



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CAUSA PRINCIPAL POR LA QUE  
INGRESAN LOS NIÑOS A LA CLÍNICA DE  
ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA, UNAM

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

JAZMIN MARGARITA ROCHA MENDOZA

DIRECTOR C D JORGE PEREZ LÓPEZ

MEXICO D.F.

OCTUBRE 2002



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



## AGRADECIMIENTOS

**A mi Dios:**

*Te doy gracias por darme la vida, por permitirme culminar una etapa más de ella y por la familia y amigos por los que me has rodeado siempre.*

**Mamá:**

*Que te puedo decir, tú más que nadie merece disfrutarlo, pues gracias a ti he tenido todo, apoyo, comprensión y amor; y gracias a tu esfuerzo he salido adelante a pesar de todos los contratiempos por los que hemos pasado. Una vez más te agradezco el haberme dado la vida y aguantarme durante casi 25 años. Te amo mamá..*

**Papá:**

*Te doy gracias por darme la vida y a pesar de todos los problemas que hemos tenido quiero que sepas que te amo, y que eres una parte muy importante en mi vida y que gracias a ti no me he dejado caer. Una vez más gracias*

**Víctor y Esteban:**

*Ustedes han sido mi inspiración, por ustedes he llegado hasta donde estoy. Hermanos todo es posible en la vida siempre y cuando se desee. Gracias por estar ahí para ser testigos de este gran logro no solo mío, sino de los tres,*



## Agradecimientos



*perdón, de los cuatro, por que sé que tenemos un ángel que desde donde esté, nos está cuidando.*

**Lore, Adrix, Luzma, Chela:**

*Gracias por ser mis amigas, por haberme brindado su amistad, su comprensión, su apoyo y su cariño cuando más falta me ha hecho. No tengo palabras para agradecerles todo, las quiero.*

**Héctor:**

*Que quieres que te diga, Gracias por el tiempo maravilloso que me has brindado, por tu compañía, por tu amor, por tu apoyo, por tu ayuda. Gracias por estar ahí para levantarme el ánimo cuando me he sentido derrotada. Por todas las alegrías y sinsabores que hemos pasado juntos. Gracias. Te amo*

**A mis amigos de la Prepa 4, generación '94:**

*Sonia, Fer, Ricardo, Eddy, Jesús, gracias por todos los instantes que hemos pasado y por compartir conmigo este momento*

**Dr. Jorge:**

*No por estar al último es menos importante para mí. gracias por darme su apoyo en momentos difíciles, por brindarme su amistad desde un principio, y ante todo, le doy las gracias por haber aceptado dirigir este pequeño trabajo y compartir conmigo su sabiduría. Mil gracias*



## Agradecimientos



Familias Rocha y Mendoza:

*A mis Tíos los Rocha's: Chava, Mario, Ángel, Paco, Víctor, Beny que sé que estas entre nosotros, a mis Tíos Mendoza: Soco, Susa, Rosa, Manuel, Gonzalo, a mis abuelitos Inés y Gonzalo, a todos ustedes, gracias. Los quiero*

A los Doctores:

*Dra. María Luisa Cervantes y Dr. Jesús Rubalcava, por brindarme su amistad.*

A los Doctores del Seminario de Titulación de Odontopediatría:

*Que dedican parte de su tiempo para hacer posible que exista este seminario y que compartieron sus conocimientos conmigo*

A la UNAM y a la Facultad de Odontología:

*Por albergarme durante una buena parte de mi vida en sus hermosas instalaciones y de la que estoy muy orgullosa de pertenecer.*

*Quiero agradecer también a todos mis pacientes y a todas aquellas personas que en este momento he olvidado y que influyeron de una manera tal en mi vida, que hicieron que uno de mis sueños se hiciera realidad*

**A TODOS MUCHAS GRACIAS**

**Jazmín**



ÍNDICE

	Pag.
Introducción	
<b>1. Generalidades</b>	
<b>1.1 Caries</b>	<b>2</b>
1.1.1 Definición	2
1.1.2 Clasificación	3
<b>1.2 Dolor</b>	<b>8</b>
1.2.1 Definición	8
1.2.2 Clasificación	9
1.2.3 Dolor Dental	9
<b>1.3 Inflamación</b>	<b>14</b>
1.3.1 Definición	14
1.3.2 Factores Etiológicos	15
1.3.3 Clasificación	16
<b>1.4 Traumatismo</b>	<b>19</b>
1.4.1 Definición	19
1.4.2 Clasificación	19
1.4.3 Frecuencia de los traumatismos	22
1.4.4 Tratamiento	24



---

<b>2.</b>	<b>Causa principal por la que ingresan los niños a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM</b>	
2.1	Antecedentes	27
2.2	Obtención de los datos	29
2.3	Resultados	31
<b>3.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>52</b>
<b>4.</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>53</b>



## INTRODUCCIÓN

La inquietud por realizar este trabajo, es determinar la causa principal por la que los padres llevan a sus hijos a la consulta dental, ya que la mayoría de éstos no tienen la información adecuada con respecto a la prevención y a los tratamientos dentales que se pueden realizar en un niño

Lamentablemente, todavía se presentan a la Clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, un alto índice de pacientes con severos problemas de canes, trastornos dolorosos, con inflamación y con traumatismos, siendo que todos estos problemas ya deberían haber disminuido por la gran cantidad de métodos de prevención, de Cirujanos Dentistas y de medios de comunicación que existen en la actualidad

Un número menor de pacientes asisten a la consulta dental para revisión, a continuar su tratamiento, a prevenir una mal posición dentana o remitidos de otras instituciones, cuando la revisión periodica debiera ser la causa principal por la que ingresen los niños a esta Clínica

Por lo que es importante hacer conciencia para que los Cirujanos Dentistas, no solo nos dediquemos a realizar tratamientos restaurativos sino a difundir la información necesaria a la comunidad para prevenir la canes y las consecuencias que ésta ocasiona cuando no es tratada oportunamente, como dolor, inflamación, necrosis pulpar e incluso hasta la pérdida del órgano dentano. Y, no porque a cierto tiempo se exfolien los dientes de la primera dentición, son menos importantes, pues de ellos depende el bienestar de los dientes permanentes





## 1. GENERALIDADES

Es importante mencionar los conceptos de las causas por las que los padres llevan a sus hijos a la consulta dental, principalmente caries, dolor, inflamación y traumatismo, así como la clasificación de cada una de éstos.

### 1.1 Caries

Uno de los motivos por el cual los padres llevan a sus hijos con el Odontopediatra o Cirujano Dentista, quizá el principal, es porque observan que los dientes incisivos anteriores superiores cambiaron de color, que se le están "desmoranando" o que presentan un deterioro coronario, todo esto causado por un proceso carioso tratado inoportunamente. Por lo que es importante mencionarlo en este trabajo

#### 1.1.1 Definición

La caries es una enfermedad multifactorial condicionada por su localización, extensión y en la velocidad de progresión, por elementos ya conocidos como son la morfología dentaria (huésped), la localización de las acumulaciones bacterianas (microflora), la dieta (sustrato) y otro factor también importante, el tiempo.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Newbrun Ernest, Cariología, Limusa Noriega Editores, 1994 P 39



\*Para que haya caries debe haber un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un periodo determinado.\*<sup>2</sup>

La Caries es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente, esta destrucción es provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental.<sup>3</sup>

## 1.1.2 Clasificación

\*En base a las características y patrones clínicos, la caries puede ser clasificada de acuerdo a tres factores básicos\*\*<sup>4</sup>

### 1.1.2.1 Clasificación basada en la morfología

Se refiere principalmente al sitio anatómico de las lesiones

a) **Caries Oclusal (fosetas y fisuras) y de superficies planas:** Estas superficies irregulares definitivamente están más propensas a la caries, esto generalmente es por la falta de higiene pues este es un lugar muy difícil para eliminar todos los productos dañinos para el diente por medios mecánicos (autolimpieza, cepillado) Las lesiones ubicadas en otras áreas que no sean fosas y fisuras, son clasificadas como lesiones de superficies lisas y estas a su vez se

<sup>2</sup> Ib

<sup>3</sup> Seif R. Tomas. Carología. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1997 P 44

<sup>4</sup> Nikiforuk Gordon. Caries Dental, Aspectos Básico y Clínicos, Editorial Mundt 1986 p 5



pueden subdividir en caries interproximal, mesial o distal y en caries cervical, vestibular, lingual o palatina<sup>5</sup>

b) **Caries Radicular (cemento):** Este tipo de caries es muy frecuente en personas de edad avanzada que presenta recesión gingival y por lo tanto superficie radicular expuesta. Por lo regular se presentan en las superficies vestibulares y lingual o palatina de las raíces<sup>6</sup>

c) **Caries Adamantina lineal (odontoclasia):** Este tipo de caries se ha visto en pacientes infantiles de países de América Latina y Asia, en dentición primaria en las superficies labiales de los dientes anteriores superiores, en la región de la línea neonatal (ésta línea representa el límite del esmalte pre y posnatal). La hipocalcemia transitoria asociada con hipotiroidismo transitorio durante el nacimiento es el trastorno causante de esta línea. La odontoclasia es una variante de este tipo de caries, tiene aspectos morfológicos raros que hacen que haya una destrucción marcada de las superficies labiales de los incisivos y que acelere el proceso carioso<sup>7</sup>

