

86
20



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDA A LA
DENTICIÓN INFANTIL PARA SU ÓPTIMO
DESARROLLO**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MOISES CURIEL ORTÍZ



ASESORA: C.D. MARISELA GARCÍA MARTÍNEZ.

México, D.F., 1998.

Vo. Bo.

269348

**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.

AGRADECIMIENTOS

A MI HIJA: BRENDA POR QUE TU REPRESENTAS, LO MÁS MARAVILLOSO DE LA VIDA, Y ME INSPIRAS A SUPERARME DÍA A DÍA, TE AMO.

A MI ESPOSA: JUNTOS, NOS ESFORZAMOS PARA LOGRAR ESTE ANEHELO, Y SEGUIREMOS TRABAJANDO, PARA LOGRAR, MUCHOS MÁS, GRACIAS POR TU APOYO, TE QUIERO MUCHO.

A MIS PADRES: NO EXISTEN PALABRAS PARA AGRADECER CADA UNA DE LAS ACCIONES, QUE REALIZAN POR MI, GRACIAS POR SU CARIÑO Y FORTALEZA. VICKY TE AMO, JORGE ERES EL MEJOR EJEMPLO. Y EN ESTE RENGLON ESTAN USTEDES ABUELOS (+), ADOLFO Y JULIA. SU AMOR, LO SIGO COSECHANDO.

A MIS HERMANOS: D.R. JORGE JESUS CURIEL ORTIZ, EN VERDAD ERES ADMIRABLE, ESTOY ORGULLOSO DE TI. DAVID, SE QUE SIEMPRE VES POR MI, GRACIAS. LOS QUIERO MUCHÍSIMO.

A LA FAMILIA CURIEL Y ORTIZ:
SON IMPORTANTES TODOS Y CADA UNO DE USTEDES, ES IMPOSIBLE MENCIONAR A TODOS PERO GRACIAS, EN ESPECIAL A GABY, DIANA Y LALO.

**A MIS AMIGOS:RODRIGO ARRONIZ, CESAR ARAUJO, CESAR ALONSO,
ENRIQUE RECAMIER, ALEJANDRA ROJAS, ISRAEL SANCHEZ, CAROLINA
CRUZ, CECILIA PALAFOX, EMILIO ANAYA, KARLA SANCHEZ. Y TODOS LOS
DEMÁS QUE DESAFORTUNADAMENTE OMITO, POR RAZONES OBVIAS.
GRACIAS POR TODOS ESOS INOLVIDABLES MOMENTOS TAN ALEGRES,
ESPERANDO REPETIRLOS TODA LA VIDA.SU AMISTAD ES INVALUABLE.**

A LOS DOCTORES :

C.D.AMALIA BALLESTEROS VIZCARRA.

C.D.MAGDALENA BANDÍN GUERRERO.

C.D. ÁNGELES MONDRAGÓN DEL VALLE.

CON CARÍÑO Y AGRADECIMIENTO POR CONTAR CON SU AMISTAD Y
CONFIANZA.

MTRO. ANGEL KAMETA TAKIZAWA.

MTRA.MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ.

GRACIAS POR SER PARTE ELEMENTAL DE MI FORMACIÓN ACADÉMICA.

C.D. MARISELA GARCÍA MARTÍNEZ, POR EL TIEMPO DEDICADO Y POR
HABER COMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS EN LA ASESORÍA DEL
PRESENTE TRABAJO.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.1.-Desarrollo y erupción de la dentición infantil	01
1.2.-Cronología de la dentición infantil	06
1.3.-Estructuras de la cavidad oral infantil	07
1.4.-Estructuras de la dentición infantil	08
1.5.-Estructuras de un diente	09
1.6.-Características anatómicas generales de los dientes primarios, en comparación con los dientes permanentes.	13

CAPITULO II

2.1.-Importancia de la dentición infantil	15
2.2.-Aspectos fisiopatológicos de la dentición infantil	19
2.3.-Aspecto psicológico de la dentición infantil	20

2.4.-Características de un diente primario sano	23
2.5.-Características de una encía sana infantil	24
2.6.-Conceptos de oclusión	25
2.6.1.- Oclusión ideal	26
2.6.1.1.- Requisitos	26
2.6.2.- Oclusión satisfactoria	26
2.6.1.2.- Requisitos	27

CAPITULO III

3.1.-Principales afecciones que atacan a la dentición infantil en México	28
3.2.-Caries (Generalidades)	29
3.2.1.- Definición	29
3.2.2.- Etiología	30
3.3.-Maloclusión	33
3.3.1. Definición	33
3.3.2.- Etiología	33

3.3.3.- Influencias hereditarias	34
3.3.4.- Influencias generales	36
3.3.5.- Influencias locales	37

CAPITULO IV

4.1.-Cuidado de la dentición infantil	38
4.1.1.-Integrantes del equipo	38
4.1.2.-Técnica de cepillado	39
4.1.3.-Hábitos nutricionales recomendados	43
4.2.-Auxiliares eficaces en el cuidado de la dentición infantil, realizados por el Cirujano Dentista.	46
4.2.1.-Fluoruro	46
4.2.2.-Selladores de fosetas y fisuras	49
4.2.3.-Clorhexidina	50
4.3.-Especialidades auxiliares recomendadas, para el cuidado de la dentición infantil.	51

CONCLUSIONES

54

BIBLIOGRAFÍA

56

INTRODUCCION

Las primeras etapas -Gestación e Infancia- son las más importantes y decisivas en la vida de una persona. Una atención cuidadosa tanto de padres, como de los profesionales de la salud, favorecen al sano desarrollo durante su vida. Existen diversos aspectos que deben conocer los padres respecto al cuidado de sus hijos. Cada bebé se distingue entre sí por sus preferencias, hábitos y modo de crecer. Por esta razón los niños deben ser tratados como individuos, y quien mejor que los propios padres para saber cuales son las necesidades y actitudes de los pequeños.

La Odontología Moderna crea las pautas para la salud bucal, por medio de la educación. Para un buen crecimiento y desarrollo del niño, entendiendo que son funciones inherentes al ser humano, que con frecuencia se confunden con una misma. Crecimiento es el aumento del tamaño del cuerpo, mientras que el desarrollo es el grado de maduración de los órganos y sistemas que constituyen el cuerpo, así como el mejoramiento en sus funciones. Ambas dependen de diversos factores, como la buena alimentación, un medio ambiente adecuado y un espacio familiar cálido, comprensivo y estimulante.

La prevención de la patología bucal se inicia y se practica mejor antes que se establezca la enfermedad, y por esta razón debe comenzar muy temprano en la vida. Usaremos descuidadamente la palabra "sano" para significar la idea de "Perfecto", lo que es "Más Comúnmente" y "Libre de signos obvios de enfermedad".

En este estudio nos enfocaremos a las condiciones que debe conocer la población en cuanto a la "IMPORTANCIA DE LA DENTICION INFANTIL". Describiendo como es el desarrollo de la dentición infantil, desde su formación y erupción, conociendo la "Cronología de la Dentición Humana". Sus estructuras, algunas características individuales de los dientes primarios, funciones. Tomaremos en cuenta la relación, psicológica del niño, las condiciones de un diente "sano", encía "sana" en fin los componentes de la cavidad oral infantil.

