

115
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“INDICE DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 1 A
13 AÑOS DE EDAD Y TIPO DE ALIMENTOS
CONSUMIDOS”
(REPORTE DE UN CASO CLINICO)

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
PATRICIA GRANADOS SOTO



México, D. F.

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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	
REVISION BIBLIOGRAFICA	1
OBJETIVOS	27
MATERIALES Y METODOS	28
RESULTADOS	38
DISCUSION	40
CONCLUSIONES	43
APENDICE	45
BIBLIOGRAFIA	

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

La odontología es una ciencia muy antigua y su evolución ha ido paralela con la evolución de la cultura. Fue primero - practicada por los sacerdotes en una especie de rito semireligioso, en el cual curaban unicamente con oraciones, también - era creible que el sol curaba todas las enfermedades, incluso las afecciones dentales. Posteriormente aparecieron médicos - de dientes. Por eso vemos que desde los tiempos más remotos - se ha procurado la higiene de la boca como elemento indispensable.

Se han observado signos de caries en homínidos que vivieron hace un millón de años, aunque esta enfermedad era rara - antes de la edad de hierro, se han encontrado caries en piezas dentarias examinadas de períodos anteriores, desde el siglo XVIII fue aumentando la frecuencia de lesiones cariosas, este marcado incremento coincidió con un aumento paralelo en el consumo de sacarosa.

La caries dental se ha prolongado con la civilización y se considera como un problema principal de la odontología y merece recibir atención importante en la práctica diaria, no sólo desde el punto de vista de los procedimientos de restauración si no también en cuanto a los procedimientos preventivos desarrollados para reducir el problema. Asi surge la necesidad de iniciar durante la infancia los esfuerzos para evitar la caries dental tomando en cuenta los hábitos básicos: -

conductas preventivas y costumbres dietarias en combinación -- con la tecnología actual como fluoruros y selladores.

La caries dental consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados, es una de las enfermedades más frecuentes.

El desarrollo de la caries debe considerarse como un proceso dinámico continuo que comprende repetidos períodos de desmineralización por ácidos orgánicos, este proceso requiere la presencia simultánea de microorganismos acidógenos que metabolizan hidratos de carbono.

Los microorganismos predominantes en las lesiones cariosas son cocos, habitualmente Streptococos mutans, imitis, sanguis, los lactobacilos participan en el avance de la lesión.

El Streptococo mutans ha sido implicado como el más importante de los microorganismos productores de caries, este es -- detectado en la cavidad bucal, después de que comienzan a erupcionar los dientes temporales.

Una de las teorías sobre la etiología de la caries es la acidogena, la cual es la más aceptada por los investigadores -- por la naturaleza esencial de los ácidos para la desmineralización del esmalte y la dentina.

REVISION BIBLIOGRAFICA

C A R I E S D E N T A L

La caries dental es un trastorno de los tejidos duros del diente, que se caracteriza por la desmineralización en las porciones inorgánicas del diente; el deterioro de sus partes orgánicas ocurre luego del menoscabo del contenido mineral. Este proceso destructivo surge de las acciones de microorganismos sobre los carbohidratos. (15)

La caries dental consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados.

Este proceso es dinámico y se produce bajo una capa de -- bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias, se considera que la caries esta producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. (11)

TEORIAS DE LA ETIOLOGIA DE LA CARIES

TEORIA ACIDOGENA W. D. MILLER

Propone la producción de ácidos en la superficie dentaria o cerca de ella mediante la fermentación microbiana de los hidratos de carbono de la dieta. Los ácidos así formados son responsables por la disolución de los cristales de apatita que -- constituyen aproximadamente el 95% del volumen del esmalte.

Los ácidos se mantienen en estrecha proximidad con la superficie dentaria por medio de la placa dental, que también -- sirve para proteger los ácidos contra los efectos de lavado y el tapón de la saliva.

TEORIA DE LA PROTEOLISIS GOTTLINE

Sugiere la posibilidad de que el ataque inicial al esmalte podía ser proteolítico en vez de ácido. La matriz orgánica sería atacada antes que la fase mineral del esmalte. El esmalte humano sano contiene menos de 1% de proteína en peso, aunque la pequeña cantidad, el material orgánico forma una red de licada que cubre la superficie de los cristales de apatita del esmalte. La teoría propone que las enzimas proteolíticas liberadas por las bacterias bucales podrían destruir la matriz orgánica del esmalte, con resultado de un aflojamiento de los -- cristales de apatita y su pérdida final y colapso del tejido.

TEORIA DE LA PROTEOLISIS-QUELACION SCHAPZ Y HATTIN

Propone que alguno de los productos de la acción micro--siana sobre el esmalte, la dentina, los alimentos y los compo-

mentos de la saliva pueden tener la propiedad de formar complejos o quelatos con el calcio. Un quelato es un complejo formado entre un ion como el calcio y dos o más grupos del compuesto complejante. Lo que conduce a una estructura de anillo y -- a veces incorpora los elementos del agua. Como los quelatos --- pueden formarse con valores de pH neutros o alcalinos, la teoría sugiere la posibilidad de que la desmineralización del esmalte pueda surgir sin formación de ácidos los péptidos y aminoácidos producidos por la placa tienen actividad quelante, como también una cantidad de moléculas que pueden hallarse en la placa dental.

TEORIA DE LA AUTOINMUNIDAD BURCH Y JACKSON

Analizaron los datos epidemiológicos de caries y consideraron que algunas de las observaciones no podían ser explicadas sobre la base de las teorías convencionales de la etiología de la caries. Por ejemplo si se produce caries en la cara mesial de un incisivo central superior, es razonable suponer - que la enfermedad al fin involucrará la superficie adyacente.

Esto debería ocurrir por que ambas superficies se formaron y calcificaron simultáneamente, comparten una placa común y estan expuestas a una dieta idéntica.

TEORIA DE LA SACAROSA-QUELACION EGGEPS-LAURA

Propuso que la sacarosa misma, no el ácido derivado de -- ella, podría causar la disolución del esmalte al formar sacarosatos de calcio no ionizados. La teoría es que los sacarosatos de calcio y los intermediarios complejantes del calcio recue-

ren fosfato inorgánico, que posteriormente es retorado del es malte por enzimas fosforilantes. Sin embargo nuevas investigaciones de una cantidad de trabajadores no lograron confirmar esta idea, más demostraron que se podían formar complejos solubles, aún con valores de pH alcalinos, entre la sacarosa y el óxido de calcio y el hidróxido de calcio. (4)

La etiología multifactorial de caries admite un buen número de diferentes interpretaciones para explicar los cambios en la frecuencia de las enfermedades dentales, tanto en los países en vías de desarrollo. Estos cambios eran atribuidos a alteraciones en los hábitos dietéticos principalmente en el consumo de azúcar; variaciones en los patrones de higiene oral, incremento en el contacto con algunos elementos especialmente con el fluoruro del medio ambiente, cambios en la ecología o virulencia en la placa de microflora oral y dental. (19)

Los medicamentos usados en el tratamiento de los desordenes compulsivos obsesivos pueden causar xerostomía profunda y ampliar la magnitud de enfermedades orales como caries dental. (8)

MICROORGANISMOS PRESENTES EN LAS LESIONES CARIOSAS

Hay cantidad de microorganismos que pueden producir ácidos suficiente como para desmineralizar estructuras dentarias, en especial los estreptococos acidúricos, los lactobacilos, - levaduras, estafilococos y ciertas cepas de sacarinas.

Estudios gnotobióticos mostraron que los principales agentes productores de caries son los estreptococos, incluyendo - los *S. Mutans*, *S. Sanguis* y *S. Salivarius*. En años recientes, el *S. Mutans* ha sido implicado como el más importante y el -- más virulento de los microorganismos productores de caries, - este es detectado en la cavidad bucal.