### 1.1.2.2 Clasificación basada en la gravedad y velocidad de avance de las caries, Dinámica.

a) **Caries Irrestricta:** Es una repentina, rápida y casi incontrolable destrucción de los dientes que por lo regular suelen estar relativamente libres de caries. Un ejemplo de este tipo de caries es el llamado Síndrome de Biberón<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Ib  
<sup>6</sup> Ib P 7  
<sup>7</sup> Ib  
<sup>8</sup> Ib P 8



- b) **Caries Incipiente:** Es una lesión que se localiza en superficies lisas visibles y se ven zonas opacas y blancas que se observan mejor con el secado. Existe una desmineralización del esmalte pero no hay cavidades ni cambios histológicos mayores de la matriz orgánica. Hay que tener en cuenta que no todas las manchas blancas se tienen que restaurar, si el paciente no es muy susceptible a la caries se puede revertir el proceso o prevenir la evolución de éste con procedimientos preventivos <sup>9</sup>
- c) **Caries Detenida:** Se refiere no sólo a las caries incipientes que duran por muchos años iguales, (éstas sufren una remineralización del esmalte, demostrando así, que puede existir este proceso) sino también a todas aquellas lesiones donde el proceso carioso se mantienen durante mucho tiempo detenido si hay modificaciones en el ambiente bucal <sup>10</sup>
- d) **Caries Recurrente:** La caries recurrente, como su nombre lo indica, es un proceso carioso que se había eliminado, posiblemente no en su totalidad, y se vuelve a desarrollar, por lo general en la interfase de una restauración mal ajustada y en el ángulo cavo superficial del esmalte <sup>11</sup>
- e) **Caries por Xerostomía (Caries por radiación):** Por lo regular la Xerostomía es una consecuencia frecuente en pacientes que se encuentran bajo tratamiento de radioterapias, esta disminución en el flujo salival va a hacer que se presente un proceso carioso de rápida evolución (caries irrestricta), por lo que nos podemos dar cuenta el papel importante que tiene la saliva en la cavidad bucal para la integridad de la misma. Otros factores que pueden provocar Xerostomía

<sup>9</sup> Ib P 11

<sup>10</sup> Ib P 12

<sup>11</sup> Ib P 13



son: Tumores de glándulas salivales, enfermedades autoinmunitarias, drogas y enfermedades prolongadas.<sup>12</sup>

### 1.1.2.3 Clasificación basada en la cronología.

Esta clasificación está basada de acuerdo a los patrones de edad en que las lesiones se presentan

a) **Caries Infantil (Biberón):** Generalmente se presenta en niños menores de 3 años, afecta a la primera dentición y es de rápido progreso, es causada por la alta ingesta de carbohidratos aunada a una deficiente higiene bucal. Este tipo de caries se caracteriza porque los dientes que se encuentran afectados son en primer lugar los incisivos superiores, seguidos de los primeros molares superiores e inferiores. Este tipo de caries lo encontraremos muy frecuentemente.<sup>13</sup>

b) **Caries Adolescente:** Otro de los periodos en los cuales se observan caries agudas que progresan rápidamente, es el comprendido entre los 11 y los 18 años de edad, el ataque de caries en este periodo es caracterizado como caries adolescente.<sup>14</sup>

Las características de este tipo de caries son

- 1 - Lesiones en dientes y superficies que son relativamente inmunes a la caries
- 2 - Abertura relativamente pequeña del esmalte y extensa complicación dentinaria

<sup>12</sup> Ib P 15

<sup>13</sup> Ib

<sup>14</sup> Ib P 19



3.- El rápido avance de la lesión que no permite una respuesta pulpar efectiva con poco o nada de dentina secundaria<sup>15</sup>

Las lesiones cariosas diagnosticadas y tratadas inoportunamente pueden provocar un proceso infeccioso muy doloroso y dañino para el sistema estomatognático, principalmente en aquellos pacientes que necesitan del cuidado y la atención de los padres: LOS NIÑOS, que frecuentemente llegan a la consulta privada en un estado de salud bucal muy deplorable. Por esta razón es importante informar y educar a los padres desde antes de ser padres, para prevenir todos estos trastornos.

---

<sup>15</sup> Ib



## 1.2 Dolor

La mayoría de los pacientes infantiles que acuden a consulta dental es porque muy comúnmente presentan este sintoma. Dolor. Por lo que nosotros como especialistas en esta área, debemos estar capacitados para diagnosticar la fuente del dolor y tratarlo eficazmente, aunque por lo regular el dolor que frecuentemente se presenta en los niños es el causado por caries, afectación pulpar, consecuencia de la misma y por traumatismo y pocas veces nos van a referir dolor sin causa aparente.

### 1.2.1 Definición

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define este sintoma como "una sensación física y emocional desagradable asociada a una lesión tisular potencial o real, o bien descrita en términos de dicho daño"<sup>16, 17</sup>

Esta definición incluye varios elementos importantes, entre ellos que el dolor es una experiencia individual, es una sensación que produce una emoción y es desagradable, generalmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o de mantenerse el estímulo nocivo lo producirá. Muchas personas refieren dolor no solo por daño tisular sino también en ausencia de este o alguna causa fisiopatológica conocida, este tipo de dolor es conocido como dolor psicogénico.<sup>18</sup>

Por estas características el dolor debe de abordarse de una manera multidisciplinaria y debe contener aspectos de diagnóstico y tratamiento específico según el tipo, intensidad y duración del dolor.

<sup>16</sup> Okeson Jeffrey P., Dolor Orofacial según Bell, Editorial Quintessence, 1989, P. 123

<sup>17</sup> Dagnino Sepulveda, Jorge. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile "Definiciones y Clasificaciones del Dolor", No. 23, Año 1994

<sup>18</sup> Ib



### 1.2.2 Clasificación

Jeffrey P. Okeson, menciona que "una clasificación completa del dolor debe valorar el trastorno doloroso en dos planos o ejes, uno que represente los factores físicos y el otro que represente los factores psicológicos que influyen en la experiencia dolorosa."<sup>19</sup>

Él maneja una clasificación del dolor Orofacial donde abarca las Alteraciones Físicas y las Alteraciones Psicológicas fig 1 Sin embargo, se mencionará sólo el dolor dental.

### 1.2.3 Dolor dental

El Cirujano Dentista ante la presencia de dolor en el área bucal dirige generalmente su conocimiento hacia el dolor dental y es el primer tipo de dolor que tiene que descartar, aunque el dolor provocado por interferencias oclusales o por estrés emocional también se reflejan en el sistema estomatognático, y muchas veces estas causas no se toman en cuenta. Nosotros como Cirujanos Dentistas tenemos la obligación de diferenciar la fuente del dolor.

El dolor dental es extremadamente variable y tienden a imitar cualquier trastorno doloroso. El grado del dolor varía desde una ligera sensibilidad hasta una intensidad insoportable, puede ser espontáneo o provocarse con distintos

---

<sup>19</sup> Okeson op Cit P 125





estímulos, intermitente o continuo.<sup>20</sup> El dolor dental puede ser de origen pulpar o periodontal.

a) **Dolor dental de origen pulpar:** En este tipo de dolor sólo hay respuesta hasta que se alcanza el umbral, responde a estímulos nociceptivos que no se encuentran relacionados a los movimientos masticatorios normales, por ejemplo, golpes, irritantes químicos. Otra característica es que el paciente no puede localizar el dolor. El dolor dental pulpar se clasifica en dolor agudo, crónico, recurrente o mezclado con elementos periodontales.<sup>21</sup>

Dolor Pulpar Agudo Tal vez sea el dolor visceral más común. Para el paciente será difícil localizarlo y su causa frecuentemente no se puede determinar subjetivamente. Una caries profunda, una erosión que afecte la cámara pulpar, una fractura, una fisura, etc. (estimulación nociva de los receptores pulpares), son causas evidentes que nos ayudan a identificar el diente afectado. Sin embargo, si no hay causa aparente es difícil identificar dicho diente, incluso puede ser imposible.<sup>22</sup> Se puede confundir con cefalea sinusal, sinusitis, otalgia neuritis, neuralgia del trigémino o dolor facial atípico.<sup>23</sup>

El tejido pulpar responde a una lesión y el cambio que sufre generalmente es inflamatorio. Estos cambios pueden ser reversibles si no se produce una congestión, necrosis o gangrena pulpar, cuando existe una necrosis la lesión se extiende al tejido periodontal a través del ápice. La pulpa dental inflamada es hipersensible a cualquier estímulo.

