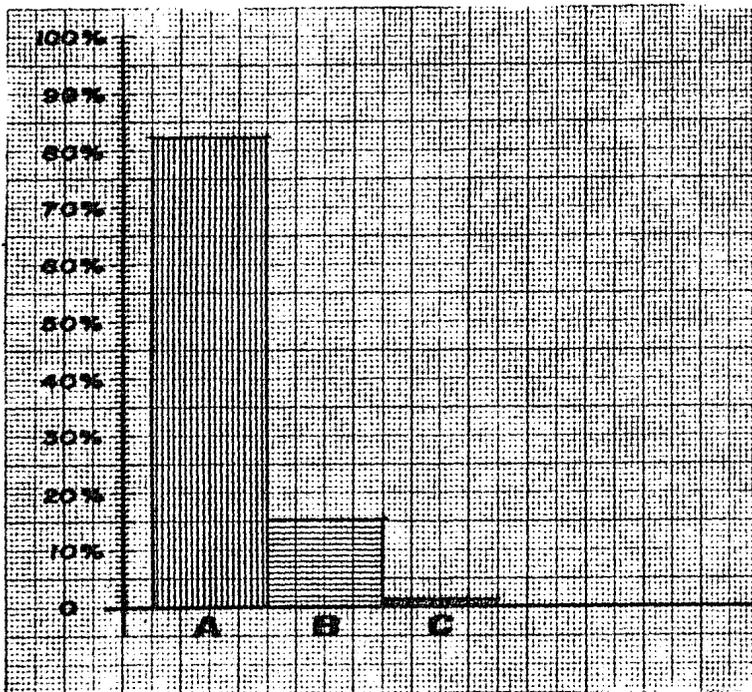
Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983

GRAFICA No. 6

OCLUSION .



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 6

ACOTACIONES:

- A) Clase I
- B) Clase II
- C) Clase III

CUADRO ESTADISTICO No. 7

CONDUCTA PSICOLOGICA

| CAUSA               | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|---------------------|---------------------|-------|
| Conducta Sociable   | 1644                | 33.06 |
| Conducta Activa     | 1685                | 33.89 |
| Conducta Angustiada | 992                 | 19.96 |
| Conducta Retraída   | 651                 | 13.09 |

Colonia Impulsora

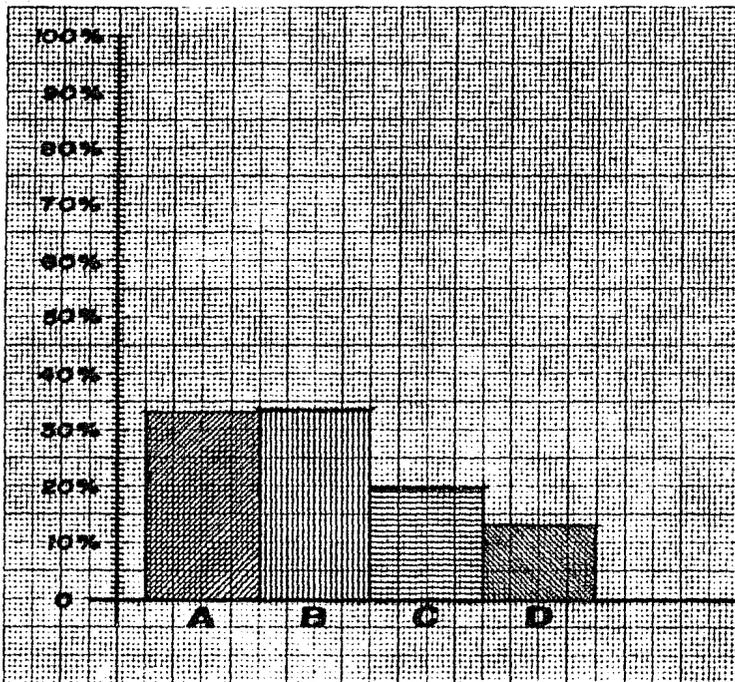
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983

GRAFICA No. 7  
CONDUCTA PSICOLOGICA



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 7

ACOTACIONES:

- A) Conducta Sociable
- B) Conducta Activa
- C) Conducta Angustiada
- D) Conducta Retraída

## CUADRO ESTADISTICO No. 8

### PERSONALIDAD

| CAUSA                   | NUMERO DE PACIENTES | %     |
|-------------------------|---------------------|-------|
| Personalidad Bucal      | 2848                | 57.28 |
| Personalidad Compulsiva | 1243                | 25.00 |
| Personalidad Histérica  | 735                 | 14.78 |
| Personalidad Paranoide  | 146                 | 2.94  |

