

109
2 ej^o



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE LA
APARATOLOGIA PROTESICA EN
ODONTOPEDIATRIA.

Jobo

[Handwritten signature]

7 mayo 96.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ALFONSO CRUZ MENDEZ

ASESOR: CD. EMILIO G. BELTRAN LARA



CD. UNIVERSITARIA

MAYO DE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A MIS PADRES

PABLO CRUZ GARCIA
MERCEDES MENDEZ GUTIERREZ
CON CARÍO Y AGRADECIMIENTO POR
HABERME DADO LA MEJOR DE LAS HERENCIAS
QUE PUDIERA OBTENER EN
MI FORMACION COMO PERSONA Y PROFE-
SIONISTA.

GRACIAS.

A LA UNIVERSIDAD

COMO MUESTRA DE CARÍO Y
AGRADECIMIENTO. Y A LOS
MAESTROS Y COMPAÑEROS
GRACIAS.

A MI HERMANO

PABLO POR EL EJEMPLO Y APOYO
GRACIAS.

A MIS HIJOS

IVAN ARELY Y GABRIELA Y A MI ESPOSA
QUE HAN SABIDO IMPULSARME PARA
TERMINAR MIS ESTUDIOS, CON SU APOYO
Y COMPRESION.

GRACIAS.

AL DR. EMILIO C. BELTRAN LARA

MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO POR
LA PACIENCIA Y ORIENTACION QUE
DESINTERESADAMENTE ME BRINDO PARA
LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

GRACIAS.

INDICE

CAPITULO I.

CAUSAS DE LAS PERDIDAS DENTALES PREMATURAS

- a). Síndrome de biberón.
- b). Caries.
- c). Efectos de las extracciones de los incisivos por caries tempranas.
- d). Traumatismos.

CAPITULO II.

AUSENCIAS CONGENITAS

- a). Parcial.
- b). Total.

CAPITULO III.

CRITERIOS PARA EL CONTROL DEL ESPACIO

- a). Mantenedores del espacio.
- b). Fijos.
- c). Removibles.

CAPITULO IV.

LA PROTESIS PARCIAL COMO MANTENEDOR DE ESPACIO.

CAPITULO V.

LA PROTESIS EN EL PACIENTE ENCAPACITADO EN ODONTOLOGIA INFANTIL.

CAPITULO VI.

PROSTODONCIA TOTAL.

CAPITULO VII

ESTUDIO COMPARATIVO REALIZADO EN F O E P.

- Aparatología más usada, frecuente en pérdidas prematuras en niños de dos a 6 años.

- a). Total.
- b). Fijos.
- c). Parcial.
- d). Unilateral.
- e). Removible.
- f). Bilateral.

GRUPOS Y EDAD

DOS A TRES años.

TRES A CUATRO años.

CUATRO A CINCO años.

CINCO A SEIS años.

FRECUENCIA.

TIPO DE APARATO.

CAUSAS PARA SU UTILIZACION.

RESULTADOS.

TIEMPO DE USO.

INTRODUCCION

La rehabilitación pediátrica.- las aplicaciones de la ciencia y la tecnología en la rehabilitación de niños y jóvenes puede tener influencias dramáticas o positivas en sus vidas.

La protésis hacia la ortodoncia preventiva en un apoyo, y cómo también en la comunicación de observar siempre la rehabilitación en un acercamiento real de nuestro paciente. debe ser una reunión de necesidades individuales y para lo esencial, observándose de manera importante y funcional. como su crecimiento. Por lo tanto podemos decir que es relevante el desarrollo de protocolos, y apoyándonos en aspectos fundamentales -la fisiología, el crecimiento y la aplicación de aspectos fundamentales preventivos- podemos concertar o dictaminar las causas más importantes de la pérdida dental y su respectiva rehabilitación, lo más cerca de la función y respetado el crecimiento.

Por lo tanto, ésta es una investigación clínica de estas causas, que propongo a consideración de la comunidad odontológica. Este estudio propone resoluciones presentes, teniendo en cuenta los avances de nuestro tiempo.

REVISION BIBLIOGRAFICA.

CAUSAS DE LAS PERDIDAS DENTALES PREMATURAS.

MELSEN (1982).- Estudio de la relación entre las extracciones prematuras por caries en dientes de la segunda dentición y su oclusión.

Las extracciones prematuras tienen efecto importante en el desarrollo de la oclusión, provocando un incremento en la frecuencia de la mal oclusión y la consecuente necesidad de tratamientos futuros.

BRYAN Y KOYOUMDIJSKY-KOYO (1981).- Reporta que los efectos de las extracciones prematuras influyen en desarrollo normal de las raíces de los suceros permanentes.

Las extracciones de los molares primarios pueden afectar el tiempo normal de erupción de los premolares, ya sea retardándolos o acelerándolos ; cuando la erupción se acelera en estos dientes, el desarrollo de su raíz es prematuro y da como consecuencia el acortamiento de estas.

HARTMAN (1984).- Menciona que una de las causas de la extracción prematura de los segundos molares primarios se debe a la erupción del primer molar permanente.

Esta erupción provoca mesialización y reabsorción radicular del segundo molar primario y su exfoliación prematura, estableciendo una mal oclusión.

CARIES

DOCTOR DILLEY.- Y colaboradores, observaron un gran número de pacientes con esta afección, y no hay asociación de un alto prolongado o de un trastorno.

EL DR. JOHNSEN.- Sugirió que la caries puede haber sido un problema de una sobre-indulgencia o falta de atención.

Otro estudio examinó la actitud de los niños de caries de este tipo en diferentes lugares y prácticas en perfil definitivo del niño. Cerca de un tercio de los niños con este tipo de caries (temprana), estaban alertas sobre un cuidado excesivo.

EL DR. DERKSON Y PONTY.- Encontraron la prevalencia de la caries temprana de 3.2 de una gran ciudad que no tenía fluoración secundaria, el promedio de prevalencia es del 55 % encontrado. La caries de ese tipo puede resultar de una destrucción extensa de los dientes anteriores maxilares, si se deja de tratar aún por un período corto de tiempo. Si el proceso carioso no es controlado los dientes afectados pueden estar involucrados tal grado que la extracción puede estar requerida, especialmente si existe involucración periapical extensa presente, si se le permite progresar a tal estado.