<sup>20</sup> Ib P 238

<sup>21</sup> Ib P 239

<sup>22</sup> Ib

<sup>23</sup> Ib P 240





El dolor pulpar agudo varia desde una hipersensibilidad, hasta una odontalgia espontánea, violenta, de intensidad intolerable que difícilmente se controla.<sup>25</sup>

Dolor pulpar crónico. En algunas ocasiones, la pulpa afectada suele pasar de una fase inflamatoria aguda a una crónica, en donde los cambios no provocan mejoría ni necrosis, sino que permanece indefinidamente (pulpitis crónica)<sup>26</sup>

Cuando ya existe una pulpitis crónica la respuesta dolorosa es más leve y menos variable que puede ser descrita como absolutamente indolora<sup>27</sup>

Dolor pulpar recurrente Cuando el dolor pulpar agudo es recurrente, consiste en etapas constantes de inflamación pulpar. Este trastorno está asociado a cambios en la presión vascular o en el equilibrio de fluidos, por ejemplo una odontalgia menstrual, odontalgia de altura, dientes hipersensibles estimulados por cambios térmicos, dulce, etc.<sup>28</sup>

Dolor pulpar mezclados con elementos periodontales Cuando el cambio de inflamación pulpar a afectación penapical pasando por necrosis, es rápido, pueden existir síntomas de dolor pulpar y dolor periodontal, también cuando la pulpa es afectada de forma secundaria por la extensión directa desde las estructuras periodontales

Generalmente es resultado de un traumatismo que afecta a ambas estructuras, en estos casos es evidente la causa, también un diente puede presentar síntomas pulpares y periodontales independientes complicando el diagnóstico.<sup>29</sup>

<sup>25</sup> Ib P 240

<sup>26</sup> Ib P 241

<sup>27</sup> Ib

<sup>28</sup> Ib P 243

<sup>29</sup> Ib



b) **Dolor dental de origen periodontal:** Este tipo de dolor esta intimamente relacionado con la función biomecánica (masticatoria) y el paciente lo va a localizar más fácilmente a diferencia de el dolor de origen pulpar, va a responder a la provocación de forma proporcional y con incrementos graduales.<sup>30</sup>

La localización se identifica aplicando presión lateral al diente, éste se percibe irritado o alargado, bajo la presión de la carga oclusal en el mismo momento de la masticación.<sup>31</sup>

Las causas de este tipo de dolor pueden ser: traumatismo, sobrecarga oclusal (se puede producir por interferencias oclusales o por bruxismo), contacto de un diente incluido adyacente, tratamiento endodóncico, preparación y manipulación de los dientes para ser restaurados, etc.<sup>32</sup>

Debemos tener en cuenta que diagnosticar la causa del dolor no se nos facilitará porque los niños no saben describirlo, y recordemos que el dolor es una experiencia totalmente personal que no puede ser compartida, solo nos podremos basar en lo que observemos y en lo que los padres nos refieran como le dolió al acostarse, de repente, con el frío, con el calor, con el dulce, no dormimos porque estuvo llorando, no come el niño porque le duele, etc. Y realizando un buen diagnóstico habrá una respuesta favorable para el tratamiento

---

<sup>30</sup> Ib P 245

<sup>31</sup> Ib P 246

<sup>32</sup> Ib



## 1.3 Inflamación

La inflamación por afectación pulpar va a ser un problema que comúnmente encontraremos en los niños. Estos son llevados por los padres hasta que observan en ellos una asimetría facial o un absceso, consecuencia de un proceso infeccioso tratado inoportunamente. Aunque también podemos encontrar una inflamación causada por un traumatismo.

### 1.3.1 Definición

Según Menkin definió la inflamación como la compleja reacción vascular, linfática y de tejidos locales de un organismo superior ante un irritante.<sup>33</sup>

La reacción inflamatoria en la pulpa es casi la misma que en cualquier otro tejido del cuerpo. Pero existen varias causas que van a alterar el grado de respuesta.

- 1 - La pulpa es única en cuanto a que es tejido conectivo rodeado casi en su totalidad por tejido duro: la pared dentinaria.
- 2 - Un factor limitante de la capacidad de curación de la pulpa es su falta casi total de circulación colateral.
- 3 - La pulpa es el único órgano que puede producir una estructura para autoprotgerse de las agresiones (dentina de reparación).<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Cohen Stephen, Burns Richard C., Endodencia, Los caminos de la pulpa. Editorial Medica Panamericana 1993. P. 460.

<sup>34</sup> Ib. P. 467.



### 1.3.2 Factor etiológico

La respuesta inflamatoria de la pulpa está influenciada por cuatro factores:<sup>35</sup>

- a) **Factor Bacteriano:** Los productos bacterianos van a ser la causa más común de respuesta inflamatoria, ya que muchos de estos productos son capaces de atravesar los túbulos dentinarios.<sup>36</sup>
- b) **Factor Iatrogénico:** Los procedimientos operatorios que utilizamos para corregir la atención dental, cuando no utilizamos un buen sistema de refrigeración, también va a provocar que exista una reacción inflamatoria de la pulpa.<sup>37</sup>
- c) **Factor Traumático:** Dependiendo de la magnitud del traumatismo va a ser la respuesta favorable o no favorable de la pulpa. Por ejemplo, traumas oclusales relativamente leves pueden producir efectos escasos o nulos. En cambio, traumas oclusales más intensos pueden tener efectos significativos sobre la pulpa. La respuesta a traumas por golpe o accidentes puede variar. Algunas veces la pulpa cura sin efectos adversos, mientras que otras se hacen necróticas.<sup>38</sup>
- d) **Factor Idiopático:** La resorción interna es un buen ejemplo. Pues no existe razón alguna para estas alteraciones pulpares, por lo regular estos dientes no van a tener sintoma alguno y solo se descubren por estudios radiográficos de rutina.<sup>39</sup>

<sup>35</sup> Ib P 468

<sup>36</sup> Ib

<sup>37</sup> Ib P 470

<sup>38</sup> Ib P 471

<sup>39</sup> Ib P 472



### 1.3.3 Clasificación

Anteriormente se mencionó que la pulpa está casi en su totalidad cubierta por dentina, por lo que la respuesta inflamatoria de la pulpa puede producir un aumento de la presión intrapulpar complicando más el cuadro

La respuesta inflamatoria puede ser aguda, crónica o mixta:

**a) Inflamación aguda:** Es la respuesta inmediata e inicial a cualquier lesión<sup>40</sup> muy dolorosa provocada porque los linfocitos polimorfonucleares (LPMN) y el edema ocupan el espacio del ligamento periodontal y como no hay reabsorción de hueso alveolar existe una presión y hace que las fibras estén comprimidas, lo que produce un dolor agudísimo<sup>41</sup>

**b) Inflamación crónica (granuloma):** Es una respuesta de nivel bajo de larga duración ante irritantes de la pulpa radicular. Generalmente esta lesión va a ser clínicamente asintomático y se le detecta cuando es tomada una radiografía, ya que se observa una radiolucidez apical o cuando existe una fístula (inflamación crónica supurada granuloma con fístula)<sup>42</sup>

**c) Inflamación mixta:** Es un proceso apical agudo formado por una gran cantidad de bacterias que atosigan al sistema de defensa de nuestro organismo. La respuesta inflamatoria es aguda con predominio de los leucocitos polimorfos nucleares que forman el pus. El organismo procura manejar al absceso tornándolo en lesión crónica y estableciendo un drenaje por medio de fistulización, hacia una

<sup>40</sup> Robbins, Stanley, et al. Patología Humana, 6ta. Edición, Mc. Graw Hill Interamericana, 1997, P. 28

<sup>41</sup> Cohen, Op. Cit. P. 461

<sup>42</sup> Ib. P. 463



superficie exterior. Puede difundirse el absceso hacia planos faciales provocando así una celulitis y dando como resultado graves infecciones (Angina de Ludwig, Trombosis del Seno Cavemoso).<sup>43</sup>

**Absceso Fénix:** es una respuesta inflamatoria aguda añadida a una lesión crónica ya existente<sup>44</sup>

Elena Barbería menciona en su libro que "La intensidad de la respuesta pulpar puede oscilar desde una lesión mínima hasta la muerte pulpar e incluso a las manifestaciones periapicales a esta necrosis"<sup>45</sup>

En el niño podemos encontrar

1) **Pulpitis Aguda** Es producida por caídas, traumatismos cercanos a la pulpa, etc. Es una reacción inflamatoria, de la pulpa que puede ser momentánea y que regresa a su normalidad si se utilizan los procedimientos adecuados. Se manifiesta con dolor producido por estímulos, tales como temperaturas frías, calientes, comida, etc., y va a desaparecer cuando se elimina el estímulo que lo provoca<sup>46</sup>

