



310
2 Esm

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**Indice de Patologias Buco-Dentales en la
Comunidad " Hogares Ferrocarrileros " de
Los Reyes Iztacala**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

Palau Camacho Jorge Alberto

Vázquez Sainz Ma. Mayela

San Juan Iztacala, México 1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE POR CAPITULOS.

PROLOGO.....	1
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I.	
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	5
A).- Cédula de encuesta.	
B).- Tabla de valores.	
CAPITULO II.	
ODONTOPATIAS.....	14
A).- Caries.	
B).- Fracturas de los dientes.	
C).- Ausencias dentarias.	
D).- Anomalías dentarias del desarrollo.	
E).- Restauraciones.	
CAPITULO III.	
PARODONTOPATIAS.....	19
A).- Gingivitis.	
B).- Gingivorragia.	
C).- Placa dentobacteriana.	
D).- Cálculo dentario o depósito de sarro.	
E).- Bolsas parodontales.	
F).- Movilidad dentaria.	

CAPITULO IV.

ARTROPATIAS DE LA A. T. M.24

A).- Ruidos articulares.

1.- Chasquido.

2.- Crepitación.

B).- Desviación articular.

C).- Dolor articular.

D).- Limitación de movimientos articulares.

CAPITULO V.

ALTERACIONES NEUROMUSCULARES.....28

A).- Dolor neuromuscular.

B).- Cefalea.

C).- Bruxismo.

CAPITULO VI.

ALTERACIONES GENERALES.....30

A).- Tumoraciones.

B).- Lesiones traumáticas en tejidos duros y blandos.

C).- Mal oclusiones.

D).- Ulceraciones.

REPRESENTACIONES GRAFICAS.....34

RESULTADOS.....82

CONCLUSIONES.....89

COMENTARIOS.....91

BIBLIOGRAFIA.....92

PROLOGO.

El principal motivo para elaborar el siguiente trabajo, - nace de la interrogativa y la preocupación del estudiante de Odontología sobre la problemática de las alteraciones bucales más frecuentes a su alrededor y sobre todo en nuestro país, - que en un futuro no muy lejano, para la mayoría va a ser su campo de trabajo; con un enfoque directo, hacia las comunidades de mayor afluencia a la Clínica Odontológica Iztacala, para así realizar un análisis comparativo de las enfermedades bucales que en ella se presentan más frecuentemente y así contrarrestar mediante la práctica, dichas alteraciones.

Considerando que la ausencia de salud bucal es de vital importancia, ya que en la cavidad oral es dónde se inicia la digestión, al encontrarse afectada existirá una afección biosiquicosocial que afecta todo el organismo y no únicamente a la cavidad oral.

Nuestro estudio se realizó en las comunidades de "Hogares Ferrocarrileros" de la Unidad de los Reyes Iztacala y la "Unidad El Rosario", entrevistando a un número total de 700 personas. Realizamos una hoja de encuesta que se aplicó a cada una de ellas, obteniendo los datos correspondientes a cada manifestación existente. Con ello logramos obtener los resultados, que nos dan una idea de lo que es el estado actual de la población en cuanto a salud oral, y ésto nos corresponde a -- nosotros como profesionales en la materia; orientar, educar y sobre todo prevenir a todos los pacientes y no despreocuparnos por lo que sucede a nuestro alrededor, sobre todo en cuanto a lo que es nuestra responsabilidad primordial con nuestra gente.

Una de nuestras principales metas es lograr formar conciencia entre los estudiantes y profesionistas de la Odontología, que es necesario educar y orientar a ésta gente, la gran importancia que representa combatir las enfermedades y hacer llegar a éste ámbito los beneficios que proporciona la Odontología integral.

Deseando que los objetivos antes descritos se logren y la información obtenida sea realmente importante para el estudiante y profesionista de la carrera, esperamos que el presente trabajo no quede en el olvido y sea como un verdadero estímulo para que investigaciones posteriores se realicen satisfactoriamente, ya que son estudios bioestadísticos y comparativos para así detectar a tiempo la etiología, diagnóstico, y tratamiento de las alteraciones orales de mayor importancia.

Queremos hacer la aclaración, que el presente trabajo es meramente de investigación y no una copia textual, lo ponemos a su consideración ya que los datos y resultados son reales, basado en un campo de acción seriamente investigado.

INTRODUCCION.

En base a los pocos o nulos estudios realizados sobre la problemática de las enfermedades bucodentales, que afrontan las comunidades investigadas, emprendemos ésta investigación con gran entusiasmo; para detectar dichas alteraciones más frecuentes. Con ésto vamos a recopilar las manifestaciones bucales existentes y además aplicaremos los conocimientos adquiridos durante el curso de nuestros estudios dentro de la Universidad.

Esta investigación epidemiológica nos va a permitir conocer hasta cierto grado el éxito que ha tenido la Clínica Odontológica Iztacala para con ésta zona. También en concientizar a la población cercana sobre sus problemas de salud dental y el beneficio que les puede proporcionar el acudir a dicha clínica, sin embargo, el objetivo de ésta investigación es puramente preventivo, es decir, detectar y prevenir las alteraciones bucodentales antes de que sea demasiado tarde para un buen tratamiento clínico.

En realidad, cuál enfermedad además de la caries puede presentar tantos efectos desagradables al 95% de la población mundial. Si se trata de la población urbana, el 100% necesita el servicio estomatológico. Las enfermedades estomatológicas no conducen como regla a complicaciones peligrosas para la vida y no dañan bruscamente el estado de la salud del paciente, sin embargo, es difícil encontrar una persona que no hubiese pasado una noche en vela a causa del dolor de un diente, o bien acudir con el Cirujano Dentista.

Para poder hablar del índice más frecuente de enfermedades en las zonas anteriormente mencionadas, creemos que es necesario describir a grandes rasgos las alteraciones preexistentes y conocer las más frecuentes.

El índice de enfermedades más frecuentes en ambas comunidades, tiene un lugar muy especial para el estudiante de Odontología.

tología en la clínica, ya que conoce los principios básicos - que puede presentar una enfermedad, así como su evolución, de tección, control y eliminación. Además día con día se pone de manifiesto los *grandes* logros y avances que se han obtenido a través de las investigaciones prácticas de la odontología moderna.

Además siempre debemos tener en cuenta nuestra formación-profesional y un amplio sentido de responsabilidad, dispuestos a entregar lo mejor de nuestros conocimientos a la comunidad- de manera que estemos en condiciones de aplicar las medidas a decuadas para conservar la integridad del sistema masticatorio.

CAPITULO I.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

Realizamos una investigación acerca del índice de patologías bucodentales en la comunidad "Hogares Ferrocarrileros" de los Reyes Ixtacala, teniendo como objetivos: observar hasta que punto ha beneficiado a ésta zona la atención bucodental prestada por la Clínica Odontológica Ixtacala, comparando a la comunidad con otra más alejada y que no cuenta con este tipo de servicios, tal es el caso de la Unidad Habitacional "El Rosario", y proporcionar a la comunidad odontológica y a las instituciones oficiales (Clínicas Odontológicas de la U.-N.A.M.) la información sobre ésta problemática tan mencionada encontradas en ambas comunidades, así como concientizar a la población de la importancia que tienen éstos padecimientos.

Contamos con los antecedentes de que "Hogares Ferrocarrileros", es una de las colonias de más afluencia a nuestra clínica, que se encuentra ubicada al suroeste de la E.N.E.P. Ixtacala, y que es de un nivel socio-económico medio-bajo y --- cuenta con una población de 9,765 habitantes. Y el conjunto habitacional "El Rosario" es de un nivel socio-económico similar, situada al lado sur de la anteriormente mencionada colonia y limitada a ésta por el Rio de los Remedios, el cuál representa una barrera física para su facil acceso a la Clínica ya citada .

Se entrevistará un determinado número (100) de habitantes de ambas comunidades, aplicandoles una cédula de encuesta con preguntas claras y concretas sobre sus problemas bucodentales y se reforzará la información en base a observaciones directas al área de trabajo, que es la cavidad oral de cada uno de los entrevistados.

La recolección de datos, se hará de la siguiente manera:

Ambos pasantes obtendremos la información de las dos comunidades, y al término de las encuestas manejaremos la informa

ción para publicar los resultados obtenidos durante nuestra encuesta. Para ésto, necesitaremos de material clínico como son: dentro de los recursos humanos, a dos pasantes de Odontología que actuaremos como encuestadores y analistas, cédulas de encuesta, hojas de codificación y fuentes preliminares de información, como son libros, documentos oficiales y estudios de comunidad. Emplearemos también material biológico como: habitantes de "Hogares Ferrocarrileros" y habitantes de la Unidad "El Rosario".

Emplearemos el método siguiente: a) investigación documental, b) estudio de campo, c).revisión, codificación y taxonomía, d) análisis de datos, e) publicación de resultados, y f) conclusiones.

Tendremos consideraciones éticas como: la información obtenida será utilizada unicamente para los fines de éste estudio, o sea que no será revelada la identidad de los entrevistados, unicamente se tomará en cuenta su Registro Federal de Causantes a fin de dar mayor veracidad al estudio por realizar.

Por ultimo diremos que los resultados que esperamos obtener son, la información básica y confiable sobre la realidad actual de las patologías bucodentales que afectan a dichas comunidades y observar los efectos positivos que ha proporcionado la Clínica.

Para aclarar un poco lo anteriormente descrito, diremos que nuestra hipótesis es: "La población de Hogares Ferrocarrileros, presenta un menor índice de patologías bucodentales en comparación con los habitantes de la Unidad El Rosario"; porque la primera se encuentra más cercana a la institución de salud mencionada y la segunda se encuentra con diversos problemas para trasladarse a la clínica, ya que no tiene acceso directo por la barrera física que anotamos, o bien a la transportación urbana que no la hay.

CEDULA DE ENCUESTA
Y
TABLA DE VALORES.

TABLA DE VALORES.

DIENTES.

CARIES.	CLAVE	NO. DE DIENTES AFECTADOS
	1	1-4
	2	5-8
	3	9-12
	4	13-16
	5	17-20
	6	21-32

FRACTURAS	CLAVE	NO. DE DIENTES AFECTADOS
	1	1-4
	2	5-8
	3	9-12
	4	13-16
	5	17-20
	6	21-32

AUSENCIAS DENTARIAS	CLAVE	NO. DE DIENTES AFECTADOS
	1	1-4
	2	5-8
	3	9-12
	4	13-16
	5	17-20
	6	21-32

ANOMALIAS DE DESARROLLO	CLAVE	TIPOS DE ANOMALIAS DENTARIAS
	1	AMELOGENESIS IMPERFECTA
	2	DENTINOGENESIS IMPERFECTA
	3	HIPERPLASIAS
	4	HIPOPLASIAS
	5	DIENTES FUSIONADOS

CONT...

CONT...

ANOMALIAS DE DESARROLLO	CLAVE	TIPOS DE ANOMALIAS DENTARIAS
	6	DIENTES SUPERNUMERARIOS
	7	DIENTES ECTOPICOS
	8	DIENTES DE HUTCHINSON
	9	APIÑAMIENTO DENTAL
	10	OTROS.

RESTAURACIONES	CLAVE	NO. DE DIENTES RESTAURADOS Y TIPOS DE RESTAURACION
	1	1-4
	2	5-8
	3	9-12
	4	13-16
	5	17-20
	6	21-32
	7	REST. INDIV. DEFINITIVAS
	8	REST. INDIV. TEMPORALES
	9	REST. PARCIALES FIJAS
	10	REST. TOTALES Y PARCIALES REMOVIBLES.

PARODONTO. GINGIVITIS.	CLAVE	ZONAS AFECTADAS
	1	UN CUADRANTE .
	2	DOS CUADRANTES
	3	TRES CUADRANTES
	4	CUATRO CUADRANTES

GINGIVORRAGIA	CLAVE	ZONAS AFECTADAS
	1	UN CUADRANTE
	2	DOS CUADRANTES
	3	TRES CUADRANTES
	4	CUATRO CUADRANTES

INDICE DE	CLAVE	INDICE
PLACA DENTO- BACTERIANA	1	.0-1.0
	2	1.1-2.0
	3	2.1-3.0
	4	3.1-4.0
	5	4.1-5.0

DEPOSITO DE	CLAVE	INDICE
SARRO	1	.0-1.0
	2	1.1-2.0
	3	2.1-3.0
	4	3.1-4.0
	5	4.1-5.0

BOISAS PARO- DONTALES	CLAVE	NO. DE DIENTES AFECTADOS Y PROFUNDIDAD
	1	1-4
	2	5-8
	3	9-12
	4	13-16
	5	17-20
	6	21-32
	7	1-2mm
	8	2-4mm
	9	5-6mm
	10	7-MAS

MOVILIDAD DENTARIA	CLAVE	NO. DE DIENTES AFECTADOS
	1	1-4
	2	5-8
	3	9-12
	4	13-16
	5	17-20
	6	21-32

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

RUIDOS ARTICULARES	CLAVE	TIPO DE RUIDOS.
	1	CHASQUIDO LIGERO EN UNA ARTICULACION
	2	CHASQUIDO LIGERO EN DOS ARTICULACIONES
	3	CHASQUIDO SEVERO EN UNA ARTICULACION
	4	CHASQUIDO SEVERO EN DOS ARTICULACIONES
	5	CREPITACION EN UNA ARTICULACION
	6	CREPITACION EN DOS ARTICULACIONES
	7	CREPITACION CON DOLOR
	8	CREPITACION SIN DOLOR

DESVIACION	CLAVE	TIPO DE DESVIACION
	1	DESVIACION LIGERA EN UNA ARTICULACION
	2	DESVIACION LIGERA EN DOS ARTICULACIONES
	3	DESVIACION SEVERA EN UNA ARTICULACION
	4	DESVIACION SEVERA EN DOS ARTICULACIONES
	5	DESVIACION CON DOLOR
	6	DESVIACION SIN DOLOR.

DOLOR	CLAVE	TIPO DE DOLOR
	1	LEVE
	2	MODERADO
	3	SEVERO

LIMITACION DE MOVIMIENTOS	CLAVE	TIPO DE LIMITACION DE MOVIMIENTOS
	1	LIMITACION LIGERA DE MOV. PROTUSIVOS
	2	LIMITACION SEVERA DE MOV. PROTUSIVOS
	3	LIMITACION LIGERA DE MOV. RETRUSIVOS
	4	LIMITACION SEVERA DE MOV. RETRUSIVOS
	5	LIMIT. LIGERA DE MOV. DE LAT. DERECHOS
	6	LIMIT. SEVERA DE MOV. DE LAT. DERECHOS
	7	LIMIT. LIGERA DE MOV. DE LAT. IZQUIERDOS
	8	LIMIT. SEVERA DE MOV. DE LAT. IZQUIERDOS

CONT...

LIMITACION DE MOVIMIENTOS	CLAVE	TIPO DE LIMITACION DE MOVIMIENTOS
	9	LIMIT. LIGERA DE MOV. DE APERTURA
	10	LIMIT. SEVERA DE MOV. DE CIERRE

BRUXISMO	CLAVE	TIPO DE BRUXISMO
	1	LEVE
	2	MODERADO
	3	SEVERO

DATOS GENERALES

TUMORACIONES	CLAVE	LOCALIZACION Y TAMAÑO DE LAS TUMORACIONES
	1	TUMORACIONES EN TEJIDOS BLANDOS
	2	TUMORACIONES EN TEJIDOS DUROS
	3	TUMORACIONES PEQUEÑAS
	4	TUMORACIONES EXTENSAS

LESIONES TRAUMATICAS DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS	CLAVE	TIPOS DE LESIONES
	1	LESIONES PEQUEÑAS EN TEJIDOS DUROS
	2	LESIONES EXTENSAS EN TEJIDOS DUROS
	3	LESIONES PEQUEÑAS EN TEJIDOS BLANDOS
	4	LESIONES EXTENSAS EN TEJIDOS BLANDOS
	5	LESIONES CON DOLOR EN TEJIDOS DUROS
	6	LESIONES SIN DOLOR EN TEJIDOS DUROS
	7	LESIONES CON DOLOR EN TEJIDOS BLANDOS
	8	LESIONES SIN DOLOR EN TEJIDOS BLANDOS

DOLOR NEURO-MUSCULAR	CLAVE	TIPOS DE DOLOR NEURO-MUSCULAR
	1	LEVE
	2	MODERADO
	3	SEVERO

MAL-OCCLUSION	CLAVE	TIPO DE MAL-OCCLUSION
	1	CLASE I

CONT...

MAL-OCLUSION	CLAVE	TIPO DE MAL-OCLUSION
	2	CLASE II
	3	CLASE III
	4	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
	5	MORDIDA ABIERTA POSTERIOR
	6	MORDIDA CRUZADA ANTERIOR
	7	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR
	8	MORDIDA BORDE A BORDE
	9	OTROS

CEFALEAS	CLAVE	TIPO DE CEFALEAS
	1	FRECIENTES
	2	AISLADAS
	3	LEVES
	4	MODERADAS
	5	SEVERAS

ULCERACIONES	CLAVE	TIPO DE ULCERACIONES
	1	ULCERACIONES EN LENGUA
	2	ULCERACIONES EN LABIOS
	3	ULCERACIONES EN CARRILLOS
	4	ULCERACIONES EN PISO DE BOCA
	5	ULCERACIONES EN PALADAR BLANDO
	6	ULCERACIONES EN PALADAR DURO
	7	OTROS

INFLAMACION PERIBUCAL	CLAVE	TIPO DE INFLAMACION PERIBUCAL
	1	LEVE
	2	MODERADA
	3	SEVERA

OBSERVACIONES.

Aquí se especificará, cuándo sea necesario, las observaciones de los datos anteriores; y se anotará los tipos de tratamiento por especialidades anteriormente recibidos por el paciente - sin importar si el tratamiento lo recibió en la Clínica o no.

CAPITULO II

ODONTOPATIAS.

El término odontopatías, se refiere a las enfermedades o afecciones que presentan los dientes. (4). Entre éstas tenemos a : La caries, las fracturas, las ausencias y la anomalías del desarrollo; las cuáles serán explicadas de manera general en éste capítulo.

También hablaremos sobre los diferentes tipos de restauraciones y su aportación de tipo terapéutico para algunas de éstas odontopatías.

A).- CARIES.

La caries dental, por definición, "es una enfermedad bacteriana de los tejidos duros del diente". (5).

La caries dental es la enfermedad más común del ser humano y se caracteriza por descalcificación y desintegración de los tejidos dentarios duros. Afecta a personas de todas las razas, países y niveles socio-económicos y puede aparecer a cualquier edad y en ambos sexos. Sus factores predisponentes, el mecanismo de su desarrollo, su prevención, aspecto microscópico y características clínicas, son bien conocidos.

Los factores que predisponen al hombre a la caries son múltiples, en determinadas especies hay mayor predisposición a la caries que en otras, esto se debe probablemente a la forma y estructura de los dientes y a los hábitos alimenticios. Algunos autores mencionan, que se han demostrado que la herencia influye en cuánto a la susceptibilidad e inmunidad a la caries. También se creó que la civilización constituye un factor predisponente, esto es por el régimen alimenticio. Una dieta rica en carbohidratos fermentables y azúcares refinadas promueve la formación de caries, mientras que una dieta consistente en alimentos crudos y simples tiende a disminuir la incidencia de las mismas. La ingestión de fluoruros con el a-

gua, reduce la susceptibilidad. Se sabe que una higiene bucal precaria también constituye un factor predisponente.

B).- FRACTURAS DENTARIAS.

Las fracturas son soluciones de continuidad que se producen en los tejidos duros del diente. Pueden dividirse anatómicamente en:

- 1.- Fracturas coronarias (simples o penetrantes).
- 2.- Fracturas corono-radiculares (simples o penetrantes).
- 3.- Fracturas radiculares.
- 4.- Fracturas conminutas.

Las causas que favorecen a las fracturas dentarias son: - La hipomineralización de los dientes, en éstos casos son blancos y frágiles; también la hipermineralización de los ancianos los hace rompibles. Los dientes con pulpa muerta y necrosada son más frágiles. Las erosiones debilitan la corona. Las fracturas son provocadas por un traumatismo, que puede ser una caída o choque y también por cuerpos duros intercalados -- entre los dientes durante la masticación.

