



311  
2ej-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

// INCIDENCIA DE LA PAPILA RETROCANINA EN LA CLINICA DE APOYO  
DE ODONTOPEDIATRIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO //

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTA  
M A R I A E L E N A L V E L A Z Q U E Z M E N D O Z A

MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

1 9 9 2

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

## 1. INTRODUCCION

## 2. PARODONTO NORMAL

### 2.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

### 2.2 CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

## 3. PARODONTO DEL NIÑO

### 3.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

### 3.2 CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

## 4. DIFERENCIAS PARODONTALES ENTRE EL NIÑO Y EL ADULTO

## **5. PAPILAS RETROCANINAS**

### **5.1 DEFINICION**

### **5.2 ASPECTOS CLINICOS**

### **5.3 ASPECTOS HISTOLOGICOS**

### **5.4 TRATAMIENTO**

## **6. INDICE EPIDEMIOLOGICO DEL ESTUDIO REALIZADO EN LA CLINICA DE APOYO DE ODONTOPEDIATRIA EN LA F.O. DE LA U.N.A.M.**

### **6.1 TABLAS Y GRAFICAS**

## **7. CONCLUSIONES**

## **8. BIBLIOGRAFIA**

## 1. INTRODUCCION

La cavidad oral del niño es muy importante para nosotros, ya que podemos empezar a instruirlo desde que es muy pequeño, primero podemos educar a los padres sobre sus cuidados y ya en el niño inculcando hábitos alimenticios y de higiene correctos.

En estudios que se han realizado recientemente, encontramos que la caries sigue siendo el primer lugar entre las enfermedades que se presentan en la cavidad oral, seguida de la enfermedad parodontal.

La única forma de cambiar lo anterior, es poner más atención en la prevención inculcando buenos hábitos de higiene. Para esto el cirujano dentista debe conocer las estructuras de la cavidad oral del niño, para reconocer e identificar cualquier patología que se nos presente.

Durante el crecimiento del niño nos vamos a encontrar con tres etapas que se relacionan con la primera y segunda dentición, y al cambio de una a otra o dentición mixta. Estas etapas presentan características clínicas e histológicas propias, en la cavidad oral, que es importante que conozcamos.

En el parodonto encontramos estructuras propias a cada

etapa.

Una de estas estructuras del parodonto es la que nos interesa en esta tesina y es la papila retrocanina de la cual pocos autores hablan siendo que es una estructura bastante frecuente en los niños.

Haremos una recopilación de lo que estos autores han dicho para tratar de documentarnos más acerca de ella y realizaremos un estudio con un grupo de niños.

Buscando en los niños su frecuencia en niños y niñas, si se presenta unilateral o bilateralmente y a que edades se presenta.

## 2. PARODONTO NORMAL

En este capítulo hablaremos de las estructuras y del funcionamiento de un parodonto adulto, para posteriormente establecer algunas diferencias que tiene con el parodonto infantil.

Necesitamos tener un conocimiento de las características normales de estas estructuras tanto clínica como histológicamente para poder saber cuándo está sano el parodonto para que en el caso de presentarse alguna patología seamos capaces de identificarla y darle un pronto tratamiento.

Para empezar diremos que la función del periodonto, que es una unidad biológica formada por varios tejidos, es la de dar inserción al diente en su alveolo, resistir y resolver las fuerzas de la masticación, mantener separados el medio interno y externo, la remodelación y regeneración de las estructuras para compensar el desgaste que se da con la edad y la de defenderse de los agentes nocivos del medio externo. (9)

El parodonto o periodonto se compone por la encía y un sistema de inserción que consta de hueso alveolar, ligamiento periodontal y cemento.

## 2.1. CARACTERISTICAS CLINICAS

Para hablar sobre la encía la dividiremos en:

- a) Margen gingival libre
- b) Surco marginal libre
- c) Encía libre o marginal
- d) Encía insertada
- e) Mucosa alveolar
- f) Papila interdientaria
- g) Unión dentogingival (11)

a) Margen gingival libre, es la encía adyacente al diente adaptada estrechamente al cuello del diente con una terminación en "filo de cuchillo" y se encuentra festoneando los dientes.

b) El surco marginal libre se encuentra paralelo al margen gingival libre a 1 o 1.5 mm. en dirección apical, siguiendo el festoneado del mismo.

c) La encía libre es el tejido que se encuentra entre el margen gingival libre y el surco gingival libre, y es la parte de la encía que se puede retraer con una sonda.

d) La encía insertada es la continuación de la encía libre, presenta un color rosado coral que es producto del aporte vascular y del grado de queratinización, del espesor del epitelio y de la presencia de células que contengan pigmentos. También presenta un punteado que le da a la encía insertada un aspecto de cáscara de naranja que varía de una persona a otra y en diferentes zonas de la boca.

La consistencia de ésta suele ser firme ya que se encuentra unida al hueso subyacente a diferencia de la encía libre.

La encía insertada se encuentra desde el surco marginal libre hasta la unión mucogingival, en la cara lingual de la mandíbula; la encía insertada termina en el tejido laxo del piso de la boca y en la cara palatina se continúa con la mucosa masticatoria.

La encía insertada está separada de la mucosa alveolar por una línea de unión clara y definida llamada unión mucogingival.

e) La mucosa alveolar está por apical de la línea de la unión mucogingival, es elástica y móvil, es roja, lisa y brillante; no está queratinizada, por lo que no resiste las fuerzas masticatorias, es delgada y se observa la sangre circulante a través de ella.

f) Papila interdientaria o encía interdientaria, es un tejido

en forma triangular con base hacia apical que ocupa el espacio entre dientes adyacentes, la forma de la papila depende de la ubicación del diente en la arcada, el punto de contacto y de que si el diente se encuentre lingualizado o vestibularizado.