EL DR. RIEKMAN BADRAWAY.- En un estudio, los niños que tenían incisivos maxilares que se les extraían debido a este tipo de caries se les evaluaba. En cuanto al desarrollo del habla parecía que no había ningún efecto a largo plazo en este tipo de desarrollo sobre sujetos probados entre edades de 5 años hasta 11.5 años de edad. El cuarenta y seis por ciento de los padres respondió que sus niños tenían dificultad para comer y masticar sin los incisivos maxilares, mientras que el 53.9 mencionaron que sus niños tenían dificultades.

Este grado de adaptabilidad pudo haber sido relacionada a la edad y al tipo de dieta; niños mayores pudieron haber sido capaces de adaptarse a comer y masticar sin los incisivos, y el grado de dificultad encontrado también pudo ser dependiente del tipo de diente con el cual se alimentaba el niño. Los alimentos más duros pudieron haber requerido el hacer incisiones que representaban un grado significativo de dificultad en estos niños, lo cual altera la dieta del niño, y sustituyéndola con alimentos más blandos.

La mayoría de padres dijo que sus niños no tenían problemas haciendo contacto social después de las extracciones de los incisivos maxilares. El otro 12% de los niños pudieron haber presentado dificultades al hacer contacto social, aún con sus dientes maxilares intactos, debido a su personalidad inherente o a la falta de desarrollo.

Los niños más jóvenes con dentición mixta no tuvieron que verse afectados socialmente hasta cierto grado; debido a su exposición limitada con nuevos niños, ellos tuvieron menos problemas para encajar en un grupo de niños, los cuales estaban en la dentición mixta, y estaban exfoliando en forma activa sus incisivos primarios. En estas investigaciones se mencionó que ellos no observaban un cambio notorio en la conducta de los niños después de las extracciones de los incisivos.

En el 23.1 por ciento de los niños se notó un tipo de cambio conductual, o bien pudieron haber estado bajo cambios no atribuibles a tales cambios: pueden haber sido el desarrollo psicológico social encontrado en niños preescolares después de las extracciones.

Otros cuatro padres escogieron clasificar a sus niños como poco tímidos después de las extracciones. Solamente dos padres pensaron que el comportamiento de sus niños fue anormal después de la remoción de los incisivos en combinación sobre el cambio conductual observado después de las extracciones.

TRAUMA A LA DENTICION PRIMARIA

SCHRIEBER.- Siguió 42 casos de avulsión o movimientos de dientes primarios y encontró en el más del 20 % de estos niños; posteriormente se evidenciaban áreas lipoplásicas sobre los incisivos permanentes.

Encontró que la edad más común de las lastimaduras ocurren en los dientes primarios, entre año y medio y dos años y medio, cuando está en la etapa de aprendizaje para caminar, es relativamente incoordinado, y cuando es muy importante examinar cuidadosamente la dentición por si existiera cualquier tipo de dientes fragmentados por las rupturas presentes para el trauma con dientes opuestos y para exposición pulpar.

Los dientes deaplazados pueden ser reposicionados, y aún ferulizados si es necesario, y si se les deja sanar por sí solos, y se les permite erupcionar.

PROBLEMAS PROTESICOS

EL DR. JAMES.- En una descripción clásica de la restauración de la función normal por medio del uso de dentaduras completas en niños preescolares.

DR. KRASSE'S.- Hizo la revisión sobre 15 pacientes de grupos de la misma edad que fueron rehabilitados en forma dental con el uso de prótesis.

EL DR. MEARS.- Sobre 20 casos, los cuales se recomiendan cada clínico que encuentre este tipo de problemas y de soluciones protésicas.

DR. SARNET.- Y colaboradores, en los casos de displasias ectodérmicas. Ellos reportan un seguimiento de 14 años en un paciente al que se le ha colocado 5 juegos de dentaduras completas superiores e inferiores a manera de ajuste al crecimiento.

EL DR. BORJIAN.- Ha resumido las ventajas de dentaduras parciales completas en dentición primaria y mixta, donde el espacio mantiene la formación de tejido fibrótico, el cual puede interferir con la erupción de los dientes permanentes.

Se favorece la extrucción de los dientes en el arcada opuesta, se previene la función dental normal, el mantenimiento del balance facial y una apariencia mejorada se prevee; y hay un mantenimiento de los patrones normales del habla.

LAS DESVENTAJAS.- Son una retención incrementada del alimento, así como el promedio de caries, si los hábitos de higiene oral no se mejoran en este tipo de pacientes.

EL DR. ESPITO.- Sugiere una sobredentadura, construirla en un caso de un niño de tres años de edad, que se presentó después de seis meses, para una revisión. Todos los dientes maxilares excepto los dos molares y caninos que tenían terapia de conducto habían sido extraídos, los dientes maxilares restantes habían sido preparados en cuanto a sus bordes gingivales. Los molares mandibulares han sido restaurados.

DR. COCKBURN'S.- La preparación de cera se construye para reproducir una apariencia estética en la dentición primaria con respecto al mantenimiento del espacio entre los dientes.

Inicialmente el paciente tuvo algunas dificultades en mantener la dentadura superior en la boca, pero para mejorar estas dificultades, se le aconsejó utilizar una pasta adhesiva para dentaduras, durante los primeros días de una semana. Más tarde, él tenía la facilidad completa con su nueva dentadura, hasta para colocarla y utilizarla en el tiempo de sueño.

LAS PERDIDAS PREMATURAS DE DIENTES.

KRONOFELD.- Considera que el único espacio que debe preocupar es el del segundo molar primario, cuando éste se pierde antes de la erupción del primer molar permanente antagonista. El espacio creado suele actuar como mantenedor de espacio cuando erupciona el permanente.

HERIDAS TRAUMATICAS.

La cobertura radiográfica debe ser adecuada, debiendo incluir áreas adyacentes a los dientes traumatizados, así como los dientes opuestos.

Los dientes primarios, o decolados, o traumatizados, siempre son un peligro potencial, ya que la infección se puede desarrollar, e involucra dientes subyacentes.

HERIDAS TRAUMATICAS.

ELLIS.- El desplazamiento por extrusión no es común en la dentición primaria, a causa de que hay poco espacio disponible en una mandíbula pequeña y una maxilar, para poder expandirse a partir de esa dirección, cuando la extrusión es presente o está presente.

De acuerdo con **ELLIS**, generalmente se debe a una fractura radicular por la extrusión resultante del segmento coronal.