2) **Pulpitis Crónica** Esta reacción de la pulpa incluye varias etapas de daño pulpar tanto en cuanto a la degeneración de esta como a la extensión de la pulpa comprometida. Generalmente el daño involucra en primer lugar a la pulpa cameral dispersándose hasta la pulpa radicular. Este daño puede ser de una pulpitis parcial, sin áreas necróticas, hasta la pulpitis que involucra solo a la pulpa cameral o incluyendo la pulpa radicular con áreas necróticas. Regularmente existe un dolor

<sup>43</sup> Ib P 478

<sup>44</sup> Ib

<sup>45</sup> Barbería Leache, Elena. Odontopediatría 2da Edición Editorial Masson España, 2001 P 259

<sup>46</sup> Ib





agudo e intenso espontáneo o provocado por un estímulo que disminuye cuando éste desaparece.<sup>47</sup>

3) **Necrosis pulpar** como el término lo dice hay muerte pulpar y degeneración de ésta, puede o no haber dolor. En los niños, por las características morfológicas de los dientes de la primera dentición y las histológicas del hueso, cuando se presenta absceso o fistula, éstos se encuentran localizados a pocos milímetros de la encía libre, que es donde se encuentra la furca dentaria.<sup>48</sup>

El éxito del tratamiento pulpar depende de factores individuales, como: la edad pulpar, el desarrollo del ápice, la histona previa de sufrimiento pulpar, la salud general del niño y la importancia del diente.<sup>49</sup>

Debemos tener en cuenta que los dientes temporales tienen una importancia fundamental para el desarrollo de los gérmenes de los dientes permanentes. Las características del hueso esponjoso del infante van a facilitar que una infección prolongada, a pesar del tratamiento pulpar, no presente manifestaciones clínicas, pero altere la formación del germen del diente permanente. Ante estas situaciones dudosas debe optarse por el tratamiento menos conservador.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> Ib

<sup>48</sup> Ib P 260

<sup>49</sup> Ib

<sup>50</sup> Ib



## 1.4 Traumatismo

Frecuentemente se van presentar a nuestro consultorio pacientes infantiles con algún traumatismo dental provocado por algún accidente, los traumatismos durante la segunda década de la vida se deben principalmente a la práctica de deportes <sup>51</sup>, además de que a esa edad no se tiene una visión general de los riesgos o de la peligrosidad de juegos

### 1.4.1 Definición

Traumatismo Dentario: Consecuencia de accidentes (golpes, caídas, choques) que afectan la mayoría de las veces al arco dentario superior, en particular a los incisivos superiores, que son los más frecuentemente lesionados <sup>52</sup>

### 1.4.2 Clasificación de Andreasen

Esta clasificación está avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una modificación de la propuesta en su catalogación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología de 1978. Las lesiones traumáticas se clasifican en <sup>53</sup>

<sup>51</sup> Abreu Correa, Juana María, et al. Revista Cubana Estomatológica "Diagnostico y Tratamiento del Trauma Dental" Vol. 34, No. 2, Año 1997

<sup>52</sup> Friedenthal Marcelo. Diccionario de Odontología, Editorial Panamericana, 1996 p. 940

<sup>53</sup> Barberia Op. cit. P. 271



## 1) Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa

- a) **Fractura incompleta de la corona:** Corresponde a una fisura del esmalte, no existe pérdida del tejido dentano <sup>54</sup>
- b) **Fractura no complicada de corona:** Fractura que afecta al esmalte, exclusivamente, o tanto a éste como a la dentina, pero sin exponer la pulpa, hay pérdida del esmalte, existe sensibilidad, molestia e incluso dolor <sup>55</sup>
- c) **Fractura complicada de corona:** Fractura que afecta al esmalte, a la dentina y hay exposición pulpar <sup>56</sup>
- d) **Fractura no complicada de corona-raiz:** Fractura que afecta al esmalte, la dentina y el cemento, pero sin exponer la pulpa <sup>57</sup>
- e) **Fractura complicada de corona y raiz:** Este tipo de fractura afecta al esmalte, la dentina y el cemento y con exposición pulpar <sup>58</sup>
- f) **Fractura de raiz:** Fractura que afecta el cemento, la dentina y la pulpa. <sup>59</sup>

## 2) Lesiones de los tejidos periodontales

- a) **Concusión:** Lesión de las estructuras de soporte sin movilidad ni desplazamiento del diente, traumatismo donde no se presenta movilidad ni desplazamiento del diente, pero los tejidos periodontales están dañados <sup>60</sup>

<sup>54</sup> Ib

<sup>55</sup> Ib

<sup>56</sup> Ib P 272

<sup>57</sup> Ib

<sup>58</sup> Ib

<sup>59</sup> Ib



- b) **Subluxación:** Lesión de las estructuras de sostén en las que el diente está flojo pero no se mueve en el alveolo. Se encuentra movilidad pero no existe desplazamiento.<sup>61</sup>
- c) **Luxación intrusiva.** Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión cursa acompañada de conminución o fractura de la pared alveolar.<sup>62</sup>
- d) **Luxación extrusiva.** Desplazamiento parcial de un diente en su alveolo, sin que se manifieste la avulsión. El ligamento periodontal puede sufrir una elongación o una ruptura, el paquete vasculonervioso se ve afectado.<sup>63</sup>
- e) **Luxación lateral.** Desplazamiento del diente en una dirección vestibular palatina o lateral. Suele existir fractura del alveolo.<sup>64</sup>
- f) **Avulsión.** Pérdida total del diente, salida del diente fuera del alveolo.<sup>65</sup>

### 3) Lesiones de la encía o la mucosa bucal

- a) **Laceración de la encía.** Desprendimiento de la misma, es una herida producida por desgarramiento y cuyo origen suele ser la acción de un objeto agudo o punzante.<sup>66</sup>
- b) **Contusión.** Se produce una hemorragia submucosa sin desgarramiento. El origen traumático suele ser un objeto romo.<sup>67</sup>

<sup>61</sup> Ib  
<sup>62</sup> Ib  
<sup>63</sup> Ib  
<sup>64</sup> Ib  
<sup>65</sup> Ib  
<sup>66</sup> Ib  
<sup>67</sup> Ib



c) **Abrasión:** Herida superficial producida por desgarramiento de la mucosa que deja la superficie sangrante y áspera. Deja expuesta la tabla externa

#### 4) Lesiones del hueso de soporte

a) **Conminución de la cavidad alveolar:** Fractura de la cavidad alveolar, frecuentemente se presenta junto a una luxación lateral o intrusiva.<sup>68</sup>

b) **Fractura de la pared alveolar** Se limita a las paredes vestibular o lingual<sup>69</sup>

c) **Fractura del proceso alveolar** Se encuentra afectada la cavidad alveolar<sup>70</sup>

d) **Fractura de maxilar o mandíbula** Fractura de la base ósea de la mandíbula o del maxilar que puede o no afectar la cavidad alveolar<sup>71</sup>

### 1.4.3 Frecuencia de los traumatismos

En un estudio realizado en Brasil por investigadores de la Universidad de San Francisco, concluyeron que las causas más comunes de lesiones dentales fueron caídas diversas, seguidas de golpes, accidentes automovilísticos y deportes de contacto y que los individuos de sexo masculino sufren de 2-4 veces más lesiones que el sexo femenino, y que las edades más afectadas es entre los 11 y 15 años.<sup>72</sup>

<sup>68</sup> Ib

<sup>69</sup> Ib

<sup>70</sup> Ib

<sup>71</sup> Ib

<sup>72</sup> Veleiro Rodríguez, Carolina. Traumatismos dentales en niños y adolescentes. Revisión bibliográfica actualizada. Venezuela. [s.p.] <http://www.cerisdoncica.ws/traumatismosdentales.htm>



The Geneva University (Suiza) creó, junto con el Departamento de Ortodoncia y Odontopediatría, una Unidad de Emergencia que se encarga de atender urgencias dentoalveolares. Se realizó un estudio en el cual se tomaron en cuenta pacientes de 1 a 16 años de edad. Se observó que la primera dentición (78%) fue más afectada que la dentición permanente (39.1)<sup>73</sup>

En Suecia tuvieron a un grupo de pacientes desde su primer año de vida hasta los 16 en observación y los resultados que se obtuvieron fueron que.<sup>74</sup>

El accidente más común en primera dentición es la lesión de los tejidos de soporte, seguido de subluxación, avulsión y luxación intrusiva. En dentición permanente la fractura no complicada de corona fue la más frecuente.<sup>75</sup>

Factores, tales, como la mal posición dentaria (Clase II tipo 1, Angle) aumentan la posibilidad de sufrir un traumatismo. Es importante informar a los padres estos factores para prevenir cualquier traumatismo y también saber diagnosticar y tratar este tipo de urgencias.