Las fracturas coronarias son simples, si la pulpa no ha sido expuesta y penetrante en el caso contrario.

" El esmalte puede presentar resquebrajaduras, que son -- fracturas sin pérdida de sustancias. Proviene de traumatismos ligeros o de cambios bruscos de temperatura. Estas lesiones pueden favorecer la aparición de la caries, en éste caso aparece una línea oscura en el esmalte ". (6).

C).- AUSENCIAS DENTARIAS O ANODONCIA PARCIAL.

Las ausencias dentarias pueden ser por diferentes causas o factores como lo son: La anodoncia congénita, en dónde no se formó el germen dentario, retenciones o inclusiones, extracciones, traumatismos o pérdidas autónomas. Anodoncia congénita significa ausencia total del germen dentario. Aquí pue

den faltar tanto los dientes desiguos como los permanentes, o unicamente pueden faltar los permanentes.

La anodoncia congénita va asociada a un síndrome de displasia ectodérmica hereditaria, anomalía que afecta también a otras estructuras ectodérmicas, como glándulas, cabello, uñas y ojos.

La anodoncia adquirida que generalmente es por extracción y que es la consecuencia de una serie de procedimientos mecánicos para la eliminación de dientes que tengan gran destrucción de sustancia, causada por la caries, o dientes que hayan sufrido fracturas donde no es posible su restauración, o bien dientes que provoquen alteraciones, tal es el caso de los dientes retenidos, dientes ectópicos, etc.

D).- ANOMALIAS DENTARIAS DEL DESARROLLO.

Las principales anomalías dentarias pueden agruparse de la siguiente manera: Anomalías de erupción, que bien puede ser precoz, tardía e inclusión; Anomalías de forma, que pueden ser coronarias o radiculares, pueden ser por aumento o disminución del número de raíces o de cúspides; variaciones esquizógenas, caracterizadas por la división de un germen en dos o más fragmentos de forma irregulares; variación por coalescencia, caracterizadas por la soldadura de dos dientes vecinos, puede ser coronaria o radicular; variaciones de números caracterizadas por el aumento o disminución del número normal de dientes; variaciones teratológicas, las cuales consisten en formas raras que adoptan ciertos dientes; distrófias dentales, que pueden ser parciales, totales y complejas; anomalías de disposición, de transposición y heteropatías; y las anomalías de dirección, que pueden ser hacia adelante, hacia atrás también hacia afuera, hacia adentro, hacia arriba y hacia abajo; y por último, las anomalías por rotación del diente. (6).

E).- RESTAURACIONES.

Las restauraciones en general, deben reestablecer la forma anatómica de los dientes, para dejarlos funcionalmente aptos durante mucho tiempo, las restauraciones temporales solo tienen una misión circunstancial y provisional.

Cuándo una cavidad no puede restaurarse inmediatamente -- con el material definitivo, debe protegerse entre tanto contra la penetración de la saliva y restos de comida, así como de la influencia de agentes físicos, químicos e infecciones.

1o.- Restauraciones con cemento. En el lenguaje odontológico se entiende por cemento, determinado polvo, que mezclado con un líquido forma una masa que se endurece como piedra. De acuerdo a su composición variable, se distinguen tres clases principales: El cemento de Oxifosfato, el de Silicatp y el de silicafosfato.

2o.- Las aleaciones metálicas, que contienen mercurio, -- son llamadas amalgámas, casi todas las cavidades pueden ser restauradas con amalgámas, obteniéndose resultados satisfactorios y estables y además es posible reconstruir la forma y el contorno del diente.

3o.- Además de las restauraciones con diversos materiales se encuentran las incrustaciones metálicas coladas. (4). (Para hacer las incrustaciones se debe tomar la impresión de la cavidad. En éste modelo se hace el patrón de cera, se funde en metal posteriormente y se coloca en la cavidad el bloque pulido y terminado).

4o.- También se utiliza la resina acrílica para la restauración dentaria. Dentro de sus características es que deben ser transparentes o translúcidas para reemplazar estéticamente los tejidos dentales, no experimentar cambios dentro o fuera de la boca, no sufrir contracciones, dilataciones o distorsiones; poseer resistencia adecuada a la abrasión, tener poca adhesión a los alimentos o a otras sustancias ocasionales pa-

ra que cuándo haya restauración, se pueda limpiar de la misma manera que los tejidos bucales; ser insípida, atóxica y no irritantes para los tejidos bucales, ser completamente insoluble a los fluidos bucales o a otras sustancias, tener una conductibilidad térmica relativamente baja, poseer temperatura de ablandamiento que esté por encima de la temperatura de cualquier alimento que se lleve a la boca, no necesitar técnica ni equipos complicados para su manipulación. (2).

50.- Otro tipo de restauración es la prótesis.

a).- Prótesis parcial fija, es la que restaura uno o más dientes pero sin llegar a su totalidad, por medio de aditamentos fijos, quedando permanentemente colocados y estando soportados solamente por dientes.

b).- Prótesis Parcial Removible, es la que reemplaza a uno o más dientes naturales, pero no a todos, y que ésta soportada por dientes y/o mucosa y que puede ser removida de la boca fácilmente por el paciente.

c).- Prótesis Total, "es la rehabilitación fisiopatológica de la edentación". (11).

La Asociación Dental Americana, define a la prótesis dental como "La ciencia o arte de proporcionar sustitutos adecuados para la porción coronaria de los dientes, o para uno o -- más dientes naturales ausentes o extraídos y sus tejidos relacionados, de modo de restaurar la función alterada, la aparición, el confort y la salud del paciente. (9).

CAPITULO III.

PARODONTOPATIAS.

La denominación parodontopatías, se utiliza en sentido amplio para abarcar todas las enfermedades del parodonto. También se le emplea con sentido específico para diferenciar las enfermedades de los tejidos periodontales de soporte de las alteraciones propias de la encía. (8).

En éste caso, vamos a observar de manera general a: La Gingivitis, La Gingivorragia, El Índice de Placa Dentobacteriana y Depósito de Cálculo Dentario o Sarro, Bolsas Parodontales, Movilidad Dentaria y Frémite. Unicamente vamos a indicar en una forma amplia la definición de cada alteración señalada anteriormente.

A).- GINGIVITIS.

Como su nombre lo indica, se refiere a la inflamación de la encía, es la más común de enfermedad gingival, ya sea aumentada por los irritantes locales, como la placa dentobacteriana, materia alba, cálculos, que originan cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales. Sobre la base de las causas, demostradas o supuestas, se reconocen distintos tipos, tales como: Aguda, crónica, etc. En cuanto a la evolución y duración de la gingivitis, va de acuerdo al tiempo y cronología de avance de la enfermedad, por lo que a continuación mencionaremos ésta distinción.

Gingivitis Aguda: Dolorosa, de corta duración y que se instala repentinamente.

Gingivitis Subaguda: Un estado de la encía menos grave que el estado agudo.

Gingivitis Crónica: Es una fase indolora y de larga duración, que se instala lentamente y es el tipo más común.

En cuanto a la distribución de las enfermedades, hay varias clasificaciones según el lugar y la existencia además de

la extensión que llegue a afectar:

Localizada: Se limita a la encía de un solo diente o un solo grupo.

Generalizada: Abarca toda la boca.

Marginal: Afecta a la encía marginal.

Papilar: Abarca las papilas de todos los dientes y también puede incluir encía marginal.

Difusa: Abarca encía marginal, papilas y encía incertada.

"Las características clínicas se valoran como sigue: color, tamaño, forma, contorno, consistencia, textura, posición, facilidad de hemorragia y dolor". (8).

B).- GINGIVORRAGIA.

La hemorragia gingival anormal, es un signo de enfermedad gingival; varía en intensidad, duración y facilidad con que se produce. La causa más común de hemorragia gingival anormal es la inflamación crónica. "La hemorragia es crónica y recurrente y es provocada por traumatismos mecánicos con el cepillo dental, palillos y retención de alimentos, morder alimentos sólidos como manzanas o por rechinar de dientes (bruxismo)". (8).

C).- PLACA DENTOBACTERIANA.

La placa dentobacteriana en sí, no es una enfermedad periodontal, pero creemos necesaria mencionarla ya que es una causa predisponente a la enfermedad periodontal y donde hay enfermedad periodontal, hay presencia de placa dentobacteriana.

La placa dentobacteriana es un depósito blando amorfo granular o sea placa orgánica que suele recubrir la película adherida y sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentales. Está compuesta por bacterias y sus productos, así como otros elementos que provienen de la saliva y del líquido gin-

gival. "Se adhiere firmemente a la superficie subyacente, de la cuál solo se desprende mediante la limpieza mecánica. Los-enjuagatorios o chorros de agua no la quitan del todo". (8).

La placa dentobacteriana no es visible en pequeñas cantidades, salvo que se revela con pigmentos de la cavidad oral o sea teñida por soluciones reveladoras o comprimidos.

A medida que se acumula, se convierte en una masa globular visible, con pequeñas superficies nodulares cuyo color varía del gris al gris amarillento y al amarillo.

D).- CALCULO DENTARIO O DEPOSITO DE SARRO.

El cálculo dentario es una masa adherente, calcificada o en calcificación, que se forma sobre las superficies de los dientes naturales. También el cálculo no es una entidad patológica, pero es un factor determinante en la instalación de la enfermedad periodontal.

El cálculo es un paso posterior de instalada la placa dentobacteriana que se ha mineralizado, de modo que la formación del cálculo comienza con la placa dentobacteriana. La placa blanda endurece por la precipitación de sales minerales, la cuál, por lo común comienza en cualquier momento.

"La calcificación comienza en la superficie interna de la placa dentobacteriana, junto al diente, en focos separados de cocos que aumentan de tamaño y se unen para formar masas sólidas de cálculos". (5).

E).- BOLSAS PARODONTALES.

Es la profundización patológica del surco gingival; es una de las características importantes de la enfermedad periodontal. El avance progresivo de la bolsa produce y conduce a destrucción de los tejidos parodontales de soporte, y exfoliación de los dientes.

El único método para localizar bolsas parodontales y de--

terminar su extensión, es el sondeo cuidadoso del margen gingival en cada cara del diente. Las bolsas parodontales son originadas por irritantes locales (microorganismos y sus productos, residuos de alimentos que proporcionan nutrición a los microorganismos), que producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundizan el surco gingival.

La proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la raíz y la degeneración de las fibras gingivales subyacentes con los primeros cambios en la formación de la bolsa.

La proliferación de la adherencia epitelial se estimula por la irritación local. La inflamación causada por la irritación local produce degeneración de las fibras gingivales, haciendo que el movimiento del epitelio a lo largo de la raíz sea más fácil.

F).- MOVILIDAD DENTARIA.

Normalmente los dientes tienen un grado de movilidad normal y la movilidad se produce principalmente en sentido horizontal, también es axial, pero en grado mucho menor. (1).

El grado de movilidad dentaria fisiológica varía de una persona a otra y de hora en hora en un diente de una misma persona. Es mayor al levantarse, quizá porque hay una leve extrusión por la ausencia de función durante la noche y disminuye durante el día, probablemente porque hay intrusión por la presencia de la masticación y la deglución. Las variaciones de la movilidad dentaria en las veinticuatro horas es menor en personas con parodonto sano y mayor en pacientes con enfermedad periodontal o hábitos oclusales como el bruxismo.

La movilidad más allá del margen fisiológico se denomina anormal o patológico. Es patológico en el sentido de que excede los límites de los valores normales de la movilidad, y no precisamente que el parodonto esté enfermo en el momento del examen. La movilidad patológica tiene su origen en uno de los

siguientes factores o más. 1.- Pérdida de hueso alveolar y ligamento y soporte periodontal. 2.- Tráuma de la oclusión. 3.- La extensión de la inflamación desde la encía hacia el ligamento periodontal origina alteraciones degenerativas que aumentan la movilidad. 4.- La movilidad dentaria aumenta en el embarazo y a veces se asocia al ciclo menstrual o al uso de anticonceptivos hormonales. 5.- La movilidad también aumenta temporalmente, por periodos breves, después de la cirugía periodontal.

CAPITULO IV.

ARTROPATIAS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

"El conjunto de manifestaciones clínicas y cambios sufridos en la articulación temporomandibular por oclusión patológica, da origen a microtraumatismos repetidos a los tejidos articulares, lo que desencadena la artrosis mandibular". (3).

El microtrauma cóndilar repetido causa interferencias al suministro nutricional que a su vez interfiere en la lubricación de las superficies articulares. Es la alteración en el suministro sinuial a la articulación a la que exacerba los síntomas clínicos cuándo van apareciendo.

A).- RUDOS ARTICULARES.

Los chasquidos indican por lo general una alteración o luxación menisco-temporal o una menisco-cóndilea, siendo ésta última la que más frecuentemente se observa y se han clasificado en tres tipos que son :

- 1.- Iniciales.
- 2.- Intermedio.
- 3.- Final. (3).

1.- Los chasquidos iniciales están dados por una contactación brusca del músculo pterigoideo externo, que disloca al menisco hacia adelante y hacia adentro, éste tipo de chasquido se presenta porque el cóndilo guarda posición superior y posterior de la cavidad glenoidea con la superficie anterior del cóndilo, por detrás del margen posterior del menisco. Al hacer el movimiento de apertura, el cóndilo debe de brincar sobre la superficie posterior del menisco, coaccionando así el chasquido inicial.

2.- El chasquido intermedio se produce cuándo existe una oclusión de conveniencia habitual con la correspondiente posición de conveniencia cóndilar, entónces las incerciones del pterigoideo externo, así como la cápsula y el menisco se da--

ñan y se debilitan produciendo una interrelación completamente desordenada del cóndilo, pterigoideo externo, menisco y cavidad glenoidea. En el movimiento de apertura, mientras éstos elementos mal relacionados, tratan de corregir sus funciones, el cóndilo y el menisco tratan de lograr posiciones fisiológicas; y son los bruscos y repentinos brinco de todas las partes al apasar sobre los varios grosores del menisco durante la función, lo que ocasiona los chasquidos.

3.- El chasquido final se relaciona con la luxación menisco-condílea, el chasquido se ocasiona al brincar el cóndilo sobre el borde anterior del menisco y trabandose por delante de la eminencia articular.

En cuánto a la crepitación de la articulación temporomandibular, "es un ruido que se produce durante el roce de los extremos de los cóndilos con el menisco intercóndilar y ésta crepitación también puede ser unilateral o bilateral, según la intensidad de la lesión en la articulación". (12).

Puede ir acompañada de dolor en la articulación temporomandibular, aunque generalmente es más molesta que dolorosa, también puede ser causada por subluxación anterior o lateral del cóndilo sobre el borde del menisco, alteración en la coordinación neuromuscular, endurecimiento de las superficies articulares cuándo hay lubricación inadecuada.

"se ha observado que la mayoría de los ruidos de la articulación temporomandibular desaparecen con la terapéutica oclusal funcional, excepto en los casos de deformidad osteoartítica marcada de las estructuras articulares". (12).

B).- DESVIACION.

Generalmente existe desviación hacia el lado afectado durante la apertura de la boca, y éste lado es preferido para la masticación, puesto que éstas posiciones producen un mínimo de esfuerzo sobre la articulación afectada. Por la misma -

razón, generalmente se produce más dolor en los movimientos mandibulares hacia el lado contrario del afectado, que en aquellos en que se dirige hacia el lado enfermo, incluso en los dientes que no entran en contacto.

C).- DOLOR ARTICULAR.

El dolor o las molestias por padecimientos dentales, periodontales, sinusales y de otros tipos, aumenta la actividad muscular básica y pueden por lo tanto aumentar la posibilidad de artrosis traumática de la articulación temporomandibular y dolor muscular. Se ha señalado también que los músculo-espasmos, las contracciones musculares prolongadas, asociadas con endurecimiento y el dolor puede deformar los patrones habituales de movimiento del maxilar y hacen surgir nuevas interferencias oclusales, las cuáles no constituyen problemas cuando el patrón de movimiento era normal.

El dolor sordo asociado con los trastornos funcionales de la articulación temporomandibular y de los músculos, es el resultado ya sea de lesiones traumáticas de las estructuras articulares, especialmente las porciones periféricas anterior y lateral de las articulaciones o bien de actividad muscular anormal con espasmos musculares.

"El dolor de tipo neurálgico terebrante, experimentado a veces por pacientes con trastornos funcionales, es probablemente el resultado de la irritación de las terminaciones nerviosas en las estructuras articulares, pero puede tratarse también de dolor referido de otras partes del aparato masticador" (7).

D).- LIMITACION DE MOVIMIENTOS.

"La segunda molestia en importancia es una restricción dolorosa de los movimientos mandibulares o la imposibilidad de abrir normalmente la boca o ambas molestias a la vez". (7).

En ocasiones los pacientes indican que tienen la mandíbula "trabada" y es necesario el masaje a los músculos maxilares o detener al maxilar para poder efectuar los movimientos. La hipertonicidad y el mal control muscular, se manifiestan por torpeza en la coordinación en los movimientos mandibulares y tendencia a morderse accidentalmente la lengua y los carrillos. Se puede observar también un patrón de movimiento -- por sacudidas en la inspección y palpación de los cóndilos durante los movimientos mandibulares.

CAPITULO V.

ALTERACIONES NEUROMUSCULARES.

A).- DOLOR NEUROMUSCULAR.

" La causa del dolor neuromuscular no ha podido ser aclarada aun totalmente con seguridad. Es una neurálgia o neuritis de los nervios trigémino y facial y se trata de una irritación secundaria en una o varias de sus multiples ramas".(9)

El dolor es generalmente intenso, perforante o punzante.- Como síntomas acompañantes reflejos, deben considerarse las irritaciones por inervación motora, que se exteriorizan durante un ataque, en forma de contracciones motoras de la musculatura de la cara y el cuello, mejillas y ala de la nariz, también las acompañan. Las causas más sobresalientes, es una causa primaria que puede encontrarse con seguridad, situada bien en la dentadura o en el oído, o en cualquier zona focal tóxica.

B).- CEFALIAS.

Diversos tipos de cefaleas presentan problemas muy difíciles en el diagnóstico diferencial, puesto que muchos pacientes sufren de cefales asociada con tensión muscular del aparato masticador, ésta tensión muscular es resultado de la combinación de tensión del sistema nervioso central y la influencia de interferencias oclusales. (12).

El paciente puede presentar también cefalea por tensión nerviosa, cefaleas vasculares, incluyendo migraña, cefalea -- por hipertensión, postraumáticas, por padecimiento sinusal, -- nasal, paranasal, de los oídos o de los ojos; por fiebre, tumor cerebral, etc. y prácticamente todo paciente tiene también interferencias oclusales en las que el factor psicogénico tiene gran influencia, resulta muy difícil incluso con el empleo de pruebas terapéuticas, precisar el papel de la oclusión en la etiología de los dolores de cabeza.

C).- BRUXISMO.

El bruxismo se define comunmente como: "El rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales". (6).

Miller, en su libro de "Oral Diagnosis and Treatment Planning", propuso la diferencia entre el rechinar nocturno de los dientes al que llama bruxismo, y el hábito de rechinar de los dientes durante el día, en el que el paciente - está conciente de realizarlo, lo denomina bruxomanía o bricomanía. Se cree que está asociado con angustia o agresividad o bien con tensiones nerviosas. Es más frecuente en adultos y - los pacientes generalmente ignoran la existencia del mal hábito, pero ocasionalmente se quejan de dolor o sensación de cansancio en los maxilares o músculos, especialmente en las mañanas, el bruxismo produce la lesión de los tejidos periodontales y movilidad, especialmente de los dientes cuando hay malposiciones dentarias y contactos prematuros.

CAPITULO VI.

ALTERACIONES GENERALES.

A).- TUMORACIONES.

"Es un crecimiento nuevo activo y anormal de los tejidos, cuyo comportamiento no tiene nada que ver con el resto del organismo y que no tiene una función o un propósito útil". (6). El tumor está constituido por células que tienen un tipo anormal de diferenciación irreversible con respecto a las células que le dieron origen, es decir, son células que han sufrido - un cambio permanente en su estructura. Dentro de su etiología hay varios factores tales como: Los contribuyentes que son la edad, sexo, herencia, profesión y factores excitantes tales - como son trauma, irritación química, inflamación, parásitos y virus.