Colonia Impulsora

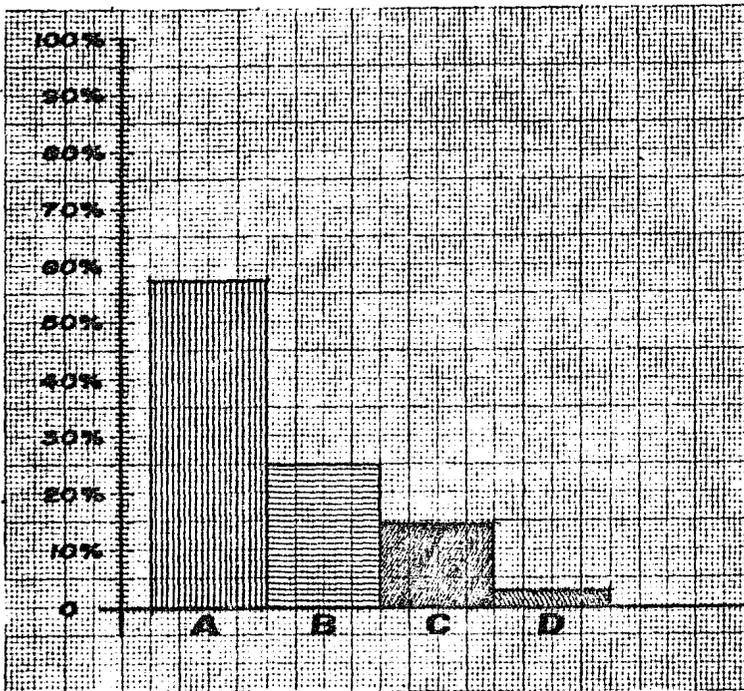
Fuente: Encuesta casa por casa

Número de personas encuestadas - 4972

Número de manzanas - 78

Año 1983.

GRAFICA No. 8  
PERSONALIDAD



FUENTE: CUADRO ESTADISTICO No. 8

ACOTACIONES:

- A) Personalidad Bucal
- B) Personalidad Compulsiva
- C) Personalidad Histérica
- D) Personalidad Paranoide

## CAPITULO VI

### INTERPRETACION DE DATOS

Los datos obtenidos en lo observado durante la Investigación se registraron en el orden en que se recogieron para facilitar su investigación y análisis, se integraron en forma ordenada y se presentan en cuadros gráficos.

Por medio de gráficas se puede representar toda clase de datos estadísticos y se efectuó de la siguiente manera:

- 1.- Gráfica de Sistema de Areas ó ( Pastel )
- 2.- Gráfica de Barras

#### 1.- Gráfica de Sistema de Areas ó ( Pastel )

Una gráfica circular se emplea para comparar las partes de un todo, entre sí y con el tamaño de cada sector depende del ángulo central del círculo. (\*) Tomando el porcentaje de la causa se multiplicó por 360° y se dividió el porcentaje total, obteniéndose el resultado, ejemplo:

$$\frac{6.25 \times 360^\circ}{100\%} = 22.5 \%$$

(\*) Dolciani P. Mary Algebra Moderna pág. 357

## 2.- Gráfica de Barras

Cuando se requiere expresar comparaciones de medidas se emplean las Barras, estas pueden ser horizontales ó verticales. (\*)

Para obtener el porcentaje de cada uno de los puntos de la Historia Clínica se realizó lo siguiente:

Tomando una población muestra de la Colonia Impulsora de 4972 y realizando la siguiente operación matemática se obtuvo el resultado deseado:

Tomando el número total de casos se multiplicó por el porcentaje total y se dividió entre el número de población muestra, ejemplo:

$$\frac{1103 \times 100\%}{4972} = 22.18\%$$

Se representó en gráfica de barras verticales quedando en el eje de las "X" la causa o enfermedad, y en el eje "Y" el porcentaje, en ésta Investigación al 10%.

(\*) Baldor, Aurelio Algebra Pag. 306

## CAPITULO VII

### RESULTADO FINAL

#### 1.- Comunidad.

La investigación se efectuó en la colonia Impul---  
sora, Ciudad Nezahualcôyotl, Estado de México, se  
efectuaron encuestas casa por casa a niños cuya --  
edad fluctúa de 3 a 14 años ambos sexos, con el --  
fin de determinar el número de Población Infantil-  
de la Comunidad, obteniéndose el siguiente índice-  
de población:

Población Total de 13999 habitantes

Sexo Femenino - 7626

Sexo Masculino - 6373

Edad:

3 años - 875  
4 años -1436  
5 años -1725  
6 años -1535  
7 años - 861  
8 años -1425  
9 años -1326  
10 años -1085  
11 años -1035  
12 años - 625  
13 años - 985  
14 años -1086

## 2.- Población

La Población utilizada para la Investigación fué -  
tomada al azar realizando encuestas casa por casa -  
siendo en un total de 44 casas por manzana, te- -  
niendo una población muestra de 4972 niños cuyas -  
edades son de 3 a 14 años.

Población Muestra de 4972 niños

Sexo Femenino - 2584

Sexo Masculino - 2388

### Edades:

|           |     |
|-----------|-----|
| 3 años -  | 429 |
| 4 años -  | 385 |
| 5 años -  | 525 |
| 6 años -  | 561 |
| 7 años -  | 323 |
| 8 años -  | 443 |
| 9 años -  | 391 |
| 10 años - | 319 |
| 11 años - | 526 |
| 12 años - | 388 |
| 13 años - | 291 |
| 14 años - | 387 |

En la Investigación realizada en la Colonia Impul-  
sora se observó que la población predominante en -  
Sexo fué el Femenino.

### 3.- Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales

La Pérdida Dental Prematura en niños puede comprender una o varias piezas dentarias primarias anteriores, ésta pérdida se puede deber a Traumatismos Caries, Infecciones Severas y en algunos casos a Ausencia Congénita.