Los ácidos involucrados en la iniciación del proceso de caries son subproductos metabólicos normales de los microorga- nismos y son generados en el metabolismo de los hidratos de - carbono. Estos ácidos tienden a acumularse alrededor de los-- microorganismos dentro de la placa dental, especialmente en - las capas más profundas de la placa adyacente a la superficie dental. Los ácidos acumulados se difunden al esmalte que esta debajo, a través del material orgánico interprismático y co- mienzan a desmineralizar los bordes externos de los cristales de hidroxiapatita de la superficie dental facilitando con --- ello la difusión adicional de los ácidos en el esmalte. La con- tinuación de este proceso da como resultado la formación de - una lesión superficial incipiente que se observará primero -- clínicamente como los así llamados puntos blancos, la lesión

superficial continuará agrandándose con el eventual colapso de la delgada capa superficial y la formación de una lesión franca. (12)

Otros microorganismos como Actinomyces viscosus y Lactobacillus casei son capaces de fermentar los azúcares y con frecuencia se asocian con la caries dental humana.

El S. Mutans es acidogénico y acidúrico, facultades que constituyen probablemente otro aspecto importante de su alto potencial cariogénico. (11)

De 157 cultivos de estreptococos mutans de placa y saliva de 94 niños que fueron estudiados en relación a sus estereotipos, se produjeron mutaciones en el 83% de cultivos encontrándose una o más de las 14 especies de indicadores que presentan los estreptococos mutans, estreptococos sanguis, estreptococos salivarius y estreptococo pyogeno. (1)

La transición de la primera a la dentición permanente es acompañada de algunos cambios significativos en varios parámetros clínicos o microbiológicos comunmente usados como indicadores de la actividad de caries, en el estudio y de acuerdo a la edad fueron asignados a 4 diferentes grupos de dentición (primaria, cambiante temprana, cambiante tardía y permanente), existe un decremento significativo en estreptococo mutans, salivario y lactobacilos S.F.P. contenidos en el grupo de dentición cambiante tardía en comparación con el grupo de dentición primaria y el de dentición cambiante temprana. Además en el grupo de dentición permanente la medida de la estimulación

del flujo salivario fue significativamente mayor que en todos los otros grupos. Se concluyó que la transición de la primera a la dentición permanente en general es acompañada de cambios significativos aún más, el número de caries asociadas con microorganismos. (17)

TIPO DE LESIONES CARIOSAS

LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES Y SUPERFICIALES. C1 (ESMALTE)

Se ha demostrado que una vez que la caries penetra a la unión amelodentinaria, ocurre una reacción a través de la longitud entera de los túbulos dentinarios afectados y dentro de la pulpa. Por lo tanto ha habido algún efecto pulpar causado por el proceso carioso. También puede producirse un daño pulpar adicional durante el procedimiento de restauración. Cuando la preparación de la cavidad se extiende en forma adecuada por precaución y para obtener suficiente modelo de contorno, cierto número de túbulos no afectados por el proceso carioso son cortados. La lesión de estos túbulos puede estimular una respuesta inflamatoria aguda en el área de la pulpa bajo los túbulos dañados. Además el efecto de la saliva sobre la dentina expuesta después de que se ha colocado la restauración --- puede continuar estimulando la respuesta inflamatoria en la pulpa dental y la vuelve hiperalgésica a los estímulos calientes y fríos. El efecto de la caries inicial de la dentina --- pronto será captado por la pulpa misma, siempre y cuando la pulpa y la dentina estén protegidas de una irritación ulterior.

LESIONES INTERMEDIAS (SEMI-PROFUNDAS) C1 (ESMALTE)

Se considera que las lesiones semi-profundas por lo general son aquellas en las que se conserva más de una. de dentina sana entre la pulpa y el piso de la preparación de la cavi

dad después de haber eliminado la caries. Debe tomarse en --- cuenta el efecto excitante de la caries sobre la pulpa dental además de los problemas que se encuentran en la lesión inci--- piente o superficial. Estos efectos pueden incluir una ligera dilatación, probablemente alguna formación de dentina de cicatrización terciaria, y seguramente cierta esclerosis de los --- túbulos dentinarios. Conforme la cantidad de dentina entre la pulpa y el piso de la cavidad decrece, hay más riesgo de le--- sión térmica y de lesión a la pulpa dental a consecuencia de la inserción de una restauración de metal.

CARIES PROFUNDA C2 (ESQUELE DE DENTINA)

Es una caries donde menos de 1.0 mm pero más de .5 mm --- de dentina sana se conserva entre la pulpa y el piso de la --- preparación de la cavidad. En muchos casos, la caries que ha penetrado a esta profundidad a causado una respuesta inflama--- toria grande dentro de la pulpa. Además hay un aumento del --- riesgo de lesión operatoria, debido a la corta distancia en--- tre la pulpa y el piso de la preparación. En estas condicio--- nes es importante favorecer el depósito de dentina terciaria adicional de reparación, y al mismo tiempo tener algún con--- trol sobre la cantidad que esta depositada para que la pulpa no este completamente constreñida por sus propias secreciones calcificadas.

CARIES EXTREMAMENTE PROFUNDA C3 (ESQUELE DE TINA PULPA)

En una caries profunda donde permanece menos de .2 mm --- de dentina sana, la pulpa puede o no estar en una condición ---

reversible de inflamación. A menudo es imposible por las pruebas disponibles si la inflamación del tejido pulpar es reversible o irreversible. El daño de la exposición de la pulpa -- añadido a la ya intensa inflamación probablemente conducirá -- a que casi a que en forma invariable una porción de la pulpa resulte irreversiblemente lesionada. Una solución que ha sido sugerida en el recubrimiento pulpar indirecto, la dentina cariosa es eliminada excepto la que esta más próxima a la pulpa dental. Toda la caries reblandecida de esa área es removida. -- Este procedimiento se basa en el principio de que esta por--- ción descalcificada, pero estructuralmente sana, de la lesión cariosa es relativamente estéril dado que corresponde a la zo na opaca del proceso carioso. La finalidad es prevenir un --- traumatismo ulterior a la pulpa por su posible exposición --- cuando se elimina la última parte de la dentina reblandecida, así como disminuir un traumatismo operativo adicional.

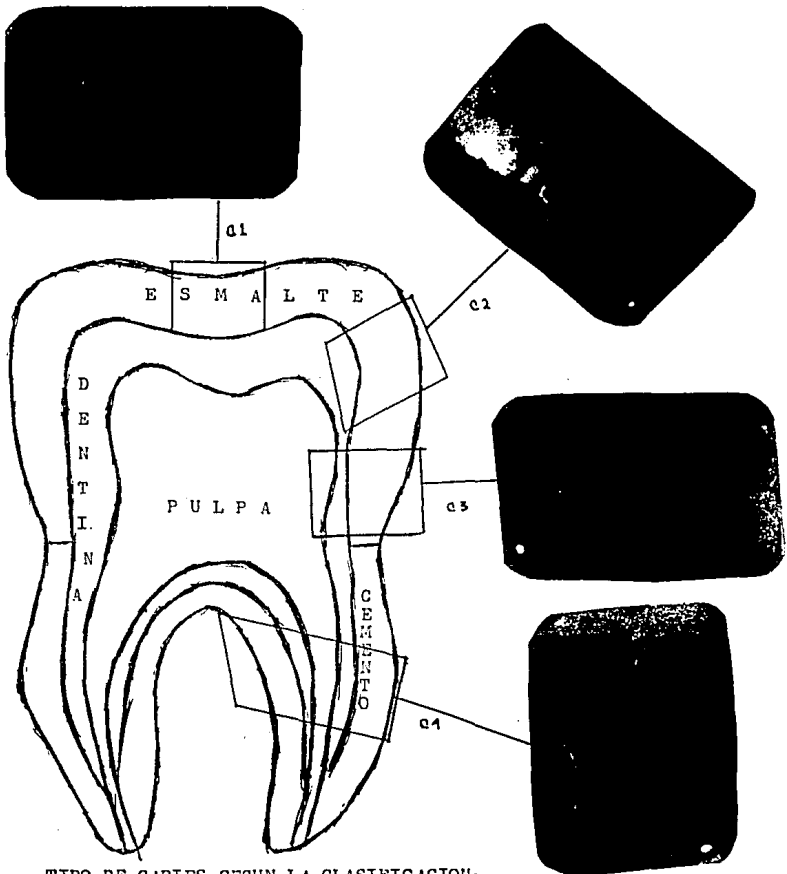
CARIES RAMPANTE

No hay total acuerdo acerca de la definición de caries rampante o del cuadro clínico de esa situación. Sin embargo -- en general se ha aceptado que la enfermedad conocida como caries rampante, es en términos de la historia humana relativamente nueva.