Los tumores pueden ser benignos o malignos según su comportamiento y estructura celular. El tumor benigno crece lentamente y generalmente está encapsulado. Se agranda por expansión periférica, empuja las estructuras vecinas y no produce metástasis.

El tumor maligno, por el contrario, pone en peligro la vida del paciente en virtud de su rápida extensión por infiltración en las vitales estructuras vecinas y por el fenómeno de metástasis, pues provoca neoplasias secundarias en partes distintas del cuerpo, generalmente a través de las corrientes -- linfática y sanguínea.

El tratamiento de los tumores consiste esencialmente en su extirpación, pero la intervención quirúrgica difiere según la naturaleza del tumor. Algunas neoplasias benignas de la boca poseen características rara vez encontradas en otras partes del cuerpo. Estas características guardan relación con -- los tumores de origen dentario.

Los tumores bucales pueden ser de origen dentario o no, y los que si son, provienen de inclusiones epiteliales que par-

manecen dentro de los huesos de las arcadas, después de que - ha terminado la formación del diente. Este proceso ocurre cerca de los dientes y en las líneas de sutura de la mandíbula y maxilares en desarrollo. Dentro de los tumores de los tejidos blandos encontramos al papiloma, fibroma, granuloma, hemangioma, lipoma, mioma, nevo, etc. y a los tejidos duros encontramos a tumores odontógenos (ameloblastomas, adenomeloblastomas junto con el fibroma odontógeno, dentinoma, cementoma, etc.); tumores osteogénicos, tales como el osteoma, mixoma, condroma y el osteofibroma, etc.

B).- LESIONES TRAUMATICAS DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS.

Se le da el nombre de lesiones traumáticas a aquellas que son producidas por el efecto mecánico de un agente vulnerable o vulnerante, puede ser de carácter agudo o por mecanismos -- persistentes (subagudos y crónicos). (5).

La boca ofrece una constitución anatómica muy especial, - por lo que los accidentes deben ser considerados con criterio muy diferente al de otros sectores del cuerpo humano.

No solo los accidentes son capaces de provocar traumatismos diversos en tejidos duros y blandos, sino también muy importantes por su frecuencia, aunque diferentes, que por lo general son crónicos; como los debidos a las prótesis. Se recalca ésto por la importancia que tienen algunas lesiones como por ejemplo, la úlcera traumática, ya que ésta es un proceso estadísticamente precanceroso.

También puede considerarse de naturaleza traumática, aunque provoquen reacciones inflamatorias, las lesiones y granulomas por cuerpos extraños y la de origen laboral (como los zapateros, tapiceros, que se llevan clavos y tachuelas a la boca). (13).

Pudiendose además determinar alteraciones también como - los efectos neumáticos (succión) e inclusive mordidas hiper-

e hipofuncionales y la bruxomanía (traumatismos periodontales).

C).- MAL OCLUSIONES.

Dentro de las generalidades, se ha definido a la mal oclusión como "Cualquier desviación de la oclusión normal, tanto desde el punto de vista morfológico como funcional". (1). La mal oclusión se refiere también a una oclusión inestable producida por el desequilibrio de fuerzas opuestas de la masticación y del bruxismo, por una parte, y la presión de la lengua y de los labios por la otra. En éstos casos los dientes pueden ser movidos en una dirección por las fuerzas oclusales y en otra por la presión de los labio y de la lengua. El resultado de dicho desequilibrio es la hipermovilidad de los dientes y el trauma por oclusión.

En otros casos una oclusión puede mostrar importantes diferencias entre los estándares ortodónticos de oclusión normal y, sin embargo, de excelente función sin síntomas de lesión de las estructuras periodontales.

Aunque la adaptación neuromuscular y periodontal combinadas, puede haber establecido patrones adecuados del movimiento oclusal sin efecto dañino aparente al aparato masticador, en la mayoría de los casos de la mal oclusión complicará y restringirá los patrones de movimiento oclusal, incluso cuando el paciente presenta un patrón de conveniencia útil, la presencia de interferencias oclusales en zonas desusadas representa un factor de complicación para el sistema neuromuscular, que se combina con tensión psíquica, tiene tendencia a inducir hipertonicidad y fuerzas musculares anormales que pueden dar lugar posteriormente a oclusión traumática.

En el tratamiento, la eliminación de todas las causas que producen la mal oclusión de ser posible, antes de iniciar el tratamiento, puede ser por medios mecánicos (ortodoncia).

En general, es importante averiguar si los dientes mal colocados estuvieron alguna vez en posición normal. En caso afirmativo, esto significa que el desplazamiento ha sido ocasionado por alteración de la dinámica de la oclusión en vez de tratarse de mal oclusión básica. También significa que el tratamiento quedará restringido a la corrección de las alteraciones de las relaciones oclusales sin necesidad de tratamiento ortodóntico de gran alcance.

D).- ULCERACIONES EN BOCA.

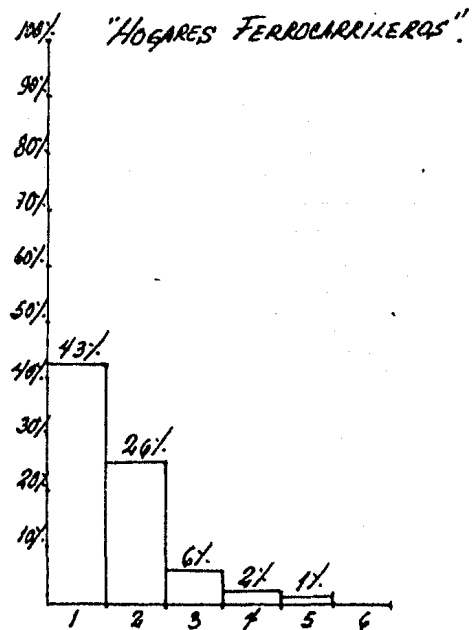
"Se denomina úlcera a la pérdida de sustancia profunda y crónica que no tiende a cicatrizar. Ulceración es la pérdida de sustancia que se produce en forma aguda o subaguda, con tendencia a la cicatrización. La ulceración y la úlcera son procesos secundarios y como tales siguen a lesiones primarias anteriores". (13). Un ejemplo de ulceración, sería la pérdida de sustancia provocada traumáticamente por una prótesis o una pieza dentaria. Las de origen físico o químico pueden ser consecutivas a procesos de necrosis.

A veces la ulceración es de contorno bien definido circunferencial u oval, generalmente es de forma irregular, de tamaño variable, de color cianótico, de borde deshilachado, de poca profundidad, no adherida, de consistencia blanda, muchas veces dolorosa y de evolución lenta.

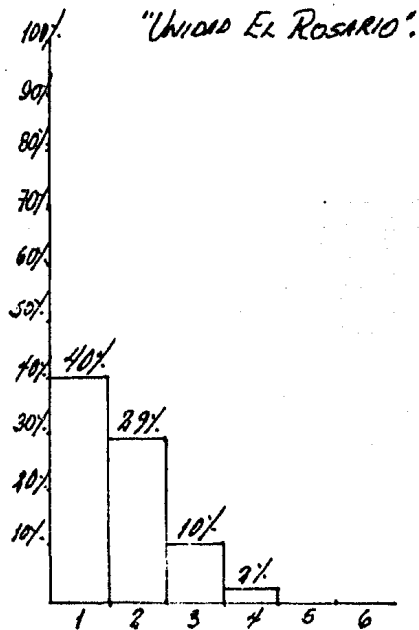
Estas lesiones van precedidas de la acumulación de líquido en las regiones subepiteliales con la consiguiente formación de pequeñas vesículas o, cuando existe un gran acúmulo de líquido, de grandes ampollas. La presión del líquido, la delgadez del epitelio, predisponen a la ruptura, dando así lugar a la formación de una úlcera.

REPRESENTACIONES GRAFICAS QUE INDICAN EL PORCENTAJE
TOTAL DE ALTERACIONES EN CADA COMUNIDAD, TANTO A LOS
PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLOGICA
IZTACALA, COMO A LOS QUE NO ACUDIERON A ESTA INSTITUCION.

100% = 127 PACIENTES.



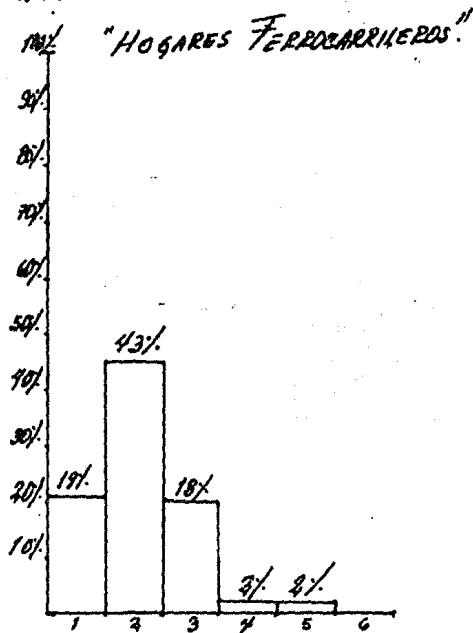
100% = 89 PACIENTES.



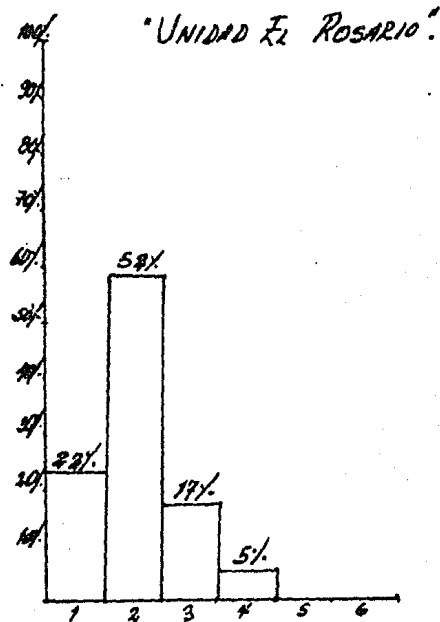
INDICE DE CARIES EN PACIENTES DE AMBOS COMPLEJOS
QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA
IQUICAZA.

- 1- DE 1 A 4 DIENTES AFECTADOS.
- 2- DE 5 A 8 DIENTES AFECTADOS.
- 3- DE 9 A 12 DIENTES AFECTADOS.
- 4- DE 13 A 16 DIENTES AFECTADOS.
- 5- DE 17 A 20 DIENTES AFECTADOS.
- 6- DE 21 A 32 DIENTES AFECTADOS.

100% = 226 PACIENTES.



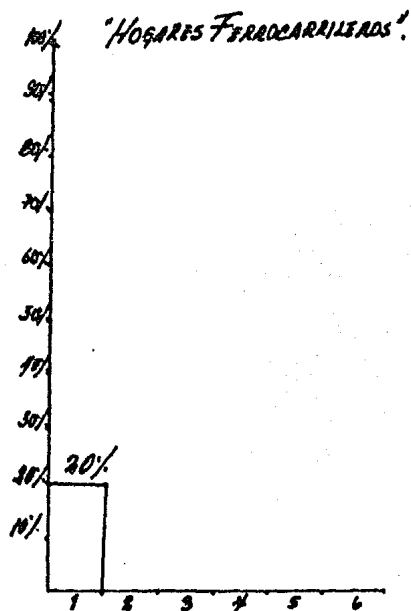
100% = 261 PACIENTES.



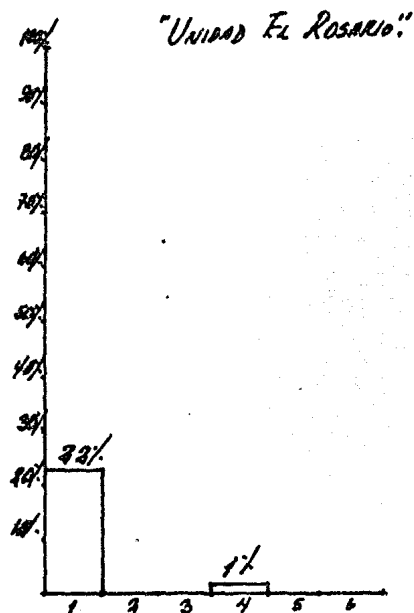
INDICE DE CARIES EN PACIENTES DE AMBAS COLUMNAS QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IXTACALA.

- 1- DE 1 A 4 DIENTES AFECTADOS.
- 2- DE 5 A 8 DIENTES AFECTADOS.
- 3- DE 9 A 12 DIENTES AFECTADOS.
- 4- DE 13 A 16 DIENTES AFECTADOS.
- 5- DE 17 A 20 DIENTES AFECTADOS.
- 6- DE 21 A 24 DIENTES AFECTADOS.

100% = 124 PACIENTES.



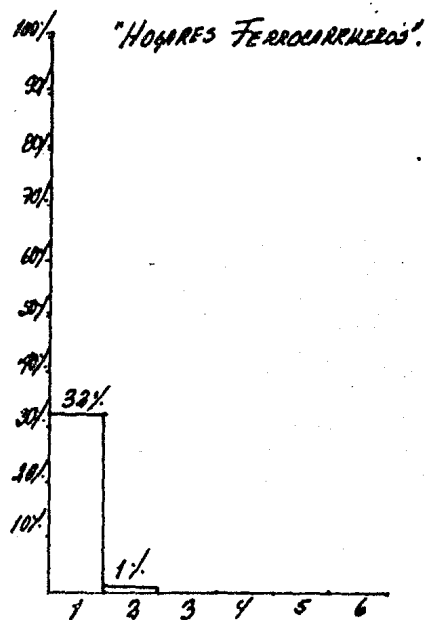
100% = 89 PACIENTES.



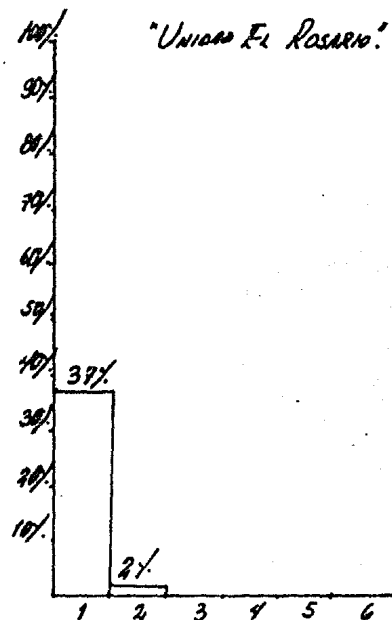
LESIONES DE FRACTURAS EN PACIENTES DE AMBAS COLONIAS QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL.

1- DE 1 A 4 DIENTES AFECTADOS.
2- DE 5 A 8 DIENTES AFECTADOS.
3- DE 9 A 12 DIENTES AFECTADOS.
4- DE 13 A 16 DIENTES AFECTADOS.
5- DE 17 A 20 DIENTES AFECTADOS.
6- DE 21 A 32 DIENTES AFECTADOS.

100% = 226 PACIENTES.



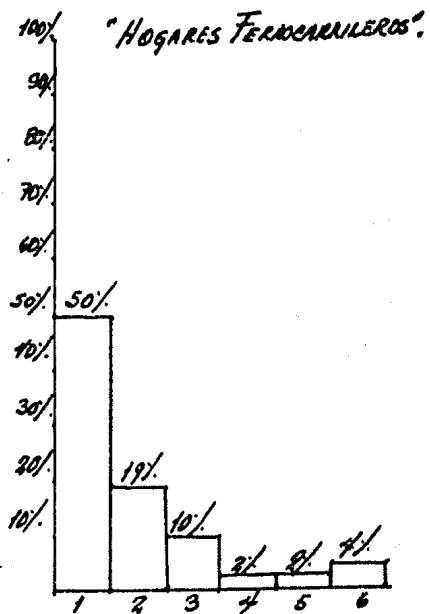
100% = 261 PACIENTES.



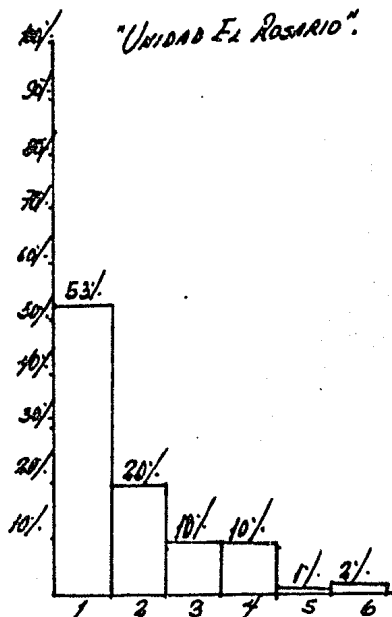
INDICE DE FRACTURAS EN PACIENTES DE ABRAS COMUNITARIAS QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA I 2 TRAMAS.

1- DE	1	A	4	DIENTES AFECTADOS.
2- DE	5	A	8	DIENTES AFECTADOS.
3- DE	9	A	13	DIENTES AFECTADOS.
4- DE	13	A	16	DIENTES AFECTADOS.
5- DE	17	A	20	DIENTES AFECTADOS.
6- DE	21	A	34	DIENTES AFECTADOS.

100% = 124 PACIENTES.



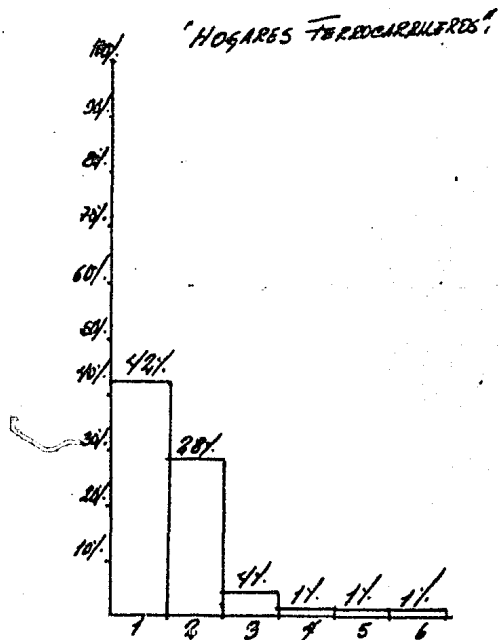
100% = 89 PACIENTES.



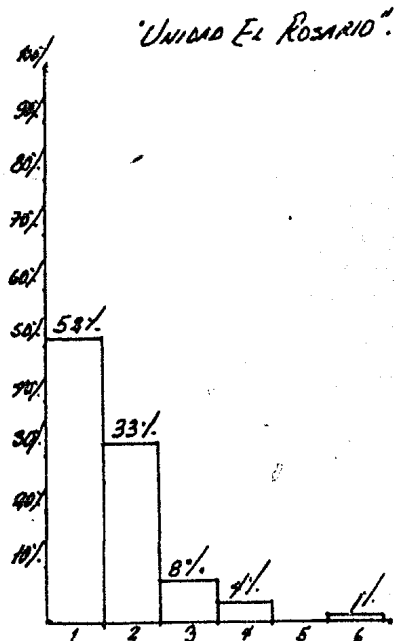
INDICE DE AUSIENCIA EN PACIENTES DE ALDAS COMUNITARIAS
QUE SE ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA
IETMARA.

1.- DE 1 A 4 DIENTES AFECTADOS.
2.- DE 5 A 8 DIENTES AFECTADOS.
3.- DE 9 A 12 DIENTES AFECTADOS.
4.- DE 13 A 16 DIENTES AFECTADOS.
5.- DE 17 A 20 DIENTES AFECTADOS.
6.- DE 21 A 32 DIENTES AFECTADOS.

100% = 226 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.

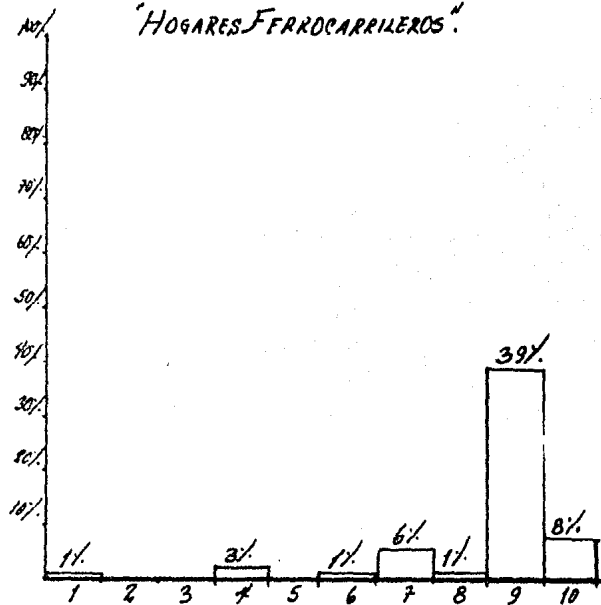


INDICE DE AUSENCIAS EN PACIENTES DE AMBAS COMUNIDADES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA EXTRAJAL.