Independientemente de la causa, las Pérdidas Dentales Prematuras en niños dan por resultado Pérdida del Equilibrio Estructural, Deficiencia Funcional y de Armonía Estética.

Otra consecuencia de Pérdida Dental Prematura en niños es el Traumatismo Psicológico especialmente si los dientes afectados son las piezas anteriores maxilares o mandibulares.

Los efectos específicos de la Pérdida Dental Prematura son:

- a) Cambios en longitud del Arco Dental y Oclusión
  - b) Mal articulación de las consonantes al hablar
  - c) Desarrollo de Hábitos Bucales perjudiciales
- a) Cambios en longitud del Arco Dental y Oclusión
- La Pérdida Prematura de Dientes Primarios conduce a la rotura de la integridad de los arcos dentarios y de la Oclusión. El tratamiento deficiente de éste problema puede llevar a que se cierren los espacios y los dientes sucedáneos se malposicionen en los segmentos anteriores y posteriores de los Arcos Dentales.

- b) Mal articulación de las consonantes al hablar  
Los efectos que pueda tener la Pérdida Dental--  
Prematura en el desarrollo de la fonación en --  
particular los sonidos consonantes s, z, v y f.  
Las piezas ausentes y sonidos seleccionados de--  
consonantes concluyen sobre la existencia de di--  
ferencias importantes en la articulación.
- c) Desarrollo de Hábitos Bucales perjudiciales  
La Pérdida Prematura de Dientes Anteriores pue--  
de favorecer a exploraciones linguales en el --  
espacio creado. La persistencia de éstos des--  
pués de la erupción de dientes sucedáneos puede  
llevar a malposiciones dentales debido a pre--  
sión lingual excesiva.

#### Traumatismo Psicológico

La Pérdida Prematura de Dientes Primarios Anteriores es a menudo causa de considerables trastornos--  
Psicológicos en los niños especialmente en las mu--  
jeres, esto puede deberse a observaciones no inten--  
cionales pero desagradables de amigos o parientes--  
y no es raro que los niños comparen su aspecto --  
personal con el de los niños de su edad, ésta com--  
paración puede hacer que los niños desarrollen --  
complejos de inferioridad, con respecto a su aspec--  
to personal, creando en un futuro cambios de Con--  
ducta y Personalidad.

La Pérdida Dental Prematura observada en la Investiga--  
ción en la Población Muestra de la Colonia Impulsora--  
fué la siguiente:

Población Muestra: 4972 niños

Edad: 3 a 14 años de edad

Presentaron Pérdida Prematura 1103 niños - 22.18 %  
observando que 386- niños - 77.82 % no presentan -  
Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales.

#### 4.- Tratamiento Dental

El tratamiento Odontológico se basa en un diagnóstico exacto y una cuidadosa planeación del mismo.

Evaluando tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento dental que son:-- Urgencia, Secuencia y Resultados probables, integrando éstas tres consideraciones durante el tratamiento se pueden evitar problemas futuros El tratamiento dental Correctivo consta de cuatro tratamientos fundamentales:

- a) Operatoria Dental
- b) Exodoncia
- c) Prótesis Parcial
- d) Terapéutica Ortodóntica

##### a)- Operatoria Dental

La meta principal es el preservar la integridad de los Dientes Primarios para que se mantengan funciones normales y ocurra la exfoliación normal. Al lograr ésta meta, se obtiene la satisfacción de saber que ha usado todos sus conocimientos para preparar el camino para la erupción de los dientes permanentes sanos que asumirán el lugar que les corresponde en los -

arcos dentales. El Cirujano Dentista al hacer ésto, contribuye a la salud general del niño. Si se perdiera prematuramente cualquiera de éstos dientes se podría dañar de manera trascendente y duradera la Dentición Permanente.

b)- Exodoncia

La extracción de los Dientes Temporales es una parte integral en la práctica dental en la que se incluye a los niños. Al considerarse si se debe extraer Dientes Primarios debe siempre tenerse en cuenta que la edad, no es criterio aceptable por sí sola el determinar si es necesario extraer un diente primario. Un diente primario que esté firme e intacto en el arco dentario nunca deberá ser extraído, a menos que se haya elaborado una evaluación completa, clínica y radiográfica de la boca, y especialmente del área en particular. La Oclusión, Desarrollo del Arco, Tamaño de los Dientes, Cantidad de raíz, Resorción de los Dientes Primarios afectados, Estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente de los dientes adyacentes, Presencia o ausencia de infección, todos éstos son factores a los que se deberán tomarse en consideración al determinar cuándo y cómo deberá extraerse un Diente Primario.

c)- Prótesis

Generalmente cuando se requiere restaurar consecuencias de Pérdida Dental Prematura de Dientes Primarios se aconsejan Dentaduras Parciales Removibles. Específicamente se recomiendan Dentaduras

parciales cuando:

- 1.- Existe Pérdida Prematura y hay la necesidad-- de mantener espacio, y cuando sea importante-- la restauración de funciones masticatorias.
- 2.- Cuando los exámenes radiográficos muestren -- que el intervalo de tiempo entre la pérdida-- de dientes primarios y la erupción de los per-- manentes.
- 3.- Cuando se pierden los dientes anteriores pri-- marios como resultado de diversas causas.
- 4.- Cuando las piezas dentarias faltan por Ausen-- cia Congénita.

c)- Terapéutica Ortodóntica

Este procedimiento se indica para casos en los -- que se deba evitar o corregir ciertas afecciones-- que dejadas sin tratar se desarrollarían serios - problemas dentales.