La caries rampante fue definida por MASSLER como un tipo de caries de aparición súbita, extendida rápidamente horadante, que da por resultado un compromiso temprano de la pulpa y que afecta también a aquellos dientes que generalmente se ---

consideran inmunes a la caries ordinaria. No hay evidencia de que el mecanismo del proceso de caries sea diferente en la caries rampante o de que ocurra sólo cuando hay dientes mal formados o débiles. Por lo contrario las caries rampantes pueden ocurrir súbitamente en dientes que fueron por muchos años relativamente inmunes a la afección. Pareciera que algún factor del proceso de caries acelera el proceso de modo que se torna incontrolable, conociéndose solo entonces como caries rampante.

(3)



TIPO DE CARIES SEGUN LA CLASIFICACION:

- C1 ESMALTE
- C2 ESMALTE DENTINA
- C3 ESMALTE DENTINA PULPA
- C4 CANDIDATA A EXTRACCION

CARIES "POR BIBERON"

Se ha conocido que la alimentación por biberón prolongada, más allá del tiempo en que se hace la ablactación del niño y su introducción a las comidas sólidas, puede dar por resultado caries tempranas y rampantes. El aspecto clínico de los dientes en la caries por biberón en un niño de 2, 3 o 4 años de edad es típico y sigue un patrón definido. Hay afectación temprana por caries en los dientes anteriores superiores los primeros molares temporales superiores e inferiores y los caninos inferiores. Los incisivos inferiores por lo general no están afectados. El niño se duerme y la leche o el líquido azucarado se acumula alrededor de los dientes anterosuperiores. El líquido azucarado brinda un excelente medio de cultivo para los microorganismos acidógenos. El flujo salival disminuye durante el sueño y se lentifica el desape de líquido de la cavidad bucal.

El contenido en lactosa de la leche humana al igual que el de la leche bovina, puede ser cariogena si se permite que la leche se estanque sobre los dientes.

Los investigadores recomiendan sostener al niño mientras se alimenta. El niño que se duerme durante el amamantamiento debe ser despertado y recién después acostado en su cama. --- Además la madre debe comenzar a limpiar los dientes del niño utilizando una gasa enrollada en el dedo, tan pronto como --- erupcionan e interrumpir el amamantamiento cuando el niño pue

da beber de una taza aproximadamente a los 12 o 15 meses.

Los padres manifestaron que no sabían cuándo debía ocurrir la aolactación ni cuándo debía comenzar la higiene oral.

La caries por biberón y las caries similares por alimentación por pecho materno pueden evitar aconsejando tempranamente a las madres. Esta es una de las razones para sugerir que los niños tengan su primera visita al odontólogo alrededor de los 9 meses de vida, cuando la caries por amamantamiento todavía no se han desarrollado. Los padres deben ser advertidos acerca de los hábitos de amamantamiento prolongado y frecuente. (12)

Los dientes cariados por mamila es un único patrón de caries dental que afecta la dentición de los niños pequeños. Esto está asociado con la práctica común de dormir a los niños con la mamila llena de líquidos que contienen azúcar. Se deben establecer tratamientos necesarios además de la información requerida acerca de la prevalencia y la gravedad de la caries por mamila. (6)

Aunque la caries dental ha sido reducida grandemente en las 2 últimas generaciones las enfermedades infecciosas persisten. Los pediatras pueden jugar un papel directo e indirecto en la prevención de caries dental. Los pediatras pueden proveer o aconsejar sobre práctica alimenticia para prevenir la caries por mamila así como identificar a los niños con riesgo. La caries dental en forma de hendidura o en ranura de molar se cuenta como la mayor caries dental en los niños en -

comparación con otras formas de caries. (17)

La concentración de fosforo y fosfatos alcalinos activos en la saliva pueden ser relacionados a la susceptibilidad a caries dental y cálculos supragingivales. De esta manera varias muestras de saliva de niño, no estimulada, fue analizada por métodos bioquímicos para determinar la cantidad de fósforo y fosfatos alcalinos en cada muestra salivaria. Es muy importante notar que una mayor concentración de fósforos y fosfatos alcalinos activos fueran encontrados en pacientes con caries abundantes comparando con aquellos grupos no abundantes o controlados. (13)

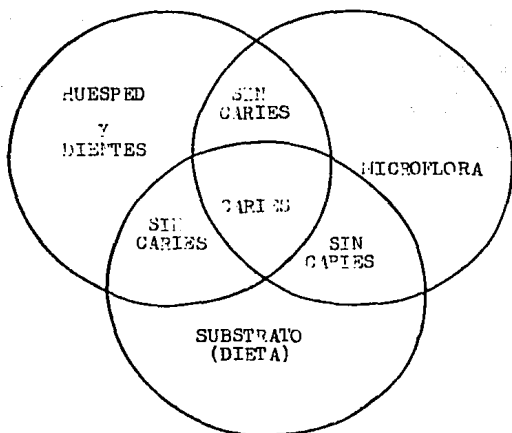
FACTORES DIETARIOS Y CARIES DENTAL

Coincidentemente con la eliminación de las grandes caries y con el intento de reducir la tasa de ataque de caries, debe procurarse la determinación de los hábitos dietéticos de todos los pacientes que tienen un problema de caries dental. Algunos excelentes estudios han sido comunicados en los últimos años, mostrando una relación entre la dieta y la caries dental. Como resultado de estos estudios se ha destacado considerablemente esta fase del control de caries. También existe evidencia creciente de que las ingestas entre comidas y su frecuencia están relacionadas con la incidencia de caries. (12)

Factores que intervienen en el proceso de la caries dental:

Carbohidratos fermentables, enzimas microbianas bucales, y composición física y química de la superficie dental. Los -- carbohidratos fermentables y las enzimas microbianas pueden -- considerarse como fuerzas de ataque, la superficie dental como la fuerza resistente.

La siguiente figura muestra que la iniciación de la ca--- ries dental depende de la presencia de cierta microflora bucal cariogénica, un sustrato favorable y superficie dental susceptible. (7)



El azúcar es una de las causas principales en la caries dental. La sacarosa recibe el nombre de "El archicriminal de la caries dental" otros azúcares, de manera principal la glucosa y la fructuosa son tan cariógenos como la sacarosa. (15)

La nutrición es más importante durante el período en que las piezas están experimentando formación de matriz y calcificación. También se demostró que estos procesos podían ser influidos por la dieta materna y la del niño durante la lactancia y después. En estas circunstancias las propiedades físicas y químicas del esmalte podrían alterarse favoreciendo la susceptibilidad a la caries dental. Como la formación de las piezas primarias permanentes empiezan en la vida uterina y --

continúa hasta el doceavo año de vida del niño, a excepción de terceros molares, es responsabilidad del dentista dar consejo dietético adecuado sobre la salud dental a niños de corta edad y madres embarazadas.

Es especialmente importante aconsejar alimentos ricos en calcio, fósforo y vitaminas A, C y D. En circunstancias normales la ingestión de cantidades adecuadas de leche, huevo y -- frutas cítricas alcanzará este objetivo, especialmente cuando la leche es enriquecida con vitamina D. (7)

La mal nutrición en edad temprana afecta la estructura dental, provoca tardanza en la erupción molar y resulta un -- incremento de caries dental. El desarrollo de caries es también más lento como una consecuencia del retraso de la erupción molar.

Una vez que se da el efecto de erupción molar se considera que la mal nutrición de los niños contribuía en un aumento de caries como se demostró recientemente en un estudio en niños. (2)

AREAS DE SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES

DEFINICION TEMPORARIA

La secuencia del ataque sigue un patrón específico; molares superiores y dientes anteriores superiores, molares inferiores, rara vez son afectados los dientes anteriores inferiores y las superficies vestibulares y linguales de los dientes temporarios, excepto en casos de caries rampante.