También existe traumatismo directo e indirecto. En los traumatismos de tipo directo el impacto lo reciben los dientes y en el traumatismo indirecto, el impacto lo recibe la mandíbula y repercute en el maxilar, incisivos inferiores y dientes posteriores superiores e inferiores.

---

<sup>73</sup> Ib

<sup>74</sup> Ib

<sup>75</sup> Ib



#### 1.4.4 Tratamiento

Cuando llega un paciente que ha sufrido un traumatismo a nuestro consultorio, debemos realizar un interrogatorio al familiar que vaya con el niño, empezamos a hacer una serie de preguntas, tales como

¿Qué le sucedió? Nos referirá la magnitud de la lesión, sin dejarnos engañar de lo aparatoso que haya podido ser el accidente. En este apartado debemos preguntar si ¿perdió la conciencia? Si es afirmativa la respuesta, preguntaremos ¿cuánto tiempo estuvo inconsciente?, ¿sangró?, ¿del oído, de la nariz, de la boca? Si el familiar nos refiere que sí sangró de estas tres zonas, debemos de actuar de una manera rápida y eficaz, pues este niño puede tener una lesión complicada que involucre la base del cráneo, lo remitiremos, teniendo la obligación de llamar solicitando una ambulancia y dando los signos y síntomas del paciente. También debemos preguntar si ¿vomitó?, ¿cómo vomitó? ¿fue expulsivo o derramamiento? Si es así, podemos pensar en un daño cerebral <sup>76</sup>

Tal vez nunca en nuestra vida profesional llegue a nuestro consultorio un paciente con estas características, sin embargo debemos de estar capacitados para saber actuar, no sólo en este tipo de emergencias, sino en todas aquellas que se nos puedan presentar en nuestro consultorio, por lo que es recomendable que nosotros los Cirujanos Dentistas estemos capacitados para dar primeros auxilios

Si, por el contrario, la respuesta fue negativa a todas las preguntas antes mencionadas podremos seguir con nuestro interrogatorio, realizando las siguientes preguntas

<sup>76</sup> Guerra G, María Elena. "El pediatra frente a los traumatismos dentales". Venezuela, Universidad Central de Venezuela, Posgrado de Odontología Infantil, 2000. [s. p.]  
<http://www.pediatría.org/aspp/2000/2061/traumatismosdentales.htm>



¿A qué hora fue el accidente? Esta información es de suma importancia, ya que podremos saber si el tratamiento tiene la posibilidad de responder favorablemente, por supuesto, dependiendo del tipo de traumatismo que haya sufrido. Debemos tener en cuenta que la prontitud con que se atienda el traumatismo, también va a favorecer la rehabilitación.<sup>77</sup>

¿Dónde ocurrió? Esta pregunta nos dará la pauta para prescribir una vacuna antitetánica, dependiendo de las condiciones del lugar en donde haya ocurrido el accidente o si es factible para que haya fragmentos extraños.<sup>78</sup>

Después de obtener toda la información necesaria, debemos de realizar los siguientes pasos

1. Hacer una limpieza de la zona afectada
2. Si existe hemorragia, detenerla
3. Llevar a cabo una exploración clínica
  - a. Contar el número de dientes presentes en la boca, previa anestesia
  - b. Verificar las características de oclusión del paciente, para saber si no esta alterada por el traumatismo
  - c. Diente por diente hay que valorar si existe movilidad y el grado de ésta
  - d. Si existe fractura, determinar el tipo de fractura que es
  - e. Explorar tejidos blandos (labios, carnillos, lengua)
  - f. Mandar tomar una radiografía panorámica para descartar que existan objetos extraños en el interior de los tejidos blandos y observar que la articulación temporomandibular (ATM) no hayan sufrido algún traumatismo

<sup>77</sup> Ib

<sup>78</sup> Ib





- g. Tomar radiografías periapicales de los dientes que pudieran estar involucrados en el traumatismo para valorar las condiciones del ligamento periodontal y las zonas circundantes
4. Si existen lesiones en cara, se le dará un tratamiento paliativo al paciente y será remitido con un cirujano plástico, para su tratamiento. Hay que tener en cuenta que no todas las lesiones en cara van a requerir de suturas.
5. Después de llevar a cabo la rehabilitación, podremos prescribir un analgésico por las molestias que pudiera tener y si se cree necesano, también un antibiótico.



## 2. CAUSA PRINCIPAL POR LA QUE INGRESAN LOS NIÑOS A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM

La inquietud por realizar este trabajo fue el de querer conocer cual es el motivo principal por el cual los niños son llevados a consulta dental, "pues no sabemos realmente los problemas bucodentales que existen en la población ni cuales son las maneras más efectivas de resolverlos"<sup>79</sup> Así como conocer si nosotros los Cirujanos Dentistas estamos realizando nuestro trabajo de la manera adecuada, informando y educando a la comunidad, o si sólo estamos realizando tratamientos restaurativos

### 2.1 Antecedentes

Se realizó un estudio en la Clínica Penfénca de Aragón durante el año de 1999, donde se tomó como muestra a 102 pacientes de primera vez que acudieron a esta clínica y no se encontraban recibiendo ningún tipo de tratamiento dental durante el periodo que se hizo la encuesta y pudieran presentar o no dolor

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes

<sup>79</sup> Maupome, Gerardo. Salud Pública de México. "Preparación de los dentistas de mañana, de acuerdo con las necesidades de hoy". Vol. 42, No. 3, Año 2000.



El 20% acudió por primera vez a buscar asistencia dental, el 79% ya había tenido experiencia previa con el Cirujano Dentista.

El porcentaje de los diferentes motivos por el cual asistieron a servicio dental fue:

Revisión 35%, Prótesis 25%, Dolor 22%, Limpieza 15% y el 3% no respondió la pregunta. La distribución por sexo se encontró que Hombres, Revisión 39%, Limpieza 24%, Prótesis 21%, Dolor 12% y 4% no contestó. Mujeres, Revisión 33%, Dolor 27%, Prótesis 27%, Limpieza 11% y 2% no contestó. Como se puede observar el motivo que más porcentaje obtuvo en este estudio fue la revisión.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> Martínez León, Nadine Concepción. Dolor como principal motivo de atención dental. Tesis de Licenciatura, Facultad de Odontología, UNAM México, 1999





*Causa Principal*

*Obtención de los datos*



\*Do: Dolor

\*Rev: Revisión

\*Inflam: Inflamación

\*Rehab: Rehabilitación

\*Traum: Traumatismo

\*Co. Tx.: Continuar Tratamiento

\*Rem: Remitido

\*Ma De: Malposición Dentaria

\*Ca: Caries

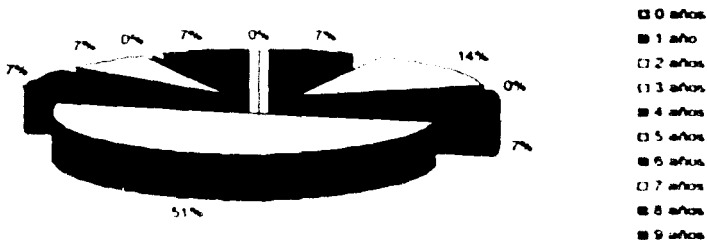


### 2.3. Resultados

Los pacientes que más se presentaron con dolor fueron los de 5 años de edad, ésta fue la segunda causa por la que asistieron a consulta dental con un porcentaje de 20.6%. Tabla 1, Gráfica 1.

Dolor	
Edades	No. De Pacientes
0 años	0
1 año	1
2 años	2
3 años	0
4 años	1
5 años	7
6 años	1
7 años	1
8 años	0
9 años	1

Tabla 1



Gráfica 1



El 50% de los niños que presentaron por inflamación tienen 4 años de edad y el porcentaje es mínimo. Tabla 2, Gráfica 2.

Inflamación	
Edades	No. de Casos
0 años	0
1 año	1
2 años	0
3 años	2
4 años	3
5 años	0
6 años	0
7 años	0
8 años	0
9 años	0

Tabla 2



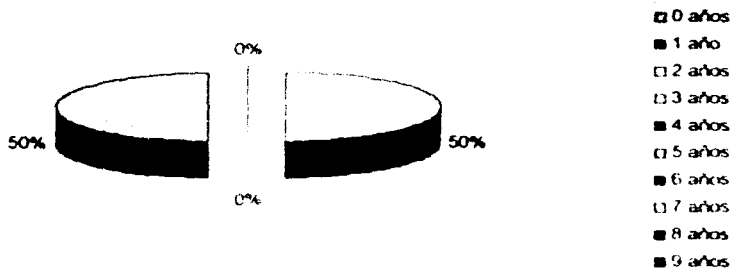
Gráfica 2



Se presentaron sólo dos pacientes con traumatismo uno de 2 años y el otro de 5 años. Tabla 3, Gráfica 3.