La Ortodoncia es el campo especial de la Odonto-- logía que se dedica al tratamiento de diversas -- discrepancias dentales, lo mismo que desproporcio-- nes esqueléticas. El término de Ortodoncia se uti-- liza para describir la serie de procedimientos -- terapéuticos que se aplican a la prevención de la Maloclusión grave que se puede evitar. Estos pro-- cedimientos de Ortodoncia no alteran las despro-- porciones esqueléticas resultantes de un patrón - de crecimiento indeseable del niño.

Estos procedimientos se pueden considerar técni-- cas de tratamiento que ayudan a desarrollar una - Oclusión normal, o por lo menos, a disminuir la -

gravedad de la maloclusión en desarrollo.

El tratamiento dental observado durante la Investigación a la Colonia Impulsora fué de:

Población Muestra - 4972 niños

Edad - de 3 a 14 años

Operatoria Dental 2380 niños - 47.86 %

Exodoncia 1742 niños - 35.03 %

Prótesis Parcial 266 niños - 5.34 %

Ortodoncia 85 niños - 1.70 %

Observando que 499 niños - 10.07 % de la Población-Muestra de la Colonia Impulsora no recibieron ningún tratamiento dental.

#### 5.- Complicaciones Dentales

Estas Complicaciones Dentales fueron el resultado - de alteraciones bucales que se manifiestan:

Los dientes primarios más susceptibles a traumatismos son los Incisivos Centrales Superiores. Estos - dientes hacen erupción entre los seis y nueve meses de edad, y normalmente permanecen hasta su exfoliación aproximadamente a los seis años de edad.

Cuando el niño comienza a caminar, y aún no se sostiene totalmente, se convierte en una posibilidad-- de Traumatismos a Dientes Temporales. Es frecuente el número de veces que un pequeño se cae o golpea - contra algo, lastimándose los labios o dientes circunstancia que fácilmente se olvida. En muchas - -- ocasiones sin embargo, el trauma es de tal magnitud que llega a fracturar los dientes, o bién desplazar los. Existe una gran diversidad de causas que po --

drían citarse, pero en términos generales los traumatismos se deben a un sin número de factores.

Es frecuente que los dientes temporales Anteriores no estén cubiertos por el labio, a semejanza de los permanentes, ésto constituye un factor negativo. Desde luego, los incisivos inferiores resultan también involucrados.

#### Apiñamiento

Cuando ciertas partes independientes de la Dentadura, o los maxilares, no se mantienen uniformes entre sí se produce la Maloclusión, si los incisivos permanentes erupcionan precozmente, antes que el Maxilar haya tenido tiempo de crecer lo suficiente, resultará Apiñamiento de éstos dientes. Sin embargo puede producirse un crecimiento natural horizontal de la zona y corregir el estado. Debe recordarse que hay que esperar cierto Apiñamiento de los Incisivos durante su erupción y algún tiempo después.

Esto se debe a que en la Dentadura Mixta, los anchos mesiodistales de los Incisivos permanentes conjuntos con los caninos y molares primarios suman mayor substancia dentaria en el arco, por delante de los primeros molares permanentes, que lo que se necesitará para la dentadura permanente. Esto es particularmente cierto en el Arco Mandibular.

#### Diastema

El espaciamiento de los dientes, especialmente los Incisivos Centrales Superiores, es un caso común durante la infancia, porque es parte del patrón de-

crecimiento normal. Sin embargo, normalmente, la -- inclinación axial de estos dientes se corrige entrando los Centrales en contacto, a medida que el crecimiento del Maxilar llega al rápido aumento alveolar- previo. La separación anormal de los centrales, puede deberse a : Fracaso de la unión premaxilar, Espesamiento del hueso interproximal, acuñamiento producido por un diente supernumerario, incisivos laterales que faltan o a un frenillo grande labial.

#### Espacios Primates

Los arcos dentales primarios se observan de dos tipos, los que mostraban espacios intersticiales entre los dientes y los que no lo mostraban. Muy frecuentemente, se producían dos diastemas consistentes en el tipo de Dentadura Primaria espaciada, uno entre - en Canino primario mandibular y el primer molar primario, y el otro entre el Incisivo primario lateral-maxilar y el Canino primario maxilar. Estos Diastemas están presentes en la boca de todos los Primates pero cuando ésto ocurre en los seres humanos se les describe como Espacios Primates.

Los espacios no se desarrollan en los arcos anteriores cerrados durante la Dentadura Primaria.

Un arco dentario puede presentar espacios y el otro no.

#### Giroversión

La misma erupción es un movimiento migratorio hacia-oclusal. Puede considerarse en i gual forma el movimiento de rotación que efectúa sobre su eje y al que se lellama Giroversión. La correcta posición de todos los dientes en la arcada es comparable a las do-

velas de un arco, desde el punto de vista arquitectónico. Con ésto se quiere hacer notar que el arco tiene mayor consistencia o cohesión cuando no le falta ninguna unidad.