ABLUCION TRAUMATICA DE UN CUSPIDEO

DR. MIYAMOTO.- Ha estudiado los efectos de las pérdidas prematuras en los cuspideos primarios y segundos molares, los cuales son de mal oclusión de los dientes permanentes en 225 niños. El ha encontrado que el tratamiento ortodóntico es más prevalente en aquellos niños que pierden prematuramente uno o más cuspideos o molares; el apiñonamiento de los dientes anteriores se afecta directamente por la pérdida prematura de dientes cuspideos primarios.

EL DR. PROFIT.- Ha establecido que el seguimiento de la pérdida prematura de una mesialización y un movimiento distal en un diente cuspideo de los incisivos puede ocurrir en ambos.

En la dentición de los incisivos en su región, los dientes primarios o permanentes, puede surgir algún tipo de movimiento de una contracción activa de las fibras transcortales gingivales y la presión ejercida por los labios y carrillos.

La pérdida temprana de los dientes primarios no es el único factor determinante que concierne a problemas ortodónticos futuros.

DR. MACDONALD.- Ha establecido que una musculatura oral anormal y la presencia de hábitos orales, así como la existencia de una mal oclusión y la etapa de la dentición en desarrollo de una mal oclusión que conduzca a una pérdida prematura de los dientes permanentes o primarios, la manutención del espacio creado después de una pérdida dentaria de los cuspideos dentarios mandibulares, está indicando un reimplante de los dientes primarios ablucionados. No se indica un arco lingual pasivo con un botón como aparato para lograr la manutención del espacio, ya que el aparato va a prevenir de un movimiento distal de los incisivos mandibulares, y segundo, la erupción de los dientes laterales permanentes.

CARIES TEMPRANAS EN NIÑOS.

EL DR. DILLFY - Y colaboradores, observaron un gran número de pacientes con esta afección. No hay asociación directa de un alto prolongado o de un trastorno familiar que se encontrara, con excepción de las predominantes condiciones socio-económicas bajas de los padres, que no sabían el significado de lo que ocurría cuando la higiene oral debería instituirse.

EL DR. JOHNSEN - Sugirió que la caries puede haber sido un problema de una sobre-indulgencia o falta de atención. Otro estudio de JOHNSEN examinó las características demográficas y sociales, y la actitud de los niños con caries de este tipo.

En diferentes lugares y prácticas en perfil definitivo del niño no pudo haber sido hecho a través de este estudio, y cerca de un tercio de los padres con niños con este tipo de caries tempranas estaban alertas de potenciales problemas sobre un cuidado excesivo.

EL DR. DERKSON Y PONTY - Encontraron la prevalencia de la caries temprana de 3.2 de una gran ciudad canadiense que no tenían fluoración secundaria. El promedio de prevalencia es del 55%, encontrado en dos poblaciones de nativos americanos, el de Alaska y Oklahoma.

La caries de este tipo puede resultar de una destrucción extensa de los dientes anteriores maxilares si se dejan sin tratar, aún por un período corto de tiempo. Si el proceso carioso no es controlado, los dientes afectados pueden estar involucrados a tal grado, que la extracción puede estar requerida, especialmente si existe involuación periapical extensa presente, si se le permite progresar hasta tal estado avanzado.

Pocos estudios han sido realizados para investigar los efectos de las múltiples extracciones en niños jóvenes con caries de este tipo. El propósito de este estudio fue investigar las percepciones parentales de los padres de niños con caries de este tipo que requerían la extracción de sus 4 incisivos maxilares.

Las habilidades sociales, el desarrollo del habla, el progreso escolar y los cambios de la personalidad en estos niños que se investigaron.

EL DR. RIEKMAN Y BARDAWAY - En este estudio, los niños que tenían incisivos maxilares que se les extraían debido a este tipo de caries, se les evaluaba en cuanto al desarrollo de habla.

Parecía que no había ningún efecto a largo plazo en el desarrollo de él sobre los sujetos probados entre edades de 5 años hasta los 11.5 años de edad; el 46% de los padres respondió que sus niños tenían dificultades para comer y masticar sin los incisivos maxilares, mientras que el 53.9% mencionaron que sus niños no tenían dificultades; este grado de adaptabilidad pudo haber sido relacionado a la edad y al tipo de dieta.

EXTRACCIONES PREMATURAS DE MOLARES PRIMARIOS.

El método de JACOBSEN Y LIND.- Se refiere a los valores absolutos de las medidas en la corona y longitud radicular, y se relacionaron unos con otros utilizando estas medidas: se consideraban apropiadas, de manera que no hubiera atracción en la punta de la corona o resorción radicular.

A partir de estas áreas de raíz en le estudio seccional, se calculó la longitud y área de los radios para los dientes sucedáneos y de los molares extraídos prematuramente en el grupo experimental y sus antagonistas.

Se intentó registrar el estado de la maduración dental de los premolares al tiempo de las extracciones de sus sucesores. En este estudio se tenían radiografías de extracción, y antes de las extracciones, que permitieron la asesoría de la formación radicular de la papila del diente permanente, además de la edad cronológica y sexo de los pacientes examinados. El promedio del radio se agrupó por sexo y por edad, y el tiempo de la extracción en los más jóvenes o los que eran mayores de 8 años, y el tipo de dientes primero y segundo premolar de estos subgrupos fueron realizando el método de prueba de WILCOXON de las parejas de rangos significativos.

Las extracciones prematuras pueden conducir a una aceleración o un retardo en el tiempo de erupción de los premolares: en el caso de aceleración, la longitud radicular puede no alcanzar dos tercios o tres cuartos de su longitud final, como se espera en una erupción final.

AUSENCIAS CONGENITAS PARCIALES Y TOTALES

GRABER.- Dió a conocer que la frecuencia total de pacientes de dientes congénitamente ausentes (excepto los terceros molares) varía de 1.6 a 9.6%, aunque la falta etiológica de los dientes se desconoce y hay tendencia familiar.

GRABER, al revisar la falta congénita de los dientes, indicó que había pruebas que demostraban realmente ser el resultado de una o más mutaciones en un sistema poligénico estrechamente ligado, a menudo transmitido por un patrón autosómico dominante con penetración incompleta y expresividad variable. La displasia ectodérmica hereditaria puede relacionarse con anodoncia parcial, y en estas circunstancias, los pocos dientes pueden estar deformes, a menudo en forma de cono; pueden observarse en niños a quienes les faltan dientes de uno o de ambos cuadrantes del mismo lado debido a que recibieron radiación en la cara a edad temprana.