Los primeros molares temporarios superiores son mucho -- menos susceptibles a la caries que los segundos molares temporarios, pese a que los primeros molares erupcionan antes.

	MAXILAR	MANDIBULAR
SEGUNDO MOLAR	oclusal y palatina	oclusal y vestibular
PRIMER MOLAR	oclusal	oclusal y vestibular
CARINO	vestibular	vestibular
LATERAL	mesial	mesial
CENTRAL	mesial	mesial

DEFINICION MIXTA

Con la erupción del primer molar permanente, el odontólogo puede esperar hallar con frecuencia caries en las fosas y fisuras oclusales y defectos morfológicos, que deben ser restauradas para evitar el desarrollo de grandes lesiones cariosas.

Se ha encontrado que a los 7 años de edad aproximadamente, el 25% de los primeros molares inferiores permanentes ---

tienen caries en su superficie oclusal, mientras que en la misma edad alrededor del 12% de los primeros molares superiores permanentes tenían caries. A los 9 años, el 50% de los primeros molares inferiores permanentes y el 35% de los primeros molares superiores permanentes tenían caries. A los 12 años, el 70% de los molares inferiores y el 52% de los primeros molares superiores permanentes tenían caries. (12)

De 317 niños con un promedio de 7.8 años, el 94% de niños que estuvieron libres de caries en su primera dentición permanecerán así en su dentición mixta. Los niños con patrones de caries de hoyos y fisuras en su primera dentición estuvieron más propensos a desarrollar caries en superficies planas de los dientes principales en su dentición mixta, en un 32% que los niños libres de caries. De los niños con lesiones de molar en proximal en su primera dentición el 57% desarrolló lesiones de dientes, además de lesiones de molar en proximal en la dentición mixta. Los niños con caries por biberón fue el grupo de menor alto riesgo para desarrollar lesiones cariosas adicionales. (9)

IMPACTOS COMUNES DE LESIONES DE CARIES

Se ha podido apreciar que cada pieza en la boca tiene diferente susceptibilidad a la caries. Si se desarrollan caries en piezas primarias, las que tengan mayor propensión a esta serán atacadas primero. Por esta razón, algunas piezas y superficies específicas permanecen libres de caries, a menos que la fuerza atacante sea tan grande (caries rampante) que toda la -

superficie de la pieza sea atacada.

Al repasar la susceptibilidad de las diferentes piezas - primarias, y al compararlas con su morfología, algunos estudios han demostrado que los segundos molares son los que tienen mayor índice de ataques cariogénicos seguidos por primeros molares, canino e incisivos en este orden. Sin embargo en todas las piezas existen ciertas áreas que se vuelven caridadas más rápida y más frecuentemente que otras. Estas son áreas en donde existen defectos naturales de la pieza dental o que no son de limpieza propia o que se vuelven defectuosas en su limpieza propia por accidentes o por enfermedades.

Estas áreas generales pueden localizarse como fosas y fisuras en molares y piezas anteriores, áreas cervicales y proximales de todas las piezas, también áreas hipoplásicas o dañadas en las partes de la piezas que de otra manera serían resistentes. Es importante que los padres se den cuenta de que los niños extremadamente susceptibles, que están a dieta constante de jarabes medicinales, carbohidratos pegajosos o líquidos endulzados en el biberón de la noche, pueden padecer ataques de caries en piezas primarias en cuanto estas hacen erupción. (7)

DEFECCION DE CARIES

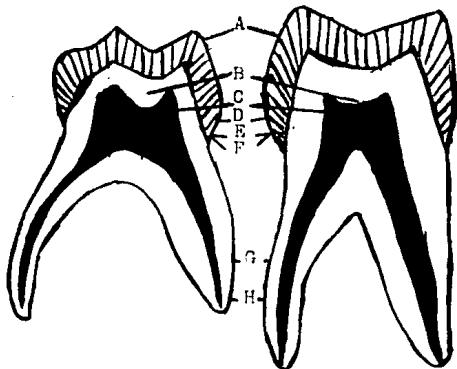
Existen ciertas diferencias anatómicas en piezas primarias, tales como cámaras pulpares extremadamente grandes, cuernos pulpares prominentes y su proximidad a la superficie externa de las piezas, que hacen imperativo descubrir inicialmente lesiones incipientes y que se traten con prontitud.

Variaciones entre dientes primarios y dientes permanentes:

- 1) Los cuernos pulpares están más altos en los molares primarios, especialmente los cuernos mesiales, y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores. (C) (D)
- 2) Existe un espesor de dentina comparablemente mayor sobre la pared pulpar en la fosa oclusal de los molares primarios. (B)
- 3) Las raíces de las piezas anteriores primarias son mesiodistalmente más estrechas que las anteriores permanentes. Esto, junto con el cérvix notablemente estrechado y los bordes de esmalte prominentes de la imagen característica de la corona que se ajusta sobre la raíz como la copa de una bellota. (G) (H)
- 4) Las raíces de las piezas primarias son más largas y más dobladas, en relación con el tamaño de la corona, que las piezas permanentes. (G) (H)
- 5) Las raíces de los molares primarios se expanden hacia afuera más cerca del cérvix que la de los dientes permanentes (H)

6) Las raíces de los molares primarios se expanden más a medida que se acercan a los ápices, que los molares permanentes. Esto permite el lugar necesario para el desarrollo de brotes de piezas permanentes dentro de los confines de estas raíces.

7) Las piezas primarias tienen generalmente color más claro y el esmalte de menor grosor que los permanentes. (A) (7)



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La decisión de restaurar piezas primarias deben basarse en varias cosas, además del hecho de ser afectadas por caries. Factores que deben considerarse antes de restaurar una pieza dental:

- 1.- Edad del niño
- 2.- Grado y afección de la caries
- 3.- Estado de la pieza y del hueso de soporte observado en radiografía.
- 4.- Momento de exfoliación normal.
- 5.- Efectos de la remoción o retención en la salud del niño.
- 6.- Consideración de espacio en el arco. (7)

Los procedimientos restauradores para el paciente niño - han constituido una consideración importante de los odontólogos. La rapidez de la aparición de la caries en la dentición primaria siempre ha presentado un desafío al operador serio, preocupado por la provisión de restauraciones funcionales duraderas y estéticas, con el correr de los años, la mejor comprensión de la conducta de los niños más el uso de los anestésicos locales, ha permitido al profesional motivado que realice en niños procedimientos operatorios iguales a los de los adultos.

La amalgama de plata sigue siendo el material de uso más común en la restauración de la dentición primaria. La preparación cavitaria debe incluir todas las zonas afectadas por ca-

ries, así como las áreas de fosas y fisuras que se consideren potencialmente cariosas.

El piso pulpar debe ser convexo, no se ha de aguzar el ángulo axiopulpar. La realización de un bisel o de un surco proveerá un mayor volumen de material en esta zona y reducirá la tensión generada a lo largo de esa línea. Será más fácil condensar la amalgama.

No hay duda de que la cuestión de la estética en la restauración de los dientes anteriores primarios, especialmente los superiores, merece una consideración cuidadosa. En el momento actual, las técnicas más adecuadas para las restauraciones de lesiones cariosas extensas, son las resinas acrílicas y compuestas, las coronas de policarbonato, coronas de acero inoxidable con frente estético o sin él.

Resinas acrílicas y compuestas, estas dan por resultado un aspecto inicial notablemente perfecto en cuanto a forma y estética. Es importante obtener una retención mecánica adecuada labial y lingualmente. Se deberá grabar el esmalte con ácido para obtener una mejor adaptación marginal.

Coronas de policarbonato, existen de diversos tamaños y espesores, se deberán adaptar adecuadamente reduciendo cantidad de tejido dentario natural.

Coronas de acero inoxidable con frente estético, proporciona la restauración más resistente y durable para dientes anteriores primarios. Se recorta una ventana labial y se coloca un frente de resina compuesta.