Cuando se presenta un buen punto de contacto, la forma de la pupila es de una depresión o collado (col), y quedando una papila vestibular, una lingual, y una depresión central (collado) entre ambas.

La importancia del "col" está en que no ofrece resistencia y es más propenso a la agresión de los productos bacterianos nocivos.

g) La unión dentogingival está dada por el surco gingival y la inserción epitelial, que ofrecen alguna resistencia al paso de agentes bacterianos agresivos.

## 2.2 ASPECTOS HISTOLOGICOS

El tejido conectivo de la encía libre y de la insertada está cubierta por un epitelio estratificado, queratinizado y paraqueratinizado para resistir las fuerzas de masticación y a

las sustancias externas y nocivas.

A este tejido conectivo se le denomina lámina propia y se divide en dos capas, una capa papilar inmediata subyacente al epitelio, y una capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

Se compone, el tejido conectivo, de células, fibras y vasos sanguíneos en una sustancia fundamental a base de mucopolisacáridos.

Entre las células que componen este tejido conjuntivo se encuentran normalmente:

1) Fibroblastos y fibrocitos que elaboran sustancias base, y fibras colágenas, siendo así responsables de la reparación.

2) Macrófagos móviles que fagocitan desechos y sustancias extrañas.

3) Células inflamatorias como son las células plasmáticas y linfocitos que se encuentran en el surco gingival y polimorfonucleares.

4) Células cebadas que contienen histamina, enzimas, serotonina, que junto con otras son activas en la inflamación.

5) Células que contienen pigmentos que se encuentran tanto en la capa basal del epitelio como en la parte superior del tejido conectivo, lo cual da un color pardusco a la encía, la presencia de estas células se relaciona con la raza negra y la gente con piel morena.

El surco gingival está limitado por el epitelio crevicular por un lado, por el esmalte y cemento del otro. La encía se une al diente por la inserción epitelial que está en la base del surco.

El surco está cubierto de epitelio escamoso estratificado muy delgado, no queratinizado, debido a lo cual proporciona muy poca protección al tejido conectivo subyacente. El tejido crevicular es entonces o se asemeja a un tejido semipermeable.

La zona del col es aún más propensa a los ataques de los desechos irritantes del surco.

La inserción epitelial consiste de una banda de epitelio escamoso estratificado con un espesor de tres a seis células únicamente.

Las primeras células que forman la inserción epitelial son restos celulares que originalmente formaron esmalte y son llamadas epitelio reducido del esmalte que se sustituyen con el tiempo por células epiteliales maduras.

Existen en la encía libre haces de fibras gingivales, que son fibras colágenas y se encargan de mantener la encía libre adosada al diente.

Son tres tipos que se encuentran bien orientadas:

Las fibras dentogingivales se insertan en el cemento por

debajo del surco gingival y se irradian en forma de abanico hacia la cresta y superficie externa de la encía marginal.

Las fibras circulares van alrededor del diente como un cinturón, dando una mejor adherencia de la encía libre.

Las fibras transeptales se encuentran en interproximal y van de diente a diente unidas por el cemento de dos dientes contiguos por arriba de la cresta alveolar.

Por último, hablando de los componentes del tejido conectivo de la encía, diremos que el aporte sanguíneo está dado por vasos supraparióísticos, arteriolas de la cresta que se anastomosan con los vasos del ligamento periodontal y se extienden a la encía, y por los mismos vasos del ligamento.

Como hemos dicho, el periodonto se divide en encía y un mecanismo de inserción o sistema de inserción. Este último consta de hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento (11). A continuación describiremos cada uno.

El hueso es un tejido conectivo especializado y duro con una matriz intercelular de colágena y calcificada

El hueso es esponjoso (reticular o medular), también es compacto (cortical) y a menudo es una combinación de ambos.

Todos los huesos están cubiertos, por un periostio y un endostio que recubre los espacios medulares.

En el hueso se encuentran tres tipos de células, los os-

teoblastos que son células formadoras de hueso, los osteocitos que son los osteoblastos atrapados por la matriz del hueso calcificado y los osteoclastos que se dedican a la remodelación o destrucción de hueso.

El hueso alveolar también se le denomina lámina dura y se encuentra adyacente al ligamento periodontal. El hueso alveolar de sostén consiste en hueso trabecular o reticular que sostiene al hueso alveolar y la masa del proceso alveolar. Rodeando el hueso alveolar de sostén se encuentran las placas corticales labial y lingual que son de naturaleza compacta y en el maxilar superior son más delgadas que en el inferior.

El ligamento periodontal es el tejido conectivo que rodea la raíz del diente y lo inserta en el hueso alveolar de sostén por medio de un sistema de fibras colágenas.

El ligamento periodontal por haces de fibras colágenas, substancia fundamental, mucopolisacáridos y células como fibroblastos, macrófagos, osteoblastos, osteoclastos, cementoblastos, vasos sanguíneos, y nervios. También cordones de células epiteliales llamadas restos epiteliales de Malassez.

Las porciones terminales de las fibras principales se insertan en el hueso alveolar y el cemento se llaman fibras de Sharpey.

Estas fibras principales se dividen en los siguientes grupos:

- Transeptal: se tienden de un diente a otro hacia oclusal

de la cresta alveolar.

- De la cresta alveolar: se extienden oblicuamente desde la cresta alveolar hasta el cemento por debajo de la adherencia epitelial. Su función es la de equilibrar las fuerzas oclusales y resistir los movimientos laterales.

- Horizontales: se extienden en ángulo recto con respecto al eje longitudinal del diente y su función es también la de resistir los movimientos laterales.

- Oblicuas: son el principal sostén, resisten el impacto de las fuerzas oclusales.