GRAHNEN.- Indica en datos clasificados que la hipodoncia y corona en forma de cono, la etiología, se debe a un gen dominante autosómico con una elevada penetración variable; en el mismo plan pueden ocurrir grados variables de hipodoncia y coronas en forma de clavija, y que es una impresión incompleta del gen para la agencia de dicho diente.

Por otra parte, los estudios de MANDEVILLE y GRAHNEN indican que el carácter pudiera ser poligénico, y posiblemente operan otros factores con trastornos endocrinos que tenían formas clavijiformes o agenesia de los incisivos maxilares.

COEHN Y ANDERSON.- Registraron agenesia en los incisivos laterales en el 25% de los escolares normales, y el 10.6% en niños retrasados. Esto reflejaba sin duda la incidencia del 15% de los incisivos laterales clavijiformes en pacientes con trisomía 21.

A menudo existe labio leporino paladar hendido asociado con hipodoncia, más frecuente con hiperdoncia. Estas anomalías dentales son producidas por hendimientos en la región del anclaje de estos dientes.

Incisivos mandibulares.- Parecen presentar hipodoncia con más frecuencia que el incisivo lateral inferior. Es difícil decidir cuál de los incisivos es anormal, debido a su semejanza en tamaño y número; después de estudiar radiográficamente, se concluye que es dudoso que la hipodoncia del incisivo lateral mandibular ocurra con tanta frecuencia como la del incisivo central.

La hipodoncia de los incisivos centrales inferiores no solamente es más frecuente, sino que ocurre en asociación con otras ausencias de dientes, y eran dos veces más frecuentes que la agenesia de los incisivos laterales maxilares y de otros dientes.

SINDROME DE TRISOMIA 21

LLANDAU.- Efectuó una comparación cefalométrica de niños con síndrome de Dawn y de sus hermanos normales; fué evidente el retardo en el crecimiento de ambos maxilares ubicados hacia adelante, bajo la base craneana.

La susceptibilidad a la caries suele ser baja, mucho menor, tanto en la dentición primaria como en la permanente.

ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO

FARRELL.- Demostró que aunque es posible comer una dieta balanceada sin masticar, junto con la función masticatoria están los placeres emocionales. La restauración del aspecto puede ayudar a prevenir una posible agravación psicológica.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Al realizar nuestro estudio, el objetivo terminal será el de conocer la frecuencia de pérdida dental anterior y el criterio para preservar el espacio anterior en niños de 2 a 6 años, restableciendo así mismo la función. Para tal efecto nuestro estudio se basará en la recopilación clínica de la cual derivaremos el resultado estadístico.

METAS Y OBJETIVOS.

Este estudio se realizará en la clínica de odontopediatría de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el cual se utiliza una población de niños de ambos sexos, cuyas edades estén en el rango de los 2 a los 6 años, los cuales asisten regularmente a tratamiento dental a la clínica de odontopediatría. Se seleccionó este rango de edad por presentar las características propias de la infancia para la realización de este estudio comparativo y la frecuencia de la aparatología protésica que requiere el paciente, y conocer las necesidades.

Se realizará una historia clínica para conocer las causas y la frecuencia de la pérdida dental prematura de cada paciente para reestablecer su apariencia personal, para lo cual se realizará este estudio en un periodo de 60 días aproximadamente, con la colaboración de los doctores de la clínica de odontopediatría de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Odontología.

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Los procedimientos estadísticos se obtendrán mediante la realización de las historias clínicas, de los cuales se obtendrán los datos para la realización de las gráficas con respecto a la frecuencia de pérdida dental anterior y sus causas. La aparatología usada en el tiempo, edad y sexo, y por comparación de resultados para aplicar el mejor criterio en cuanto al cuidado del espacio anterior.

RESUMEN

Este estudio se realizará en la clínica de odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y en base a la necesidades de la población infantil.

En cuanto a la problemática y las consecuencias dadas por la pérdida prematura de los dientes debido a caries, ya sea causada por el alimento en biberón, por traumatismo, y el cual se realizó este estudio con el fin de reestablecer la función masticatoria, su estética y la apariencia normal del paciente infantil.

La selección de los sujetos de estudio.- Se obtuvieron mediante una selección de acuerdo a su edad y la realización de una historia clínica para valorar el estado de salud dental y sus carencias.

Tipo y tamaño de la muestra. Datos de la población.- Se realizó una historia clínica en el cual se obtuvieron los datos como EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE Y MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO Y LA EDAD DE SU PRIMERA ATENCIÓN DENTAL.

Método de Recolección de Datos.

Se recolectaron en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología, en la clínica de odontopediatría, mediante una historia clínica en la cual se examinaron niños de ambos sexos, cuyas edades están en el rango de los 2 a los 6 años, los cuales sisten regularmente a tratamiento dental. Fue seleccionado este rango de edad por presentar las características propias de la infancia para realizar este estudio.

MATERIALES Y EQUIPO

Se utilizó un bolígrafo 100 historias clínicas, y se entrevistó a 100 niños de ambos sexos.

MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

De las 100 historias clínicas, caso por caso, para clasificarlas de acuerdo a su edad y sexo, y se realizarán las gráficas correspondientes; se enumerarán de acuerdo al tipo de aparato, causa y edad.