Coronas de acero inoxidable, son una fortuna para la --- práctica clínica, el proporcionar un medio simple y expeditivo para restaurar los dientes que antes habrían sido condenados a las pinzas de extracción, es parte invaluable e indispensable del instrumental de odontopediatría. (4)

La caries de los incisivos primarios es un problema común que puede ser detenido si se detecta oportunamente. Los tipos de coronas de celuloide, usadas en composición de resina ahora permiten la restauración aún de los más gravemente cariados incisivos primarios, ésta técnica es rápida y eficiente. (16)

La relación entre el fluoruro en el agua potable, la caries y la fluorosis está establecida desde hace 50 años. (14)

Conseguir los más grandes beneficios clínicos del fluoruro, entendiéndolo que el mecanismo de acción del fluoruro debe ser dado en el tiempo justo, por la mejor vía de administración, la dosis optima y en la más adecuada forma. (5)

El objetivo de un estudio fue averiguar como 1/6 niños entre los 3 y 13 años de edad, con miedo dental, o tratados durante un año en una clínica odontopediátrica aceptó el tratamiento dental después de los 5 años. Las principales variables que causaban el miedo dental fueron factores sociales en un 45%, factores de personalidad en un 45% y experiencias negativas precoz en un 26%, la incidencia de caries fue alta en un 71% de estos pacientes. La mayoría de los niños con baja incidencia de caries fue tratado convencionalmente. En niños

mayores de 5 años el 78% mostró buena aceptación por los tratamientos dentales convencionales. (18)



GARIES C4 DE SEGUNDO MOLAR SUPERIOR
DERECHO.
SU TRATAMIENTO FUE EXTRACCION.



CARIES C2 Y C3 DE DIENTES ANTERIORES
SUPERIORES.
SU TRATAMIENTO FUE PULPECTOMIA Y CORONAS
DE ACERO CROMO.

OBJETIVOS

Se ha demostrado que las niñas presentan mayor experiencia de caries que los niños de igual edad cronológica. También se ha demostrado que las piezas dentales femeninas brotan a edades más tempranas; sin embargo, por lo menos una investigación indica que la experiencia de caries de padres con relación a sus hijos probablemente tienen un factor genético no relacionado con la dieta. (7)

El objetivo de éste estudio fue valorar la caries dental en el grupo de edades y sexo de los pacientes atendidos en la clínica de apoyo 4o. piso en el área de odontopediatría. Tipo de dieta consumida por dichos pacientes. Grado de caries dental, clasificación C1 (esmalte), C2 (esmalte dentina), C3 (esmalte dentina pulpa) y C4 (candidatas a extracción), tipo de restauración que presentaban los pacientes y determinar en No. de pacientes con síndrome de mamá, edad y sexo.

MATERIALES Y METODO

En 70 pacientes comprendidos entre la edad de 1 a 13 años de edad, atendidos en la clínica de apoyo en el área de odontopediatría 4.º piso de la Facultad de Odontología se realizó un estudio sobre el índice de caries clasificadas en C1 (esmalte) C2 (esmalte dentina), C3 (esmalte dentina pulpa) y C4 (candidata a extracción), valorando con Historia clínica a cada uno de ellos, obteniendo datos generales y estado clínico bucal, realizando la exploración con el instrumental adecuado, espejo y explorador para determinar el grado de las lesiones cariosas que presentaban, a los pacientes se les colocó en el sillón dental en posición supina, el operador se sentó al lado derecho del paciente un poco atrás, tomando en cuenta la posición de las manecillas del reloj (9:00 y 11:00 hrs.).

Se tomaron series radiográficas y modelos de estudio como auxiliares del diagnóstico para determinar el plan de tratamiento. Las radiografías son más eficaces que los métodos clínicos en la detección del grado de las lesiones cariosas proximales, se colocó al paciente en posición I (línea trazo a la ala de la nariz) para obtener radiografías superiores del maxilar, se le pidió al paciente que viera hacia abajo a las rodillas, en posición II (línea trazo a comisura labial) para radiografías inferiores de la mandíbula, el paciente vió hacia arriba al techo. Se colocó el plano oclusal paralelo al piso, dirigiendo el rayo central a los arcos. Los pacientes coope-

raron sosteniendo el paquete digitalmente (pulgar maxilar, índice mandíbula), la cabeza de los pacientes estaba estabilizada apoyada en el cabezal y comodamente sentados de modo que el plano oclusal estuviera paralelo al piso. La serie radiográfica consta de 6 radiografías para niños de 3 a 6 años, 2 películas oclusales anteriores superiores e inferiores, 4 películas dentoalveolares posteriores 2 superiores y 2 inferiores, 2 de alata mordible posteriores. Con las angulaciones -- promedio de:

Molares superiores	15° a 20°	Molares inferiores	20°
premolares	35°	premolares	50° a 10°
canino	40°	canino	15°
lateral y canino	15°	lateral y canino	20°
centrales	40°	centrales	15°

Los modelos de estudio se obtuvieron del maxilar y la -- mandíbula estando los pacientes sentados en el sillón dental en posición recta la cabeza apoyada en el cabezal. Estando -- preparado el material de impresión en la cucharilla, el alginate a punto de gelificar se le pide al paciente que se enjague y se introduce la cucharilla dentro de la boca de atrás -- hacia adelante se sostiene con los dedos del operador, posteriormente se sostiene el positivo con yeso piedra (modelo de -- estudio).

También se realizaron cuestionarios sobre alimentación a cada paciente (desayuno-cenida-cena) durante una semana para determinar la cantidad de azúcar consumida en la semana y el tipo de alimentación.

CUADROS, GRAFICAS Y CUESTIONARIOS

GRADOS DE CARIES POR EDAD Y POR SEXO

Los siguientes resultados se obtuvieron de una concentración de 70 pacientes entre 1 y 13 años de edad, atendidos en la clínica de Odontopediatría 1o. piso de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

CUADRO No. 1

TIPO DE CARIES:		C1		C2		C3		C4	
E D A D	S E X O	F	M	F	M	F	M	F	M
		1 AÑO		4					4
2 AÑOS					2				
3 AÑOS		14	3	30	11	9	3	10	3
4 AÑOS		9	6	3	14		2		6
5 AÑOS			20		21		13		5
6 AÑOS		7	5	32	32		5		8
7 AÑOS		7	4	16	1	2	2	5	
8 AÑOS		5	14	22	8	6	4	1	
9 AÑOS		10	1	29		7		8	
10 AÑOS		16	13	4	1	3	2		
11 AÑOS		2	4	1	1	1			
12 AÑOS		1		1		1			
13 AÑOS			2		1		1		
TOTAL		71	76	138	92	29	30	24	24

CARIES PRESENTES EN DENTICION TEMPORAL Y DENTICION MIXTA

Frecuencia de caries dental en dentición temporal y dentición mixta, por cuadrantes y por pieza dental, en 70 pacientes entre 1 y 13 años de edad atendidos en la clínica de odontopediatría 4o. piso de la Facultad de Odontología.