Cuando un diente falta, ya sea porque pierde o no hizo erupción normal el arco pierde fuerza y la naturaleza trata de cerrar el espacio para dar consistencia y rehabilitar la Oclusión. Entonces se producen los movimientos de migración, generalmente con dirección mesial.

#### Erosión

Es el desgaste o destrucción de los tejidos dentales producidos por acción química.

#### Abrasión

Es el desgaste de los tejidos dentales por medios mecánicos, por frotamiento o fricción al llevar a cabo la masticación, el frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos a distancia. El niño produce abrasión considerable a los dientes y puede incluso quejarse de molestias en la articulación temporo-mandibular.

#### Malposición Dentaria

La Maloclusión se define como discusiones funcionales y morfológicas de la oclusión normal.

La maloclusión morfológica puede ser producida -- por desequilibrios en el crecimiento de los maxilares o por influencia de una diferencia de tonomuscular entre los labios y la lengua.

La maloclusión funcional por lo general se asocia

por desarmonías oclusales y masticatorias, los factores etiológicos causantes de la Maloclusión se agrupan en cuatro categorías principales: Herencia, Congénitas, Sistémicas y Adquiridas.

#### Mordida Cruzada Anterior

La Mordida Cruzada Anterior en la Dentición Temporal suele ser indicio de un problema de crecimiento óseo y formación de una Clase III. Esta mordida de uno o mas dientes puede ser evidencia de una discrepancia localizada y una situación que casi siempre sin excepción debe ser tratada en el estado de dentición mixta o tan pronto como se le descubra. El tratamiento tardío puede conducir a serias complicaciones como, la Pérdida de longitud del arco, al desplazarse los dientes adyacentes hacia la zona. Esta Mordida es el resultado de una diversidad de condiciones.

1.- Un Diente Supernumerario situado en vestibular puede causar una desviación lingual de un incisivo, el cual puede erupcionar en relación de Mordida Cruzada.

2.- Un traumatismo de un Diente Anterior Temporal puede llevar a un desplazamiento del diente permanente y éste erupcione en Mordida Cruzada Anterior.

3.- Una deficiencia en la longitud del arco puede provocar la deiviación hacia lingual de los Dientes Anteriores Permanentes en su proceso de erupción.

### Mordida Abierta Anterior

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de los dientes anteriores superiores, esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y según la acción de la palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la Curva de Spee de los dientes mandibulares anteriores.

La Mordida Abierta puede crear problemas de empuje linguales y dificultades del Lenguaje.

Las Complicaciones Dentales observadas durante la Investigación en la Colonia Impulsora:

Población Muestra - 4972 niños

Edad de 3 a 14 años ambos sexos

Complicaciones Dentales:

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| Traumatismos             | 329 niños - 6.61 %   |
| Apiñamiento              | 1175 niños - 23.63 % |
| Diastema                 | 652 niños - 13.11 %  |
| Espacios Primates        | 325 niños - 6.53 %   |
| Giroversiones            | 572 niños - 11.50 %  |
| Erosión                  | 52 niños - 1.04 %    |
| Abrasión                 | 320 niños - 6.44 %   |
| Malposición Dentaria     | 348 niños - 6.99 %   |
| Mordida Cruzada Anterior | 118 niños - 2.37 %   |
| Mordida Abierta Anterior | 319 niños - 6.41 %   |

De la Población Muestra 762 niños - 15.38 % se observaron sin ninguna alteración antes señalada.

## 6.- Oclusión

La clasificación según el Doctor Angle es la siguiente:

Clase I .- En la Clase I la cúspide mesio-bucal-- del primer molar superior ocluye con - el surco mesio-bucal del primer molar inferior.

Clase II.- El surco mesio-bucal del primer molar inferior no ocluye con la cúspide mesio-bucal del primer molar superior o aún más posteriormente, por lo tanto - se puede decir que la dentadura o el - arco mandibular es distal al arco maxilar, a éste tipo de maloclusión se - le denomina también Disto-Oclusión.

Clase II división 1.- Esta tiene características asociadas que son la Protusión de los Incisivos Centrales Superiores y una sobrerupción de los Incisivos Inferiores.

Clase II división 2.- Tiene una característica -- principal que es la lingualización de los Incisivos Superiores.

Clase III.-El primer molar inferior se encuentra mesial al molar superior, tiene también características asociadas como -- son: Mordida Cruzada Anterior y los Incisivos inferiores lingualizados.

La Oclusión observada durante la Investigación en la Colonia Impulsora fué de :

Población Muestra - 4972 niños  
Edad de 3 a 14 años ambos sexos  
Clase I 4126 niños - 82.98 %  
Clase II 766 niños - 15.41 %  
Clase III 80 niños - 1.61 %

## 7.- Conducta Psicológica

Los niños crecen en tres dimensiones: Física, Mental y Emocional. La Conducta Psicológica en todos los niveles cronológicos, depende de la interacción de éstas tres dimensiones del crecimiento. Si cualquiera de éstas se acelera o retarda, el patrón de conducta se ve marcadamente afectada. Esto es particularmente cierto cuando el perturbado es el desarrollo emocional. Existen cuatro tipos de Conducta Psicológica que a continuación se describen:

1.- Conducta Sociable.- Desde el punto de vista -- de estar libre de problemas emocionales, es el más conveniente quizá. Ya desde los dos años y hasta el inicio de la pubertad, éste niño tiene deseo de relacionarse con quien se pone en contacto. La interacción se produce fácilmente, conversa pronto, y muestra un alto nivel de curiosidad respecto a lo que piensa llevar a cabo y de cómo lo hará, es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, -- pues generalmente son pertinentes y no están motivadas por temor o por la angustia.