- 1- DE 1 A 4 DIENTES AFECTADOS.
- 2- DE 5 A 8 DIENTES AFECTADOS.
- 3- DE 9 A 12 DIENTES AFECTADOS.
- 4- DE 13 A 16 DIENTES AFECTADOS.
- 5- DE 17 A 20 DIENTES AFECTADOS.
- 6- DE 21 A 38 DIENTES AFECTADOS.

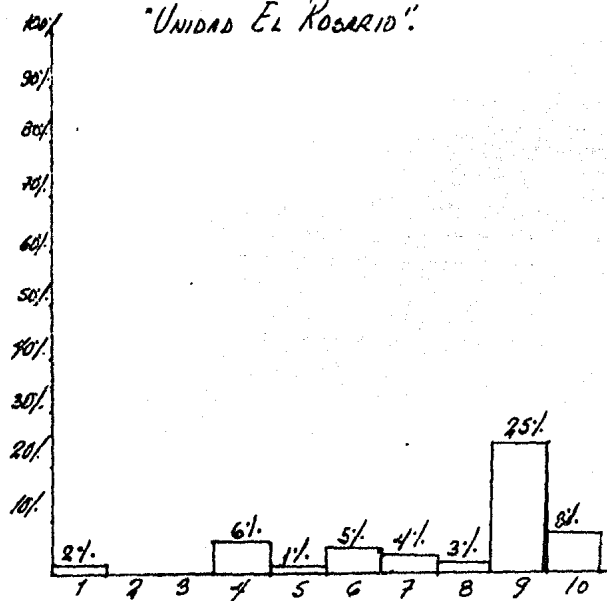
100% = 124 PACIENTES.

"HOGARES FERROCARRILEROS"



100% = 89 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"



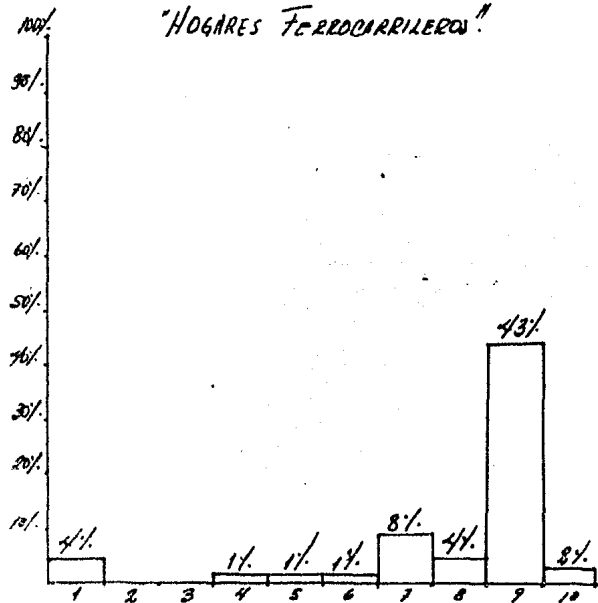
...42

Tabla de Anomalías Dentarias en Pacientes de Áreas Comunitarias que se Registraron en la Clínica Odontológica "Estrella".

- 1- ANULOGENESIS IMPERFECTA. 8- DIENTES DE HUTCHINSON.
 2- DENTINARIENESIS IMPERFECTA. 9- APIÑAMIENTO DENTAL.
 3- HIPERPLASIAS. 10- OTROS.
 4- HIPOPLASIAS.
 5- DIENTES FUSIONADOS.
 6- DIENTES SUPERNUMERARIOS.
 7- DIENTES FECTADOS.

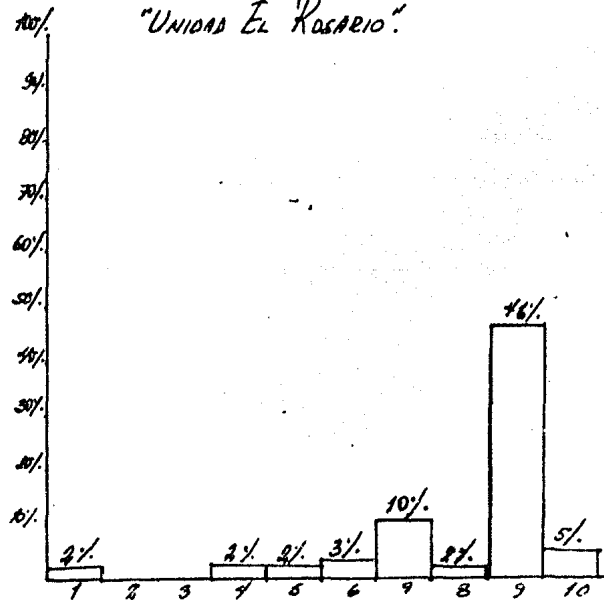
100% = 226 PACIENTES.

"HOGARES FERROCARRILEROS"



100% = 261 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"

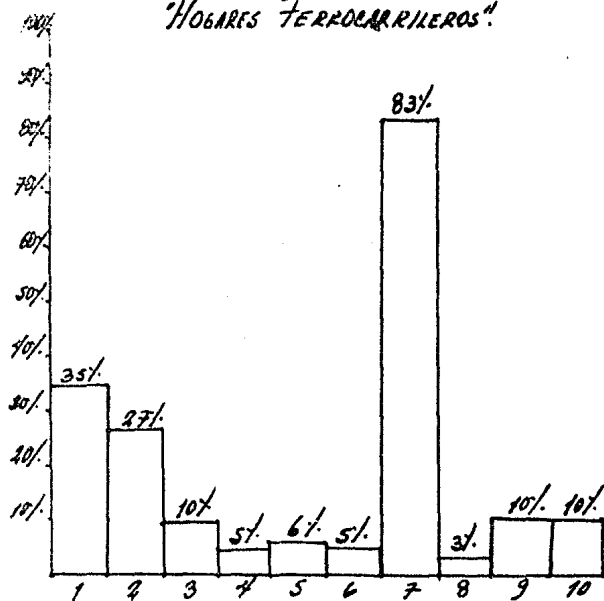


INDICE DE ANOMALIAS DENTARIAS EN PACIENTES DE ANAHS CO. -
MUNICIPIO QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA IZTACALA.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1- AMELOGENESIS IMPERFECTA | 8- DIENTES DE MUCOSIDAD. |
| 2- DENTINOGENESIS IMPERFECTA | 9- APICOMIGRADO JUNTOS. |
| 3- HIPERPLASIAS. | 10- OTROS. |
| 4- HIPOPLASIAS. | |
| 5- DIENTES FUSIONADOS. | |
| 6- DIENTES SUPERNUMERARIOS. | |
| 7- DIENTES ECTÓPICOS | |

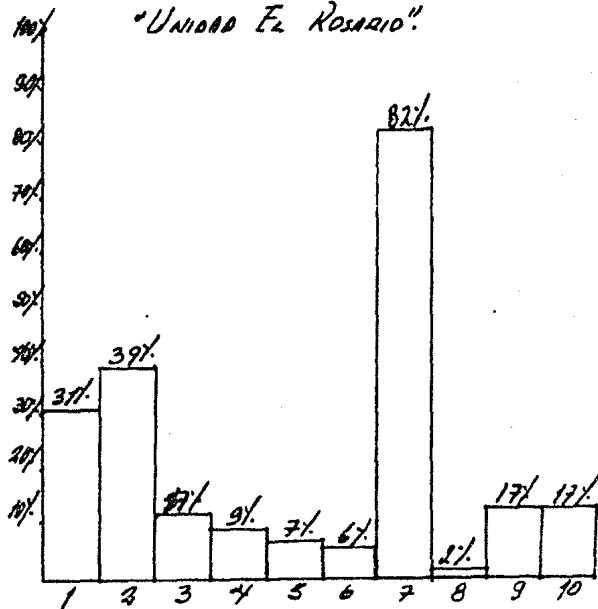
100% = 124 PACIENTES.

"HOGARES FERROCARRILEROS"



100% = 89 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"



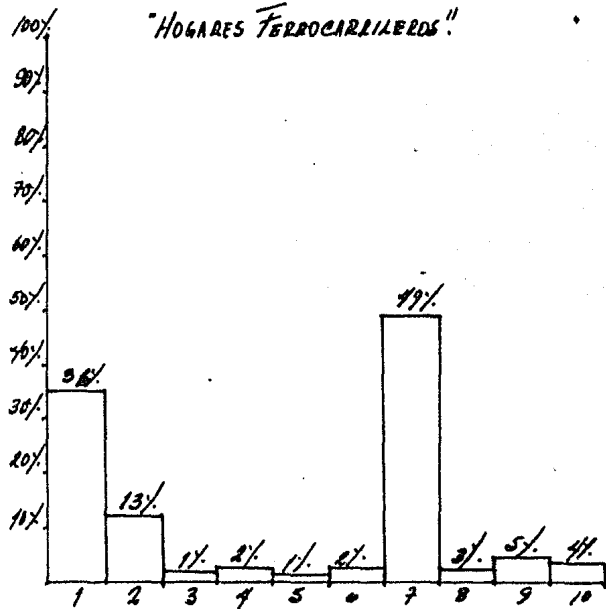
•••••
44

INDICE DE RESTAURACIONES EN PARIENTES DE ANOS COMUNICADOS QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA TERAPIA.

- 1- DE 1 A 4 DIENTES RESTAURADOS. 8- REST. INDIV. TEMPORALES.
- 2- DE 5 A 8 DIENTES RESTAURADOS. 9- REST. PARCIALES FALSOS.
- 3- DE 9 A 12 DIENTES RESTAURADOS 10- REST. PARCIALES Y TOTALES
- 4- DE 13 A 16 DIENTES RESTAURADOS. READIVIBLES.
- 5- DE 17 A 20 DIENTES RESTAURADOS.
- 6- DE 21 A 32 DIENTES RESTAURADOS.
- 7- RESTAURACIONES INDIV. DEFINITIVAS.

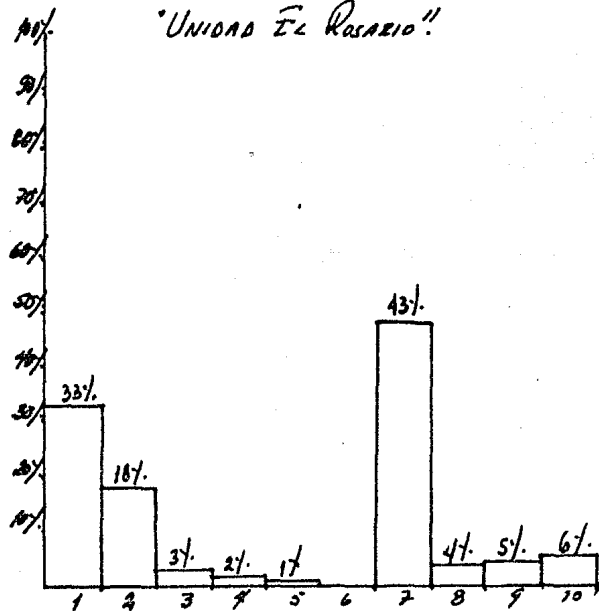
100% = 226 PACIENTES.

"HOGARES FERROCARRILEROS"



100% = 261 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"

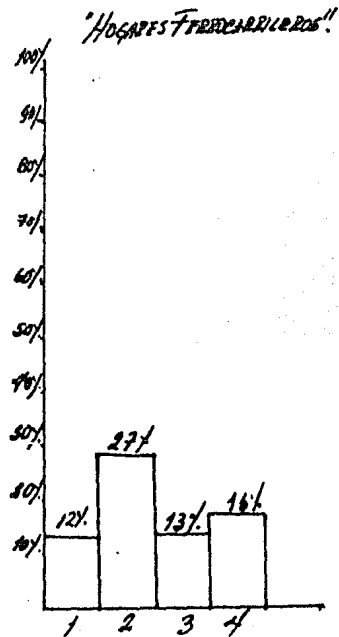


...45

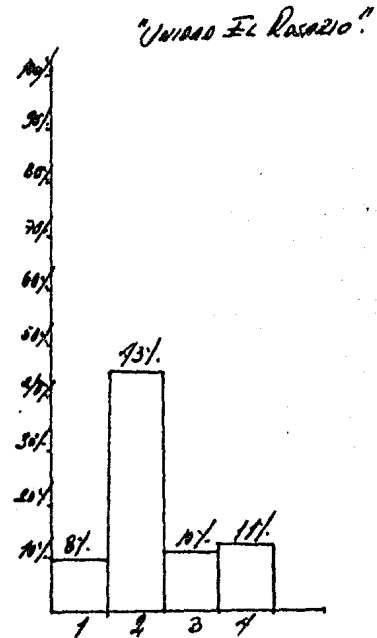
INDICE DE RESTAURACIONES EN PACIENTES DE AMBAS COMUNIDADES PUD NO ASISTIERON A LA CLINICA O. IZARRA.

- 1- 1 A 4 DIENTES RESTAURADOS.
- 2- 5 A 8 DIENTES RESTAURADOS.
- 3- 9 A 12 DIENTES RESTAURADOS.
- 4- 13 A 16 DIENTES RESTAURADOS.
- 5- 17 A 20 DIENTES RESTAURADOS.
- 6- 21 A 22 DIENTES RESTAURADOS.
- 7- REST. INDIV. TEMPORALES.
- 8- REST. PARCIALES FIJOS.
- 9- REST. PARCIALES Y TOTALS REMOVIBLES.
- 10- RESTAURACIONES INDIV. DEFINITIVAS.

100% = 124 PACIENTES.



100% = 89 PACIENTES



INDICE DE QUINQUITS EN PACIENTES QUE SE ASISTEN A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IZTACALA.

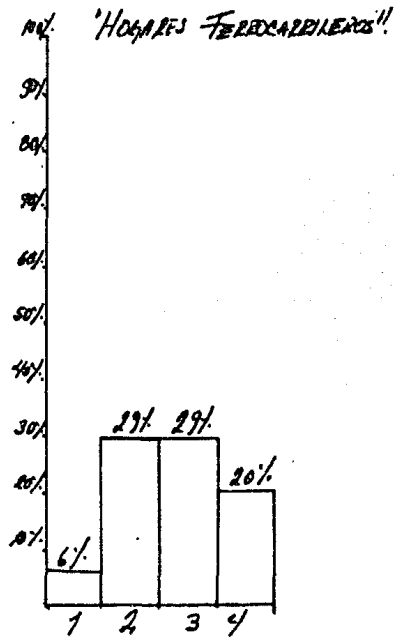
1- UN CUADRANTE AFECTADO.

2- DOS CUADRANTES AFECTADOS.

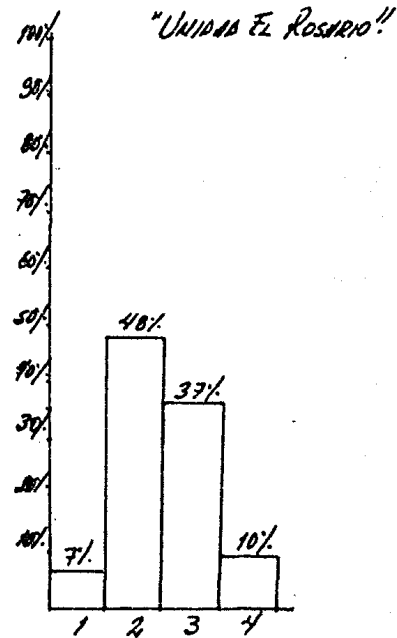
3- TRES CUADRANTES AFECTADOS.

4- CUATRO CUADRANTES AFECTADOS.

100% = 226 PACIENTES.



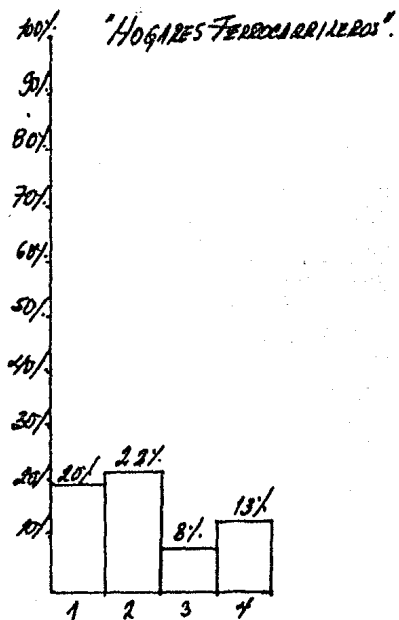
100% = 261 PACIENTES.



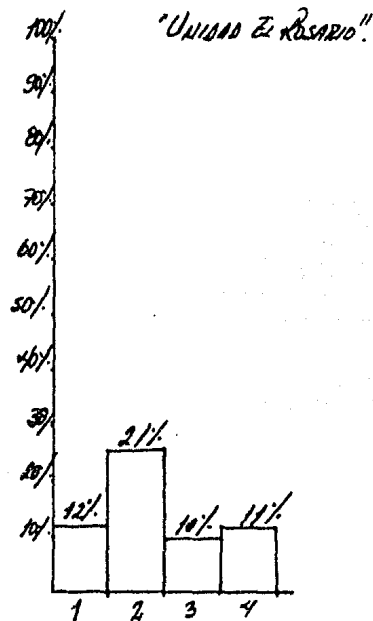
TIPO DE SÍMPTOMAS EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA.

- 1- UN CUADRANTE AFECTADO
- 2- DOS CUADRANTES AFECTADOS.
- 3- TRES CUADRANTES AFECTADOS.
- 4- CUATRO CUADRANTES AFECTADOS.

100 = 124 PACIENTES.



100% = 89 PACIENTES.



INDICE DE GINGIVORRAGIA EN PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA ISFAMA.

1- UN CUADRANTE AFECTADO.

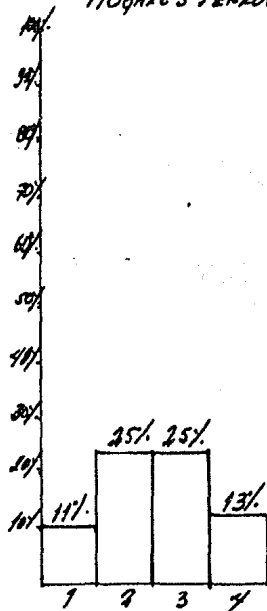
2- DOS CUADRANTES AFECTADOS.

3- TRES CUADRANTES AFECTADOS.

4- CUATRO CUADRANTES AFECTADOS.

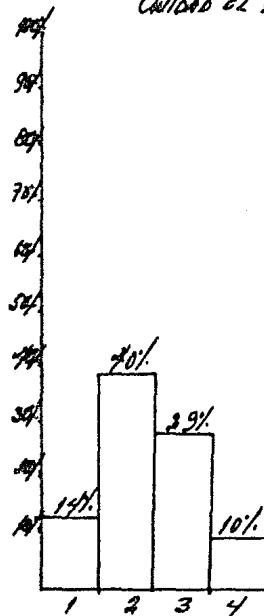
100% = 226 PACIENTES.

"HOGAR'S FERROCARRILEOS".



100% = 261 PACIENTES.

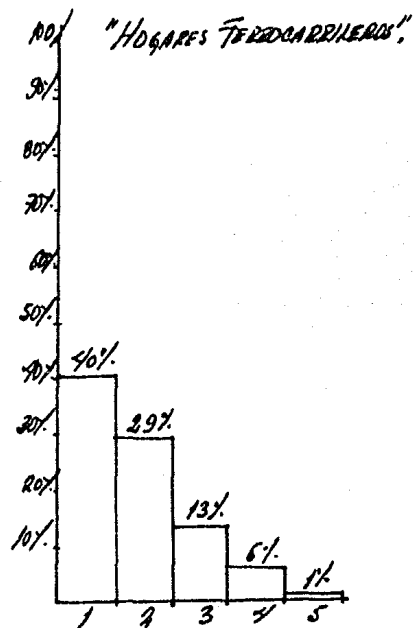
"UNIDAD EL ROSARIO".