CUADRO No. 2 CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

E D A D	P D I E N Z T A A L	7 6 5 4 3 2 1 E P C B A													
		1 AÑO										1		1	1
2 AÑOS										1					
3 AÑOS										6	6	2	3	5	
4 AÑOS										5		3	1	2	
5 AÑOS										4	6	3	1	5	
6 AÑOS										7	4	6	5	5	
7 AÑOS						2				4	5		1	1	
8 AÑOS						8				8	3	1	1		
9 AÑOS						6	1			6	3	2			
10 AÑOS						2				2					
11 AÑOS						1				1					
12 AÑOS										1					
13 AÑOS						1	1								
TOTAL						20	2			1	43	29	17	12	18

CUADRO No. 3 CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

E D A D	P D I E E N Z T A A L													
		A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	
1 AÑO		1	1		1									
2 AÑOS					1									
3 AÑOS		6	4	1	5	5								
4 AÑOS		2	2	1	3	6								
5 AÑOS		4	3	2	4	4								
6 AÑOS		5	5	6	3	6								
7 AÑOS		1	2		3	2							2	
8 AÑOS					4	8								
9 AÑOS			2	1	4	3		1			1	1	5	1
10 AÑOS					1	1								2
11 AÑOS														2
12 AÑOS														1
13 AÑOS											1	1		
TOTAL		19	19	11	29	35		1		2	2	19	2	

CUADRO No. 4 CUADRANTE INFERIOR DERECHO

E D A D	P D I E E N Z T A A L	7 6 5 4 3 2 1 E D C B A																				
		1 AÑO												1								
2 AÑOS																						
3 AÑOS													6	6	1							1
4 AÑOS													7	6	1							
5 AÑOS													6	6	2	1						
6 AÑOS																	2					8 5 3 1 1
7 AÑOS																						4 2 1 1 1
8 AÑOS																						1 7 9 9 3
9 AÑOS																						6 1 1 6 4
10 AÑOS																						2 1 1 2 2
11 AÑOS																						1 1 1 1
12 AÑOS																						1
13 AÑOS																						
TOTAL																						1 22 2 3 47 41 11 3 2

CUADRO No. 5 CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

E D A D	P D I E E N Z T A L	A B C D E 1 2 3 4 5 6 7															
		1 AÑO					1										
2 AÑOS					1	1											
3 AÑOS			1		1	6	6										
4 AÑOS						6	6										
5 AÑOS			1	1		5	6										
6 AÑOS				2	1	6	7									2	
7 AÑOS				1	1	2	3	1						1	3		
8 AÑOS					1	5	8									0	
9 AÑOS					2	4	3							1	7		
10 AÑOS							2						2	1	3		
11 AÑOS							1								1		
12 AÑOS																	
13 AÑOS																	
TOTAL			2	4	7	36	42	1					2	3	25		

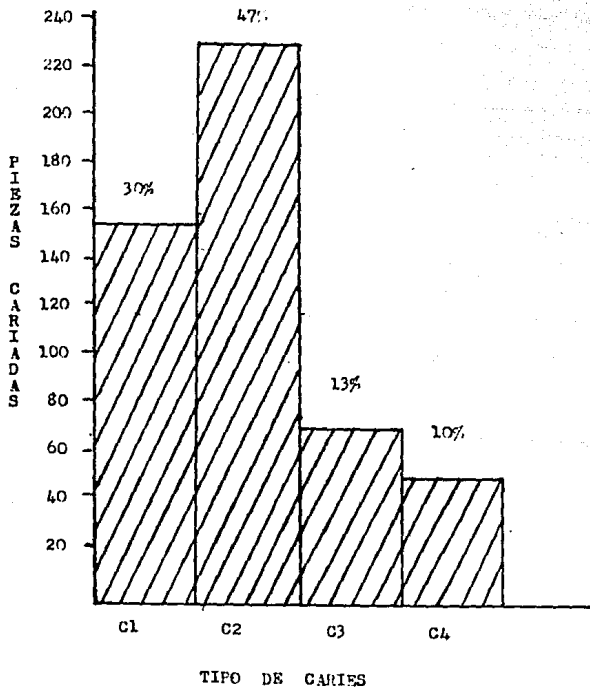
PACIENTES QUE PRESENTAN CARIES POR
"SÍNDROME DE BIBERÓN"

De los 70 pacientes niños atendidos en la clínica, tomando en cuenta a pacientes de 1, 2, 3 y 4 años de edad se obtuvo el siguiente resultado sobre caries dentales por síndrome de biberón.

CUADRO No. 6

EDAD \ SEXO	NIÑOS	Niñas
1 AÑOS		1
2 AÑOS		
3 AÑOS	3	1
4 AÑOS	1	1
TOTAL	4	3

GRAFICA No. 1 PIEZAS CARIADAS EN PORCENTAJE



OBTURACIONES DENTALES

Obturaciones dentales que presentaban los pacientes niños - al realizar la historia clínica de cada uno de ellos al inicio de su tratamiento en la clínica de odontopediatría 6.º piso de la Facultad de Odontología.

CUADRO No. 7

E D A D	TIPO DE OBTURACION		
	PLASTICA	RESINA	CORONA
1 AÑO			
2 AÑOS			
3 AÑOS	1		
4 AÑOS			
5 AÑOS			
6 AÑOS	12		
7 AÑOS	11	6	6
8 AÑOS	4		
9 AÑOS	18		
10 AÑOS	11		
11 AÑOS	6		
12 AÑOS	4		
13 AÑOS			
TOTAL	72	6	6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA

CUESTIONARIO SOBRE ALIMENTACION

NOMBRE: GENAR JACOBO YRIBARRA
 EDAD: 3 AÑOS DOMICILIO: 2a. CALLE DA ORLEANS No.
22, COLONIA ISIDRO PABLA C.F. 1430

ANOTE CON UNA " X " LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE

DESAYUNO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1.- CARNE	(X)	(X)	()	()	()	()	(X)
2.- LECHE	()	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)
3.- HUEVO	(X)	(X)	(X)	()	(X)	(X)	()
4.- CAFE	()	()	()	()	()	()	()
5.- DULCES	()	()	()	()	()	()	()
6.- CAFE C/LECHE	(X)	()	()	(X)	()	()	()
7.- MERMELADA	()	()	()	()	()	()	()
8.- AZUCAR No. DE CUCHARA DAS.	(2)	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(1)

ALIMENTOS ENTRE COMIDAS ESPECIFIQUE:

TIPO DE DULCES: CARAMELOS, PAPAS, GANCITOS
 TIPO DE ALIMENTOS: FRUTAS

COMIDA

1.- SOPAS	(X)	()	()	(X)	(X)	()	()
2.- ARROZ	()	(X)	(X)	()	()	(X)	()
3.- CARNE	(X)	()	()	(X)	()	(X)	()
4.- VERDURAS	(X)	()	(X)	()	()	()	(X)
5.- FRIJOLES	()	()	()	(X)	(X)	()	()
6.- TORTILLAS	()	()	(X)	()	()	()	()
7.- REFRESCO	()	()	()	()	()	()	()
8.- AGUA DE FRUTAS	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()
9.- DULCES	()	()	()	()	()	()	()
10.- HUEVO	()	(X)	()	()	(X)	()	(X)

ALIMENTOS ENTRE COMIDAS ESPECIFIQUE:

TIPO DE DULCES: PAN DE GOLONINAS, CHOCOLATES
 TIPO DE ALIMENTOS: FRUTAS PICADAS CON AZUCAR

CENA

1.- PAN	(X)	()	(X)	()	()	(X)	(X)
2.- CAFE	(X)	()	(X)	()	()	()	(X)
3.- CAFE C/LECHE	()	(X)	()	()	()	()	()
4.- GALLETAS	()	()	()	()	(X)	()	()
5.- MERMELADAS	()	()	()	()	()	()	()
6.- AZUCAR No. DE CUCHARADAS	(1)	(2)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)

RESULTADOS

En la clínica de apoyo 4o. piso en el área de odontopediatría fueron atendidos 70 pacientes del sexo masculino y femenino entre 1 y 13 años de edad, tomando datos de sus historias clínicas se obtuvieron los siguientes resultados, realizando cuadros y gráficas.

Cantidad de piezas cariadas clasificadas en C1, C2, C3 y C4 por edades y por sexo, observando que entre los 3 y 10 años de edad son más frecuentes las lesiones cariosas y siendo el sexo femenino el que presenta mayor número de piezas cariadas. Cuadro No. 1

Realizando el odontograma de dentición temporal y dentición permanente, se observó que el mayor número de las lesiones cariosas se presentó en las piezas dentales primero y segundo molar (D,E) de los cuatro cuadrantes en la dentición temporal y en la pieza dental primer molar (6) de la dentición mixta. Cuadros No. 2, 3, 4 y 5

En cuanto a pacientes que presentaron caries por síndrome de biberón, tomando en cuenta a pacientes entre 1 y 4 años de edad en ambos sexos, se observó que es más frecuente en el sexo femenino en edad de 3 años. Cuadro No. 6

En una gráfica observamos la cantidad de piezas cariadas en porcentaje, siendo el 47% del tipo de caries C2 (esmalte dentina), 30% C1 (esmalte), 13% (esmalte dentina pulpa) y el 10% C4 (candidatas a extracción). Gráfica No. 1

Algunos de los pacientes ya habían tenido experiencias - odontológicas, los cuales presentaban obturaciones dentales, siendo la amalgama de plata la obturación más frecuente en niños entre 6 y 12 años de edad. Cuadro No. 7

Se realizaron cuestionarios sobre alimentación y se aplicaron a los 70 pacientes atendidos en la clínica de los ---- cuales 22 pacientes entregaron su cuestionario, obteniendo como resultado que el tipo de alimentación en (desayuno-comida-cena) es de muy bajo nivel nutritivo, además el consumo de -- azúcar en alimentos y dulces es muy alto, tanto en comidas -- como la ingesta entre comidas, siendo los alimentos más consumidos por los pacientes mermeladas, azúcar, chocolates, caramelos, refrescos y galletas. Cuestionario sobre alimentación.