2.- Conducta muy Activa.- Su conducta es exploradora, siempre expresándose en tono alto. Este niño

es el quien la madre declara típicamente "no puedo hacer nada con él", el niño es tan activo al parecer, el niño no tiene límites, no sabe donde detenerse o que le está permitido hacer. La mayor parte de ésta hiperactividad motivada por la angustia podría aliviarse si se le fijaran límites.

3.- Conducta Angustiada.- Existen múltiples circunstancias por la cual el niño puede presentar esta conducta, la falta de contacto con otras personas fuera de su casa, poco afecto de los padres, - excesiva autoridad paterna, o ser hijo único y la falta de su integridad bucal como consecuencia de la Pérdida Prematura de Dientes Anteriores, son -- las características de ésta Conducta. Este es el -- niño que siempre trata de esconderse detrás de su madre quien mira fijamente hacia el suelo o algún otro lado y se rehusa a entablar conversación.

4.- Conducta Retraída.- Estos niños se consideran callados y complacientes, que nunca dan trabajo. Es también el niño que con casi toda la seguridad sufre un alto grado de stress, es casi como si irradiara miedo o preocupación, éstos niños parecen -- modificar su conducta ante las amenazas, se con -- vierten éstas en el método principal de disciplina.

La Conducta Psicológica observada al elaborar la Investigación en la Colonia Impulsora a lo largo de las encuestas efectuadas y en base a los conceptos psicológicos se observó lo siguiente:

Población Muestra - 4972 niños  
Edad de 3 a 14 años ambos sexos

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Conducta Sociable   | 1644 niños - 33.06 % |
| Conducta Muy Activa | 1685 niños - 33.89 % |
| Conducta Angustiada | 992 niños - 19.96 %  |
| Conducta Retraída   | 651 niños - 13.09 %  |

## 8.- Personalidad

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con personas tales como ; Educadores, padres, -- médicos y dentistas, que deben conjugar sus es-- fuerzos para satisfacer las necesidades fundamen-- tales de un organismo en continuo movimiento.

La Personalidad es la caracterización o el patrón estructural de la conducta, y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado, su-- giere a que tipo de personalidad pueda pertene-- cer.

Existen diferentes tipos de Personalidad básica-- e importante:

1.- Personalidad Bucal.- El niño con éste tipo - de Personalidad confiere un valor emocional exa-- gerado a la boca y a sus funciones. Para él si-- guen siendo una fuente de placer importante y el miedo para aliviar éste tipo de tensión. Por lo-- tanto, para éste tipo de Personalidad las funcio-- nes de comer, beber, masticar y morder serán el-- objeto de gran preocupación.

El niño con Personalidad Bucal está inclinado a-- experimentar funciones bucales exagerados que lo

lleven a presentar quejas injustificadas o a pedir cuidados que en realidad no son necesarios.

2.- Personalidad Compulsiva.- Las características de éste tipo de Personalidad son el perfeccionamiento y la rigidez, los niños clasificados en éste grupo son formales, puntuales, meticolosos y preocupados por los detalles, su perfeccionismo e inflexibilidad hacen que sea rea cio a cualquier cambio.

3.- Personalidad Histérica.- El paciente suele ser emocionalmente inestable, inclinado a dramatizar todas las situaciones, es sugestionable y posee con frecuencia una gran imaginación. La co quetería y la vanidad son rasgos habituales, las fobias y un estado de angustia consciente son -- también características.

4.- Personalidad Paranoide.- Las principales características de éste tipo de Personalidad son, comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío, ésto es provocado por experiencias - indeseables durante algún tratamiento dental, di fícil de ganar la confianza de éstos niños o establecer relaciones amistosas con ellos, son fre cuentes las manifestaciones de ira sin ninguna - causa, de crítica y de reprobación.

El tipo de Personalidad que se observó durante - la Investigación en la Colonia Impulsora es el - siguiente:

Población Muestra - 4972 niños

Edad de 3 a 14 años ambos sexos

|                         |            |           |
|-------------------------|------------|-----------|
| Personalidad Bucal      | 2848 niños | - 57.28 % |
| Personalidad Compulsiva | 1243 niños | - 25.00 % |
| Personalidad Histérica  | 735 niños  | - 14.78 % |
| Personalidad Paranoide  | 146 niños  | - 2.94 %  |

## CAPITULO VIII

### CONCLUSIONES

Siendo la Investigación una tarea fundamental para promover nuevos conocimientos que nos permitan superar -- las formas de solución a los problemas más comunes de Enfermedad Oral, se efectuó una recopilación de datos -- para establecer las causas que originan la Pérdida de Dientes Anteriores Temporales así como la Influencia - Psicológica y Complicaciones Dentales.