- Apicales: se irradian del cemento al hueso en el fondo del alveolo.

- Interradicales: se extienden del cemento de las furcaciones al hueso.

Las funciones del ligamento periodontal son: 1) formativa, 2) de sostén, 3) protección (contra las fuerzas masticatorias), 4) propiocepción sensorial y 5) nutritiva (por los vasos sanguíneos que lo alimentan).

El cemento tiene la función de anclar los dientes por medio del ligamento periodontal al hueso alveolar y la de compensar un poco el desgaste oclusal y la erupción dental.

El cemento tiene dos clases de tejido, el cemento celular y el acelular. Ambos tienen una matriz calcificada y fibrillas colágenas.

Lo componen sustancias inorgánicas y orgánicas en proporciones casi iguales; entre las sustancias orgánicas se encuentran las fibras colágenas y mucopolisacáridos

Entre las fibras colágenas se encuentran las fibras de Sharpey y fibras que corren paralelas a su superficie dentro del cemento mismo.

También encontramos cementoblastos y cementoclastos en la superficie de cemento.

El cemento tiene la función de compensar el desgaste oclusal, dicha función ocurre porque el depósito de cemento continúa durante toda la vida del individuo.

### 3. PARODONTO DEL NIÑO

En el niño es difícil describir un parodonto normal por los cambios que se dan a lo largo de su crecimiento y desarrollo, como son la exfoliación y la erupción.

Sin embargo, varios autores (1)(2)(4)(5) han intentado describir el parodonto normal del niño.

A continuación mencionaremos algunas características clínicas e histológicas que han descrito dichos autores.

#### 3.1 ASPECTOS CLINICOS

##### Encía:

La encía de un niño con una dentición primaria completa es, por lo general, más rojiza debido a un epitelio más delgado y vascularizado y un carácter más flácido debido a una menor queratinización. Además el borde gingival presenta un aspecto más protrusivo y redondeado debido a la hiperemia y edema que acompaña a la erupción (6) (7).

También se menciona que posiblemente ese aspecto tenga relación con el reborde cervical muy pronunciado de las coronas de los dientes primarios.

Otros autores mencionan que es rosa pálido y deberá estar firmemente unido al hueso alveolar y que se torna rojiza cuando se presenta la dentición mixta (3) (1).

En un parodonto juvenil (según Baer) las características que se presentan son las siguientes:

Hay una ausencia de punteado debido a que las papilas conectivas de la lámina propia son más cortas y planas.

Es más blanda por la menor densidad del tejido conectivo de la lámina propia

Existe una mayor profundidad del surco que nos da una relativa facilidad de retracción gingival.

En las zonas con diastemas los tejidos interdentarios presentan forma de silla de montar.

La encía en la dentición primaria, está más cerca de las superficies oclusales, es aplastada, voluminosa y llena completamente el espacio interproximal (3).

La superficie epitelial es blanda y aterciopelada con muchas irregularidades. Esto se presenta a los tres años de edad (Finn).

En un niño de diez años, cuando ya existen piezas de la segunda dentición en posición, las encías de algunos niños muestran punteado que se extiende en el margen gingival libre y la papila, y se puede llegar hasta la mucosa ligada (3).

El margen libre de la encía se extiende hasta la protuberan-

cia coronaria. La corona y la encía intersticial forman una superficie casi interrumpida para los alimentos cuando pasan de oclusal a los tejidos blandos (3).

La encía insertada en un niño desdentado es firme, punteada, bien fijada al hueso y muy ancha (1).

La fosa gingival en dentición primaria se extiende de 1 mm ó menos debajo de la protuberancia de la pieza, se escama libremente y sana rápidamente.

En el niño los tejidos gingivales aunque están próximos a la superficie oclusal, son protegidos de lesiones por la forma abultada de las coronas.

En los dientes permanentes la corona no es bulbosa y la papila se encuentra más alejada de la zona oclusal y la fosa gingival es más profunda y no están rodeados por tanto tejido como las piezas primarias.

Cuando viene la etapa de la exfoliación de piezas primarias y erupción de la segunda dentición, transcurre un periodo de hasta dos años antes de que la encía se perfore, la encía se va adelgazando mientras las cúspides de las piezas se van elevando, mientras las piezas hacen erupción a la posición final. Las encías marginales intersticiales se espesan y muestran un borde cilíndrico protuberante debido a una reorganización de las fibras del tejido conectivo. Aparece una ligera hiperemia pero no se parece al de una gingivitis.

Las reacciones producidas por la erupción son muy pequeñas y locales y sanan en poco tiempo.

#### Hueso alveolar:

El hueso alveolar lo observamos radiográficamente y encontramos que:

La cortical alveolar es más delgada pero bien definida. Posee menor cantidad de trabéculas sus espacios medulares son más amplios, existe una reducción de el grado de descalcificación. Presenta mayor aporte sanguíneo y linfático. Las crestas alveolares son más planas y están asociadas con los dientes primarios.

#### Ligamento periodontal:

El ligamento periodontal en el parodonto juvenil es más ancho, sus haces de fibras son menos densas, presenta mayor hidratación, así como mayor aporte sanguíneo y linfático.

#### Cemento:

El cemento es más delgado, menos denso, principalmente de tipo celular y presenta una hiperplasia del cementoide por apical a la adherencia epitelial ( según Gottlieb ).

### 3.2 CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En el momento del nacimiento toda cavidad oral se encuentra cubierta por epitelio escamoso estratificado. La encía comienza a queratinizarse tras la erupción de los dientes pero durante el periodo de la primera dentición la capa queratinizada sigue siendo muy fina, por lo cual pueden verse los vasos del tejido conjuntivo através de la capa epitelial.

La encía de los niños se suele caracterizar por la erupción pasiva incompleta.