Estudiaremos las afecciones que atacan principalmente a la población infantil, como la caries, cual es su etiología, que otros problemas causan pérdida de los dientes temporales. Para instruir a los padres y niños, para que, junto con los profesionales de la salud, en particular con el Cirujano Dentista, creen un equipo capaz de obtener el mejor desarrollo de la Dentición Infantil, así como su cuidado y mantenimiento óptimo.

CAPITULO I

1.1.- DESARROLLO Y ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN INFANTIL

El reconocimiento del desarrollo de los dientes y su erupción a la cavidad bucal se aplica clínicamente. El término erupción se utilizó para denotar la emergencia del diente a través de la encía que denota un movimiento dental completo más continuo desde la yema dental hasta el contacto oclusal. (Demirijian, 1986). La calcificación o mineralización (que se visualiza casi siempre con medios radiográficos) de la matriz orgánica de un diente, formación radicular y erupción dental, son indicadores importantes de la edad dental. Esto se refleja como evaluación de la edad fisiológica comparable a la edad con base en el desarrollo esquelético, peso o altura. (Demirijian, y col. 1973).

Sin embargo, cuando se forman las coronas y raíces de los dientes parecen ser los tejidos menos afectados por las influencias del medio (nutrición, endocrinopatías, etc.) y la dentición se considera el mejor indicador fisiológico de la edad cronológica en los jóvenes (Smith, 1991). El desarrollo dental se basa también en la emergencia

(erupción) de los dientes. Sin embargo debido a la caries, pérdida dental y malnutrición grave influyen, en la emergencia de los dientes a través de la encía.

En casi todos los casos la erupción de los dientes no provoca molestias al niño, pero en ocasiones motiva irritación local, que por lo regular es menor pero puede tener suficiente intensidad para interferir con el sueño infantil. Los primeros incisivos primarios erupcionan comúnmente sin dificultades; los problemas con la "dentición infantil" se relacionan por lo regular con la erupción de los molares relativamente grandes.

Los signos de la " dentición infantil " pueden manifestarse local, (Seward, 1971) y sistémicamente (Seward, 1972).

Locales

⇒Enrojecimiento o tumefacción gingival sobre el diente que erupciona.

⇒Pápulas eritematosas en los carrillos.

Sistémicos

- ⇒ Irritabilidad general, llanto.
- ⇒ Pérdida de apetito.
- ⇒ Somnolencia.
- ⇒ Mayor salivación y babeo.
- ⇒ Disminución del apetito.
- ⇒ Aumento de la sed.

La calcificación de los dientes primarios empieza en el útero entre las 13 a 16 semanas. A las 18 a 20 semanas después de la fertilización, todos los dientes primarios empiezan su calcificación. La erupción de la dentición primaria se realiza entre el sexto y el treceavo mes de vida posnatal. Se lleva de dos a tres años para que la dentición de complete, empieza con la calcificación inicial del incisivo central primario hasta la terminar las raíces de los segundos molares primarios.

Sin embargo, cada diente permanente toma de ocho a catorce años para completarse, si se considera el tercer molar. De manera normal al nacimiento no están visibles los dientes en la boca. Y en ocasiones hay niños que nacen con los incisivos mandibulares erupcionados. El tamaño o morfología así como la formación, es hereditaria (Gorn y col, 1965).

La emergencia o erupción de los incisivos centrales mandibulares primarios a través de la encía se presenta a la edad promedio de ocho meses, con una variación estándar de más o menos uno. La erupción va seguida, casi dos meses después de los incisivos centrales superiores a la edad promedio de diez meses y después los incisivos mandibulares laterales a la edad promedio de trece meses.

En algunos casos los lactantes muestran cuatro incisivos mandibulares antes que erupcionen los dientes maxilares. A la edad promedio de 16 meses, erupcionan los primeros molares primarios con el molar maxilar con tendencia a erupcionar antes que el primer molar mandibular (Lunf y Law, 1974). Hay alguna evidencia de una diferencia por sexo en los primeros molares primarios. El canino

maxilar primario erupciona, a la edad promedio de diecinueve meses y los caninos mandibulares a los veinte meses. El segundo molar mandibular primario erupciona, a los veintisiete meses en promedio con evidencia de diferencia entre niños y niñas. El segundo molar primario maxilar sigue a la edad promedio de veintinueve meses.

La secuencia predominante de erupción de los dientes primarios en los maxilares individuales es; incisivo central (A), incisivo lateral (B), primer molar (D), canino (C), segundo molar (E). Cuando se consideran las diferencias entre los maxilares, (Lunf y Law, 1974). Concluyen que el incisivo lateral, primer molar y canino tienden a erupcionar más temprano en el maxilar que en la mandíbula. Sato y Ogiwara (1971) encontraron un orden característico.

.2.-CRONOLOGIA DE LA DENTICION INFANTIL.(4)

DENTICION	DIENTE	DENTRO DE UTERO (Semana)	CORONA COMPLETA (Meses)	BROTE (Meses)	RAIZ (Años)
	Incisivo Central	14(13-16)	1 . 5	10 (8-12)	1 . 5
	Incisivo Lateral	16(14-16)	2 . 5	11 (9-13)	2
PRIMARIA	Canino	17(15-18)	9	19(16-22)	3 . 5.
SUPERIOR	Primer Molar	15.5(14.5-17)	6	16(13-18)	2 . 5
	Segundo Molar	19(16-23.5)	11	29(25-33)	3
	Incisivo Central	14(13-16)	2.5	8(6-10)	1 . 5
PRIMARIA	Incisivo Lateral	16(14 -17)	3	13(10-16)	1 . 5
(INFERIOR)	Canino	17(16(9	20(17-23)	3 . 5
	Primer Molar	15.5 (14.5-17)	5.5	16(14-18)	2
	Segundo Molar	18(17-19.5)	10	27(23-31)	3

1.3.-ESTRUCTURAS DE LA CAVIDAD ORAL INFANTIL

Como es conocido por la cavidad oral se inicia el proceso digestivo, ya que en ella se lleva acabo el ensalivado y la trituración de los alimentos, los cuales pasan al estómago a través de la faringe y el esófago. También es una vía alternativa para que penetre aire a los pulmones cuando no es posible realizar esta función por medio de la nariz .

La boca está situada entre los huesos maxilares superior e inferior, los cuales limitan la cavidad oral .

⇒ Paladar, que es la separación entre la boca y los orificios nasales (narinas) .

⇒ Mejillas, cachetes o carrillos, que constituyen las paredes laterales (izquierda y derecha) de la boca.

⇒ Lengua, cuya función es muy importante en la articulación de la voz, en la percepción de los sabores en la masticación y en la deglucion de los alimentos.

⇒ Arcadas dentarias (Superior e Inferior) que contienen los dientes .

⇒ Glándulas Salivales, que producen la saliva.

⇒ Labios, que también participan en la formación de la voz.

⇒ Encía, que revisten y soportan las arcadas dentarias.(7)

1.4.-ESTRUCTURAS DE LA DENTICIÓN INFANTIL

Los dientes primarios se identifican por ser veinte dientes. Estos es diez dientes en el maxilar superior y diez en la arcada inferior y se clasifican así:

Cuatro Incisivos, dos caninos, cuatro molares en cada maxilar. Empezando por la línea media, los dientes de cada maxilar, a cada

lado de la boca se llaman. Incisivo central, incisivo lateral, canino, primer molar y segundo molar.