La Investigación se efectuó en la Colonia Impulsora -- Ciudad Nezahualcóyotl Estado de México.

Considerando la edad infantil como factor determinante al problema se tomó un determinado grupo de niños de -- la Comunidad de 3 a 14 años de edad, ésto determina -- que si el niño perdió prematuramente las piezas dentales encontraremos a un adolescente con problemas dentales.

Los resultados obtenidos una vez efectuada la Investigación y en base a los objetivos fijados se presentan de acuerdo a la clasificación que se ha propuesto a -- los objetivos de la misma.

La Población estudiada fué de 4972 niños

Encontrando con Pérdida Prematura 1103 niños - 22.18 %

Sin Pérdida Prematura 3869 niños - 77.82 %

Esta Pérdida Dental Prematura se debió a Traumatismos,

### Caries, Ausencia Congénita e Infecciones Severas.

Independientemente de la causa la Pérdida Dental Prematura en los niños da por resultado Pérdida del equilibrio estructural, Deficiencia funcional de lenguaje y de Armonía estética, alterando también la Personalidad y la Conducta Psicológica del niño.

Se ha demostrado que la Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales sí es causa de alteración Psicológica, a pesar de haber sido considerada con muy poca importancia en lo que al aspecto psicológico se refiere. En ésta Investigación se demuestra mediante el estudio cuidadoso de niños de 3 a 14 años de edad que -- han perdido uno o más dientes anteriores temporales superiores o inferiores que sí es causa de alteración -- Psicológica. Esta Alteración Psicológica es frecuentemente el resultado de los comentarios impensados y hasta crueles que los padres parientes y amigos u otros -- niños, hacen que la mayoría de los niños estén muy orgullosos de su aspecto general y cualquier manifestación injusta o hiriente al respecto, puede dejar para siempre en su memoria una escara desagradable, pudiendo en un futuro alterar su Personalidad.

De acuerdo a la Investigación efectuada a la Comunidad de la Colonia Impulsora, cuando existe Pérdida Prematura de Dientes Anteriores Temporales la Conducta y Personalidad sufren un desajuste emocional que se aprecia en cambios y muestran su inadaptación social al medio -- que los rodea, éstos pueden sufrir cambios que varían desde una Conducta Angustiada y Retraída hasta una Per

nalidad Histérica y Paranoide.

Conducta Psicológica

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Conducta Sociable   | 1644 niños - 33.06 % |
| Conducta Muy Activa | 1685 niños - 33.89 % |
| Conducta Angustiada | 992 niños - 19.96 %  |
| Conducta Retraída   | 651 niños - 13.09 %  |

Personalidad

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Personalidad Bucal      | 2848 niños - 57.28 % |
| Personalidad Compulsiva | 1243 niños - 25.00 % |
| Personalidad Histérica  | 735 niños - 14.78 %  |
| Personalidad Paranoide  | 146 niños - 2.94 %   |

Las Complicaciones Dentales que se presentan en niños - de 3 a 14 años de edad durante la Investigación en la - Población Muestra, son consecuencias de alteraciones -- producidas en boca, estas se inician con la Pérdida Den- tal Prematura de Dientes Anteriores Temporales que van a repercutir en la etapa de adolescencia con alteracio- nes. Dichas Complicaciones se presentan por no haber re- cibido un tratamiento correctivo a tiempo.

Los dientes primarios tienen diversas funciones impor- tantes: intervienen en la apariencia facial del niño, - en la digestión y asimilación de los alimentos, en la - expresión oral, en la estimulación del crecimiento de\_ los maxilares, y mantiene el espacio para los sucesores permanentes.

La pérdida de estructura dentaria proximal por caries -

es la causa principal de pérdida de espacio para la --  
erupción de los sucesores permanentes.

La Caries Dental también es la causa principal de Pérdi  
da Prematura de Dientes Temporales. Esto, bien puede --  
marcar la diferencia entre una Oclusión normal y una Ma  
loclusión.

La extracción prematura de un diente temporal puede pro  
vocar: Extrusión de dientes antagonistas, Movilización\_  
lateral de los dientes adyacentes, Hábito de lengua, Há  
bito de mordedura de labio, Apiñamiento de dientes ante  
riores, Falta de espacio para la erupción de los suceso  
res permanentes, Malposiciones, Retraso en la erupción\_  
del diente sucesor y Lesión del diente permanente en --  
formación.

Se explica entonces la importancia de mantener dientes\_  
primarios sanos y de evitar extracciones prematuras.

Al ocurrir la Pérdida Prematura de Dientes Temporales -  
la erupción se retarda aproximadamente por un año. In--  
cluso, la erupción del diente afectado a menudo ocurre\_  
en vestíbulo o linguoversión.