Traumatismo	
Edades	No. de casos
0 años	0
1 año	0
2 años	0
3 años	1
4 años	0
5 años	1
6 años	0
7 años	0
8 años	0
9 años	0

Tabla 3



Gráfica 3

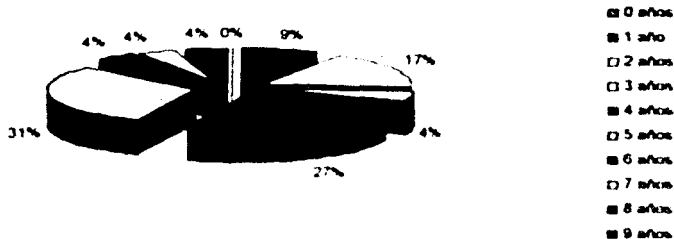




La gran mayoría de los pacientes se presentaron por caries, como se puede observar casi en todas las edades, lo que nos habla de que todavía hay un alto índice, que por la edad podemos suponer que es causada por el síndrome de alimentación infantil. Tabla 4, Gráfica 4.

Caries	
Edades	No. de Casos
0 años	0
1 año	2
2 años	4
3 años	1
4 años	6
5 años	7
6 años	1
7 años	1
8 años	1
9 años	0

Tabla 4



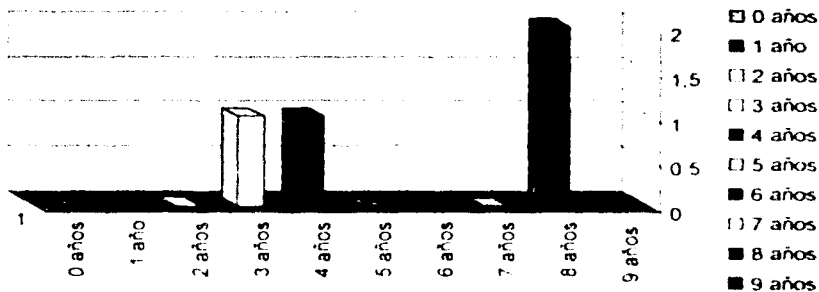
Gráfica 4



Fueron pocos los pacientes que se presentaron a la clínica por que los remitieron de una institución educativa para ser atendidos. Tabla 5, Gráfica 5.

Remitido	
Edades	No. de Casos
0 años	0
1 año	0
2 años	0
3 años	1
4 años	1
5 años	0
6 años	0
7 años	0
8 años	2
9 años	0

Tabla 5



Gráfica 5

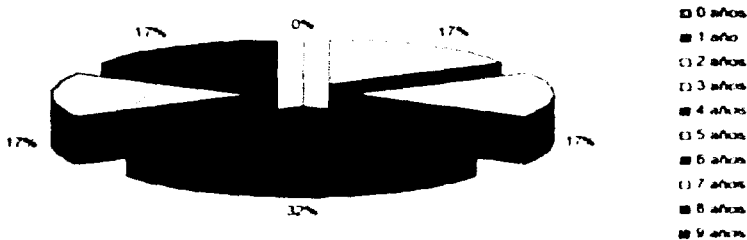


Así como también fue bajo el porcentaje de pacientes que se presentaron a revisión de rutina, cuando éste debe ser el principal motivo por el que asistan.

Tabla 6, Gráfica 6.

Revisión	
Edades	No. de Casos
0 años	0
1 año	0
2 años	1
3 años	1
4 años	2
5 años	1
6 años	1
7 años	0
8 años	0
9 años	0

Tabla 6



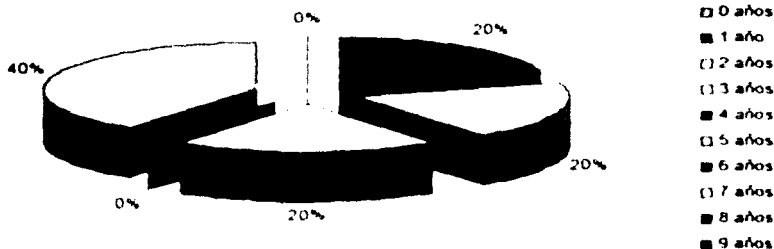
Gráfica 6



El 6.3 % de los pacientes se presentaron para una rehabilitación, principalmente por desalajo de alguna restauración. Tabla 7, Gráfica 7.

Rehabilitación	
Edades	No. de Casos
0 años	0
1 año	1
2 años	1
3 años	1
4 años	0
5 años	2
6 años	0
7 años	0
8 años	0
9 años	0

Tabla 7



Gráfica 7

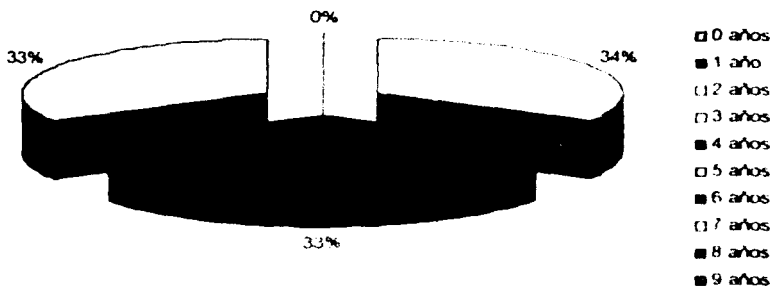
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Los pacientes que regresaron a que se les continuará algún tratamiento pendiente fue solo el 4.7 %. Tabla 8, Gráfica 8.

Continuar Tratamiento	
Edades	No. de Casos
0 años	0
1 año	0
2 años	0
3 años	1
4 años	1
5 años	1
6 años	0
7 años	0
8 años	0
9 años	0

Tabla 8



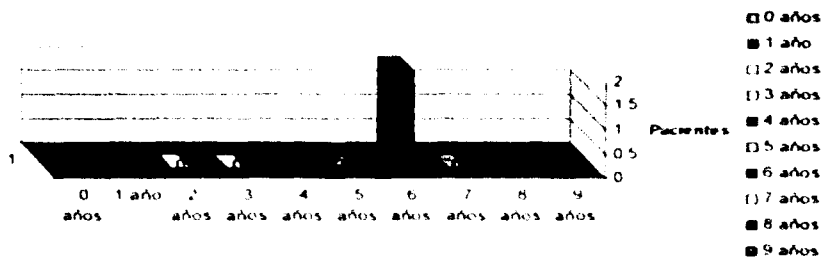
Gráfica 8



Por mal posición dentaria vemos que solo se presentaron dos pacientes, sin embargo podemos suponer que esta malposición es natural, pues los pacientes tienen una edad de 6 años, edad en la cual comienza el recambio dentano.

Mal Posición Dentaria	
Edades	No de Casos
0 años	0
1 año	0
2 años	0
3 años	0
4 años	0
5 años	0
6 años	2
7 años	0
8 años	0
9 años	0

Tabla 9



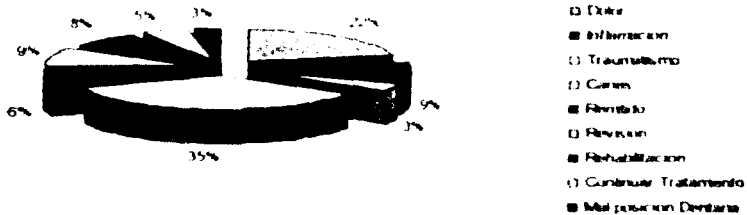


Como pudimos observar, la mayoría de los pacientes que acudieron a consulta dental fue por caries 36.5%, seguido por dolor 20.6 %, por inflamación 9.52%, al igual que por revisión, fueron remitidos de otras instituciones el 6.34% y por rehabilitación fue el mismo porcentaje 6.34%, regresaron a que se les continuara algún tratamiento el 4.76%, tanto por traumatismo como mal posición dentaria se presentaron el 3.17%. Tabla 10, Grafica 10

Causa de asistencia	Personas	Porcentaje
Dolor	14	20,6
Inflamación	6	9,52
Traumatismo	2	3,17
Caries	23	36,5
Remitido	4	6,34
Revisión	6	9,52
Rehabilitación	5	6,34
Continuar Tratamiento	3	4,76
Mal posición Dentaria	2	3,17

Tabla 10

Porcentaje en casos de asistencia a la Clínica de Odontopediatria de la FO, UNAM



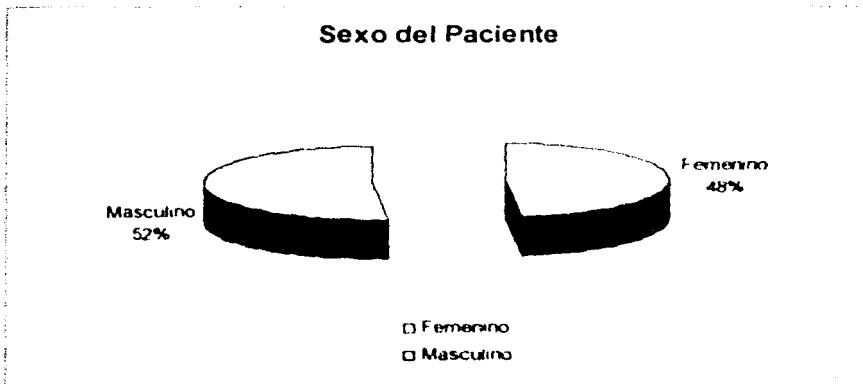
Grafica 10



Se puede observar que asistieron más pacientes del sexo masculino 52%, que del sexo femenino 48%. Tabla 11, Gráfica 11.