Puede haber una adherencia epitelial larga sobre la superficie del esmalte y la pared gingival es relativamente flácida. Esto se relaciona con la gran cantidad de substancia fundamental respecto del colágeno del corión de la encía marginal.

Las proteínas y polisacáridos sulfatados tienden a aumentar con la edad. En el niño el colágeno es más soluble y la insolubilidad aumenta con la edad.

El colágeno madura y su cadena de polipéptidos estrecha progresivamente su cadena cruzada, con el hidrógeno y las uniones covalentes, mientras las fibras adquieren mayor resistencia a la tracción.

La encía marginal de los niños se compone de fibras colágenas y reticulares numerosas y más delicadas, carentes de la disposición de haces.

Las fibras constituyen la mayor parte de la encía libre por lo que es razonable suponer que mantienen una integridad en la

formación y continuidad de la relación dentogingival.

Es importante señalar que la barrera de la inserción gingival al diente y hueso está bien desarrollada en el momento de la erupción dentaria y después de ella.

El diente erupcionó a través de la cresta de tejido, y las fibras de su saco dentario se fusionan con el colágeno gingival preexistente (perioestio) para formar los complejos de fibras transeptales.

La encía de los niños también presenta una vascularización más extensa y manifiesta en la zona marginal, posible gracias a la menor cantidad de continente de la red vascular cuya extensión es inversamente proporcional al grado de colagenización y maduración de la matriz de un tejido. Esta vascularización prominente explica la gran trasudación hacia el tejido conectivo propiamente dicho, fomentando su hidratación, una constitución más laxa y la mayor turgencia.

#### 4. DIFERENCIAS PARODONTALES ENTRE EL NIÑO Y EL ADULTO

Una vez que tenemos el conocimiento de las características clínicas e histológicas del parodonto adulto normal e infantil podemos establecer sus diferencias.

El niño presenta una encía rosada, aterciopelada y firme a los tres años.

La encía de un niño de diez años o al comienzo de la etapa juvenil es rojiza y se logran apreciar algunas zonas con puntilleo.

Hay ausencia del puntilleo en la encía de un niño (3 años de edad) que es característico en el adulto.

El tejido conjuntivo subyacente tiene una red de fibras colágenas comparativamente menos desarrollada en el niño que en el adulto.

El ancho de la encía insertada en el niño varía de 1 a 6 mm. mientras que en el adulto el ancho de la encía insertada varía de 1 a 9 mm.

En la zonas de los incisivos y caninos se presentan diastemas y los tejidos interdentarios forman una "silla de montar", mientras que en el adulto normalmente no se presentan diastemas,

y los tejidos de la papila forman una estructura piramidal.

El surco gingival que rodea el diente permanentemente es más profundo que el que rodea el diente de la primera dentición.

La retractibilidad y la menor rigidez pueden relacionarse con la gran proporción de sustancia fundamental del colágeno, a diferencia de los adultos que tienen los sistemas de fibras colágeno bien orientados y densos.

El punto de contacto está más cercano a la superficie oclusal en las piezas primarias.

Las encías en los dientes primarios llenan completamente el espacio interproximal debido a la anatomía de las piezas dentales.

La encía del adulto posee un borde en filo de cuchillo; sin embargo durante la erupción en el niño las encías son más gruesas y tienen bordes redondeados.

En las piezas dentales permanentes el tejido que rodea a la pieza no es tan abundante como en las primarias.

## 5. P A P I L A R E T R O C A N I N A

### 5.1 DEFINICION.

En casi todos los niños existen zonas de agrandamiento gingival normales, denominadas papilas retrocaninas, que se ubican detrás de los caninos inferiores.

Bour 1. define como una estructura anatómica normal bilateral que aparece como una prominencia circunscrita entre la encía marginal libre y la unión mucogingival sobre la zona lingual de la región de caninos inferiores.

Shafer lo describe como un nódulo pequeño y elevado, localizado en la mucosa lingual de las cúspides mandibulares, denominándola papila retrocuspidea. Mientras que Pinkham la clasifica como un cambio en los tejidos blandos y anomalías del desarrollo definiéndola como un nódulo mucoso localizado en la mucosa lingual de las cúspides mandibulares.

Langlais, la define como una estructura anatómica que consiste en una elevación epitelial papular sobre la encía lingual de la cúspide mandibular.

## 5.2 ASPECTOS CLINICOS

Es un nódulo mucoso, bien circunscrito, sésil, asintomático comunmente bilateral, que se localiza en la parte lingual de la cúspide mandibular, entre el borde gingival libre y la unión mucogingival.

Es sumamente común en niños entre las edades de 2 a 16 años pero su frecuencia disminuye con la edad, de esta manera parece que hay regresión de la estructura con la madurez. Además en estudios realizados por Shafer se han encontrado mayor frecuencia bilateral que unilateral y mayor incidencia en sexo femenino que en masculino.

Según Pinkham sucede en un 72% de la población entre niños menores de 10 años.

Mientras que Shafer y Hirshfeld registraron que las hay en un 99%.

## 5.3 ASPECTOS HISTOLOGICOS

La estructura se desarrolla como un pingajo mucoso elevado que a menudo muestra una hiperortoqueratosis moderada, o hiperparaqueratosis, con o sin acantosis. Algunas veces, el tejido conectivo subyacente está muy vascularizado y puede mostrar grandes fibroblastos estrellados, así como restos epiteliales

esporádicas (10).

Las papilas retrocaninas se componen de vasos y paredes delgadas y representan una forma de desarrollo hamartomatoso. En muchos casos los vasos son linfáticos (1).

También histológicamente contiene tejido conectivo laxo con abundantes vasos de paredes delgadas (2).