DISCUSSION

La información literaria indica que los factores que intervienen en la formación de las lesiones cariosas son: Factores nutricionales, factores dietéticos, composición física y química de la superficie dental, presencia de microorganismos en la cavidad oral y falta de higiene bucal.

MILLER propone en su teoría que la producción de ácidos por la fermentación microbiana de los hidratos de carbono son responsables de la disolución de los cristales de apatita del esmalte de las piezas dentales. (4)

En los cuestionarios sobre alimentación se observó que tanto en desayuno-comida-cena como en entrecorridas la ingesta de azúcar es muy alta, esto se apoya en el cuadro No. 1 observando que el índice de las lesiones cariosas es mayor en las edades entre 3 y 10 años de edad, etapa en la cual los niños son grandes consumidores de hidratos de carbono.

MC DONALD R, menciona que la secuencia del ataque carioso sigue un patrón específico: molares inferiores temporales, molares superiores temporales, siendo los primeros molares -- menos susceptibles a la caries que los segundos molares, dientes anteriores superiores, rara vez son afectados los dientes anteriores inferiores. (12)

De acuerdo a los hallazgos en este estudio encontramos que las piezas dentales más afectadas por las lesiones cariosa son los primeros y segundos molares inferiores temporales así como el primer molar inferior permanente y los dientes ante--

riores superiores temporales en menor índice y en mucho menor índice los dientes anteriores inferiores temporales. Cuadro - 2, 3, 4 y 5. Estos resultados concuerdan con MC. DONALD en -- cuanto a las piezas susceptibles de caries.

MC. DONALD, también indica que la caries es resultado de la alimentación por biberón prolongada, presentandose lesiones cariosas tempranas y rampantes en niños de 2, 3, y 4 años de edad, siendo afectados los dientes anteriores superiores, primeros molares tanto superiores como inferiores y caninos inferiores temporales. (12)

En el cuadro No. 6 se observó que este tipo de caries se presentó en mayor índice en el sexo femenino en la edad de 3 años, en el estudio realizado.

El porcentaje de piezas cariadas a la edad de 7 años fue el 25% de los primeros molares inferiores permanentes, 12% -- los primeros molares superiores permanentes. A los 9 años, el 50 % de los primeros molares inferiores permanentes, 52% de -- los primeros molares superiores permanentes. (12)

A semejanza de MC. Donald, encontramos que el porcentaje de piezas cariadas en general, en la clasificación C1, C2, C3 y C4, es en C2 47% presentandose el mayor índice entre la --- edad de 3 a 9 años, el 30% en C1 entre 3 y 10 años , C3 13% - en 3, 5 y 8 años, C4 10%, siendo el mayor índice en la edad - de 3, 6 y 9 años. Gráfica y cuadro No. 1.

Raymond informa que la amalgama de plata sigue siendo el material de uso más frecuente y común en la restauración de -

de la dentición primaria.

El cuadro No. 7 muestra que entre la edad de 6 a 12 años presentaban la mayor cantidad de restauraciones de amalgama de plata, obteniendo los datos de las historias clínicas de los - pacientes atendidos en la clínica de odontopediatría.

CONCLUSIONES

En general se esta de acuerdo en que la caries dental se produce por los ácidos resultantes de la acción de los microorganismos sobre los hidratos de carbono. Se caracteriza por una desmineralización de la porción inorgánica acompañado o seguido por la desintegración de la sustancia orgánica del diente.

Aparte de la notoria reducción de caries producida por la ingestión de agua de consumo fluorada, esta enfermedad sigue siendo en la mayor parte de los países del mundo un problema mayor de salud pública.

En la actualidad, los hallazgos de la investigación moderna y los nuevos procedimientos clínicos han eliminado casi la necesidad de extraer los dientes a los niños y adolescentes.

El odontólogo consciente, debe destacar el enorme valor que tiene el preservar la dentición primaria de los niños, en estados más próximos posibles al natural.

Se debe tomar en cuenta que la falta de información tanto a padres de familia como a niños sobre alimentación e higiene bucal es la causa principal de la presencia de lesiones cariosas en la dentición temporal y la dentición mixta, por lo cual se deben establecer programas de información sobre alimentación y acerca de los hábitos de amamantamiento prolongado, de dar mamilas llenas de líquidos azucarados, mostrar -

y asesorar las técnicas de cepillado, dar indicaciones en el uso de hilo dental, pastillas reveladoras, uso de enjuagues - fluorados, visitas periódicamente al dentista y aplicación de flúor, auxiliados por los pediatras ya que tienen contacto -- directo con los niños y padres de familia, los cuales pueden aconsejar sobre el tipo de alimentación, alimentación por biberón e higiene oral y el uso constante de jarabes medicinales y otros medicamentos causantes de problemas dentales.

A P E N D I C E

CASO CLINICO

Paciente femenino de 4 años de edad, se presentó a la clínica de apoyo 4o. piso en el área de Odontopediatría, para recibir atención dental, en la primera cita se realizó Historia clínica, se le tomó serie radiográfica y modelos de estudio -- como auxiliares del diagnóstico.

Presentaba dentición temporal con lesiones cariosas en -- ambas arcadas caries: C2 (esmalte dentina), C3 (esmalte dentina pulpa) y C4 (candidata a extracción).

Plan de tratamiento:

Se realizó el tratamiento por cuadrantes, previa anestesia y aislamiento absoluto con dique de hule.

Cuadrante superior derecho:

Extracción de los dientes central y lateral (C4), el canino se obturó con resina (C2), al primer molar se le realizó -- pulpotomía (C3) y posteriormente se le colocó corona de acero cromo, el segundo molar (C2) se obturó con amalgama de plata.

Cuadrante superior izquierdo:

Extracción de los dientes central y lateral (C4), el canino se obturó con resina (C2), al primer molar se le realizó -- pulpotomía (C3) y posteriormente se le colocó corona de acero cromo, el segundo molar (C2) se obturó con amalgama de plata.

Cuadrante inferior derecho:

Se realizó extracción del central (C1) proxima exfolia---

ción, primer molar (C3) se realizó pulpectomía, se obturo y se colocó corona de acero cromo, 2o. molar C2 se obturo con amalgama de plata.

Cuadrante inferior izquierdo:

Se realizó extracción del central (C1) por exfoliación, primero y segundo molar pulpotomías, posteriormente se les colocó coronas de acero cromo.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. N. A. M.

HISTORIA CLINICA

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA

INFORMACION GENERAL

Nombre CRUZ TORRES DULCE ABIGAIL (DULCE) Fecha 10-abr-92
 Edad 4 10/12 Fecha y lugar de Nacimiento 25-junio-87 MEXICO, D.F.
 Domicilio PLAZA No. 124 Int. 5 COL. ROMA Tel. 5-74-32-50
 Escuela NO ASISTE A NINGUN TIPO DE ESCUELA Grado _____
 Padre JESUS CRUZ PEREZ Ocupación EMPLEADO
 Domicilio de trabajo IN PROLONGACION BATO Tel. - - -
 Madre DOMINGA TORRES RODRIGUEZ Ocupación POGAR
 Pediatra o médico familiar CENTRO DE SALUD Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades JORGE CRUZ T. 23 AÑOS, SANDRA CRUZ T. 21 AÑOS
MA. DEL ROCIO CRUZ T. 20 AÑOS, JESUS ALBERTO CRUZ T. 18 AÑOS
 Acompañante o responsable del tratamiento DOMINGA TORRES RODRIGUEZ
 Motivo de la consulta CARIES MULTIPLES

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico aproximadamente hace 6 meses
 Razón fiebre, tos, catarro
 Intervenciones quirúrgicas padecidas No presenta

Medicamentos que toma regularmente Penicilina (Pen-vi-k)
 Problemas en el embarazo y/o perinatales Al nacer, tuvo acumulación de agua en los pulmones.