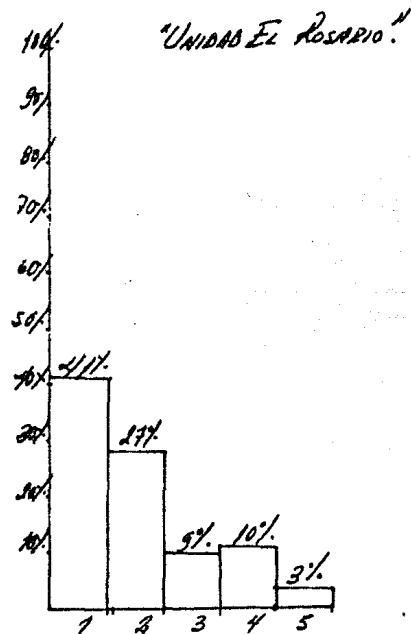
INDICE DE GINGIVORRAGIA EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA JEFERA.

- 1.- UN CUADRANTE AFECTADO.
- 2.- DOS CUADRANTES AFECTADOS.
- 3.- TRES CUADRANTES AFECTADOS.
- 4.- CUATRO CUADRANTES AFECTADOS.

100% = 124 PACIENTES.



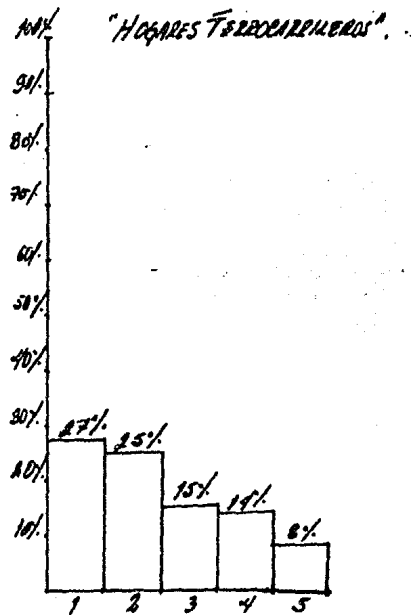
100% = 89 PACIENTES.



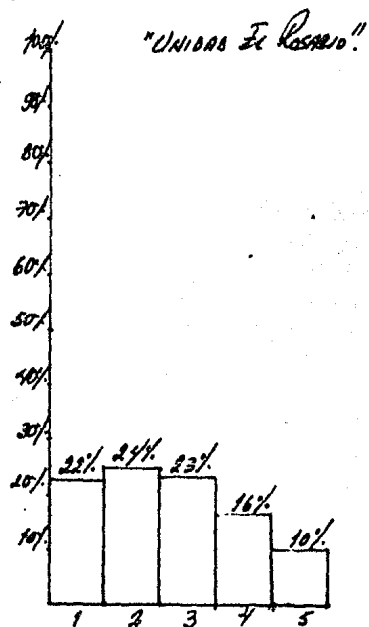
ÍNDICE DE PLACA BENTOBRETERIANO EN PACIENTES QUE
SE ASISTIERON A LA CLÍNICA O. JETRECALA.

1- 0 A 1.0.
2- 1.1 A 2.0.
3- 2.1 A 3.0.
4- 3.1 A 4.0.
5- 4.1 A 5.0.

100% = 226 PACIENTES



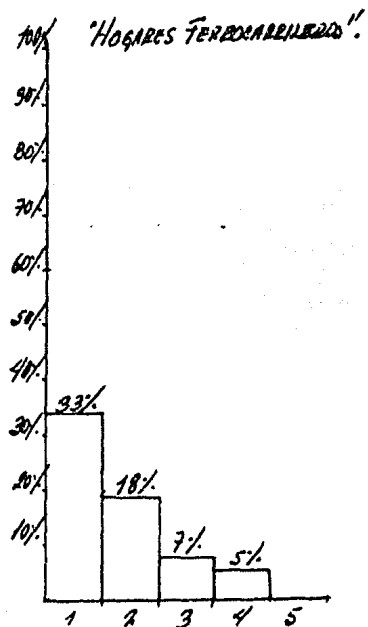
100% = 89 PACIENTES.



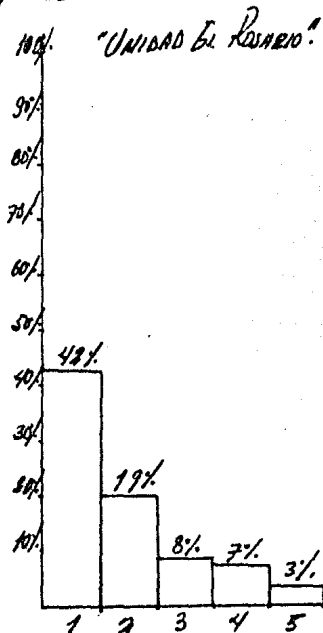
INDICE DE PLEGA SINTOBIOTERIANA EN PACIENTES QUE
NO ASISTIERON A LA CLINICA DENTODIAGNOSTICA IETECAL.

1- 0. A 1.0.
2- 1.1. A 2.0.
3- 2.1. A 3.0.
4- 3.1. A 4.0.
5- 4.1. A 5.0.

100: 124 PACIENTES.



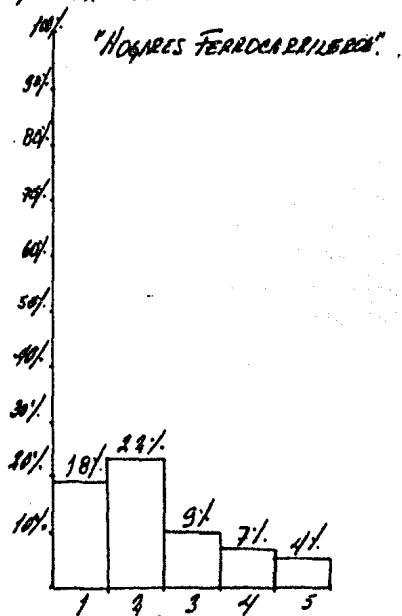
100%: 89 PACIENTES



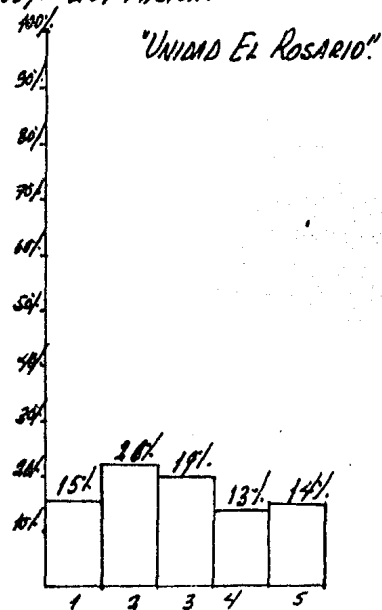
INDICE DE CALZADO DENTARIO O SARZO EN PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IETRAMA.

1-	0	1	1.0
2-	1.1	1	2.0
3-	2.1	1	3.0
4-	3.1	1	4.0
5-	4.1	1	5.0

100% = 226 PACIENTES.



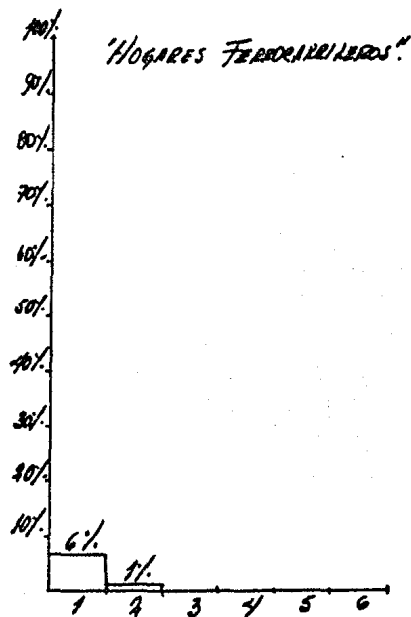
100% = 261 PACIENTES.



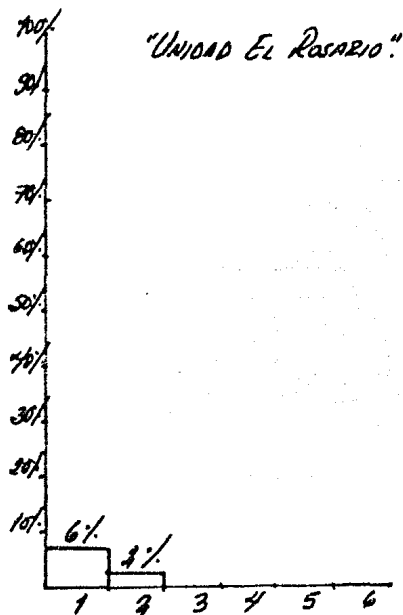
INDICE DE CALCULO DENTARIO O SAREO EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA ESTADUAL.

1r	0	1	1.0
2r	1	1	2.0
3r	2	1	3.0
4r	3	1	4.0
5r	4	1	5.0

100% = 124 PACIENTES.



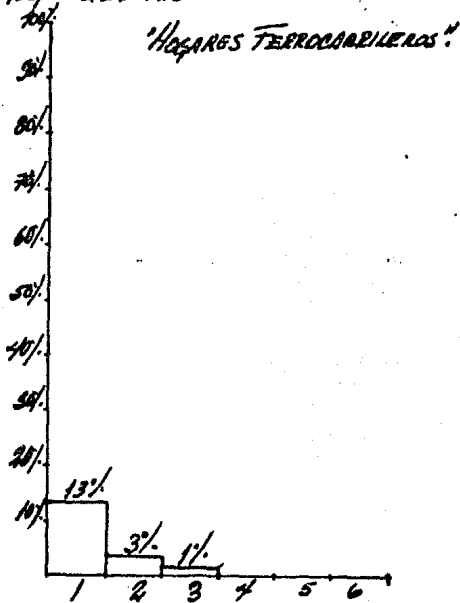
100% = 89 PACIENTES.



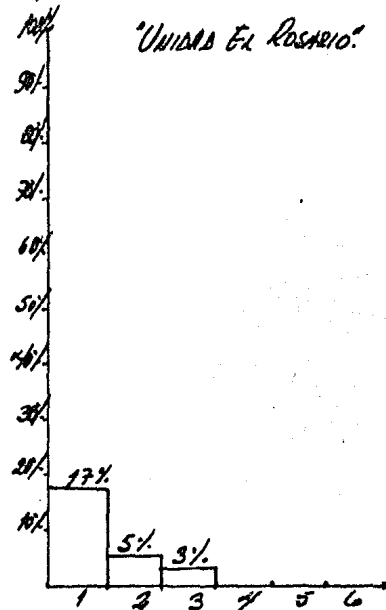
INDICE DE BOLSAS PARODONTIAS EN PACIENTES QUE
SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA FERROVIARIA.

1r DE 1	A	4	DIENTES AFECTADOS.
2- DE 5	A	8	DIENTES AFECTADOS.
3r DE 2	A	12	DIENTES AFECTADOS.
4r DE 13	A	16	DIENTES AFECTADOS.
5r DE 17	A	20	DIENTES AFECTADOS.
6r DE 21	A	32	DIENTES AFECTADOS.

100% = 226 PACIENTES.



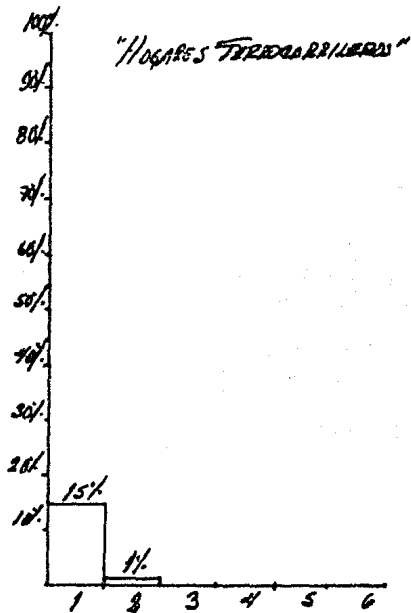
100% = 261 PACIENTES



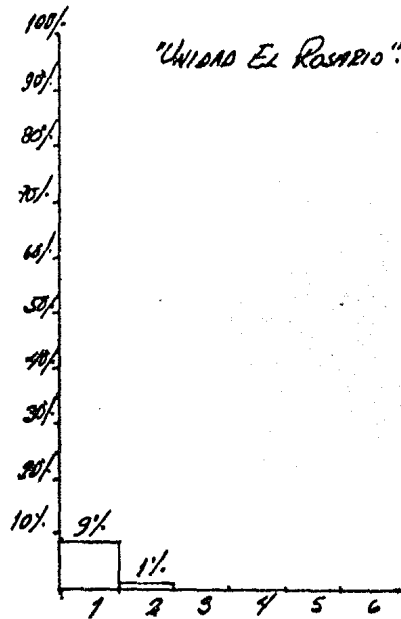
INDICE DE BOLSAS PARODONTALES EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IZTAPALCO.

1- DE 1	A 4	DIENTES AFECTADOS.
2- DE 5	A 8	DIENTES AFECTADOS.
3- DE 9	A 12	DIENTES AFECTADOS.
4- DE 13	A 16	DIENTES AFECTADOS.
5- DE 17	A 20	DIENTES AFECTADOS.
6- DE 21	A 24	DIENTES AFECTADOS.

100% = 124 PACIENTES



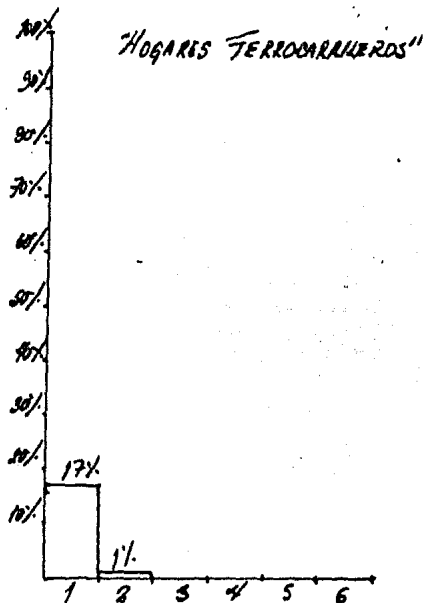
100% = 89 PACIENTES.



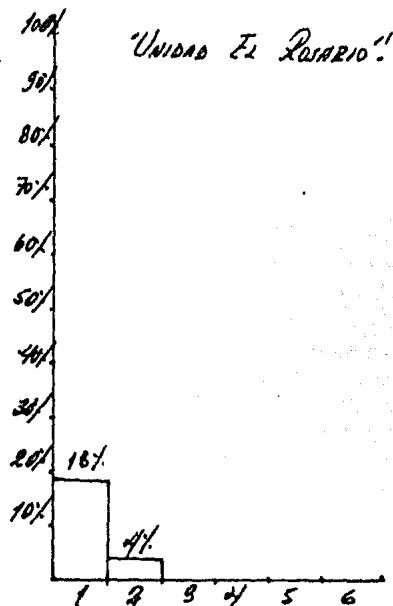
INDICE DE NOXIVIDAD DENTARIA EN PACIENTES QUE
SE ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA
ISTRICALA.

- 1- DE 1 A 4 DIENTES AFECTADOS.
- 2- DE 5 A 8 DIENTES AFECTADOS.
- 3- DE 9 A 12 DIENTES AFECTADOS.
- 4- DE 13 A 16 DIENTES AFECTADOS.
- 5- DE 17 A 20 DIENTES AFECTADOS.
- 6- DE 21 A 32 DIENTES AFECTADOS.

100% = 226 PARIENTES



100% = 261 PARIENTES

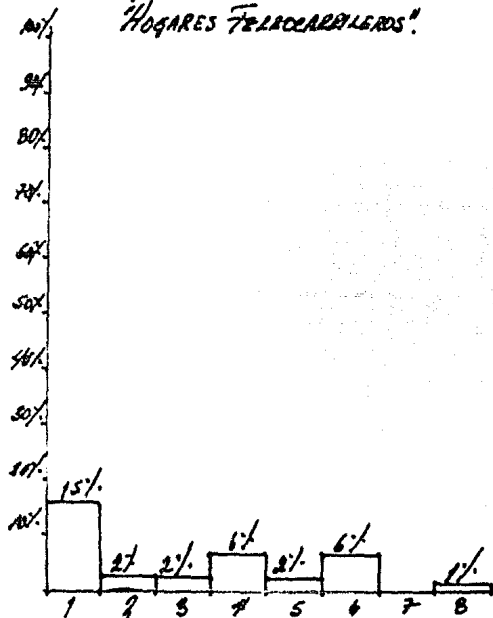


INDICE DE MOVILIDAD DENTARIA EN PARIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLOGICA IZTACALAN.

1- DE	1	1	F	DIENTES	AFFECTADOS.
2- DE	5	1	8	DIENTES	AFFECTADOS.
3- DE	9	1	12	DIENTES	AFFECTADOS.
4- DE	13	1	16	DIENTES	AFFECTADOS.
5- DE	17	1	20	DIENTES	AFFECTADOS.
6- DE	21	1	32	DIENTES	AFFECTADOS.

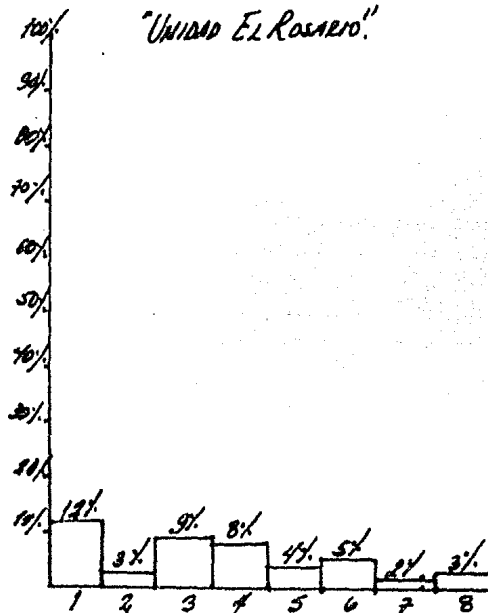
100% = 124 PACIENTES.

"HOGARES FELICIBARRILEROS"



100% = 89 PACIENTES.

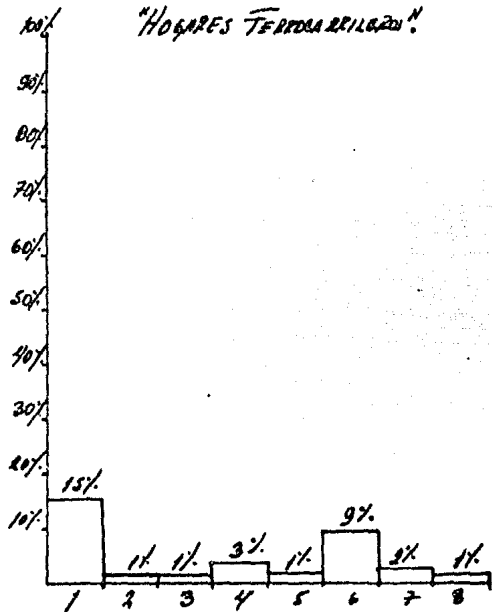
"UNIDAD EL ROSARIO"



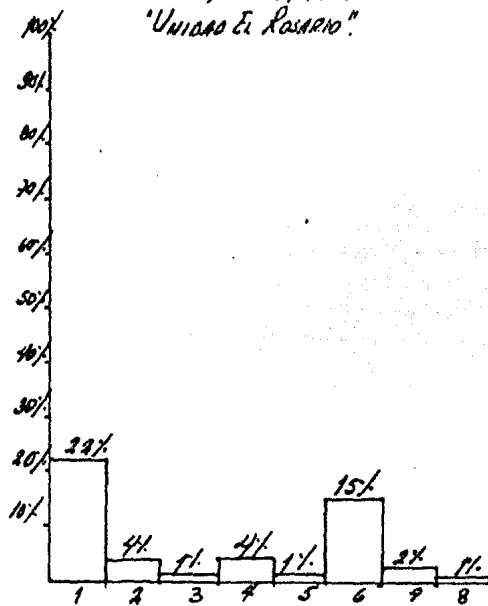
INDICE DE RUIDOS ARTICULARES EN PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA JETREAU.