El diagnóstico diferencial: se puede confundir con.-

Hiperplasia inflamatoria fibrosa.

Abcesos periodontales.

Quistes gingivales.

#### 5.4 TRATAMIENTO.

Por su frecuencia la papila retrocanina se considera como una estructura anatómica normal, la cual tiene regresiones con la edad y no requiere tratamiento.

Aunque Langlais menciona que podría requerirse su remoción para la colocación de prótesis, en los casos en que se presente con un volumen importante.

6. INDICE EPIDEMIOLOGICO DEL ESTUDIO REALIZADO EN LA CLINICA DE APOYO DE ODONTOPEDIATRIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Se realizó un estudio con 140 niños que asisten a la clínica para su tratamiento bucal, revisando a cada uno para observar si presentaban papila retrocanina y si se presentaban en forma unilateral o bilateral.

Con el apoyo de nuestras compañeras de seminario se revisaron a 20 pacientes diarios durante una semana .

El material que se utilizó fué un espejo y un abatelenguas para cada paciente, buscando la presencia de la papila retrocanina, para identificarla y registrarla anotando si ésta se presenta unilateral o bilateral, así como la edad del paciente y su sexo.

Los resultados del estudio realizado en un grupo de 140 niños que fluctúan entre las edades de uno a nueve años. Verificando la frecuencia de aparición de la papila retrocanina tratando de determinar los aspectos siguientes.

a.- Cantidad de casos detectados.

b.- Cantidad de casos detectados en niños y niñas.

c.- Determinar los casos de la papila retrocanina en forma unilateral y bilateral, en uno y otro sexo.

d.- En que edades se manifestó más.

a.- Cantidad de casos detectados.

* Grupo de estudio	100%	140 niños
* Casos que se presentaron	58.50%	84 niños

b.- Cantidad de casos detectados en niños y niñas.

* En niños:	44%	37 niños
* En niñas:	56%	47 niñas

---

* Casos presentados	100%	84 total
---------------------	------	----------

c.- Determinar los casos de papila retrocanina en forma unilateral y en forma bilateral, en uno y otro sexo.

Unilateral

* Mujeres	45%	15 casos
* Hombres	55%	18 casos

---

* Número de casos	100%	33 casos
-------------------	------	----------

Bilateral

* Mujeres	45%	32 casos
* Hombres	55%	19 casos
-----		
* Numero de casos	100%	51 casos

d.- En que edades, se manifestó con mayor grado.

Unilateral

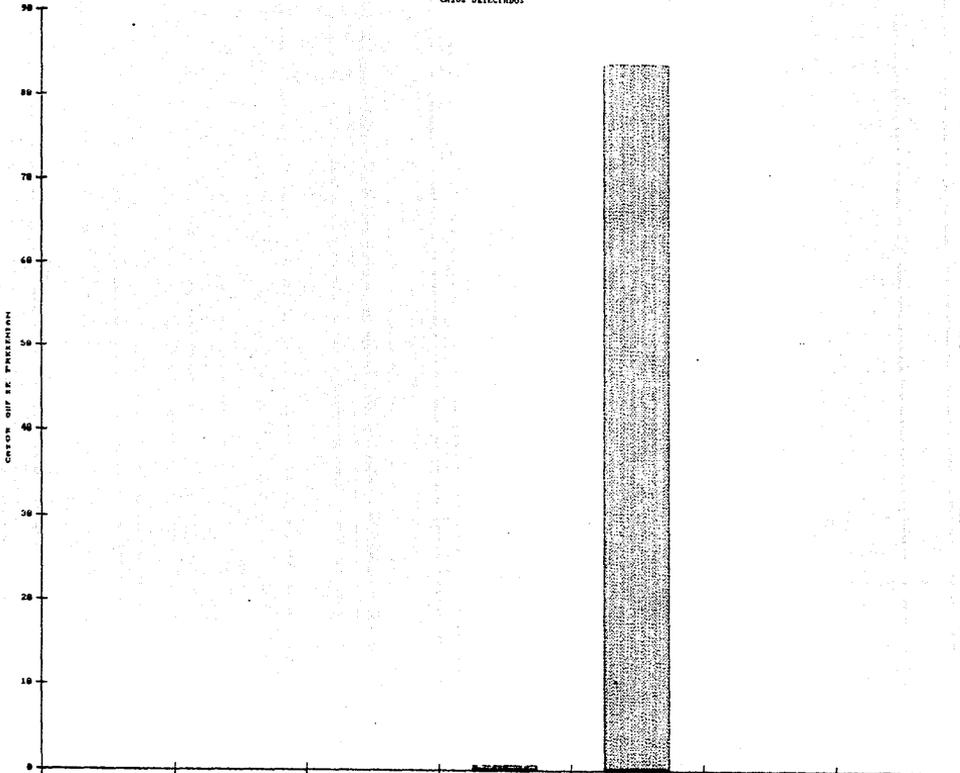
Bilateral

edad	*	casos
*****		
1 año	*	-----
2 años	*	4
3 años	*	5
4 años	*	11
5 años	*	6
6 años	*	5
7 años	*	2
8 años	*	-----
9 años	*	-----
*****		
		33

edad	*	casos
*****		
1 año	*	-----
2 años	*	6
3 años	*	12
4 años	*	10
5 años	*	10
6 años	*	8
7 años	*	3
8 años	*	-----
9 años	*	2
*****		
		51

\* Se presentó más a la edad de 3, 4, y 5 años.