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Lugar de nacimiento _____

Padre _____ Ocupacion _____

Madre _____ Ocupacion _____

Medicamentos que ha tomado _____

Dosis _____ Tiempo _____

Toma actualmente biberon _____

Hasta que edad tomo biberon _____

Como se lo quitaron _____

Que le daba aparte de leche en el biberon _____

Como lo endulzaba _____

A que edad recibio su primer atencion dental _____

Con que frecuencia asiste al dentista _____

QUE TRATAMIENTOS HA RECIBIDO

Extracciones _____ Que pieza _____ Porque _____

RESINAS _____

AMALGAMA _____

CORONAS _____

APLICACION TOPICA DE FLOUR _____

En caso de responder afirmativamente de la perdida de piezas dentales

A que edad perdio la pieza _____

Porque causa _____

Utiliza algun aparato _____

De que tipo y porque _____

Que tiempo tiene de usarlo _____

Que tiempo le indicaron de uso _____

Despues de las extracciones en que tiempo se le coloco su aparato _____

Que ventajas ha encontrado en su uso _____

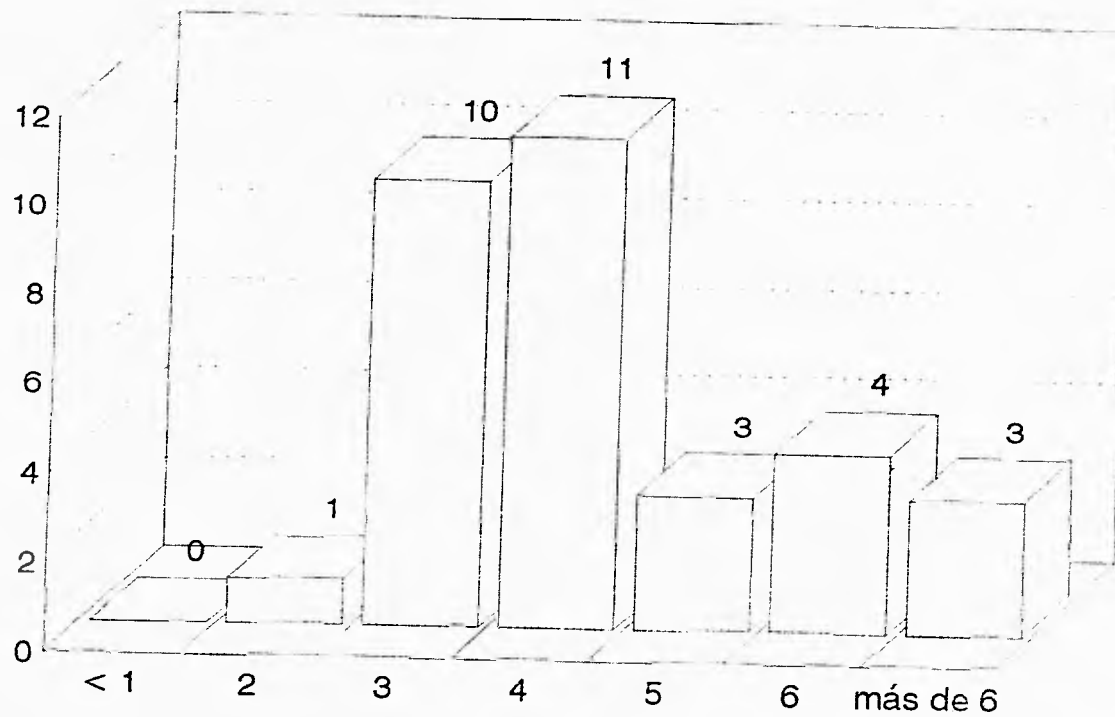
Que desventajas ha encontrado _____

Con que frecuencia se le vigila el aparato _____

Que niveles establecieron de prevencion en el uso _____

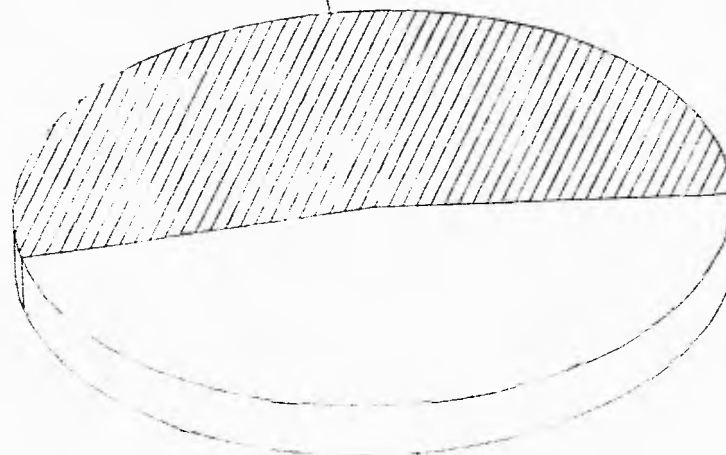
Que tecnica de cepillado ha utilizado _____

DISTRIBUCION DE EDADES



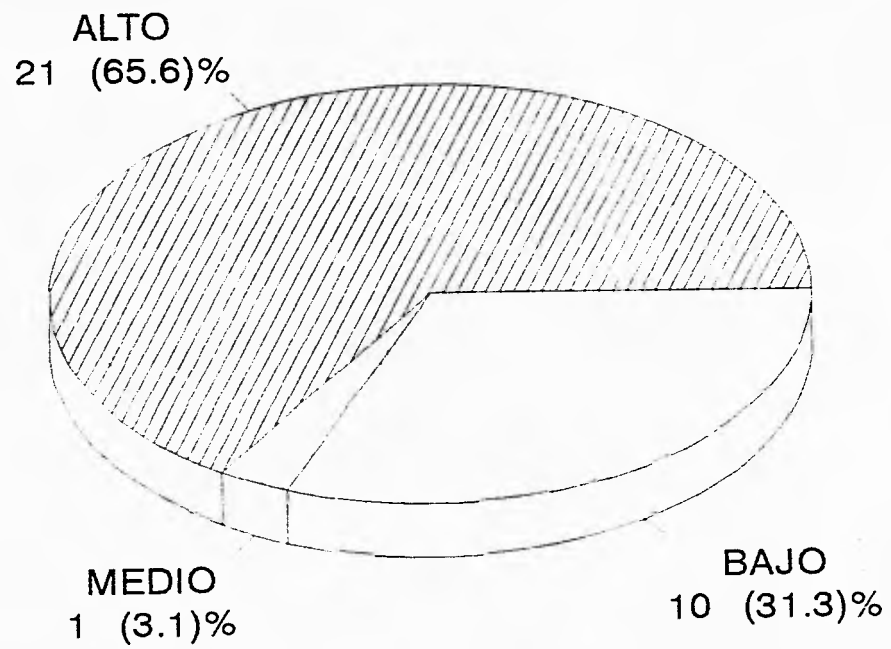
**PROPORCION POR SEXO
ENTRE LOS SUJETOS DE ESTUDIO**