- 1- CASQUIDO LIGERO EN UNA ARTICULACION
- 2- CASQUIDO LIGERO EN DOS ARTICULACIONES
- 3- ONASQUIDO PERCEPTIBLE EN UNA ARTICULACION
- 4- ONASQUIDO PERCEPTIBLE EN DOS ARTICULACIONES.
- 5- CREPITACION EN UNA ARTICULACION.
- 6- CREPITACION EN DOS ARTICULACIONES.
- 7- CREPITACION CON DOLOR
- 8- CREPITACION SIN DOLOR.

100% = 226 PACIENTES.
"HOGARES TERROARRILLO".



100% = 261 PACIENTES.
"UNIDAD EL ROSARIO".

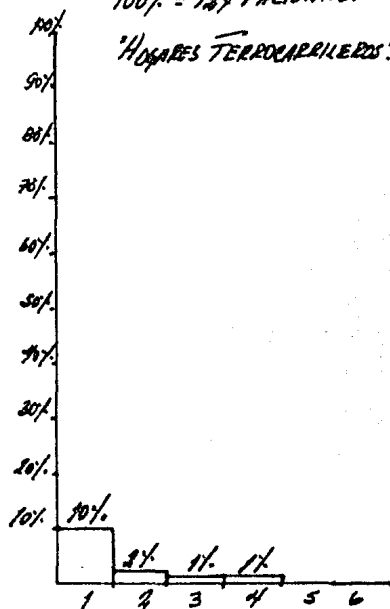


INDICE DE RUIDOS ARTICULARES EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL.

- 1- UNASQUELO LIBRE EN UNA ARTICULACION
- 2- CRASQUEO LIBRE EN DOS ARTICULACIONES
- 3- CRASQUEO SEVERO EN UNA ARTICULACION
- 4- CRASQUEO SEVERO EN DOS ARTICULACIONES.
- 5- CRPITACION EN UNA ARTICULACION
- 6- CRPITACION EN DOS ARTICULACIONES.
- 7- CRPITACION CON JORR
- 8- CRPITACION SIN JORR

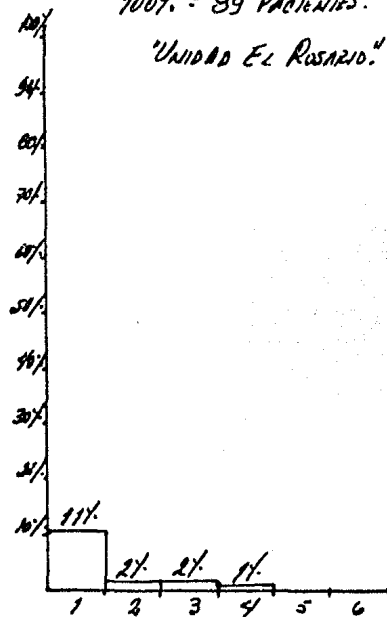
100% = 184 PARIENTES.

"HOGARES FERROCARRIEROS"



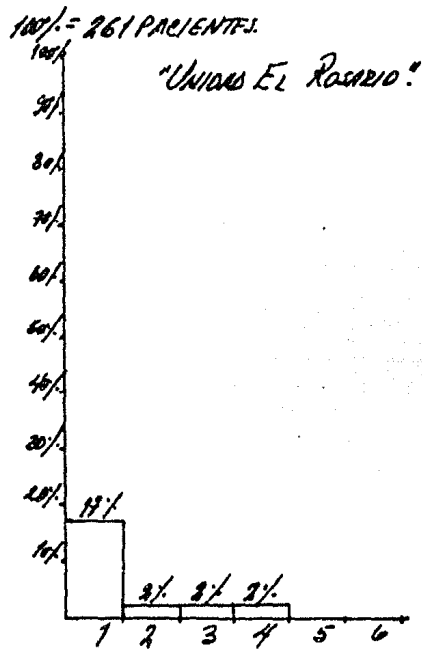
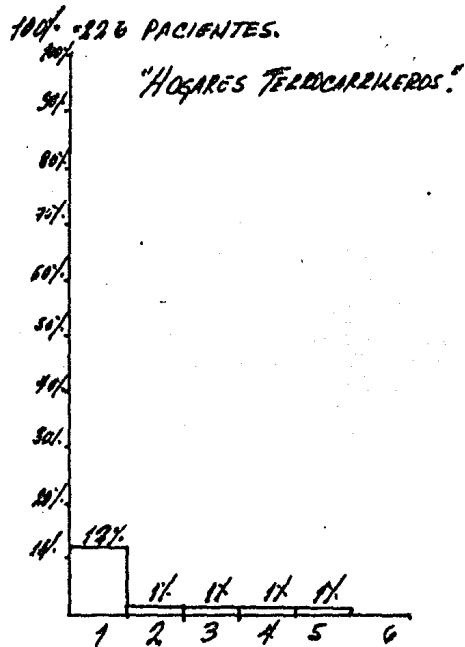
100% = 89 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"



INDICE DE DESVIACION ALDOLAR EN PACIENTES QUE
SE ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA.

1. DESVIACION LIGERA EN UNA ATRUCCION.
2. DESVIACION LIGERA EN DOS ATRUCCIONES.
3. DESVIACION PERCEPTIBLE EN UNA ATRUCCION.
4. DESVIACION PERCEPTIBLE EN DOS ATRUCCIONES.
5. DESVIACION CON DOLOR.
6. DESVIACION SIN DOLOR.

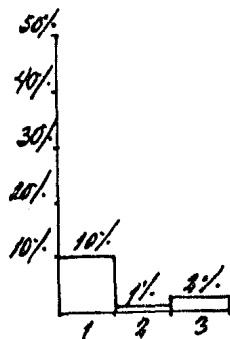


INDICE DE DESVIACION ARTICULAR EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA "LITRACA."

- 1- DESVIACION LIGERA DE UNA ARTICULACION
- 2- DESVIACION LIGERA EN DOS ARTICULACIONES.
- 3- DESVIACION PERCEPTIBLE EN UNA ARTICULACION.
- 4- DESVIACION PERCEPTIBLE EN DOS ARTICULACIONES.
- 5- DESVIACION CON DOLOR.
- 6- DESVIACION SIN DOLOR.

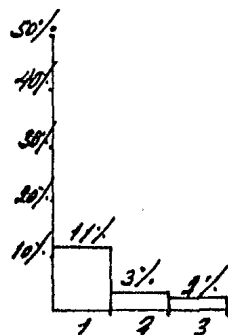
100% = 124 PACIENTES.

"HOGARES TERECARRIEROS"



100% = 89 PACIENTES.

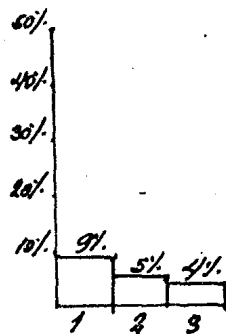
"UNIDAD EL ROSARIO"



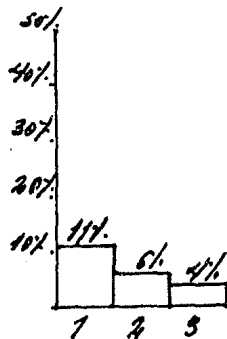
INDICE DE DOLOR ARTICULAR EN PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IZTAPALAPA.

- 1- DOLOR LEVE.
- 2- DOLOR MODERADO.
- 3- DOLOR SEVERO.

100% = 296 PACIENTES
"HOGARES TERRECARILLAS"



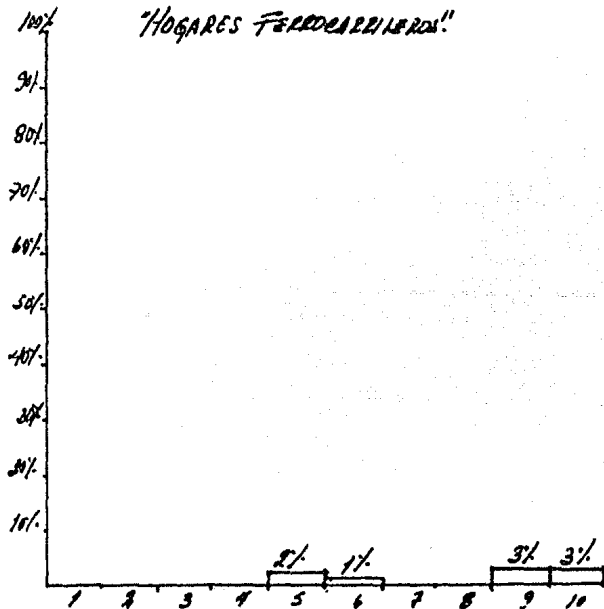
100% = 261 PACIENTES.
"UNIDAD EL ROSARIO"



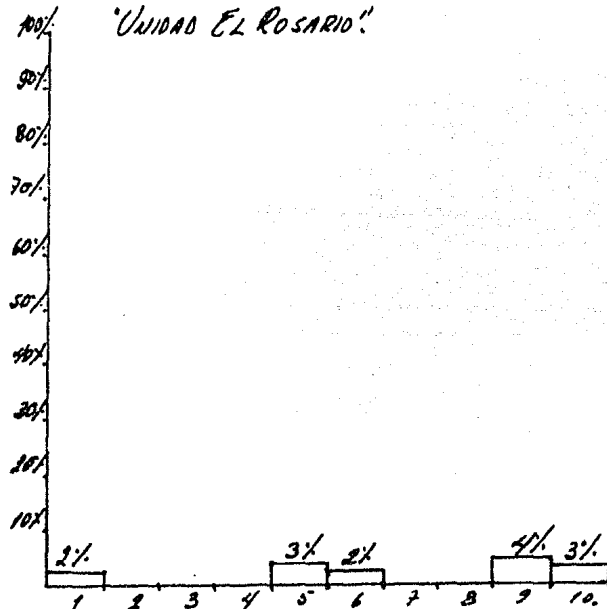
TIPO DE DOLOR ARTICULAR EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IETOMU.

- 1.- DOLOR LEVE.
- 2.- DOLOR MODERADO.
- 3.- DOLOR SEVERO.

100% = 124 PACIENTES.



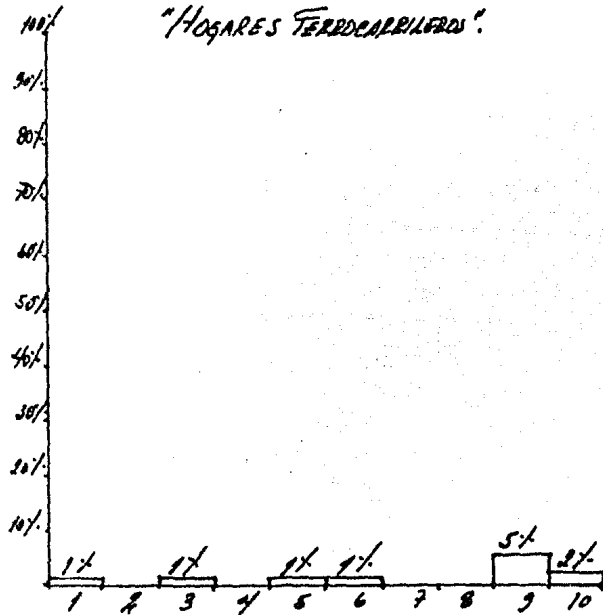
100% = 89 PACIENTES.



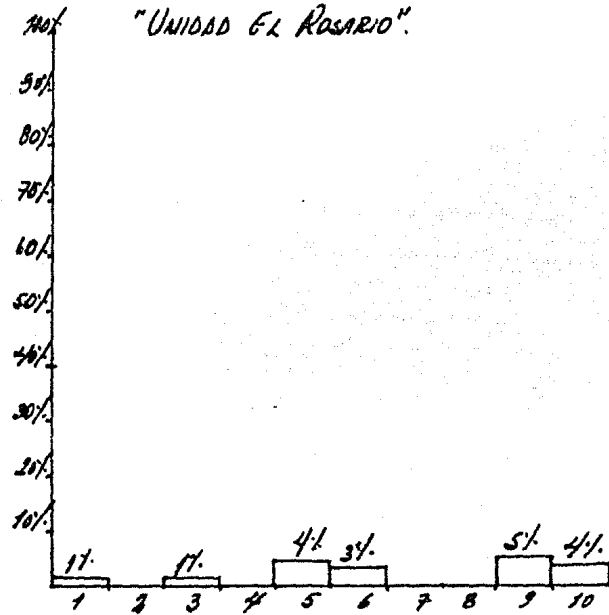
INDICE DE LIMITACION DE MOVIMIENTOS EN PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL.

- | | |
|---|---|
| 1- LIMITACION LIGERA DE MOVIMIENTOS PROTUSIVOS. | 9- LIMITACION DE MOVIMIENTOS DE APERTURA. |
| 2- LIMITACION SEVERA DE MOVIMIENTOS PROTUSIVOS. | 10- LIMITACION DE MOVIMIENTOS DE CIERRE. |
| 3- LIMITACION LIGERA DE MOVIMIENTOS RETRUSIVOS. | |
| 4- LIMITACION SEVERA DE MOVIMIENTOS RETRUSIVOS. | |
| 5- LIMITACION LIGERA DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DERECHA. | |
| 6- LIMITACION SEVERA DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DERECHA. | |
| 7- LIMITACION LIGERA DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD IZQUIERDA. | |
| 8- LIMITACION SEVERA DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD IZQUIERDA. | |

100% = 246 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.

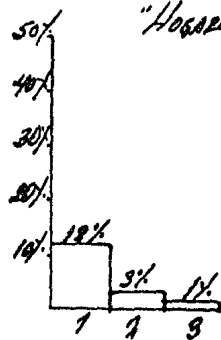


TIPOS DE LIMITACION DE MOVIMIENTOS EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA JETZABELA.

- | | |
|---|---|
| 1° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS PROTRUSIVOS | 9° LIMITACION DE MOVIMIENTOS DE APERTURA. |
| 2° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS RETRUSIVOS. | 10° LIMITACION DE MOVIMIENTOS DE GIRO. |
| 3° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS ROTACIONALES. | |
| 4° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS ROTACIONALES. | |
| 5° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DEBILITADA. | |
| 6° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DEBILITADA. | |
| 7° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DEBILITADA. | |
| 8° LIMITACION LIBRE DE MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DEBILITADA. | |

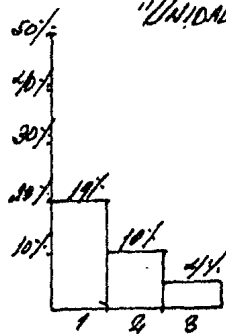
100% = 774 PACIENTES.

"HOGARES TERRESTRIALES".



100% = 89 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO".



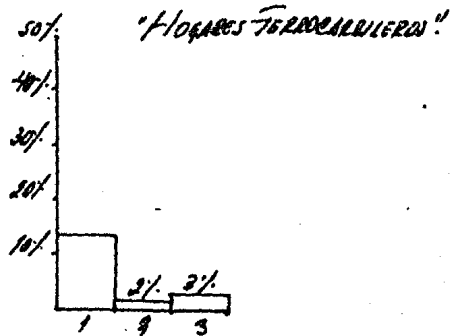
INDICE DE BRUXISMO EN PACIENTES QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL.

1- BRUXISMO LEVE.

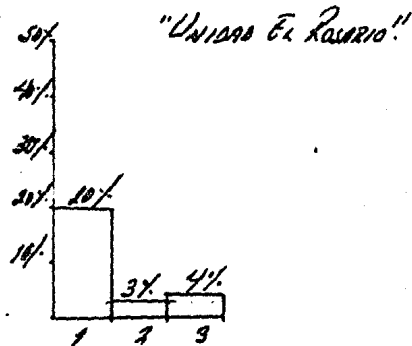
2- BRUXISMO MODERADO.

3- BRUXISMO SEVERO.

100% = 226 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.



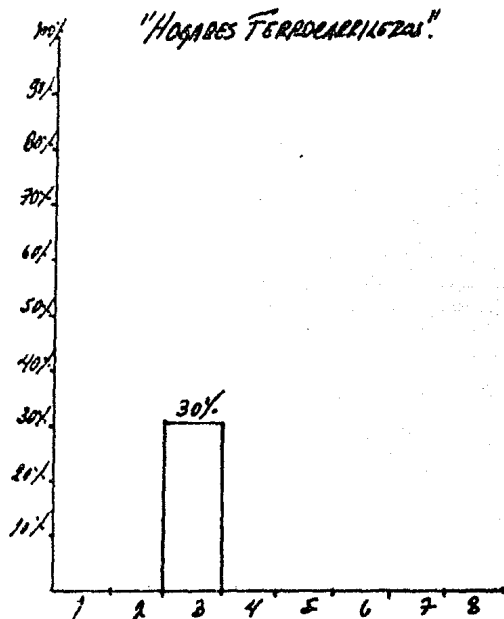
INDICE DE BRUXISMO EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA JETREOLA.

1- BRUXISMO LEVE.

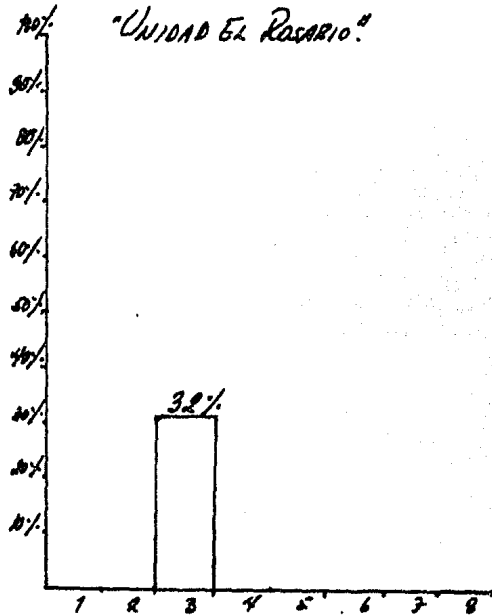
2- BRUXISMO MODERADO.

3- BRUXISMO SEVERO.

100% = 124 PACIENTES.



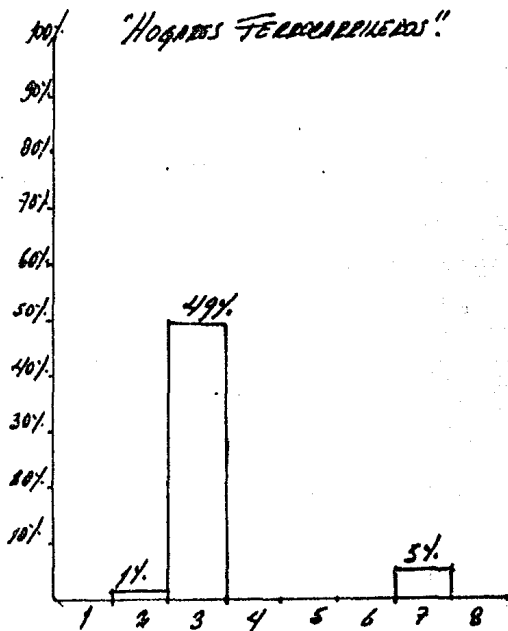
100% = 89 PACIENTES



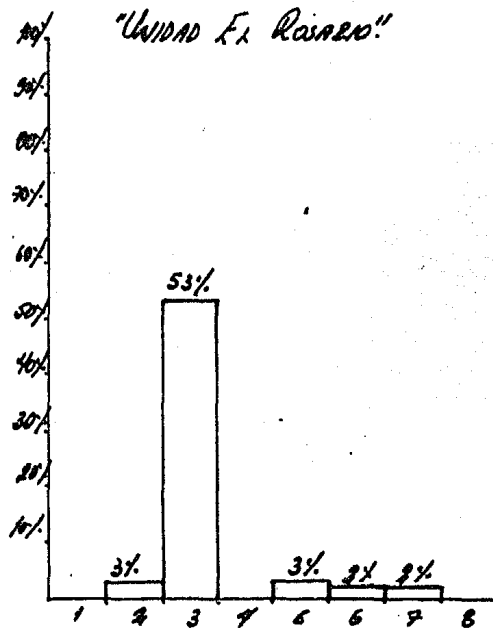
INDICE DE LESIONES TRAUMATICAS EN TEJIDOS DURES Y BLANDOS EN PACIENTES QUE SE ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLOGICA INTEGRAL.