Las Complicaciones Dentales observadas a lo largo de la  
Investigación son las siguientes:

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| Traumatismos      | 329 niños - 6.61 %   |
| Apiñamiento       | 1175 niños - 23,63 % |
| Diastemas         | 652 niños - 13.11 %  |
| Espacios Primates | 325 niños - 6.53 %   |

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| Giroversión              | 572 niños - 11.50 % |
| Erosión                  | 52 niños - 1.04 %   |
| Abrasión                 | 320 niños - 6.43 %  |
| Malposición Dentaria     | 348 niños - 6.99 %  |
| Mordida Cruzada Anterior | 118 niños - 2.37 %  |
| Mordida Abierta Anterior | 319 niños - 6.41 %  |

De la Población Muestra 762 niños con 15.38 % no presentaron ninguna Complicación Dentaria.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en esta Investigación, se considera a la Pérdida Prematura de - - Dientes Anteriores Temporales, Influencia Psicológica y Complicaciones Dentales como un problema Epidemiológico que afecta a una gran mayoría de la Población Muestra.

## CAPITULO IX

### SUGERENCIAS

- 1.- La atención Odontológica del niño debe comenzar a una edad temprana, por lo general a los tres años de edad, de ahí que ésta edad de la vida sea importante en el proceso de adaptación física, mental y social del niño, que conduce a la formación de la Personalidad.
- 2.- El conocimiento y revisión de las causas de la Pérdida Prematura de Dientes Temporales son de enorme valor, ya que se evitarían problemas futuros que repercutirían en el Sistema Gnático.
- 3.- Un diente que esté firme e intacto en la arcada nunca deberá extraerse a menos que se haya valorizado clínica y radiográficamente la zona y toda la boca en general.
- 4.- Aunque no siempre es posible conservar los Dientes Temporales el tiempo necesario, existe un mantenedor de espacio apropiado para substituir los Dientes faltantes Temporales.
- 5.- El Cirujano Dentista debe conocer la Psicología Clínica Infantil para ser eficaz, ya que necesita una diversidad de aptitudes técnicas y un conocimiento del desarrollo físico, mental y emocional para manejar satisfactoriamente las necesidades dentales de los niños.

- 6.- Se debe insistir en inculcar a los padres de familia la importancia de mantener las piezas dentarias en buena salud cuando es posible. Pues existe la idea en algunas personas que las piezas dentales temporales por el hecho de caducar, no merecen la atención de conservarlas.
- 7.- El establecer programas preventivos ayuda a disminuir los problemas buco-dentales. Ya que es el mejor tratamiento que se les puede brindar a los pacientes y a la Comunidad.
- 8.- Se sugieren nuevas Investigaciones al tema para lograr disminuir este problema que afecta no sólo a esta Comunidad sino a toda la Población Infantil.

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

Cieplinski Landou Menashe, REVISION DE LOS FACTORES - - CAUSANTES DE PERDIDA DENTARIA PREMATURA, Revista de la ADM., Vol. XXXVI Núm. 1, Enero - Febrero 1981.

Cinotti Grider, PSICOLOGIA APLICADA EN ODONTOLOGIA, - - Editorial Mundi, 2da. Ed. 312 pág.

Chasteen E. Joseph, PRINCIPIOS CLINICOS DE ODONTOLOGIA\_ Editorial El Manual Moderno, 1a. Ed. 574 pág.

Esponda Vila Rafael, ANATOMIA DENTAL, Editorial Facul-- tad de Odontología UNAM, 5a. Ed. 390 pág. 1978.

Fragoso Picón María del Pilar, PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA, Revista de la ADM., Vol. XXXVI, Núm. 4 Julio - Agosto 1979.

Fuentes Servín Pablo, FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLU-- YEN EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL, Revista de la ADM., - - Vol. XXX No. 2, Marzo 1973.

Graber Touro M., ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA, Edito- - rial Mundi, 3a. Ed. 574 pág.

Jano Takane Aurelio, APUNTES DE ORTODONCIA, Clínica Ara\_ gón 1981.

Katz Simón, ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION, Editorial Panamericana, 2da. Ed., 350 pág. 1975.

Kraus, Jordan Abrams, ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION, Editorial Mundi, 2da. Ed. 331 pág. 1972.

M. Massler, LA PSICOLOGIA EN ODONTOLOGIA PARA NIÑOS, -- Editorial Mundi, 1a. Ed. 325 pág. 1964.

Mc. Donald E. Ralph, ODONTOLOGIA INFANTIL, Editorial -- Mundi, 2da. Ed. 557 pág. 1972.

Moyers E. Robert, TRATADO DE ORTODONCIA, Editorial Interamericana, 2da. Ed. 359 pág. 1960.

Pauly S. Raymound, LA DENTICION DEL NIÑO Y SUS RELACIONES CON EL ESTADO DE SALUD GENERAL, Revista de la ADM., Vol. XXVIII Núm. 2, Marzo - Abril 1971.

Revista de Información, Ciudad Nezahualcóyotl Estado de México, Vol. I y II, 1980.

San Martín Hernán, SALUD Y ENFERMEDAD, Editorial La -- Prensa Mexicana, 3a. Ed. 814 pág. 1977.

Sidney B. Finn, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial Interamericana, 5a. Ed. 613 pág. 1976.

Silva Oseguera Margarita, TRAUMATISMOS A DIENTES DECIDUOS Y SUS EFECTOS EN SUS SUCESORES PERMANENTES, Revista OM., Vol. 1, Febrero 1978.

Simbón Levy Antonio, ODONTOPEDIATRIA, Vol. I y II, Editorial Facultad de Odontología UNAM.