⇒Ocho dientes incisivos: Cuya función primordial es cortar los alimentos.

⇒Cuatro caninos: Que sirven para desgarrar.

⇒Ocho molares: Que se encargan de triturar los alimentos completando así un total de veinte dientes totales en la dentición infantil.(7)

1.5.-ESTRUCTURAS DE UN DIENTE

DIENTE

Es la unidad del aparato dental, sea cual fuere la posición, que se sitúan en las arcadas superior o inferior. Los dientes son órganos duros, generalmente de color blanco marfil, colocados en orden regular son similares en ambos lados (derecha e izquierda) tanto en la arcada superior como en la inferior.

Para designar cada diente en particular se ha tomado en cuenta su forma, su situación y su función.

Incisivos

Se encuentran colocados en la parte anterior (al frente) de la boca, su corona aparece como tallado a bisel, y sirven para cortar los alimentos. Son cuatro arriba y cuatro abajo.

Caninos

Van a los lados de los incisivos, en ambas arcadas; se denominan así por que son dientes parecidos a los canes o perros, y su corona es puntiaguda, adecuada a la función de desgarrar los alimentos.

Molares

Se encuentran en la parte posterior de la boca al lado de los caninos, esto es en la dentición primaria. Son dos molares por cada lado.

DESCRIPCIÓN DEL DIENTE

Los dientes son diferentes en cuanto a forma, pero tienen características semejantes, ya que todos ellos están formados por tres partes: Corona, cuello y raíz.

CORONA

Es la parte visible del diente, sobresale de las encías, y trabajan directamente en el momento de la masticación. Toda ella está revestida por el esmalte.

CUELLO

Es el contorno que limita la unión entre la corona y la raíz.

RAÍZ

Es la parte implantada en los arcos dentales (cavidad del hueso donde se aloja la raíz del diente) y sirve como soporte. Los dientes presentan normalmente una, dos o tres raíces, pero se dan casos que hay cuatro o cinco. La raíz está constituida por la dentina, cubierta por el cemento, y la pulpa radicular. (2, 7, 9.)

TEJIDOS DE LOS DIENTES

Los dientes se componen por cuatro tejidos; esmalte, cemento, dentina y pulpa.

ESMALTE

Es la capa que cubre la dentina en la parte correspondiente a la corona.

CEMENTO

Es la capa que cubre a la dentina en la parte correspondiente a la raíz.

DENTINA

Es la parte cubierta por el esmalte de la corona y por el cemento de la raíz. Constituye la mayor parte del diente.

PULPA

Es el órgano vital y sensible de los dientes y contiene numerosos vasos sanguíneos y nervios.

1.6.-CARACTERISTICAS ANATOMICAS GENERALES DE LOS DIENTES PRIMARIOS, EN COMPARACION CON LOS DIENTES PERMANENTES.

- ⇒Presentan menor volumen o tamaño, son más pequeños.
- ⇒Corona más reducida y redondeada ..
- ⇒Color más claro.
- ⇒Raíces mas divergentes.
- ⇒Bordes más afilados.
- ⇒El esmalte que cubre los dientes tienen un grosor uniforme, aproximadamente de medio milímetro.
- ⇒Un mismo eje longitudinal en corona y raíz.
- ⇒La corona no sufre desgaste en las caras proximales.
- ⇒A medida que se produce el desarrollo se forman pequeños diastemas o separaciones entre uno y otro diente, debido al crecimiento del arco.
- ⇒Coloración del esmalte es más azulado y translúcida.
- ⇒El esmalte es menos duro debido a su menor densidad de calcificación.

- ⇒La relativa suavidad del esmalte es causa de que sea mayor el desgaste en las zonas de trabajo.
- ⇒Los mamelones de los bordes incisales y las cúspides en los dientes posteriores se pierden rápidamente por desgaste en las zonas de trabajo.
- ⇒La inestabilidad del ápice es manifiesta, debido a su lenta formación y su posterior resorción.
- ⇒Los cuernos pulpares altos y cámaras pulpares son grandes.
- ⇒Las raíces de los dientes anteriores son más largas y más delgadas, se extienden más allá de la proyección de los contornos de la corona.
- ⇒La bifurcación de las raíces principia inmediatamente en el cuello. No existe tronco troncular.
- ⇒Todas las raíces se destruyen por un proceso natural, para dejar el lugar a los dientes de la segunda dentición.(9, 10,)

CAPITULO II

2.1.-IMPORTANCIA DE LA DENTICION INFANTIL

- ⇒La alimentación del hombre inicia en la boca, razón por la cual es deseable que se encuentre sana. Al tener una dentadura en mal estado, significa, una trituración incorrecta de los alimentos, lo que origina una digestión inadecuada, lo cual a su vez afecta la nutrición del individuo.(7, 9)

- ⇒Se debe pensar que la boca es uno de los conductos que relacionan el interior del individuo con el medio exterior, en que este se desenvuelve y por lo tanto, es una vía de acceso para los microbios que pueden producir diversas afecciones.(1)

- ⇒La boca, sirve para la relación del individuo con el medio, a través de la comunicación. (12)

⇒Las piezas dentarias primarias también tienen la función de estimular el crecimiento de los maxilares, por medio de la masticación, especialmente en el desarrollo de la altura de los arcos dentales. (11)

⇒Los dientes primarios tienen suma importancia en la fonación y la pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores, dificulta pronunciar algunos sonidos como f, v, s, z, y th. (4, 5, 6,)

⇒Los dientes primarios tienen una función altamente estética, ya que mejoran el aspecto del niño, pues constituyen la parte visual de la parte anterior del tercio inferior de la cara.(18)

⇒La fonación del niño puede estar afectada indirectamente si al estar consciente de sus dientes desfigurados hace que no pueda abrir la boca lo suficiente cuando habla. (12)

⇒Los dientes primarios cumplen la función de guía, para la erupción de los dientes permanentes.(11)

⇒ Los dientes primarios en la preparación del bolo alimenticio, cumplen funciones específicas, determinados por su posición en la arcada, estos son:

.Incisivos.- Cuya función primordial es cortar los alimentos

.Caninos.- Que sirven para desgarrar

.Molares.- Que se encargan de triturar los alimentos.(7)

⇒ Pérdida prematuras de caninos o molares primarios, pueden provocar la migración de los dientes adyacentes a los espacios resultantes causando:

Una migración mesial de los primeros molares permanentes, invadiendo el espacio requerido, para que erupcionen los premolares.

Una migración distal de los incisivos, invadiendo los espacios para que erupcionen los caninos permanentes.(6)

⇒ En general, mientras más temprano se pierda un diente primario, mayores son las posibilidades de la migración de pérdida de espacio.(6)

⇒ Estudios realizados por Hoffding y Kislihg (1978-79), muestran la importancia de la pérdida prematura de los dientes primarios.(6)

⇒ Como consecuencias, el aumento en la prevalencia de maloclusiones por pérdida de espacio y los efectos del crecimiento y el desarrollo en los patrones dentales, es el resultado de pérdidas prematuras.(11)

⇒ Bryan y Koyoumdijsky-Kaye (1981), reportan que los efectos de extracciones prematuras influyen en el desarrollo normal de las raíces de sus sucesores permanentes, estableciendo que las extracciones de molares primarios, pueden afectar el tiempo normal de erupción de los premolares, ya sea retardándolos ó acelerándolos; cuando la erupción se acelera en éstos dientes, el desarrollo de su raíz es prematura, y da como consecuencia el acortamiento de éstas. Concluyen que el grado de acortamiento, es diferente en ambos sexos, afectándose más a las mujeres que a los hombres.(6)

⇒*Hartman (1984), menciona que una de las causas de extracción prematura de los segundos molares primarios, se debe a la erupción ectópica del primer molar permanente; esta erupción

ectópica provoca mesialización, dando por resultado la resorción radicular del segundo molar primario y su exfoliación prematura, estableciéndose una maloclusión. (6)

2.2.- ASPECTO FISIOPATOLOGICOS DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

"La función crea al órgano"

Claude Bernard.