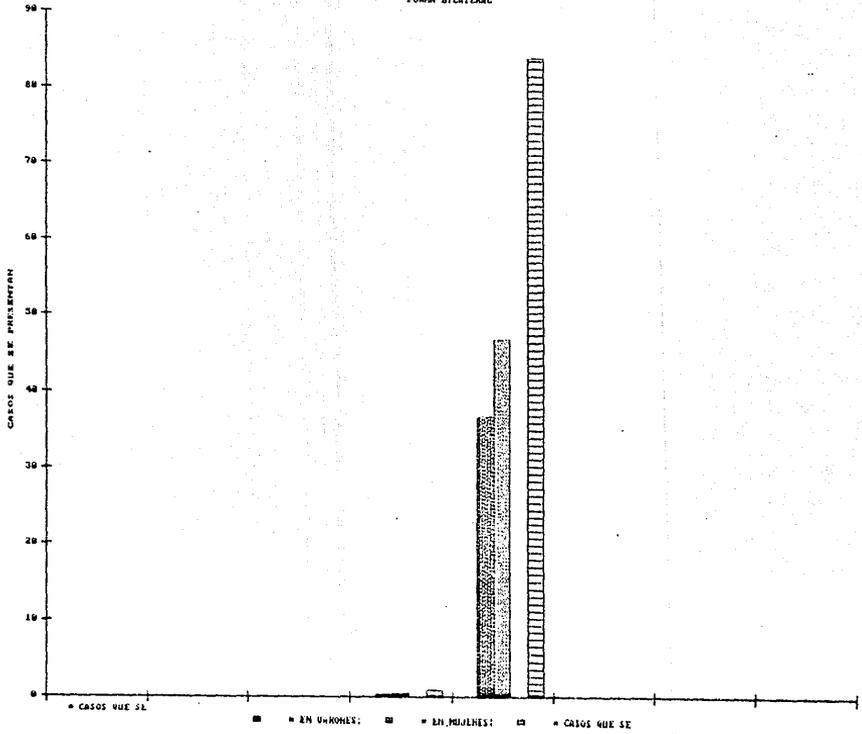
PRIMA HITECCANINA  
CASOS DETECTADOS



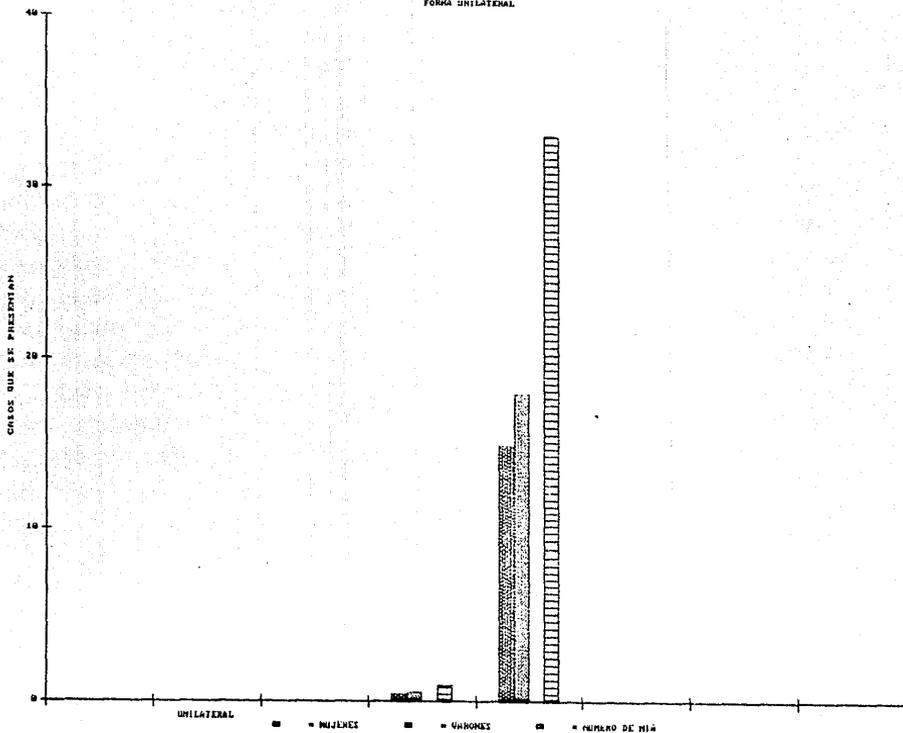
A.- CANTIDAD DE CASOS DE

CENTRO DE ASesorIA LEGAL Y JURIDICA  
1110 | C | 1110