- 1- LESIONES PEQUEÑAS EN TEJIDOS DURES.
- 2- LESIONES EXTENSAS EN TEJIDOS DURES.
- 3- LESIONES PEQUEÑAS EN TEJIDOS BLANDOS.
- 4- LESIONES EXTENSAS EN TEJIDOS BLANDOS.
- 5- LESIONES CON DOLOR EN TEJIDOS DURES.
- 6- LESIONES SIN DOLOR EN TEJIDOS DURES.
- 7- LESIONES CON DOLOR EN TEJIDOS BLANDOS.
- 8- LESIONES SIN DOLOR EN TEJIDOS BLANDOS.

100% = 226 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.

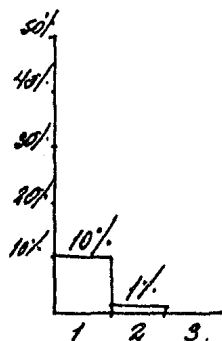


INDICE DE LESIONES TRAUMATICAS EN TEJIDOS Duros Y Blandos EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ORTOPEDICA IETABLO.

- 1- LESIONES PEQUEÑAS EN TEJIDOS Duros.
- 2- LESIONES EXTENSAS EN TEJIDOS Duros.
- 3- LESIONES ASQUINIAS EN TEJIDOS Blandos.
- 4- LESIONES EXTENSAS EN TEJIDOS Blandos.
- 5- LESIONES CON DOLOR EN TEJIDOS Duros.
- 6- LESIONES SIN DOLOR EN TEJIDOS Duros.
- 7- LESIONES CON DOLOR EN TEJIDOS Blandos.
- 8- LESIONES SIN DOLOR EN TEJIDOS Blandos.

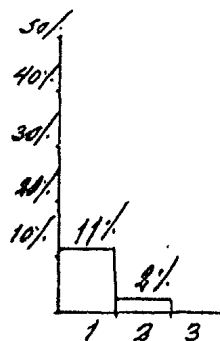
100% = 124 PACIENTES.

"HOGARES TERROLA REHEROS".



100% = 89 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO".



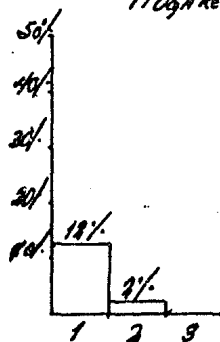
...70

INDICE DE DOLOR NEUROMUSCULAR EN PACIENTES
QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA
TETAPOLA.

- 1- DOLOR NEUROMUSCULAR LEVE.
- 2- DOLOR NEUROMUSCULAR MODERADO.
- 3- DOLOR NEUROMUSCULAR SEVERO.

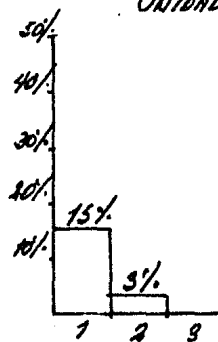
100% = 226 PACIENTES.

"HOGARES TERROCARRIBEDOS"



100% = 261 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"



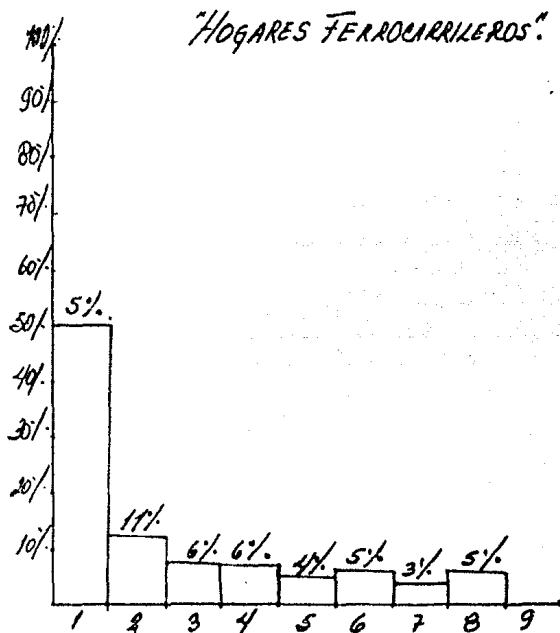
INDICE DE DOLOR NEUROMUSCULAR EN PACIENTES
QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTO-
LOGICA IZTAPALA.

1- DOLOR NEUROMUSCULAR LEVE.

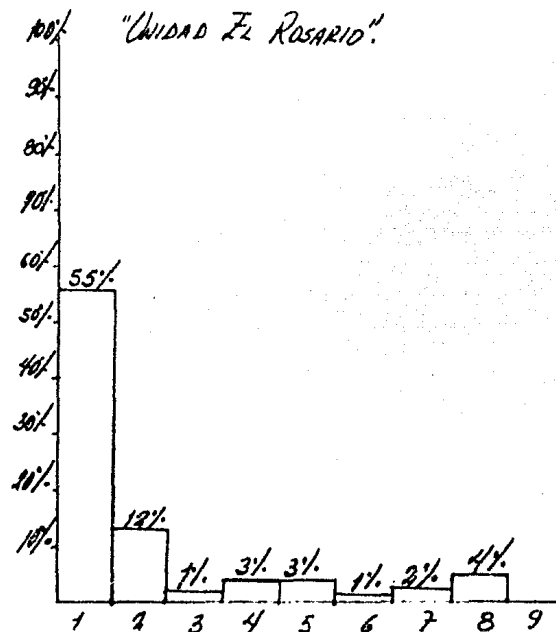
2- DOLOR NEUROMUSCULAR MODERADO.

3- DOLOR NEUROMUSCULAR SEVERO.

100% = 124 PACIENTES.



100% = 89 PACIENTES.



...72

INDICE DE MAL OCCLUSIONES EN PACIENTES QUE
SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IZTAPALCA.

1.- CLASE I.

8.- HORDIDA BORDE A BORDE.

2.- CLASE II.

9.- OTROS.

3.- CLASE III.

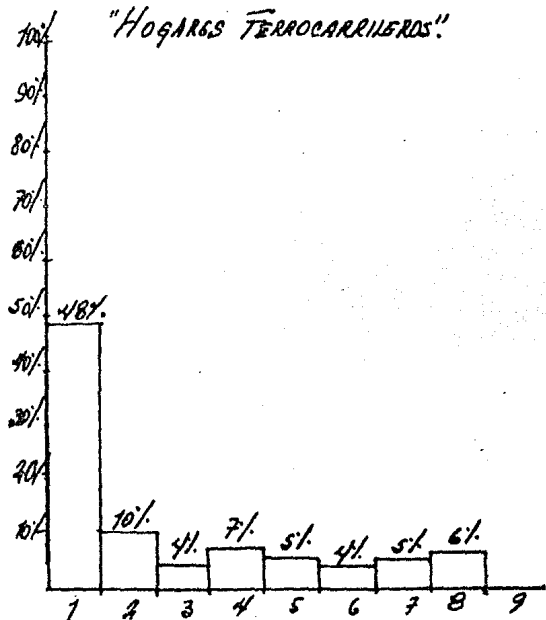
4.- HORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

5.- HORDIDA ABIERTA POSTERIOR.

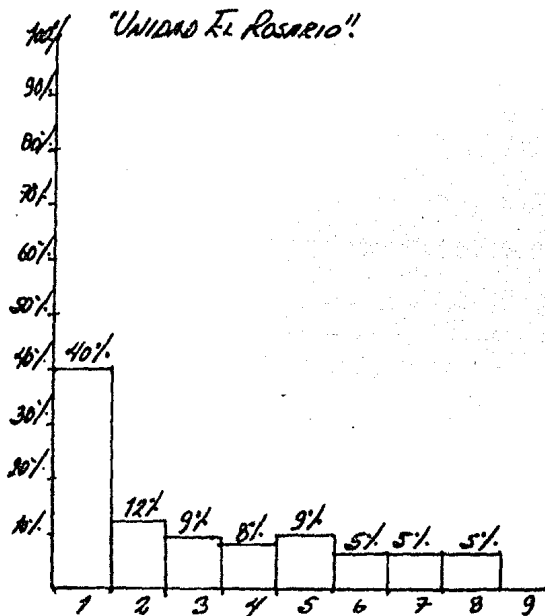
6.- HORDIDA CRUZADA ANTERIOR.

7.- HORDIDA CRUZADA POSTERIOR.

100% = 226 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.



...73

INDICE DE MAL OCCLUSIONES EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA
 I - ETAPAS.

1- CLASE I.

8- MORSIDO BILATERAL

2- CLASE II.

9- OTROS.

3- CLASE III.

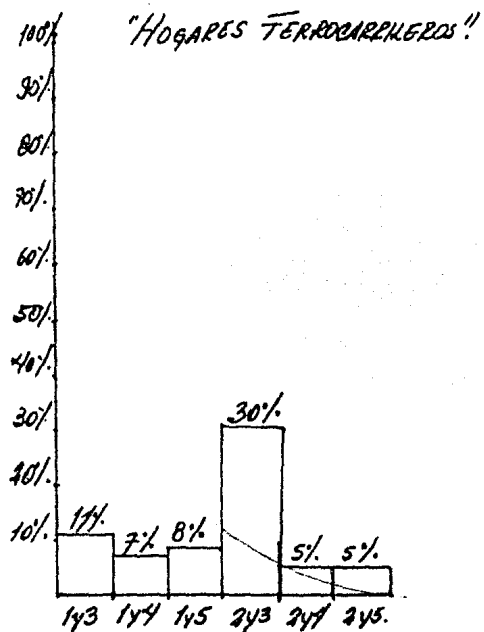
4- MORSIDO ANTERIOR

5- MORSIDO POSTERIOR

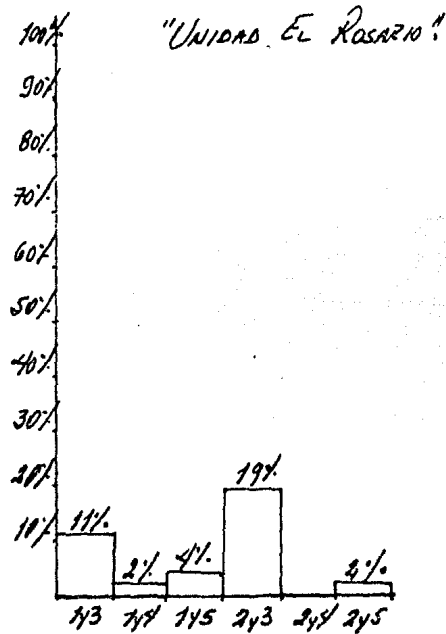
6- MORSIDO CRUZADO ANTERIOR

7- MORSIDO CRUZADO POSTERIOR

100% = 124 PACIENTES.



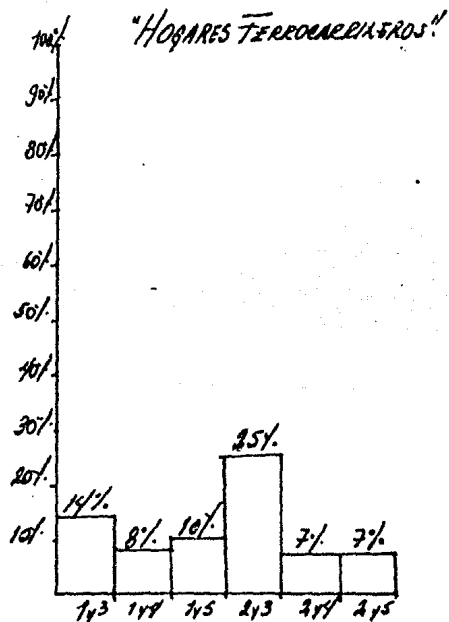
100% = 89 PACIENTES



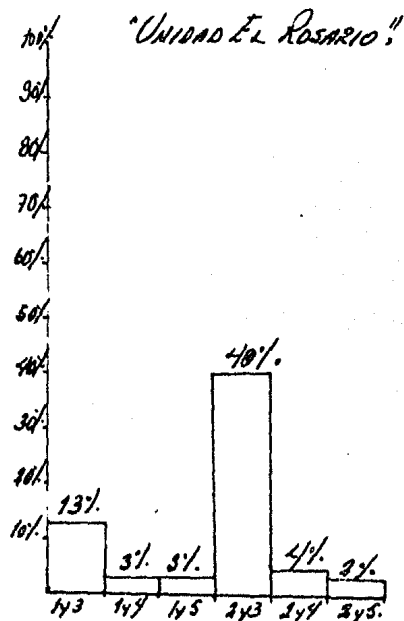
INDICE DE CETAEAS EN PACIENTES QUE SI A-
SISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA FERRELLA.

- 1- FRECUENTES.
- 2- AISLADAS.
- 3- LEVES.
- 4- MODERADAS.
- 5- SEVERAS.

100% = 226 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.

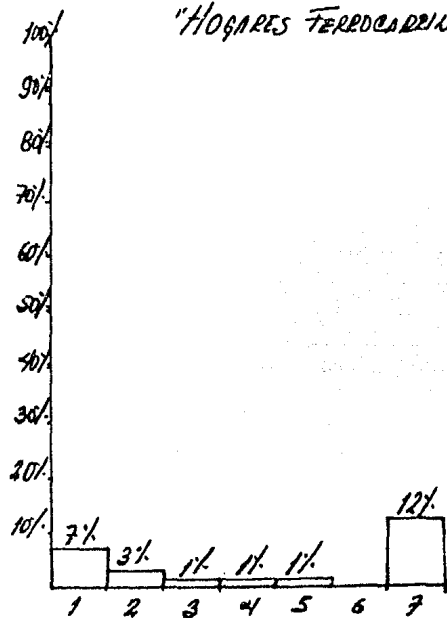


INDICE DE CEFALALGAS EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA DENTODIAGNOSTICA INTEGRAL.

- 1- FRECUENTES.
- 2- AISLADAS.
- 3- LEVES.
- 4- MODERADAS.
- 5- SEVERAS.

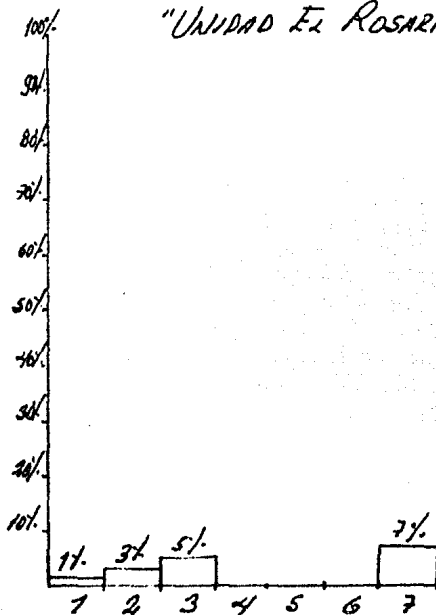
100% = 127 PACIENTES.

"HOGARES FERROCARRIEROS"



100% = 89 PACIENTES.

"UNIDAD EL ROSARIO"

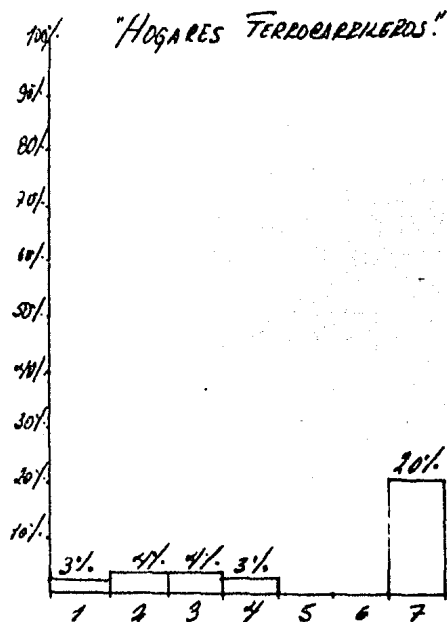


...76

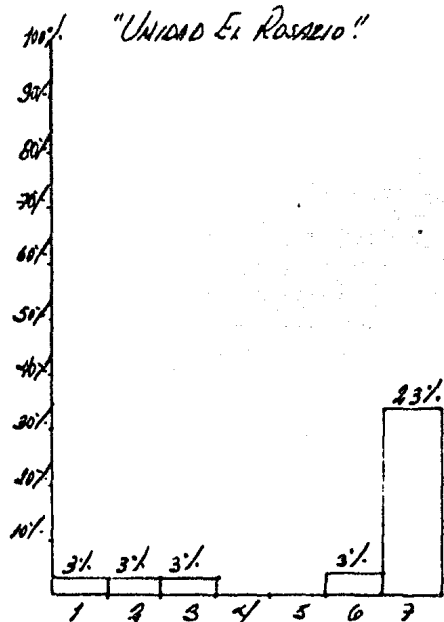
INDICE DE ULCERACIONES BUCALES EN PACIENTES QUE
SE ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA TERRELA.

- 1- ULCERACIONES EN LENGUA.
- 2- ULCERACIONES EN LABIOS.
- 3- ULCERACIONES EN CARRILOS.
- 4- ULCERACIONES EN PISO DE BOCA.
- 5- ULCERACIONES EN PALADAR BLANDO.
- 6- ULCERACIONES EN PALADAR DURO.
- 7- ABSCEOSOS.

100% = 226 PACIENTES.



100% = 261 PACIENTES.

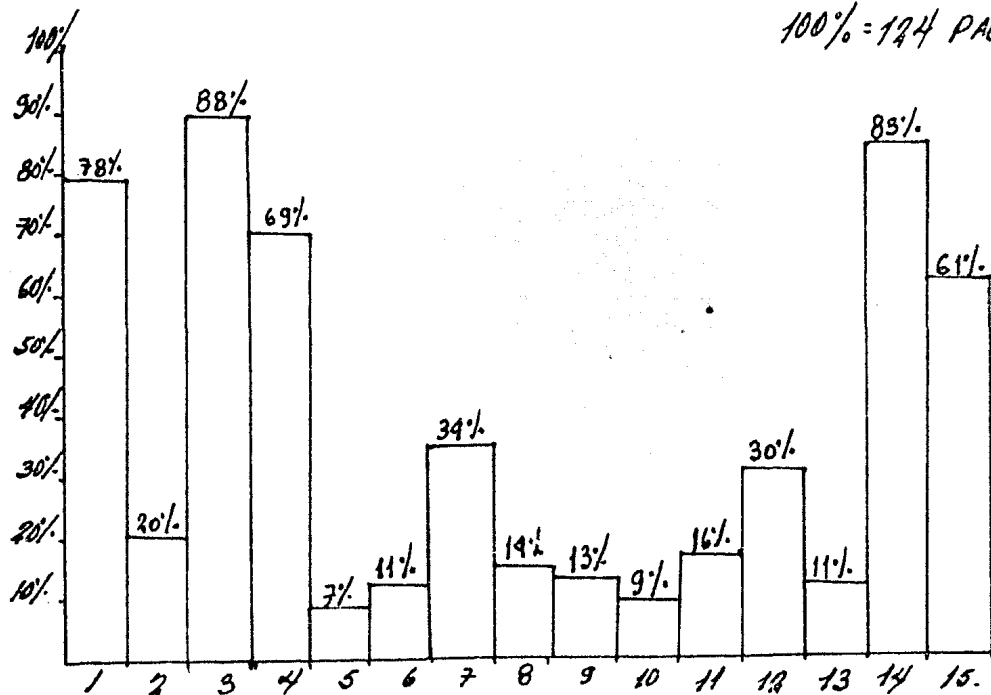


...77

INDICE DE ULCERACIONES BUCALES EN PACIENTES QUE NO ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLÓGICA JEFAMU.

- 1- ULCERACIONES EN LENGUA.
- 2- ULCERACIONES EN LABIOS.
- 3- ULCERACIONES EN CORRIJAS.
- 4- ULCERACIONES EN PISO DE BOCA.
- 5- ULCERACIONES EN PALADAR BLANDO.
- 6- ULCERACIONES EN PALADAR DURO.
- 7- ABSCEOS.

REPRESENTACIONES GRAFICAS QUE INDICAN EL PORCENTAJE DE
CADA UNA ALTERACION DE ACUERDO A LA TABLA DE VALORES
QUE PRESENTAMOS DE LOS PACIENTES DE AMBAS COMUNIDADES
QUE SI ASISTIERON A LA CLINICA ODONTOLOGICA IZTACALA,
Y TAMBIEN A LOS QUE NO ACUDIERON, DE ACUERDO AL NUMERO
TOTAL DE PACIENTES REVISADOS.