Los dientes al llegar a una madurez morfológica y funcional, evolucionan en un ciclo de vida, característico y bien definido, compuesto de varias etapas progresivas, no deberán considerarse como fases de desarrollo, sino más bien, como puntos de observación de un proceso fisiológico en evolución, en el cual los cambios histológicos y bioquímicos están ocurriendo progresivamente y simultáneamente. Estos son: (10)

- I. Crecimiento
- II. Calcificación
- III. Erupción

- IV. Atrición.
- V. Resorción
- VI. Exfoliación.

2.3.-ASPECTO PSICOLÓGICO DE LA DENTICIÓN INFANTIL

Salud, nutrición y desarrollo psicosocial. Estos tres factores se interrelacionan y son básicos en los primeros años de vida del niño. La supervivencia de los niños dependerá del cuidado que se tenga para mantener al niño sano, nutrido y estimulado, desde que se encuentra en el vientre materno.

El impacto de una adecuada alimentación, una buena salud y una relación afectiva estable, se observa fácilmente en el crecimiento del niño (aumento de peso y talla), así como su desarrollo (capacidad de incrementar habilidades para relacionarse con seres y objetos del mundo que lo rodea). Si el niño está sano tendrá mayores

posibilidades de aprender; al mismo tiempo, si se le estimula y quiere, se le ayudará a crecer sano.(39)

Desarrollo Psicosocial

El desarrollo psicosocial es el proceso continuo mediante el cual el niño va adquiriendo y refinando habilidades que le permiten interactuar, poco a poco y en forma cada vez más compleja, con las personas, los objetos y las situaciones de su medio ambiente.

De todas las relaciones que el niño pequeño tiene con los adultos, la más importante es la que establece con la madre, porque es la persona que se encuentra presente la mayor parte del tiempo y su primer contacto afectivo con el mundo.

Este período es muy delicado e importante para la vida del niño. El niño requiere cuidados especiales durante las enfermedades propias de la infancia; la aplicación de medidas preventivas, tales como la vacunación, el control de peso y talla, higiene en la alimentación, es de reafirmar la importancia de la limpieza de los dientes, desde el momento que empiezan a presentarse en la cavidad oral del niño, para evitar que enferme.

La capacidad de aprendizaje dependerá del grado de estimulación que reciba el niño desde el nacimiento. La importancia que tiene el

aspecto afectivo en el desarrollo es fundamental; si el niño se siente querido, aceptado, respetado, apoyado, tiene mayores posibilidades de desarrollarse integral, y armónicamente.(39)

Las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta. Son nuestras afinidades o aversiones hacia situaciones. Puede provocar actitudes negativas, por ejemplo que el niño carezca de sus dientes anteriores, al sentirse en una situación incómoda, al observar que los niños que lo rodean, los presentan, y el niño es sujeto de burlas o sobrenombres en la convivencia con los demás niños.

Dientes fracturados o pigmentados en el niño, le provocan ideas, o tendencias inconscientes, que influyen en su personalidad. (Que generalmente es de inferioridad). (12)

La personalidad, expresa la totalidad de un individuo tal y como aparece a los demás y así mismo. Es por eso que una dentición

infantil, cuidada, en buen estado, ayudara al niño a proyectar una mejor imagen, que será de vital importancia a la formación de su personalidad.(13)

2.4.-CARACTERÍSTICAS DE UN DIENTE PRIMARIO "SANO".

Como se mencionó en el capítulo anterior, un diente, es la unidad del aparato dental, sea cual fuere la posición, que se sitúa en las arcadas superior o inferior.

Diente " sano" primario, no existe en la literatura como tal, pero se nombra así para fines didácticos, mencionando sus características:

- ✓ El diente con ausencias de caries.
- ✓ El diente que presente una continuidad en su forma, con estructuras bien definidas.
- ✓ El diente que cumple su función.
- ✓ El diente con ausencias de patologías.
- ✓ El diente primario generalmente, se ve más blanco, debido a una menor saturación cromática (intensidad) y mayor brillantez (valor).

- ✓ El diente que no presenta color patológico.
- ✓ El diente que presenta una adecuada calcificación

2.5.-CARACTERÍSTICAS DE UNA ENCIA INFANTIL "SANA"

Durante la infancia y la pubertad, el periodonto esta en constante estado de cambio debido a la exfoliación y erupción de los dientes. Esto torna difícil la descripción del periodonto normal porque varía con la edad del paciente. Sin embargo, Zappler, ha intentado una descripción general del periodonto juvenil, enumerando sus características como sigue:

- ⇒-Encía más rojiza, debido a un epitelio más delgado y menos cornificado y a la mayor vascularización.
- ⇒-Ausencia de puntilleo, debido a que las papilas conectivas de la lámina propia son más cortas y planas.
- ⇒-Más Blandas, en razón de la menor densidad del tejido conectivo de la lámina propia.

⇒-Márgenes más redondeados y agrandados, originados por la hiperemia y el edema que acompaña a la erupción. Mayor profundidad del surco, facilidad relativa de retracción gingival.

Nota: Cohen y Bradley concuerdan en estas descripciones, con la modificación que la encía de los niños pequeños con dentadura totalmente primaria suele ser firme y rosada.(14)

2.6.CONCEPTOS DE OCLUSIÓN

OCLUSIÓN

Ramforjord define a la oclusión como la alineación anatómica de los dientes y sus relaciones con el resto del aparato masticatorio.

Los natólogos, la definen como una ciencia que trata de la biología del mecanismo masticatorio. Esto es morfología, anatomía, histología, fisiología, patología y terapéutica del órgano bucal, específicamente maxilares, dientes y las relaciones vitales.

2.6.1.- OCLUSIÓN IDEAL

Situación funcional completamente armónica del sistema estomatognático entero, de adaptación o compensación.

2.6.1.1 Requisitos:

- ⇒Contactos bilaterales simultáneos y estables entre todos los dientes posteriores en posición retrusiva.
- ⇒Los movimientos mandibulares friccionales son libres y sin interferencia cuspídea.
- ⇒Las fuerzas oclusales están distribuidas en las zonas de trabajo en el máximo número de dientes (Función de grupo).

El espacio libre interoclusal permite una función armónica de la oclusión con el mecanismo neuromuscular y la ATM..

2.6.2.-OCLUSIÓN SATISFACTORIA

Es raro que el paciente tenga una oclusión absolutamente ideal. Sin embargo, los Odontólogos consideran por lo general a la oclusión de un paciente determinado como normal, aquella que cumpla con los siguientes requisitos.