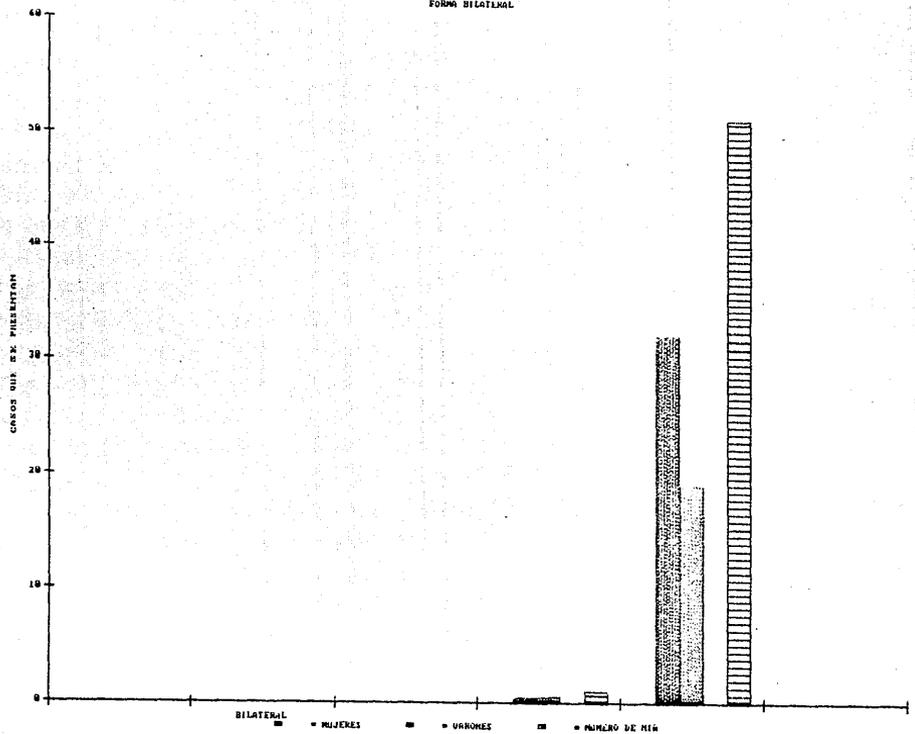
PAROJA BIFRONTAL  
FORMA BILATERAL



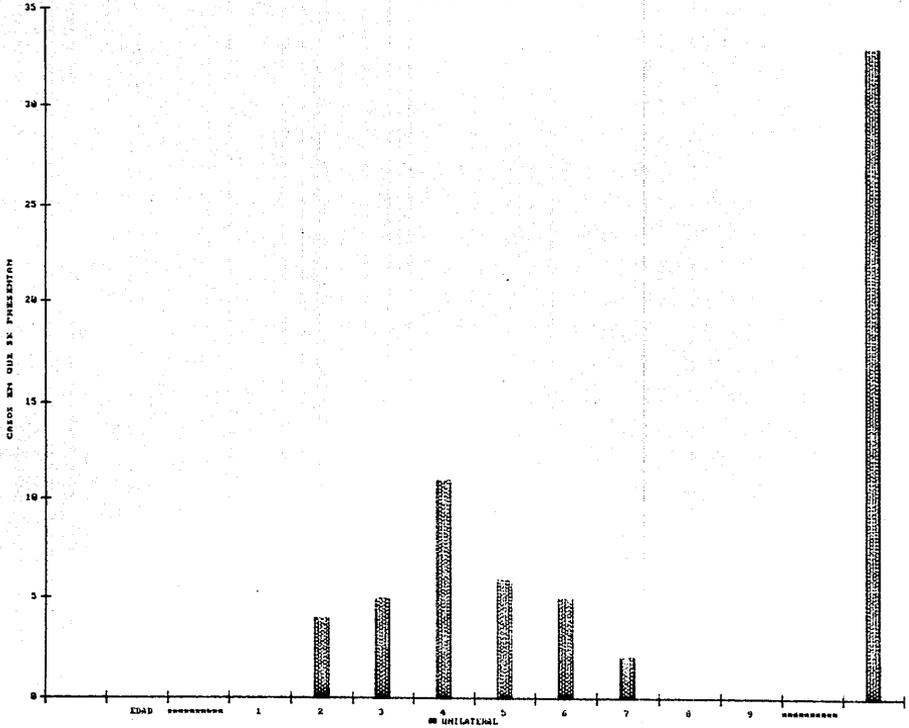
PAPELA BLANCA  
FORMA UNILATERAL



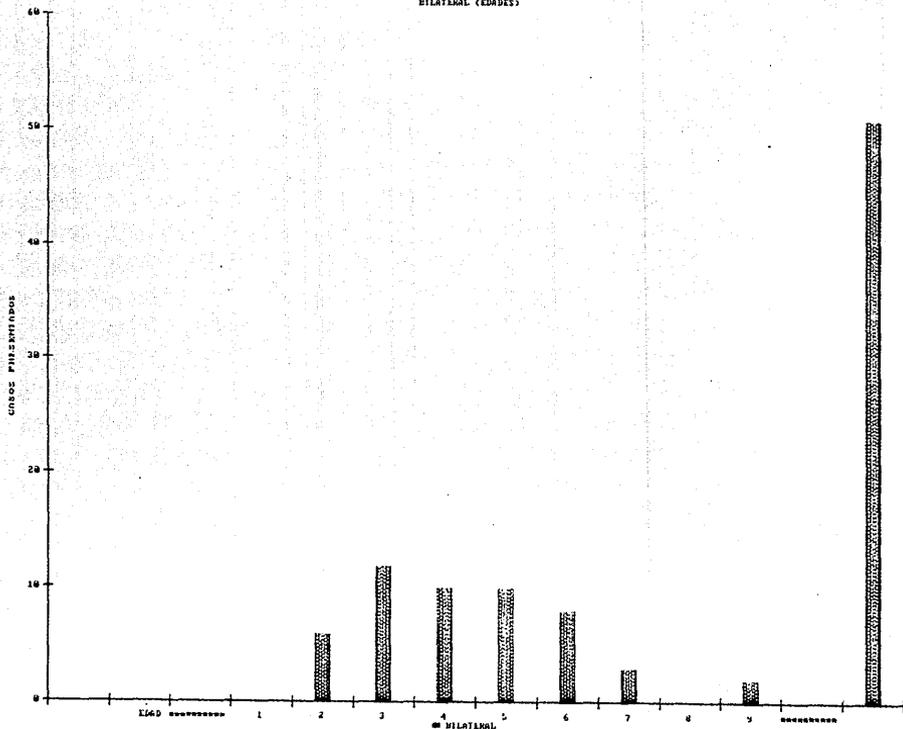
PAPILA BLEFAROCILIARIA  
FORMA BILATERAL