FEMENINO
17 (53.1)%

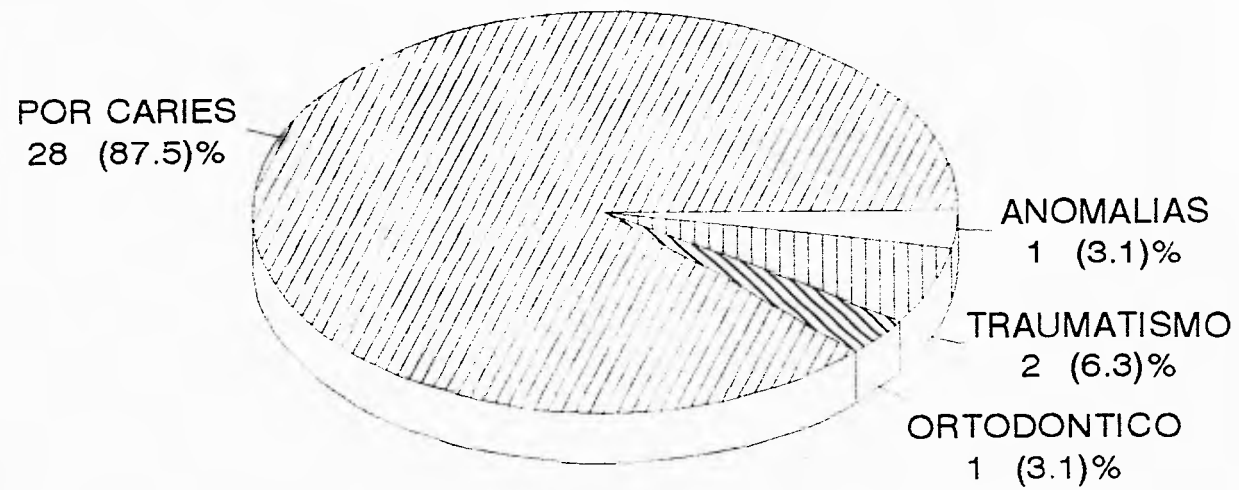


MASCULINO
15 (46.9)%

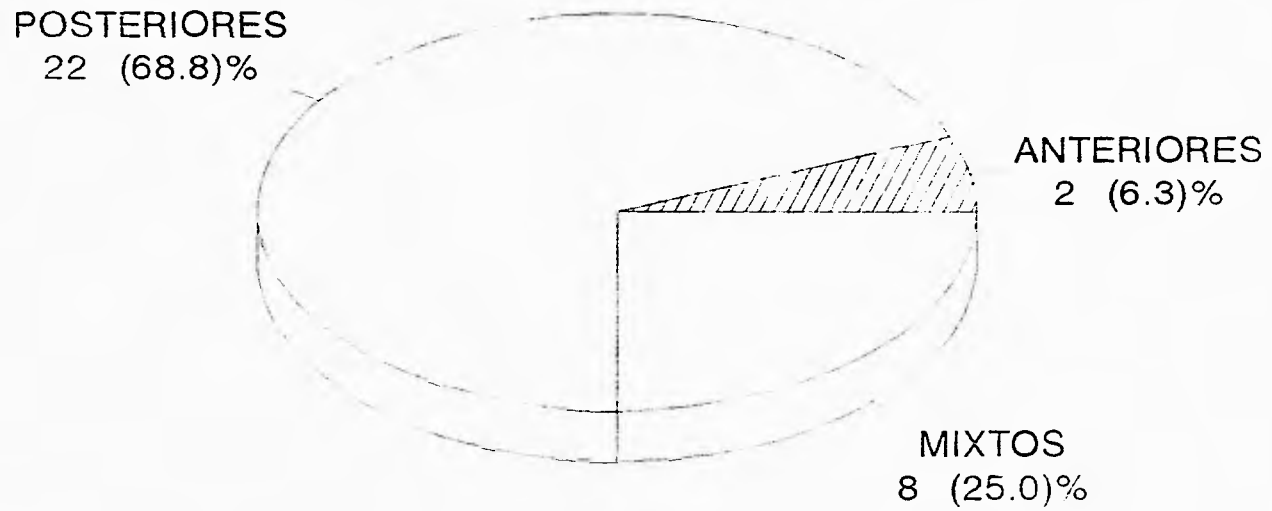
DISTRIBUCION DE NIVEL SOCIAL



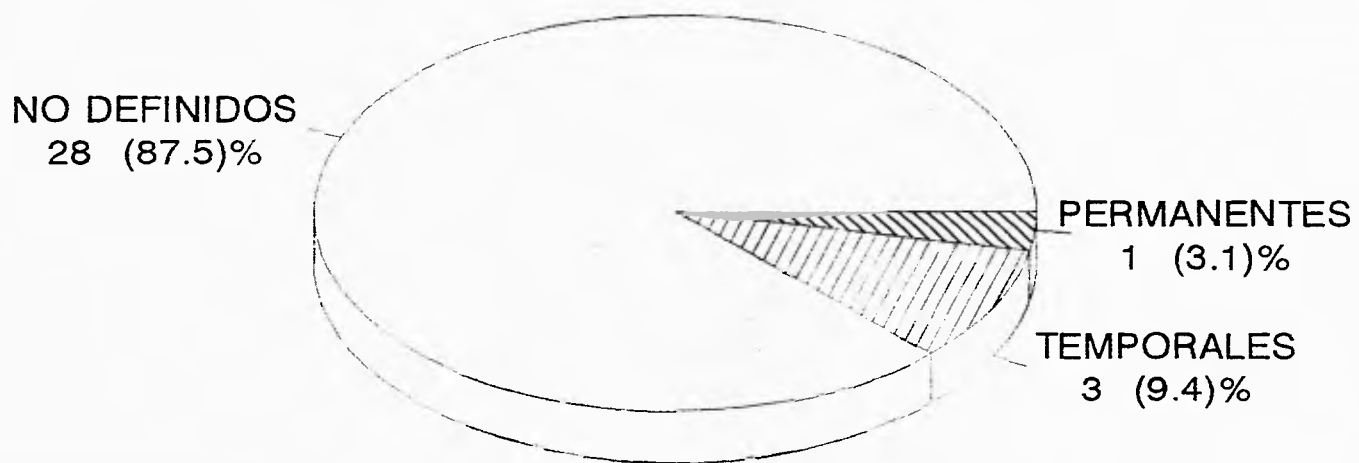
CAUSAS DE LA EXTRACCION