2.6.2.1.- Requisitos:

- I. Masticación adecuada.
- II. Estética satisfactoria.
- III. Patrón fonético correcto.
- IV. Periodonto Sano.
- V. Ausencia de síntomas de la articulación temporomandibular y la musculatura asociada.(4, 5, 6,11, 21)

CAPITULO III

3.1.- PRINCIPALES AFECCIONES QUE ATACAN A LA DENTICIÓN INFANTIL EN MÉXICO.

En estudios realizados anteriormente se puede detectar que la principal afección que ataca la dentición infantil en México, es la presencia de caries en un porcentaje del 90%, esto es una cuestión alarmante, teniendo que aplicar más medidas preventivas que ayuden a disminuir de significativa manera, este porcentaje. Como consecuencia los niños pierden sus piezas dentales, a una temprana edad, ya que la atención dental solicitada generalmente es, en una etapa que el proceso carioso es avanzado.(33)

Es frecuente la pérdida prematura de dientes primarios, causa de una de las etiologías de las maloclusiones, que se observan en un alto porcentaje en la población infantil, dando como resultado, un inadecuado desarrollo, modificando la función, y predisponiendo que

la dentición permanente, presente problemas de espacio a la erupción de éstos, estableciéndose nuevamente una maloclusión, en la dentición permanente.(32, 34)

3.2.- CARIES (generalidades)

Es generalmente aceptado que la caries es la principal causa de pérdida de dientes, en edades jóvenes. Esta enfermedad no tiene predilección por edad, sexo, raza es una enfermedad de distribución universal y cualquier individuo es susceptible, desde el momento en que la erupción se manifestó. Estudios anteriores han demostrado que en México se encuentra un 90% de la población afectada por caries.
(32)

3.2.1.- DEFINICIÓN

La caries es un proceso destructivo de los tejidos duros del diente que se caracteriza por su descalcificación y desintegración progresiva, por muy escasa o nula capacidad de recuperación, se trata de una enfermedad acumulativa, su marcha es centripeda, de la periferia al

interior, si no se detiene mediante un adecuado tratamiento puede provocar la destrucción de todo el diente, producida por los ácidos de la placa dento-bacteriana, durante la degradación bacteriana.

3.2.2 .- ETIOLOGÍA

La caries dental se inicia a partir de varios factores causales, película adquirida, materia alba y placa dento-bacteriana, la cual se deposita sobre las superficies de los dientes, estos elementos condicionan la colonización bacteriana cuyos productos metabólicos ocasionan efectos nocivos a los tejidos dentales, específicamente en la caries, el streptococcus mutans, que metaboliza los hidratos de carbono fermentables y forman ácidos que al permanecer en contacto con el diente, ocasionan la desmineralización del esmalte y el inicio del proceso carioso. Resaltaremos a la placa dento-bacteriana, como una masa de estructura orgánica adhesiva, que se forma sobre las superficies de los dientes, compuesta por: (27, 33, 35, 38)

⇒Diversos microorganismos, en promedio se pueden identificar entre doscientas y trescientas diferentes especies.

⇒ Productos del metabolismo de estos organismos especialmente polímeros de glucosa (Glucanos), polímeros de fructosa (fructanos) y heteroglucanos.

⇒ Elementos proteicos provenientes de la saliva que se integran a su estructura.

Comida + Bacterias - Ácidos = **CARIES**

Formación de la placa

En el momento que el diente aparece en cavidad bucal y desaparece la capa llamada "Cutícula del esmalte" (que cubre al diente después de erupcionar), hace contacto el diente con el medio bucal. Pero poco tiempo después se forma una cubierta llamada "Película adquirida". Esta estructura esta formada por proteínas salivales, (como glicoproteínas y fosfoproteínas) enzimas e inmunoglobulina. Su composición química favorecen fuertemente la fijación a la superficie del diente, la formación de la película adquirida tarda aproximadamente tres o cuatro horas máximo, es de color claro, translúcida y por lo tanto difícilmente detectable.

Si la película no se elimina de la superficie dental las escasas bacterias de la zona suprasuperficial se incrementan rápidamente iniciándose la formación de la placa dental. Se ubican tres zonas de película Adquirida:

A.-Película subsuperficial.-Se introduce y adhiere a las irregularidades microscópicas del esmalte.

B.- Película Superficial.-Se mantiene en la superficie del esmalte.

C.-Película Suprasuperficial.-En la cual se encuentran ocasionalmente algunos microorganismos y productos terminales de su metabolismo.

Se ubican tres zonas de placa dento-bacteriana:

1.-Supragingival.- Se extiende desde el margen libre de la encía, hacia la corona del diente.

2.-Subgingival.- Se localiza a partir del margen gingival, en dirección apical.

3.- Fisural.- Desarrollada en surcos y fosetas.

La placa dento-bacteriana como agente patógeno, actúa como una entidad nosológica única e indivisible, su patogenicidad puede ser preponderantemente desmineralizando el esmalte, iniciándose la

caries o actuar principalmente como factor inflamatorio sobre los tejidos parodontales, provocando gingivitis y periodontitis.

3.3.-MALOCLUSIÓN

3.3.1.- DEFINICIÓN

La maloclusión es cualquier desvío de la oclusión normal. La maloclusión se refiere a una oclusión inestable producida por el desequilibrio de las fuerzas opuestas de la masticación, puede ser resultado de relaciones maxilares inapropiadas, de malposición de dientes o de una combinación de ambas cosas, que es lo más frecuente.

3.3.2.- ETIOLOGÍA

Los aspectos etiológicos o causas de las maloclusiones se pueden agrupar en tres categorías básicas. Estas son (1) influencias hereditarias, (2) influencias generales e (3) influencias locales.(4, 5, 8)

3.3.3.- INFLUENCIAS HEREDITARIAS.

Como el niño es un producto biológico de dos adultos diferentes, manifiesta a menudo características únicas de uno o ambos padres. Esto ocurre también con las características bucales y faciales. Por lo tanto, pueden ocurrir diversas discrepancias de origen genético. Algunas de éstas son las siguientes:

1.- Relación de dientes y maxilares: El niño puede tener dientes que no son del tamaño adecuado para el tamaño de sus maxilares. En pocas palabras, los dientes suelen ser demasiados grandes o demasiado pequeños para los maxilares del niño.

2.- Relaciones esqueléticas pobres .- Quizá los maxilares superior e inferior no crezcan en armonía entre sí. El niño puede tener uno de los maxilares más grande que el otro, por lo que sufrirá problemas tanto funcionales como estéticos. La desarmonía del crecimiento pueden dar por resultado disparidades de los maxilares en direcciones anteroposterior o lateral en la distancia vertical entre ambos o en diversas combinaciones. En otras palabras quizá los maxilares no

estén en alineación, adecuadamente en relación con el resto del esqueleto de la cabeza.

3.- Discrepancias diversas.- Existen otra serie de problemas hereditarios que pueden influir en el estado del individuo. Algunos son los siguientes:

- a.- Dientes deformados.
- b.- Falta congénita de dientes.
- c.- Dientes supernumerarios.
- d.- Paladar hendido.
- e.- Forma anormal de un maxilar.
- f.- Erupción dentaria anormal.
- g.- Exfoliación dentaria anormal.
- h.- Tamaño excesivo de la lengua.
- y.- Tamaño insuficiente de los labios.
- j.- Desarrollo insuficiente del frenillo.

Puede ocurrir cualquier combinación de estas discrepancias porque el niño es el producto de dos individuos, cada uno de los cuales

contribuye desde el punto de vista genético a las características de éste.