Sexo del Paciente	No. de pacientes	Porcentaje
Femenino	29	48
Masculino	31	52

Tabla 11



Gráfica 11

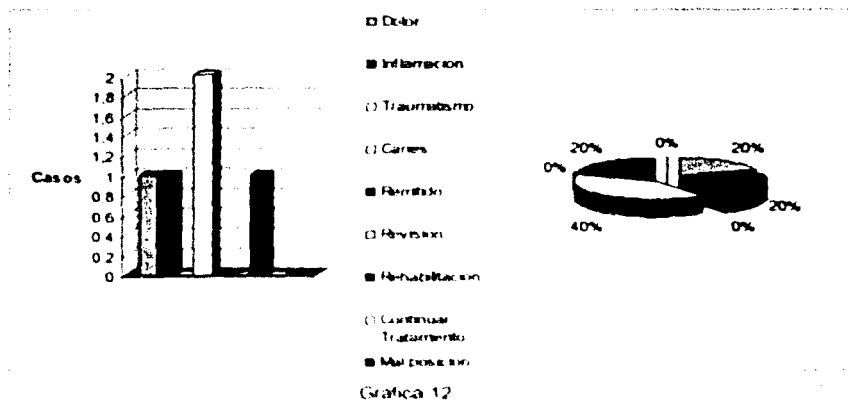




Los niños de 1 año de edad se presentaron principalmente con caries. Lo que nos habla que desde muy temprana edad ya existen problemas de caries, esto generalmente es por la alimentación moderna. Tabla 12, Gráfica 12

1 año	Casos
Dolor	1
Inflamación	1
Traumatismo	0
Caries	2
Remitido	0
Revisión	0
Rehabilitación	1
Continuar Tratamiento	0
Mal posición Dentana	0

Tabla 12



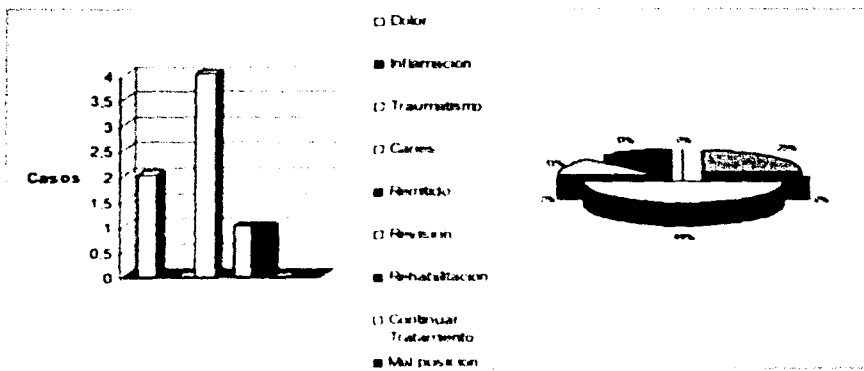


Los niños de 2 años de edad al igual que los de uno se presentaron por caries, sin embargo, podemos observar que también ingresaron por dolor. Tabla 13, Gráfica 13

13

2 años	Casos
Dolor	2
Inflamación	0
Traumatismo	0
Caries	4
Remitido	0
Revisión	1
Rehabilitación	1
Continuar Tratamiento	0
Mal posición Dentaria	0

Tabla 13



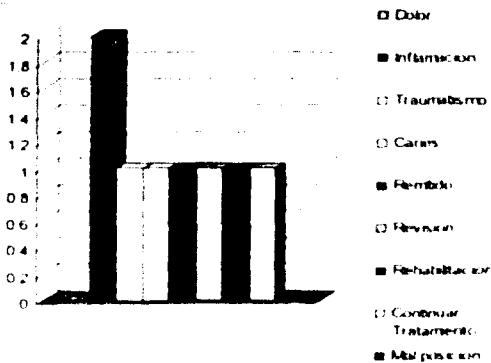
Gráfica 13



Los pacientes de 3 años de edad ingresaron a la clínica por inflamación, por traumatismo, por caries, etc. Tabla 14, Gráfica 14

3 años	Casos
Dolor	0
Inflamación	2
Traumatismo	1
Caries	1
Remitido	1
Revisión	1
Rehabilitación	1
Continuar Tratamiento	1
Mal posición Dentaria	0

Tabla 14



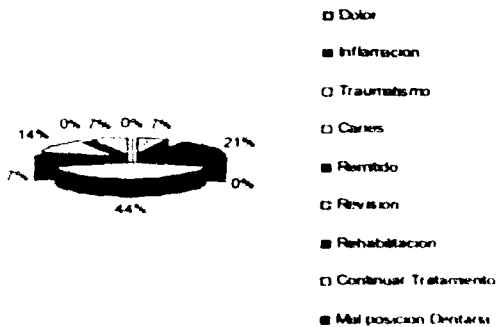
Gráfica 14



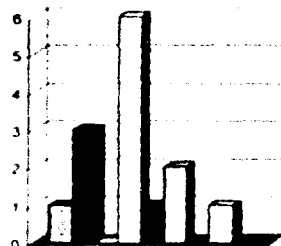
También los pacientes de 4 años de edad se presentaron por caries principalmente, seguido por inflamación. Tabla 15, Gráfica 15

4 años	Casos
Dolor	1
Inflamación	3
Traumatismo	0
Caries	6
Remitido	1
Revisión	2
Rehabilitación	0
Continuar Tratamiento	1
Mal posición Dentaria	0

Tabla 15



- Dolor
- Inflamación
- Traumatismo
- Caries
- Remitido
- Revisión
- Rehabilitación
- Continuar Tratamiento
- Mal posición Dentaria



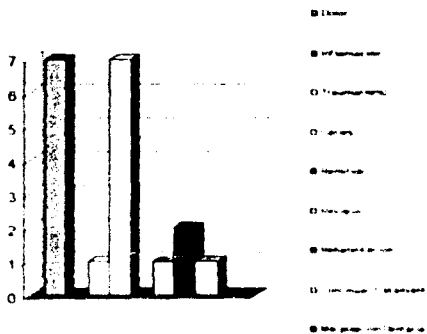
Gráfica 15



Como podemos observar, la gran mayoría de estos pacientes se presentó a la clínica con dolor y caries. Tabla 16, Gráfica 16

5 años	Casos
Dolor	7
Inflamación	0
Traumatismo	1
Caries	7
Remitido	0
Revisión	1
Rehabilitación	2
Continuar Tratamiento	1
Mal posición Dentaria	0

Tabla 16



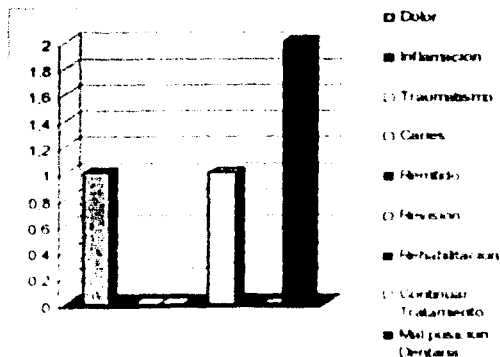
Gráfica 16



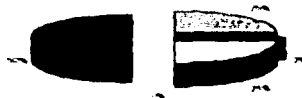
Como ya habíamos mencionado la mayoría de los pacientes de 6 años se presentaron a la clínica por mal posición dentaria. Tabla 17, Gráfica 17

6 años	Casos
Dolor	1
Inflamación	0
Traumatismo	0
Caries	0
Remitido	0
Revisión	1
Rehabilitación	0
Continuar Tratamiento	0
Mal posición Dentaria	2