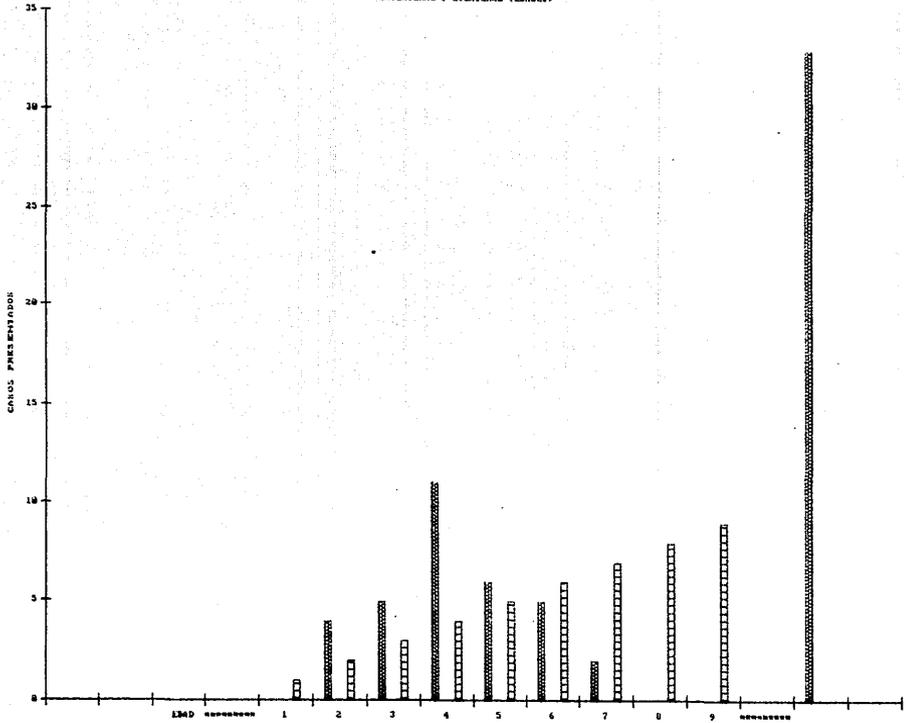
MAPILLA DE FRECUENCIA  
UNILATERAL (EJEMPLO)



POPILA MEXICANA  
BILATERAL (CERDAS)



FAMILIA ALCOHOLICA  
UNILATERAL Y BILATERAL (EJEMPLOS)



## 7. CONCLUSIONES

Toda la atención que reciba un niño, tanto para inculcar sus hábitos de higiene como todo tratamiento que nosotros hagamos a esta edad, va a repercutir en la formación de un buen paciente.

La importancia de darle una atención adecuada y buenos tratamientos es que vamos a lograr contrarrestar el alto índice que existe actualmente de caries y enfermedad paradontal.

En el presente trabajo se habla de una estructura muy común entre los niños a la cual se le ha brindado poca atención, tal vez porque se le considera una estructura anatómica normal, pero no por eso debe ser ignorada.

Debemos conocer más acerca de ella a efecto de no confundirla con alguna estructura patológica.

En la investigación realizada en la clínica de apoyo de odontopediatría de la F.O. de la U.N.A.M. encontramos que la papila retrocanina, en repetidas ocasiones se presenta del mismo color de la encía y plana, por lo que llegamos a pasarla por alto, y otras veces la encontramos voluminosa y rojiza debido a

su vascularización o quizás a la irritación causada por el roce de algunos alimentos.

También observamos que se presenta unilateral y bilateralmente. Esto es muy importante porque si nosotros en la exploración que hacemos de los tejidos blandos cuando elaboramos la historia clínica, encontramos una estructura abultada, rojiza y sésil, pensamos que se trata de una patología, para cerciorarnos por lo general hacemos la comparación con el lado opuesto, y si del otro lado encontramos una estructura igual, nos hace pensar en que se trata de una estructura normal.

En el caso de que la encontremos unilateralmente, la podemos confundir con un absceso periodontal que es lo más común, siempre teniendo en cuenta la sintomatología del paciente para no confundirla y dar el correcto diagnóstico, para lo cual es importante el interrogatorio que se tiene con la madre y el niño en la elaboración de la historia clínica.

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

1. BAER PAUL N.  
ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIROS Y ADOLESCENTES,  
EDITORIAL MUNDI, 1ª EDICION, ARGENTINA, 1975.
2. BRAHAM RAYMOND L., MORRIS MERLE E.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA,  
EDITORIAL PANAMERICANA, BUENOS AIRES, 1984.
3. FINN SINDNEY B.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA,  
EDITORIAL INTERAMERICANA, 4ª EDICION, MEXICO, 1976.
4. LANGLAIS BRICKER, COTTONE BAKER.  
ORAL DIAGNOSIS, ORAL MEDICINE AND TREATMENT PLANING,  
W.B. SAUNDERS COMPANY, PHILADELPHIA U.S.A, 1984.
5. LEYT SAMUEL  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA,  
EDITORIAL MUNDI, 1ª EDICION, ARGENTINA, 1980.

6. MAGNUSSON BENGT U.  
ODONTOPEDIATRIA, ENFOQUE SISTEMATICO,  
EDITORIAL SALVAT, ESPAÑA, 1985.
  
7. McDONALD RALPH E., AVERY DAVID R.  
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE,  
EDITORIAL MUNDI, 5ª EDICION, ARGENTINA, 1990.
  
8. PINKHAM J.R.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA,  
EDITORIAL INTERAMERICANA, MEXICO, 1991.
  
9. SCHLUGER SAUL, YUDELIS RALPH A.  
ENFERMEDAD PERIODONTAL,  
EDITORIAL CIA. CONTINENTAL S.A. DE C.V.,  
3ª IMPRESION, MEXICO, 1984.
  
10. SHAFER W.  
PATOLOGIA BUCAL,  
EDITORIAL INTERAMERICANA, 8ª IMPRESION,  
MEXICO, 1985.
  
11. STONE STEPHEN, KALIS PAUL J.  
PERIODONTOLOGIA,  
EDIT. INTERAMERICANA, 1ª EDICION, MEXICO, 1984.