3.3.4.- INFLUENCIAS GENERALES

Son diversas las alteraciones generales que pueden influir en el desarrollo de los dientes, los maxilares y los músculos de la masticación. Entre ellos están deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y alteraciones endócrinas (Hormonales). Estas influencias pueden ser generales y afectar el desarrollo de los tejidos, el patrón de erupción de los dientes y la susceptibilidad del niño a la caries dental.

3.3.5.-INFLUENCIAS LOCALES

Después de nacer, el sujeto queda expuesto a diversos factores que pueden contribuir al desarrollo de problemas ortodónticos de gravedad variable. Algunas de las influencias más comunes son:

- 1.- Pérdida prematura de los dientes primarios.
- 2.- Retención excesiva de los dientes primarios.

3.- Pérdida de dientes permanentes.

4.-Traumatismos.

5.- Hábitos

6.- Crecimiento anormal.

7.-Quistes que se producen en los maxilares y aplican presiones a los dientes y los desplazan desde sus posiciones normales.(4, 5, 8)

CAPITULO IV

PREVENCIÓN

4.1.CUIDADO DE LA DENTICIÓN INFANTIL.

El cuidado y el señalar el valor de la dentición infantil es el objetivo de este estudio, para eso se describirán unas de las acciones que ayudaran a la conservación de la misma.

4.1.1. INTEGRANTES DE UN EQUIPO

Como la capacidad de aprendizaje dependerá del grado de estimulación que reciba el niño, es necesario seleccionar, a la persona que este en más contacto con el niño, para que le pueda reforzar el aprendizaje en el cuidado de sus dientes, esta persona recibirá el nombre de "Instructor", y conjuntamente con el niño, aprenderán a cepillarse sus dientes.(36)

De esta manera, el niño y el "Instructor", serán capacitados para poder cepillarse de manera correcta, y el niño pueda recibir asesoramiento constante de su instructor, dependiendo de la edad del niño, ya que en niños pequeños la limpieza dependerá completamente del "Instructor". Hasta alcanzar una edad adecuada en controlar la área motora fina, que es cuando el niño podrá adquirir el conocimiento y la habilidad del cepillado, que si se refuerza, podrá convertirse en hábito.

El enfoque ideal, claro está, es establecer los hábitos adecuados de salud dental en la niñez. Si entonces quedan bien asentados, casi invariablemente se mantendrán a lo largo de la edad adulta. El equipo estará integrado: El niño, el instructor y el dentista.

4.1.2.-TÉCNICA DE CEPILLADO.

Primero explicaremos como sujetar el cepillo, las cerdas representaran la cara del cepillo, en estas forma existirán dos formas de tomar el cepillo:

Posición 1.- Hola cepillo.

"*Hola cepillo*".- Con el lado de las cerdas enfrente del niño, abrazando el cepillo con los cuatro dedos, y el pulgar del lado de las cerdas o cara del cepillo.

Posición 2.- *Adiós cepillo*.

"*Adiós cepillo*".- Con el lado de las cerdas contrario al niño, abrazando el cepillo con los cuatro dedos, y el pulgar del lado contrario de las cerdas o cara del cepillo.

Dividiremos las arcadas dentales infantiles, en cuatro cuadrantes, superior e inferior, derecho e izquierdo, de la siguiente manera:

<i>II superior derecho</i>	<i>I superior izquierdo</i>
<i>IV inferior derecho</i>	<i>III Inferior izquierdo</i>

Los dientes en tres caras; vestibular, lingual o palatina, y oclusal.

Cara vestibular .-La cara del diente que esta del lado de las mejillas o carrillos.

Cara lingual.- La cara del diente, que se localiza del lado de la lengua o paladar.

Cara oclusales.- En donde se establecen los contactos de los dientes superiores con los inferiores comúnmente.

Una vez identificados los cuadrantes y las caras de los dientes, ubicaremos 10 zonas para enseñar, la técnica de cepillado, indicando como sujetar el cepillo en cada zona.

Zona 1.- Caras vestibulares de los dientes superiores de lado izquierdo. (Hola cepillo)

Zona 2.- Caras vestibulares de los dientes superiores de lado derecho. (Adiós cepillo)

Zona 3.- Caras palatinas de los dientes superiores lado izquierdo. (Adiós cepillo)

Zona 4.- Caras palatinas de los dientes superiores de lado derecho.
(Hola cepillo)

Zona 5.- Caras oclusales de los dientes superiores lados izquierdo y derecho. (Adiós cepillo)

Zona 6.- Caras vestibulares de los dientes inferiores de lado izquierdo.
(Hola cepillo)

Zona 7.- Caras vestibulares de los dientes inferiores de lado derecho.
(Adiós cepillo)

Zona 8.- Caras linguales de los dientes inferiores lado izquierdo.
(Adiós cepillo)

Zona 9.- Caras linguales de los dientes inferiores lado derecho. (Adiós cepillo)

Zona 10.- Caras oclusales de los dientes inferiores lado izquierdo y derecho. (Hola cepillo).

Técnica de cepillado:

1.- Coloque el cepillo contra los dientes y encías de la dentadura aplicando presión moderada. Haga movimientos vibratorios cortos, tratando que las puntas de las cerdas permanezcan en el mismo lugar, siguiendo el orden de numeración de las zonas mencionadas.

2.-A continuación " barra" la superficie que abarca el cepillo. El movimiento de " barrido" debe hacerse varias veces, siempre de las encías hacia los dientes.

3.- El cepillado debe efectuarse de atrás hacia adelante, asegúrese de cada pieza haya sido cepillada en todas sus superficies y enjuáguese vigorosamente.(7)

4.1.3.- HÁBITOS NUTRICIONALES RECOMENDADOS.

Como las palabras " nutrición" , " dieta " y " alimento". Se emplea a menudo incorrectamente se incluyen las siguientes definiciones;

Nutrición.- La suma de los procesos relacionados con el crecimiento, mantenimiento y reparación del cuerpo humano en total o en algunas de sus partes constituyentes.

Dieta.- Alimentos y bebidas consumidas regularmente.

Alimentos.- Cualquier sustancia que, al ser tomada por el cuerpo de un organismo, pueda emplearse para proporcionar energía o para construir tejidos.

Con esto afirmaremos, que nos ocuparemos principalmente de la nutrición y su susceptibilidad a la caries dental.(24, 28, 15)

El valor nutricional de los alimentos depende de la cantidad de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales contenidos en ellos.

Grupo I (ricos en proteínas)

Carne, leche, huevo, queso, frijol, lenteja, garbanzo, haba, alberjón, etc...

Grupo II (ricos en vitaminas)

Frutas y verduras de todo tipo, granos con cáscara, huevo, carne, leche, etc..

Grupo III (Ricos en carbohidratos)

Maíz, frijol, trigo, arroz, avena, centeno, cebada, papa, camote, plátano, yuca, azúcar, miel, etc..

Grupo IV (ricos en grasas)

Leche entera, tocino, manteca de cerdo, crema, mantequilla, margarina, aceites vegetales, avellana, nuez, castaña, etc..

De estos grupos antes mencionados, tienen que ser combinados para formar una dieta de acuerdo a la aportación energética necesaria, de cada niño dependiendo su edad, su actividad y su constitución.