Tabla 17



Gráfica 17

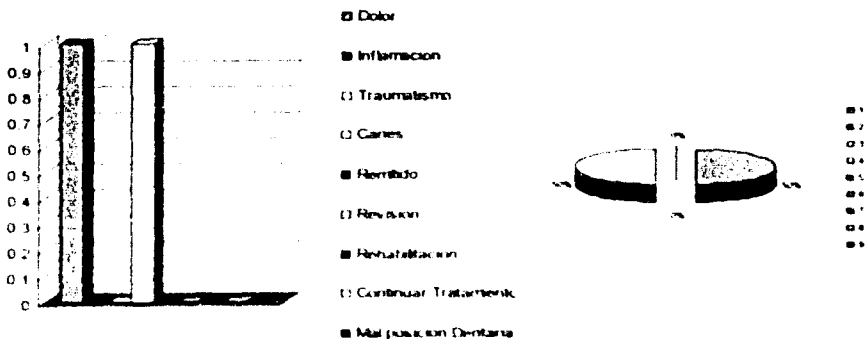




Sólo dos pacientes de 7 años de edad ingresaron a la clínica, uno de ellos por dolor y el otro por caries. Tabla 12, Gráfica 12

7 años	Casos
Dolor	1
Inflamación	0
Traumatismo	0
Caries	1
Remitido	0
Revisión	0
Rehabilitación	0
Continuar Tratamiento	0
Mal posición Dentaria	0

Tabla 18



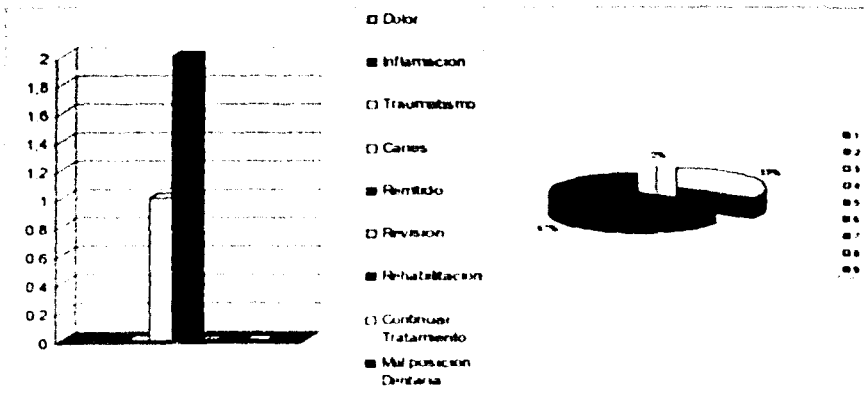
Gráfica 18



Vemos que dos de los tres pacientes de 8 años se presentaron por que fueron remitidos, quizá por que están en una etapa escolar. Tabla 19, Gráfica 19

8 años	Casos
Dolor	0
Inflamación	0
Traumatismo	0
Caries	1
Remitido	2
Revisión	0
Rehabilitación	0
Continuar Tratamiento	0
Mal posición Dentaria	0

Tabla 19



Gráfica 19

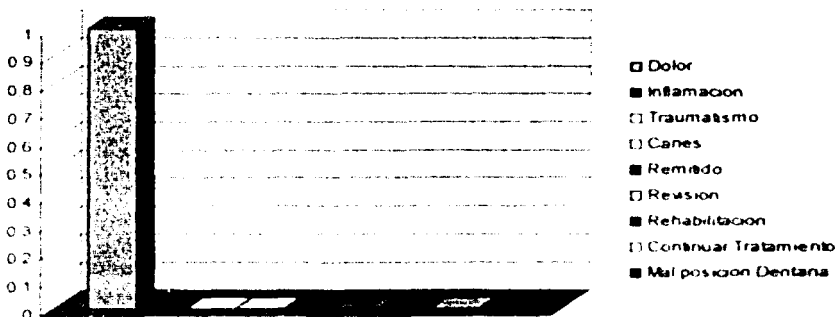




Sólo un paciente de 9 años se presentó y también por dolor. Tabla 20, Gráfica 20

9 años	Casos
Dolor	1
Inflamación	0
Traumatismo	0
Caes	0
Remitido	0
Revisión	0
Rehabilitación	0
Continuar Tratamiento	0
Mal posición Dentaria	0

Tabla 20



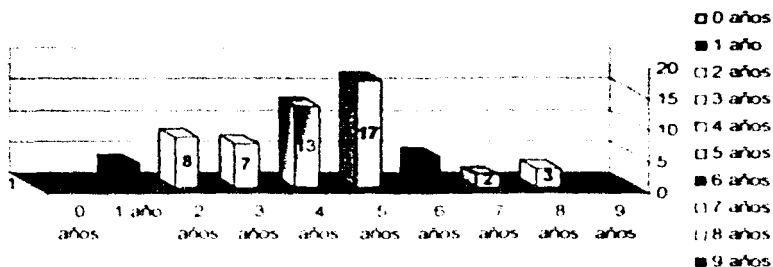
Gráfica 20



En cuestión de edades, la mayoría de los pacientes que asistieron fue de 5 años de edad con el 28%, seguidos por los de 4 años con un porcentaje del 22%, 2 años 13%, 3 años 12%, 6 años 9%, 1 año 7%, 8 años 5% y por último pacientes de 9 años con el 2%. Tabla 21, Gráfica 21.

Edades	Personas	Porcentaje
0 años	0	0
1 año	4	7
2 años	8	13
3 años	7	12
4 años	13	22
5 años	17	28
6 años	5	9
7 años	2	3
8 años	3	5
9 años	1	2

Tabla 21



Gráfica 21



### 3. CONCLUSIONES

Como se puede ver, hay un considerable número de pacientes de muy corta edad que asistieron a consulta dental por problemas de caries provocada por el Síndrome de Alimentación Infantil y por dolor, que siguen y seguirán siendo éstas las principales causas por las que los padres busquen asistencia dental para sus hijos si no se toman medidas necesarias y adecuadas para prevenir y controlar, no sólo estos problemas, sino todos aquellos que afectan el sistema estomatognático.

Por lo que se recomienda que se realicen programas interactivos con los padres de familia y el público en general, que acudan a esta Facultad para su atención dental, impartiendo pláticas en las salas de espera, apoyándolas con documentales informativos transmitidos por televisores colocados en las mismas.

Estas pláticas y documentales deberán realizarse de una manera que sea entendible para todas las personas, incluso para los niños y así, ellos mismos, puedan entender y valorar la importancia de una salud bucal favorable. Es importante informar y educar a los padres desde antes de ser padres, para prevenir todos estos trastornos.

También realizar páginas web para que la mayoría de las personas puedan ver esta información por medio de internet, un medio de comunicación que es ya, muy utilizado.

Es realmente triste ver a niños de muy corta edad, que incluso todavía no les terminan de erupcionar sus dientes de la primer dentición, con un estado de salud bucal muy deplorable, por lo que es muy importante hacer una reflexión para que



los Cirujanos Dentistas no sólo elaboremos tratamientos restaurativos, sino también nos enfoquemos a la educación para la salud dental, para disminuir los índices tan altos que hay de caries causada por el Síndrome de Alimentación Infantil y así mismo, disminuir todas las complicaciones que ésta provoca.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abreu Correa, Juana María; et al. Revista Cubana Estomatológica. "Diagnóstico y Tratamiento del Trauma Dental". Vol. 34, No. 2, Año 1997.
- Barbería Leache, Elena. Odontopediatría. 2da Edición. Editorial Masson. España, 2001. P. 432
- Cohen, Stephen; et al. Endodoncia, los Caminos de la Pulpa. 5ta edición, Editorial Médica Panamericana, 1993. Pp. 1023
- Dagnino Sepúlveda, Jorge. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. "Definiciones y Clasificaciones del Dolor". No. 23, Año 1994
- Fredenthal, Marcelo. Diccionario de Odontología. 2da Edición. Editorial Médica Panamericana, 1996. Pp. 1054
- Guerra G, María Elena. "El pediatra frente a los traumatismos dentales". Venezuela, Universidad Central de Venezuela. Posgrado de Odontología Infantil, 2000 [s p]  
<http://www.pediatría.org/avpp/2000/20633/traumatismosdentales.htm>
- Martínez León, Nadine Concepción. Dolor como principal motivo de atención dental. Tesis de Licenciatura. Facultad de Odontología. UNAM México, 1999. Pp. 72
- Maupome, Gerardo. Salud Pública de México. "Preparación de los dentistas de mañana, de acuerdo con las necesidades de hoy". Vol. 42, No. 3, Año 2000



- Newbron, Ernest. Cariología. Limusa, Grupo Noriega Editores, 1994. Pp. 396
- Nikiforuk, Gordon. Caries dental: aspectos básicos y clínicos. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1986. Pp. 591.
- Okeson, Jeffrey P. Dolor Orofacial, según Bell. Editorial Quintessence, S.L. 1999. P. 500
- Robbins, Stanley; et al. Patología Humana. 4ta Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1997. Pp. 798
- Seif R., Tomas. Cariología. Prevención, Diagnostico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1997 Pp. 350
- Veleiro Rodriguez Carolina. "Traumatismos dentales en niños y adolescentes Revisión Bibliográfica Actualizada " Venezuela. [s p ]  
[http //www.ortodoncia.ws/traumatismos dentales htm](http://www.ortodoncia.ws/traumatismos_dentales.htm)