100% = 124 PACIENTES.

PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCCODENTALES EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD "HOGARES FERROCARRIEROS" QUE SI ASISTIERAN A LA CLINICA ODONTOLÓGICA IZTACALA.

1- CARIES.

2- TRUQUEOS DENTARIOS.

3- AUSENCIAS.

4- ANOMALIAS DENTARIAS.

5- BOLSAS PARODONTALES

6- MOVIMIENTOS DENTARIOS.

7- RUIDOS ARTICULARES.

8- DISTRIBUCION ARTICULAR.

9- DOLOR ARTICULAR.

10- LIMITACION DE MOVIMIENTOS.

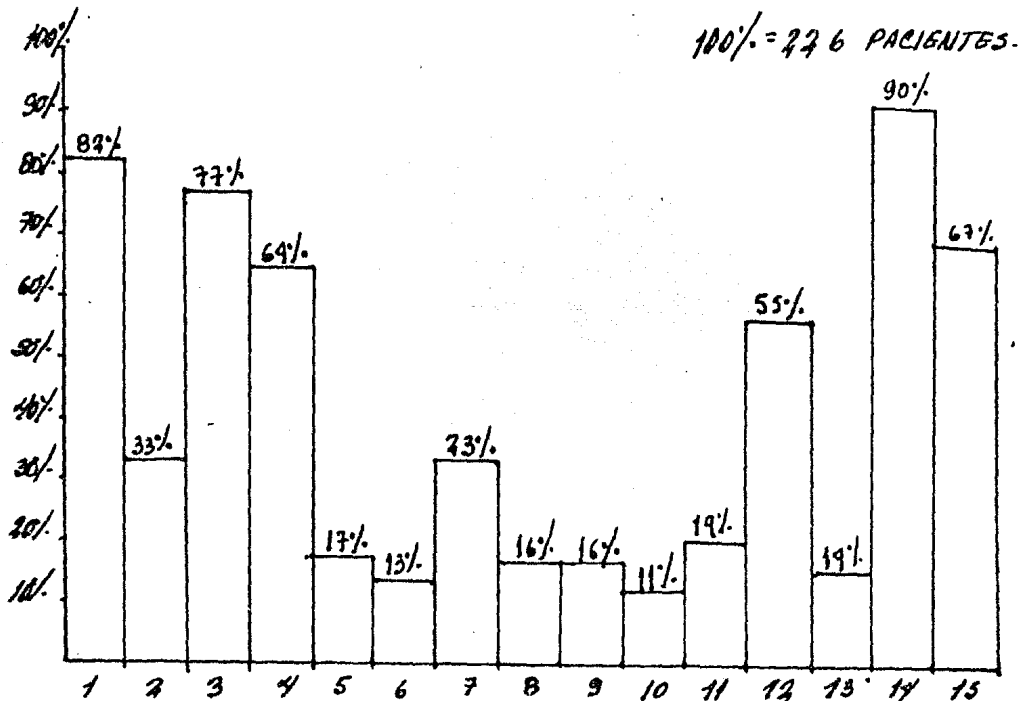
11- BRUXISMO.

12- LESIONES TRAUMATICAS.

13- DOLOR NEUROMUSCULAR.

14- MAL OCLUSIONES.

15- OCEFALEAS.



Porcentaje de Afecciones dentales en pacientes de la comunidad "Hogares Ferroviarios" que no asistieron a la Clínica Odontológica Ferreiros.

1- CARIES.

2- FRACTURAS DENTALES.

3- AUSENCIAS.

4- ANOMALIAS DENTALES.

5- BOLSAS PARODONTALES.

6- MOVILIDAD DENTARIA.

7- RUIDOS ARTICULARES.

8- DESVIACION ARTICULAR.

9- DOLOR ARTICULAR.

10- LIMITACION DE MOVIMIENTOS.

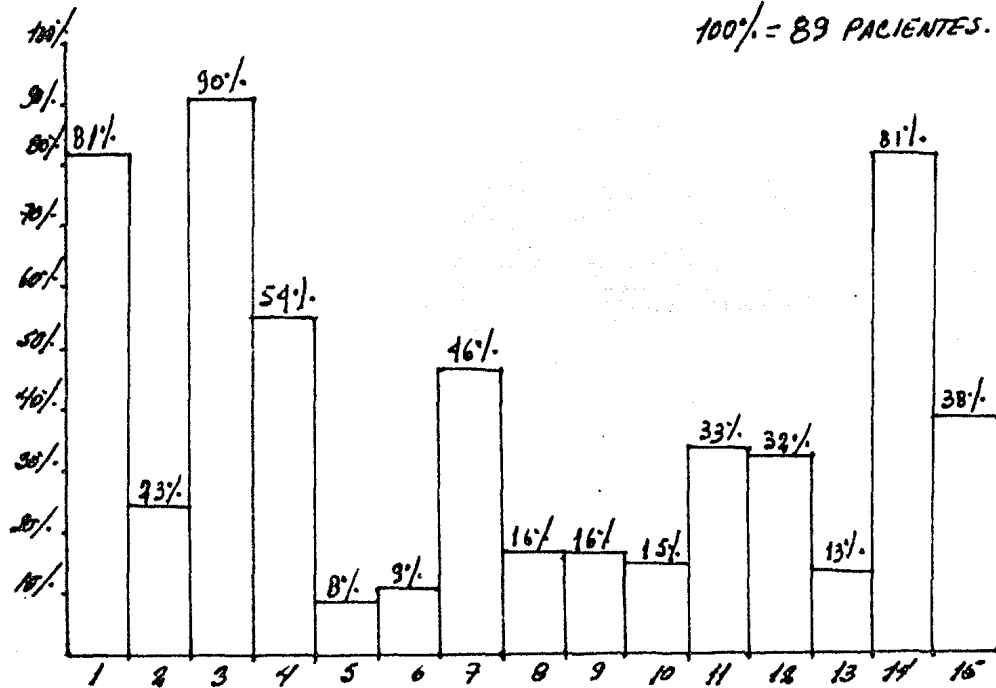
11- BRUXISMO.

12- LESIONES TRAUMÁTICAS.

13- DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO.

14- HALALUCINACIONES.

15- CEFALÉAS.



Porcentaje de Afecciones Orolabiales en pacientes de la Comunidad "Unidad El Rosario" que se asistieron a la Clínica Odontológica I ZITACA.

1- CARIES.

2- FRACTURAS DENTARIAS.

3- AUSENCIAS.

4- ANOMALIAS DENTARIAS.

5- BOLSAS PARODONTALES.

6- ANOMALIAS DENTARIAS.

7- RUIDOS ARTICULARES.

8- DESVIACION ARTICULAR.

9- DOLOR ARTICULAR.

10- LIMITACION DE MOVILIDAD.

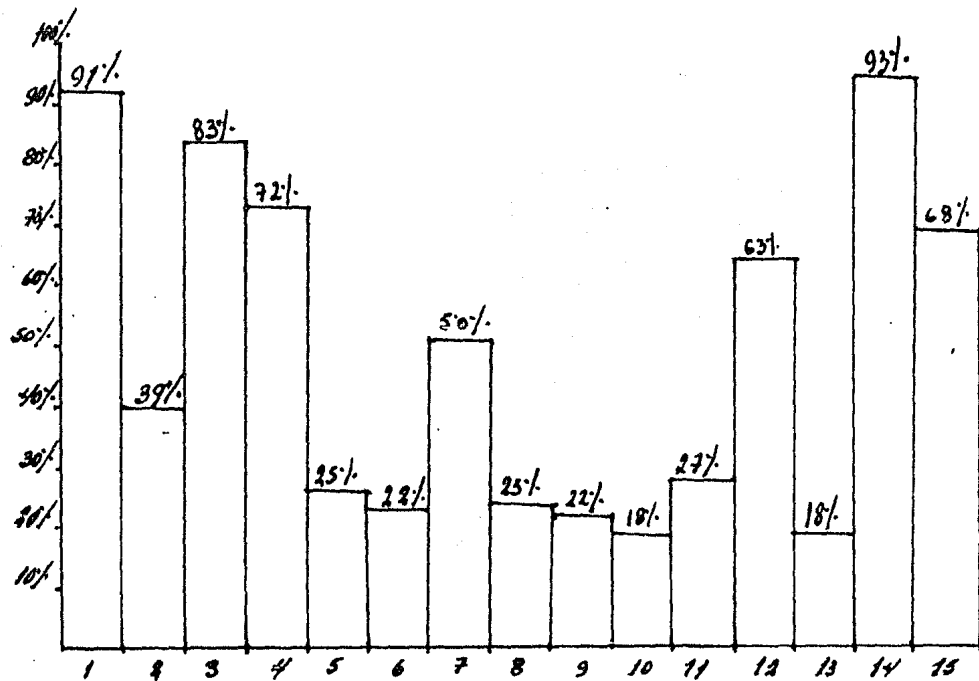
11- BRUXISMO.

12- LESIONES TRAUMATICAS.

13- DOLOR NEUROMUSCULAR.

14- MAL OCCLUSION

15- CEFALALGIAS.



PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS ORODENTALES EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD "UNIDOS EL ROSARIO" QUE NO ASISTIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA-ORTODONCIA.

- | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1- CARIES. | 6- MOVILIDAD DENTARIA. | 16- BRUXISMO. |
| 2- FRACTURAS DENTARIAS. | 7- RUIDOS ARTICULARES. | 17- LESIONES TENDINOSAS. |
| 3- AUSENCIAS. | 8- DESVIACION ARTICULAR | 18- DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO. |
| 4- ANOMALÍAS DENTARIAS. | 9- DOLOR ARTICULAR. | 19- MÚL OCLUSIÓN. |
| 5- BOLSAS PARODONTALES. | 10- LIMITACIÓN DE MOVILIDADES. | 20- CEFALÉAS |

RESULTADOS.

En todos los trabajos de investigación, se tratan de obtener generalmente resultados positivos y favorables a ella, -- sin embargo, en ocasiones sucede lo contrario; o bien, resultados combinados entre positivos y contrarios. Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación epidemiológica, no son del todo favorables como lo esperabamos en un inicio, pero creemos que sí van a ser de gran utilidad para investigaciones posteriores.

En nuestra hipótesis hablamos y suponíamos que la comunidad de "Hogares Ferrocarrileros" iban a presentar menor índice de alteraciones bucales. Pues bien, en algunas es cierto, -- pero en otras sucede lo contrario, es decir, que en la comunidad "El Rosario" hay menos incidencia de determinadas alteraciones, como lo vamos a indicar más adelante por medio de números y estadísticas, y como ya se observó mediante las representaciones gráficas.

Vamos a publicar los resultados de una manera en que no -- se le dificulte al lector y es de la siguiente manera: Clasificaremos a los pacientes que sí asistieron a la Clínica Odontológica Iztacala, como a los que ni siquiera han recibido -- tratamiento alguno, tanto de una como de otra comunidad, es -- decir, de 700 personas examinadas, 350 por cada comunidad. En -- dónde 124 son de "Hogares Ferrocarrileros", que sí asistieron a la clínica y ésto nos da como porcentaje en la población total investigada (700 pacientes) el 17.7%, mientras que el número de la población que no asistió a dicha clínica son 226 -- pacientes, que esto dá como resultado el porcentaje del 32.3% de la población total.

En cuánto a la comunidad de "El Rosario", el porcentaje -- es del 12.7% de pacientes que sí asistieron a la Clínica Odontológica Iztacala, dónde se presentaron a tratamiento 89 pa--cientes; y el porcentaje de pacientes que no asistieron a la-

institución de salud, es del 37.3%, que en número de la población total investigada es de 261 personas.

Ya en las gráficas representamos y dividimos a la población de las comunidades para publicar los resultados, o sea, que del 100% de una sola comunidad, vamos a indicar el porcentaje de las alteraciones existentes, como a continuación lo realizamos:

CARIES.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si a sistieron a la Clínica..... 78%.
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no a sistieron a la Clínica..... 82%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistie ron a la Clínica..... 81%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistie ron a la Clínica..... 81%.

FRACTURAS DENTARIAS.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si a sistieron a la Clínica..... 20%.
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no a sistieron a la Clínica..... 33%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistie ron a la Clínica..... 23%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistie ron a la Clínica..... 39%.

AUSENCIAS DENTARIAS.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si a sistieron a la Clínica..... 88%.
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no a sistieron a la Clínica..... 77%.

Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica..... 90%.
 Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica..... 83%.

ANOMALIAS DENTARIAS DE DESARROLLO.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica..... 69%.
 Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica..... 64%.
 Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica..... 54%.
 Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica..... 72%.

RESTAURACIONES.

Hacemos la aclaración que en éste espacio que corresponde a cualquier tipo de restauración hecha en la boca, encontrando a la mayoría de la población que sí tiene de menos una obturación en su cavidad oral, por lo que no presentamos resultados numéricos en cuánto a los porcentajes de cada una de las comunidades, ya que éstos distorcionan en gran cantidad por el diferente tipo de restauración; pero si hay alguna duda al respecto en el presente cuadro, favor de pasar a las representaciones gráficas anteriormente vistas, puesto que en éstas si presentamos porcentajes de todas las restauraciones presentes en boca de las comunidades revisadas.

GINGIVITIS, GINGIVORRAGIA, PLACA DENTOBACTERIANA Y CALCULO DENTARIO.

En éstas alteraciones sucede algo parecido al cuadro anterior, ya que tomando en cuenta completamente a todos los pacientes revisados y representamos en las gráficas a las personas

con uno, dos, tres o cuatro cuadrantes afectados. Observando - que si uno tiene los cuatro cuadrantes afectados, se incluíra- en los cuatro puntos de que consta su respectiva gráfica, de a cuerdo a nuestra tabla de valores, en las paginas 9 y 10.

BOLSAS PARODONTALES.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica..... 7%.
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica..... 17%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica..... 8%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica..... 25%.

MOVILIDAD DENTARIA.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica..... 11%.
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica..... 13%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica..... 10%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica..... 22%.

RUIDOS ARTICULARES.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica..... 34%.
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica..... 33%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica..... 46%.
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica..... 50%.

DESVIACION ARTICULAR.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>14%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>16%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>16%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>23%.</u>

DOLORES ARTICULARES.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>13%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>16%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>16%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>21%.</u>

LIMITACION DE MOVIMIENTOS ARTICULARES.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>9%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>11%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>14%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>18%.</u>

BRUXISMO.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>16%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>19%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>33%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>27%.</u>

LESIONES TRAUMATICAS EN TEJIDOS DUROS Y BLANDOS.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>30%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>55%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>32%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>63%.</u>

DOLOR NEUROMUSCULAR.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>11%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>14%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>13%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>18%.</u>

MAL OCLUSIONES.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>83%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>90%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>81%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>93%.</u>

CEFALEAS.

Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que si asistieron a la Clínica.....	<u>61%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Hogares Ferrocarrileros" que no asistieron a la Clínica.....	<u>67%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que si asistieron a la Clínica.....	<u>38%.</u>
Porcentaje de pacientes de "Unidad El Rosario" que no asistieron a la Clínica.....	<u>68%.</u>

ULCERACIONES.

Aquí, en éste cuadro, sucede que el tipo de ulceración presente en la boca de los pacientes revisados, pueden presentarse en varias zonas, por lo que no se indican en porcentajes de acuerdo a nuestra tabla de valores en la página 13.

CONCLUSIONES.

Dentro del área del conocimiento que integran la disciplina Odontológica, podemos describir a la epidemiología como a la rama encargada de atender el estado de salud de las comunidades, que en nuestro caso es salud oral. Para el desempeño de su misión, se tendrán que identificar y medir los problemas y hacer el diagnóstico de las enfermedades orales, a fin de poder trazar un plan de acción, siendo como es, impersonal su objetivo de trabajo - La Comunidad -. Los datos con que se tienen que trabajar, no serán ya aquellos testimonios concretos que el Dentista clínico obtiene después del examen de un paciente; se tendrá que trabajar con abstracciones matemáticas, -- con datos estadísticos que en último término reflejan para el sanitarista, la historia natural de las enfermedades, ésto es, como, cuándo y dónde ocurren y que barreras deben oponerse para detener su marcha.

Ahora bien, a pesar de lo sencillo que parece el manejo de los índices epidemiológicos como herramientas para cumplir con éste objetivo, los programas de salud oral en la mayoría de -- los países latinoamericanos, no están basados en las realidades obtenidas por medio de estos estudios y tan escasos son -- sus manejos, que el estudiante de odontología no se le adiestre en éste sentido, a pesar de que las enfermedades señaladas en este trabajo, así como la higiene oral son catalogadas mundialmente como los problemas principales de salud pública en odontología, ya que se considera que son una causa común de -- morbilidad, ya que existen métodos eficaces de prevención y -- control.

Sin embargo, el manejo de los índices epidemiológicos nos da como resultado el conocimiento global de la salud oral de una población, las medidas de prevención y control continúan -- siendo de carácter individual a pesar de que se apliquen a gr n número de personas; éstas acciones además solo en raras ocasiones son sometidas a una evaluación de su eficacia.

Nosotros pensamos pues, que si bien los estudios epidemiológicos nos revelan el estado de salud de las comunidades, las acciones encaminadas a prevenir los procesos patológicos que - en éstas tengan mayor magnitud y trascendencia deberán apegar-se a ésta concepción, e incidir en la medida de lo posible, no ya anivel individual, sino comunitario; además de ser sometidos a evaluaciones constantes mediante nuevos estudios epidemiológicos.

COMENTARIOS.

Después de nuestra investigación, llegamos a conocer por parte de los habitantes de dónde realizamos nuestro trabajo, y deseamos indicar los pros y los contras de la actitud sometida hacia nosotros como investigadores. En cierto modo se nos dificultó llevar a cabo la investigación, ya que en algunos casos, la gente se mostró cerrada e incomprensiva de sus problemas bucales que afrontan, sin saber las repercusiones que pueden suceder si no los conocen. Otras personas ni siquiera se dejaron aplicar el exámen bucal correspondiente a nuestra investigación.

Esto creemos que se debe a la falta de información y educación para los habitantes de toda la población; especialmente a aquellos en que el nivel de vida socio-económico es variable e inestable.

Ahora bien, hay otro tipo de personalidades en las gentes de la misma comunidad y nivel de vida, que sí han tenido cierta educación a sus problemas bucales, y que se comportaron con nosotros a gran altura y es gente consciente, que lleva adecuadamente su higiene personal. Con ésto tratamos de decir que se deberían de llevar campañas de educación y concientización a la población por parte de las autoridades de las instituciones de salud universitarias y del propio gobierno del estado, para así obtener unicamente resultados completamente positivos en todos los estudios que se lleguen a realizar.

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

- 1.- Absean, José y J. M. Korbendau. Oclusión. Buenos Aires, Panamericana 1980.
- 2.- Andrade G. Gustavo. Apuntes de Materiales Dentales. México, U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala 1978.
- 3.- Angülo S. Ramón. Alteraciones Oclusales. México, U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala. Coordinación de Odontología, 1981. (tesis).
- 4.- Bandera Z. Gonzálo. Información personal. México, U.N.A.M. E.N.E.P. Iztacala 1983.
- 5.- Bhaskar, S. N. Patología Bucal. Buenos Aires. El Ateneo, 2a ed. 1975.
- 6.- Durante Avellanal, Ciro. Diccionario Odontológico. Buenos Aires, Mundi, 2a ed. 1974.
- 7.- Foged, J. Temporomandibular Arthrosis. Philadelphia. Edit. Allen and Smith 1970.
- 8.- Glickman, Irving. Periodontología Clínica. México, Interamericana, 4a ed. 1974.
- 9.- Häupl, Karl. Tratado general de Odontoestomatología. Madrid, Alhambra, Tomo II 1977.
- 10.- Henderson, Davis y V. L. Stefeel. Prótesis Parcial Removible según McCracken. Buenos Aires, Mundi 1980.

- 11.- Ozagus Deguchi, José. Prostodoncia Total.
México, U.N.A.M. 1979.
- 12.- Ramfjord Sigurd, P. Oclusión.
México, Interamericana 1972.
- 13.- Toma H. Kurt. Patología Oral.
Barcelona, Salvat 1975.