Recalcando que los hidratos de carbono, sirven como sustrato energético de los microorganismos bacterianos presentes en la placa, y pueden ser fermentados directamente, o después de su

almacenamiento en la placa o en la superficie del diente, dando como resultado el inicio de la caries.(7)

Es por eso recomendable, que el niño realice tres comidas al día, y consuma los dulces acabando de comer, para realizar su cepillado correspondiente, y evitar consumir alimentos entre comidas.

4.2. AUXILIARES EFICACES EN EL CUIDADO DE LA DENTICIÓN INFANTIL, REALIZADOS POR EL CIRUJANO DENTISTA.

El objetivo de la utilización de auxiliares eficaces para el cuidado de la dentición infantil, es que tienen una acción comprobada en la prevención de las enfermedades bucales, existen muchos auxiliares pero los más utilizados son los que se describen a continuación:

4.2.1. FLUORURO.

Una de las medidas preventivas más eficaces para reducir el índice de caries, son los compuestos de fluoruro, como fluoruro

sódico, fluoruro estañoso y fosfato acidificado de fluoruro, reaccionan con el esmalte dental y lo hacen más resistente a la desmineralización por el ácido bacteriano. En otras palabras, el fluoruro hace menos vulnerable las piezas dentarias a la destrucción. (21, 26, 30, 38)

Los fluoruros se incorporan en la estructura cristalina del esmalte dental. La existencia de fluoruro en la estructura cristalina hace al esmalte menos soluble en los ácidos bacterianos. Más aún, en estudios recientes han revelado que la presencia de fluoruro en la capa del esmalte de los dientes puede inhibir en realidad a las bacterias productoras de ácido de la placa dental. La pieza dentaria cuyo esmalte no contiene fluoruro será mucho más vulnerable a la caries que el diente fluorado.

Hay tres maneras en que se puede lograr la incorporación de fluoruro en la estructura cristalina del esmalte: Ingestión, aplicación tópica y combinando las dos anteriores.

Ingestión:

La ingestión del fluoruro debe ser vigilada por el personal profesional capacitado, y darse en dosis adecuadas, la concentración adecuada es de una parte de fluoruro por un millón de agua (1ppm). Esta concentración de 1 ppm hace eficaz la resistencia a la caries.

Aplicación tópica

El fluoruro aplicado de manera tópica penetra sólo en la porción más exterior de la capa del esmalte. Las piezas dentarias que han hecho erupción recientemente permiten mejor la incorporación del fluoruro en la estructura cristalina que las piezas más maduras. El fluoruro tópico debe aplicarse en las piezas limpias y de manera semianual o anual para que logre el efecto máximo.

Ingestión y aplicación tópica combinada.

Esta manera tiene que ser muy bien evaluada puesto que el fluoruro ingerido causa gran efecto, y en casos muy particulares es necesario combinar esta manera de administración, para lograr beneficios adicionales.

Es importante el señalar, que una dosis mayor de fluoruro requerida, indistintamente de su administración causara efectos adversos, provocando una " fluorosis" que se caracteriza por coloración y manchas en los dientes. Resultando en dosis mayores tóxico y en sobredosis elevadas un efecto letal sobre el individuo.

4.2.2. SELLADORES DE SURCOS Y FISURAS DEL ESMALTE.

La capa del esmalte de la piezas dentarias no proporciona una cubierta perfecta para toda la pieza, y en particular ocurre así en las piezas posteriores. Las superficies oclusales contienen varios huecos en el esmalte llamados surcos y fisuras del esmalte. Estos surcos y fisuras varían en extensión de una pieza a otra.(6, 8, 21, 25)

Las piezas que contienen surcos y fisuras bastante profundas son más vulnerables a la caries dental en estos defectos. Las bacterias bucales y sus sustancias nutritivas pueden penetrar con facilidad en las fisuras e iniciar la destrucción. Es casi imposible limpiar de manera adecuada estos defectos mediante el cepillado dental. De aquí, que las bacterias queden albergadas en los surcos y fisuras y puedan

crear el ambiente ácido que inicia la caries dental. Debido a que el fluoruro, actúa efectivamente más en superficies lisas.

El sellador de surcos y fisuras del esmalte actúa formando una barrera física sobre las aberturas de los surcos y fisuras, sellando estos huecos impidiendo que las bacterias bucales y sus sustancias nutritivas se acumulen en ellos.

4.2.3. CLORHEXIDINA

La clorhexidina es un bactericida, tiene la propiedad de fijarse a las estructuras bucales, sobre todo a la mucosa oral debido a su carga positiva, hace que no sea eliminada rápidamente de la cavidad oral, sino que se libera lentamente durante ocho a doce horas después de su uso, por lo que la acción bactericida es mantenida durante varias horas. Esta propiedad se llama; sustantividad y es seguramente la causa de la superioridad de la clorhexidina sobre otros agentes antiplaca.

La clorhexidina tiene varias presentaciones, pero también tiene que ser administrada por personal profesional, para evitar efectos

secundarios, como podría ser en periodos muy prolongados, causando resistencia de las bacterias, hacia la misma, pigmentación de los dientes y pérdida de sensibilidad.(29, 37)

4.3.- ESPECIALIDADES AUXILIARES RECOMENDADAS PARA EL CUIDADO DE LA DENTICIÓN INFANTIL.

Es conocido que todas las áreas de la odontología, van encaminadas a la prevención y rehabilitación del paciente, pero en este punto se resaltarán a la ortopedia y la ortodoncia, como elementos indispensables en el cuidado de la dentición infantil. Para la prevención y tratamiento de las maloclusiones, ya que en capítulos anteriores se hace mención, que es frecuente en la población mexicana.

La ortodoncia preventiva incluye la prevención y corrección de la deformidad incipiente, por eliminación de los factores etiológicos y aplicación de simples tratamientos interceptivos o terapéuticos precoces. Así, la deformidad incipiente se produce, y probablemente siempre se producirá, a pesar del deseo del odontólogo de practicar

prevención. Sin embargo, la deformidad seria, puede ser reducida al mínimo, si existe la capacidad de reconocerla en su estado incipiente.

La ortopedia dentofacial procura diagnosticar lo mas precozmente posible, con la finalidad de suprimir los impedimentos funcionales, que ocasionan un cambio en la dirección de crecimiento, es decir, ayudar a la naturaleza a realizar su trabajo y no intentar saber mas de ella. Todo esto nos confirma que aplicando un estimulo en etapas de crecimiento y desarrollo el resultado en el mismo será evidente. Los principios de la ortopedia son los siguientes: (11)

- 1.- Exacerbar o inhibir el crecimiento
- 2.- Aplicación de vectores de fuerzas dirigidos a centros de crecimiento
- 3.- Remodelación ósea a través de la excitabilidad
- 4.- Cambio de postura
- 5.- Orientación funcional
- 6.- Rehabilitación física

Mediante estimulación produciremos una manipulación y generará cambio en el crecimiento del complejo dentofacial, ya sea en dirección o en cantidad, en crecimiento no se puede detener pero sí redirigir. De tal forma que a través de la ortopedia dentofacial podemos lograr se exprese la potencialidad genética dentro del rango individual de cada ser humano influenciando los factores que pueden ser regulados y que son: El medio ambiente y función.