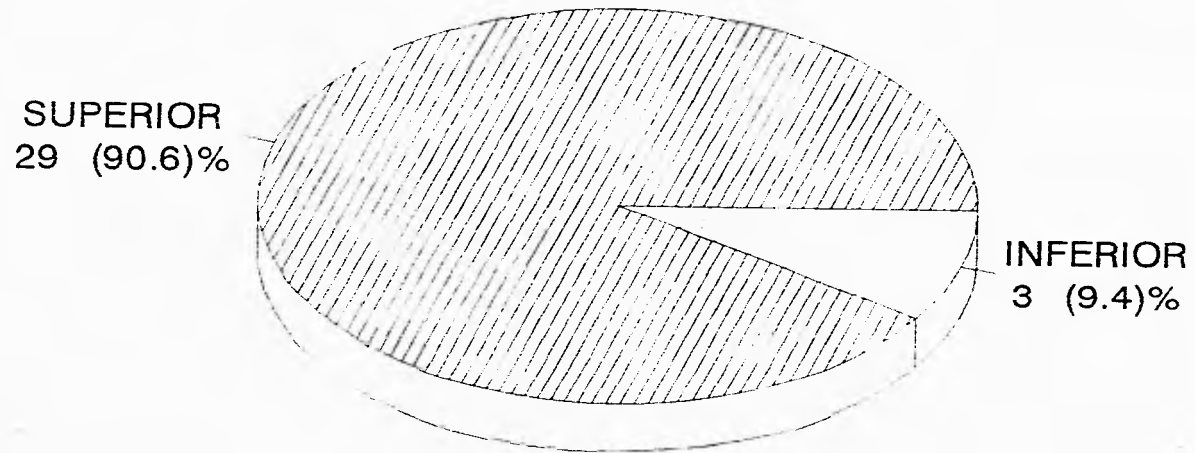
**DISTRIBUCION DE LA POSICIÓN
EN RELACION A LOS DIENTES**



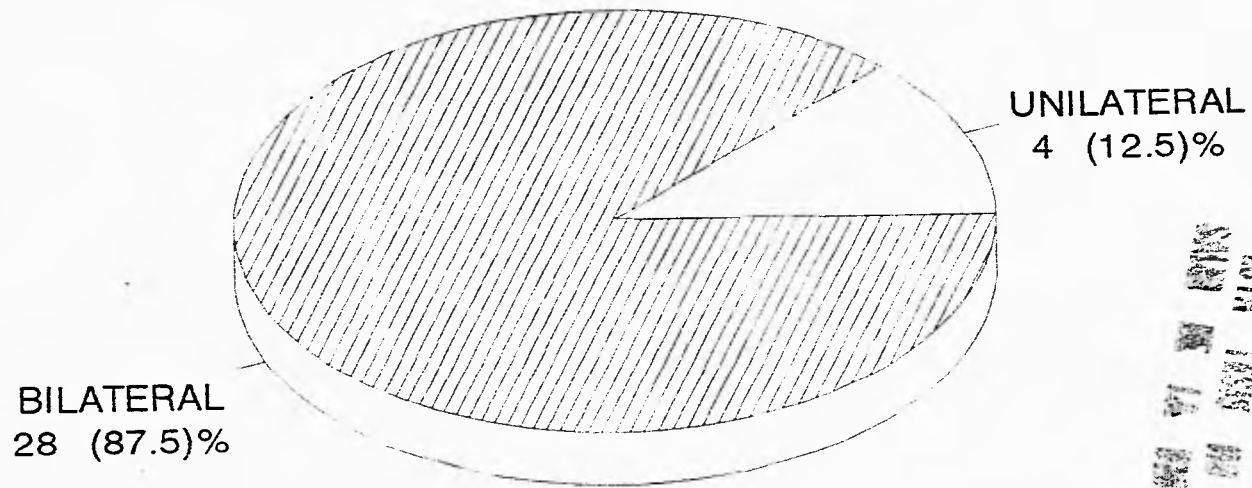
**DISTRIBUCION DE TIPO DE PLACA
SEGUN EL TIPO DE DENTICION**