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Toxiferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Fiebras eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras: <u>amigdalitis</u>	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____	_____	_____
Enfermedad Hepática	() _____	Papera	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomielitis	() _____	_____	_____

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () ()
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()
 Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Observaciones: _____

Odontopediatria.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

U.N.A.M

Odontograma

EXAMEN DENTAL

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
U2	U1	U	U2	U1	U	U2	U1	U	U2	U1	U	U2	U1
+	+	c	+	+									
U2	U1					U1						U2	U1
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

Color: Rojo Caries y otras Patosis
Rojo y Azul Caries Secundaria

Azul Restauraciones
Triángulo Azul Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo Ausente (Congénito)

Cuadrado Sin Erupcionar

Flechas Inclínación del Diente

Flechas Giroversión de Diente

(- -) (| |)

(())

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)

Hipoplasia (Hip) en Borde Incial 1/3 2/3 3/3 Borde Incial (I) Centro de la

Corona (c) Cervical Solamente (ca)

Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CE)

Movilidad en el Diente (MV)

Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal inf	Desviado a		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal X
		Izq.	Der. sup.				
3) Espacios Primates	Si	No	X	4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No	X	6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslapo Horizontal	Si	No	X	8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No	X	10) Diastema		Si	No

HABITOS PERNICIOSOS

1) Sución de dedo	(NO)	2) Protusión de lengua	(SI)
3) Morderse el Labio	(NO)	4) Morderse las Uñas	(NO)
5) Respirador Bucal	(SI)	6) Otro: _____	

ERUPCION Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental





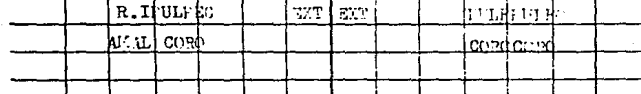
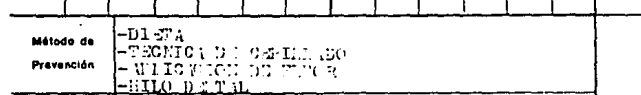

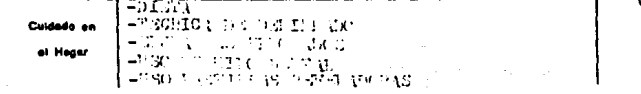

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral:	Buena	Regular	<u>Pobre</u>	<u>Placa</u>	Sarro
Localización:	Supragingival	_____	Subgingival	X	_____
Cantidad:	Poca	_____	<u>Mediana</u>	_____	Abundante
Calcificación:	Buena	<u>Pobre</u>	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

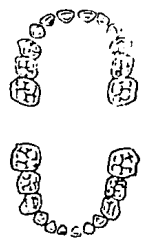
PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre _____

Diente	Punto Problema	Método de Instrucción	No. de Veces
Higiene Bucal	BUEN HIGIENE	TECNICA DE PASILLO	3 VECES AL DIA
Dieta	DIETA INDICADA DE CARBOHIDRATOS	EVITAR LA INGESTA DE CARBOHIDRATOS	DIARIAMENTE

												Orden de Tratamiento
												1
U. I. PULP. RES. R. I. PULP. CORO												2
												3
												4
												5
												6
												7
												8
												9
												10
												11
												12
R. I. PULP. CORO												13
ALCAL. CORO												No. de Citas
												Total

Método de Prevención	-DIETA -TECNICA DE PASILLO -HIGIENE DE BUEN -HILO DENTAL
Exámen Periódico	CADA 3 MESES
Cuidado en el Hogar	-DIETA -TECNICA DE PASILLO -HIGIENE DE BUEN -HIGIENE DENTAL -USO DE HILOS DENTALES





PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO, PRESENTANDO
DENTITION TEMPORAL CON LESIONES CARIOSAS: C2, -
C3 Y C4 EN ARCADEA SUPERIOR.



SE REALIZO EL TRATAMIENTO POR CUADRANTES
PREVIA ANESTESIA.



TRATAMIENTO POR CUADRANTES CON AISLAMIENTO
ABSOLUTO CON DIQUE DE HULE.



EL PACIENTE PRESENTO EN CADA CITA UNA
ACTITUD COOPERADORA.

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

- 1) Alalmsa S. et al
"Actividad mutante de especies aisladas
en niños con varios niveles de estrepto
coco mutans"
Arch-Oral-Biol
1991 No. 36 pp 251-5
- 2) Alvarez J O, Navia J M
"Estudios nutricionales, Erupción molar
y caries dental."
Am-J-Clin-Nutr
1989 marzo No. 49 pp417-26
- 3) Barber Thomas K, Luke Larry S.
Odontología pediátrica
la. Edición
Editorial: El manual moderno S.A de C.V.
1984 pp 188-201
- 4) Bham Raymond L.
Odontología pediátrica
la. Edición
Editorial: Panamericana
1984 pp 129-132
- 5) Blinkhorn A S
"Fuoruro y prevención de caries"
Dent-up date
1991 mayo No. 18 pp 146-9
- 6) Broderick E, et al
"Dientes cariados por mamila
en niños nativos americanos"
Public-Health-Rep
1989 enero-febrero No. 104 pp 50-4
- 7) Finn Sidney B
Odontología pediátrica
Editorial: Interamericana 1989
pp 129, 396, 406, 455
- 8) Friedlander
"Consideraciones en el tratamiento dental
en niños con desordenes compulsivos obsesivos"
ASDC-J-Dent-Child
1991 mayo-junio No. 58 pp 217-22

- 9) Grenwell A L, et al
 "Evaluación longitudinal de patrones
 de caries en la dentición primaria
 y dentición mixta"
Pediatr-Dent
 1990 septiembre-octubre No. 12 pp 278-82
- 10) Johnsen D C.
 "El papel de la pediatría en la dentición
 y tratamiento de la caries dental"
Pediatr-Clin-North-Am
 1991 octubre No. 38 pp 1173- 1
- 11) Magnusson Bengt O
Odontopediatría (Enfoque sistémico)
 Editorial: Salvat 1985 pp 12,14,113,117
- 12) Mc Donald Ralph E, Avery David R.
Odontología pediátrica y del adolescente
 5a. Edición Editorial Panamericana 1990
 pp 109, 210, 220, 222, 223
- 13) Pandey R K, et al
 "Relación de fosforos salivarios y
 fosfatos alcalinos en la incidencia
 de caries dental en niños".
J-Clin-Pediatr-Dent
 1990 No. 14 pp 144-6
- 14) Pendrys D G
 "Perspectivas del fluoruro dental"
J-Am-Dent-Asoc
 1991 septiembre No. 122 pp 63-6
- 15) Pinkham J. R.
Odontología pediátrica
 Editorial: Interamericana 1991
 pp 10, 15, 19, 20
- 16) Pollard M A, et al
 "Restauración de incisivos primarios
 cariados usando coronas"
Dent-Up Date
 1991 No. 18 pp150-2
- 17) Schlagenhauf u, Rosendahl R.
 "Los parámetros clínicos y microbiológicos
 de riesgo de caries a diferentes estados
 de desarrollo dental"
J-Clin-Pediatr-Dent
 1990 No. 14 pp 141-3

- 18) Varpio M, Wellfelt B
"Algunas características de niños con
problemas de conducta dental siguiendo
un tratamiento pedodontico"
Swed dent-J
1991 No. 15 pp 85-93
- 19) Winter G. B.
"Epidemiología de caries dental"
Arch-Oral-Biol
1990 No. 35 pp 15-75