**DISTRIBUCION DE TIPO DEPLACA
POR LOCALIZACION**

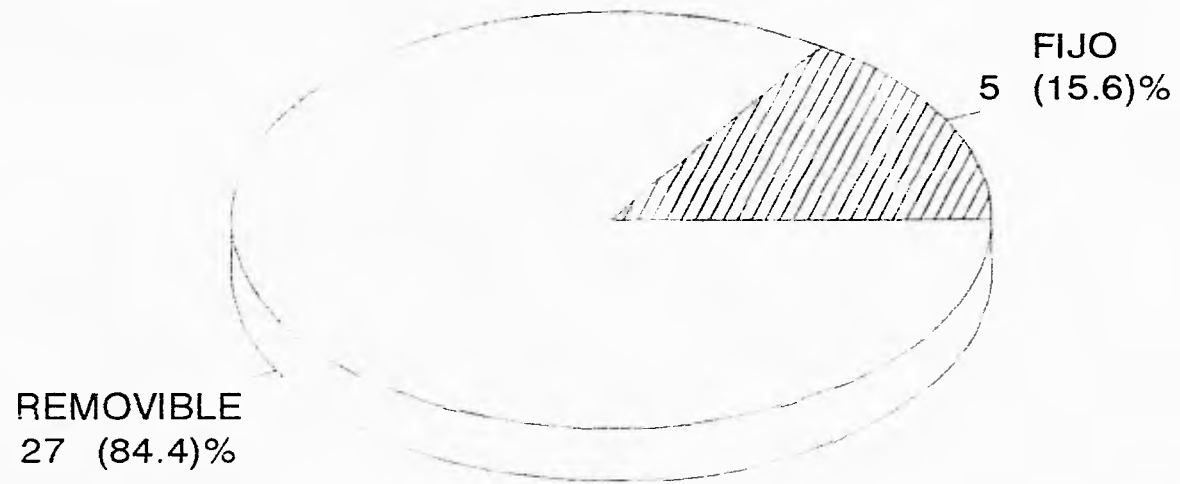


DISTRIBUCION DE TIPO DE PLACA

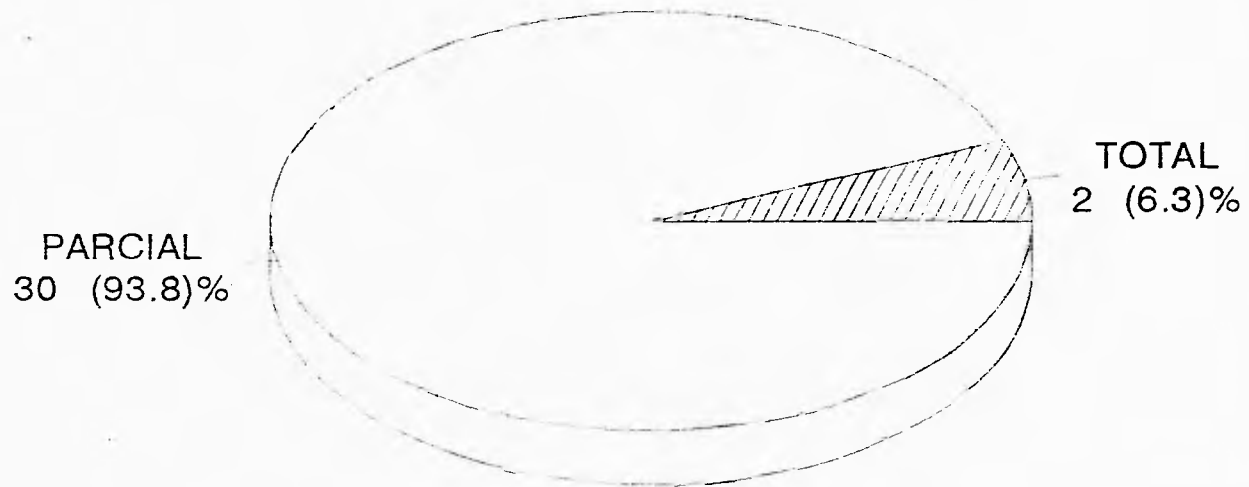


RECIBIDO EN LA
SECRETARIA DE
ESTADO DE
MEXICO
EL 15 DE
MAYO DE 1957

DISTRIBUCION DE TIPO DE PLACA



DISTRIBUCION DEL TIPO DE PLACA



ANALISIS DE DATOS.

Después de realizar las historias clínicas, se analizaron de acuerdo a las necesidades y problemas del paciente y el tipo de aparato que se realizará y el tratamiento indicado para conocer las causas y la frecuencia de la pérdida dental prematura de cada paciente para reestablecer su apariencia personal.

METODOS ESTADISTICOS.

Resultados. - Se obtendrán mediante la realización de las historias clínicas, de las cuales se obtendrán los datos para la realización de las gráficas con respecto a la frecuencia de la pérdida dental anterior

DISCUSION.

En vista del desarrollo de la presente investigación, es presumible que:

- 1.- Que los mismos odontopediatras no están de acuerdo en la rehabilitación protésica en niños.
- 2.- Que los aparatos que frecuentemente se han propuesto o se colocan actualmente, no guardan los lineamientos básicos del cuidado y acompañamiento del crecimiento y/o desarrollo.
- 3.- Y por ende el clínico se preste a colocar estos aparatos sin respetar las edades y los reflejos de crecimiento y desarrollo.
- 4.- Es de recordar que debemos considerar la Etiología de la pérdida dental y al tiempo de reestablecer la función. También debemos de construir métodos preventivos, por lo que me salta a la memoria la definición de la odontopediatria que dictó el DR. RAYMOND PAWLY de Costa Rica, considerado el padre de la odontopediatria, que dice:
"La odontología infantil es aquella rama de la odontología que, contemplando al niño en su totalidad, tanto en su aspecto físico como psicológico, en cuanto a sus problemas presentes, para evitarles daños similares en el futuro."

CONCLUSIONES.

La aplicación de aspectos fundamentales preventivos para dictaminar las causas más importantes de la pérdida dental y su respectiva rehabilitación.

Lo más cerca de la función, respetando y acompañando el crecimiento y desarrollo, por lo tanto esto es una investigación clínica de estas causas, que ponga a consideración de la comunidad odontológica, y en el cual se proponen resoluciones presentes.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Nowak J. Arthur
Odontología para el paciente impedido
Modificaciones en odontología restauradora.
Editorial Mundi Saic y F.
Año 1979
(278-296).
- 2) Sidney B. Finn
Clínica Pedodóntics
Editorial Sanders
Año 1957
(323-329).
- 3) Macdonald D D S M S
Avery R. David
Odontología para el niño y el adolescente
Erupción de los dientes
Editorial Mundi
4 ediciones
(114-120).
- 4) DR. Shafer G. William
Trastorno del desarrollo y el crecimiento
Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana Levy
1986
(44-46).
- 5) Morris Brahan
Odontología pediátrica
Editorial Panamericana
1988.
- 6) Gorlin J. Robert
Goldman M. Henry
Anomalista en el desarrollo de los dientes y maxilares
Patología Oral
Editorial Salvat
1983
(135-142).

- 7) Pinkham J. R. Metigue J. Dennis
Odontología Pediátrica
Introducción a la traumatología dental
Editorial Interamericana
Año 1991
(175-264).
- 8) Davis John M. Law B. David . Lewis Thompson
Paiododncia Atlas
Prostodncia para niños
Editorial Médica Panamericana
2a. edición
(375-420).
- 9) Regeni A. Joseph
Patología Bucal
Enfermedades metabólicas y genéticas de los maxilares
Editorial Interamericana
Año 1991
(475-478).
- 10) Wei H: y Stephen
Pediatric Denistry
Prosthodontics for the children
Editorial Lea y Febiger
Año 1988
(259-274).
- 11) Leyt Samuel
El niño en la odontología
Las pérdidas prematuras de los dientes
Editorial Mundi
Año 1986
(237-265).

REVISTAS

- 12) Steelman Robert, Holmes Douglas, Byron Mark, Cupp Dolly.
The journal of clinical Pediatric Dentistry
Volumen 15, Número 4
Año 1991
(249-250).
- 13) Bergental O., Echerdal A.L., Hallonsten G., Koch J.
International Dental Journal
Volúmen 41. número 3
Osseo Integrated Implants in the oral.
Año 1991
(149-156).
- 14) Joho Pierre Jean, Marechaux C. Sabine
Journal of Dentistry for children
Prothesis for primary dentition
January-February (1980)
(50-52)
- 15) Chiara Baroni, Rimondi Lia.
The Journal of clinical pediatric dentistry
Space Maintenance and anodontic follow up
Volumen 16, número 2, 1992
(94-97)
- 16) Brian Ilana DMD, Bassat BEN Yocheved
Journal of dentistry for children
Prematura extractions of primary molars
September-october 1991
(409-412).
- 17) Mass Eliyahu DMD, Sarfat Haim
Journal of dentistry for children
Single maxillary central incisor
Sept-Oct. 1991
(413-416).
- 18) Koroluk D. Lorne DMS, Riekman A. George DDS.
Journal of dentistry for children
Parents perceptions of children extractions
May-June 1991
(233-236)