CONCLUSIONES

Con base a la recopilación de resultados obtenidos en diferentes estudios, se subraya la necesidad de apoyar con medidas preventivas a la población. Este estudio, proporciona bases educativas que ayudan a conocer cual es la importancia de la dentición infantil, que funciones realizan, como esta constituida, como es afectada y que medidas preventivas nos ayudan a mantenerlas en un estado óptimo. Reiterando que el niño que presenta una dentición infantil aceptable, contara con múltiples ventajas en su desarrollo.

La odontología moderna cuenta con muchas alternativas en prevención, para aplicarlas se necesita la participación de padres, el niño y el odontólogo, obteniendo excelentes resultados en el desarrollo y crecimiento del niño: Creando educación para la salud del niño, en etapas tempranas que será mantenida, estableciendo hábitos positivos, a favor el niño para toda su vida.

Hay que darle poder a la gente vía educación, una dentición infantil cuidada será un factor importante para la erupción de la dentición permanente, visitas al odontólogo en etapas tempranas ayudaran a

una intervención a tiempo, representando mayor beneficio al niño y menor costo a los padres.

Hoy en día, se necesita inspirar y motivar al niño a conducirse en un ambiente cálido, comprensivo y estimulante, la responsabilidad es de los padres y del odontólogo en proporcionar un adecuado estado de salud bucal en el niño.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Holloway, P.J. "SALUD DENTAL INFANTIL". Ed. Mundi , Buenos Aires, Argentina, Primera . Edición (1979) pp. 1-15 y 110

- 2.- Castillo, M.R. "MANUAL DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA". Colombia, Primera. Edición, Ed.Actividades Médico Odontológicas, (1996), pp. 33

- 3.- Sánchez, R. "ELEMENTOS DE SALUD PUBLICA". México, (1991). Ed. Francisco Méndez, Primera. Edición (1991) pp. 157- 160- 251- 255.

- 4.- Ash. M.M. "ANATOMIA, FISIOLOGIA Y OCLUSION DENTALES DE WHEELER". Ed. Interamericana Séptima Edición. (1991). pp. 24-46

- 5.- Mc. Donald. R. "ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE". Argentina, Ed. Panamericana Quinta Edición. (1992). pp. 68,75, 184,210-215,251-260, 615- 618.

- 6.- Andlaw, R.J. "MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA". México, Ed. Interamericana, Segunda Edición, (1987), pp. 29, 55, 123,166

- 7.- Mercado, R.E. "EDUCACION PARA LA SALUD". Ed. Noriega, Primera Edición, (1990), pp.123-143,
- 8.- Brauer, J.C. "ODONTOLOGIA PARA NIÑOS". Argentina, Ed. Mundi, Cuarta Edición, (1959) , pp. 75,119, 175- 204
- 9.- Esponda, V.R. "ANATOMIA DENTAL". U.N.A.M. México, Primera Edición, (1994), pp. 324-327
- 10.- Fortier, J.P. "MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA". España, Primera Edición, (1998), pp. 73-75
- 11.- Villavicencio, L.J. (et al). "ORTOPEDIA DENTO FACIAL". Caracas, Venezuela. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, Primera Edición, (1996), pp 65,91,92
- 12.- Perlman, D. "PSICOLOGIA SOCIAL". México, Ed. Interamericana, Primera Edición, (1985), pp.74, 240
- 13.- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Barcelona, España, Ed. Orbis, Segunda Edición, (1986), pp. 234
- 14.- Baer, P.N. "ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES". Buenos Aires, Argentina. Ed. Mundi, Primera Edición, pp. 15-17

15.- Barber, T.K. "ODONTOLOGIA PEDIATRICA". México, Ed. El Manual Moderno, (1985), pp. 219,220, 244,

16.- Woodall, I.R. "ODONTOLOGIA PREVENTIVA". México, Ed. Interamericana, (1983), pp. 3-8, 367-371

17.- Zimbrón, L.A. "ODONTOLOGIA PREVENTIVA, CONCEPTOS BASICOS". México, U.N.A.M. Primera Edición, (1993), pp. 17-191

18.- Sidney, B.F., "ODONTOLOGIA PEDIATRICA". México, Ed. Interamericana, Cuarta Edición, (1988), pp. 1-13, 14-28, 40-59

19.- Barrancos, M. J. "OPERATORIA DENTAL". Buenos Aires, Argentina., Ed. Panamericana, Cuarta Edición, (1993), pp. 96-111

20.- Uribe, E.J., "OPERATORIA DENTAL CIENCIA Y PRACTICA". Madrid, España., Ed. Avances, Primera Edición , (1990), pp. 15-42, 71-92

21.- Katz, S. "ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION". Buenos Aires, Argentina., Ed. Panamericana, Tercera Edición, (1982), pp. 9-316

22.- Cuenca, C.M., "MANUAL DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA". España, Ed. Masson, Primera Edición, (1991), pp. 13-17, 68, 125, 156-158

23.- Martín, S. "MANUAL DE SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA". España, Ed. Masson, Segunda Edición, (1989), pp. 45

24.- Vargas, D.A. "EDUCACION PARA LA SALUD". México, Ed. Interamericana, Primera Edición, (1993), pp. 256-259

25.- González, U.A. "EDUCACION PARA LA SALUD EN MATERIA DE MEDICAMENTOS". Salamanca, España, Ed. Calatrava, Primera Edición, (1994), pp. 34

26.- Maupomé, C.G., "DISPONIBILIDAD DE SAL CORRECTAMENTE FLUORURADA EN FUNCION DE MARCAS COMERCIALES, TIPO DE PRESENTACION, TIPO DE TIENDA Y ENTIDAD GEOGRAFICA: MEXICO D.F. Y ESTADO DE MEXICO (marzo 1993)." Práctica odontológica, vol. 17, No. 2 . Febrero 1996 pp. 30-38

27.- Molina F.N., "STREPTOCOCCUS MUTANS Y PREVALENCIA DE CARIES EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR" Práctica Odontológica, vol. 17, num 8, Agosto 1996. pp. 85-98.

ESTA TESIS NO BEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

28.- García M.J., "EFECTO DE LA DIETA SOBRE LA FORMACIÓN DEL SARRO" Revista ADM , vol.37, num 2, Marzo 1980. pp. 85-98.

29.- Speckman B.I., "GINGIVITIS EXPERIMENTAL EN EL HOMBRE , SU DISTRIBUCION Y PREVENCIÓN POR MEDIO DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA" Revista ADM , vol.37, num 4, septiembre 1981. pp. 208-232.

30.- Sánchez F.I., "CONTENIDO DE FLORURO EN DENTIFRICOS NACIONALES" Práctica Odontológica, vol.17, No. 6 junio 1996, pp.25-28

31.- Cervantes, R.J. " EVALUACION DEL EFECTO PROTECTOR DE FLUOR EN INGESTA". Práctica Odontológica, vol. 14 No. 9 septiembre 1993, pp. 15-20

32.- Heaney, R. "ASPECTO DE LA NUTRICION EN ESTADOS CRITICOS, DURANTE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO" Práctica Pediátrica, septiembre 1998 , pp. 34-35

33.-Irigoyen, M.E., "CARIES Y NECESIDADES DE ATENCION EN UNA POBLACION INFANTIL EN EL ESTADO DE MEXICO." Práctica Odontológica, vol.15, No. 1 enero 1994, pp.37-41

34.- Romo, P.R. "CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTAL" Práctica Odontológica, vol. 16, No. 10 octubre 1995, pp. 8-14

35.- Irigoyen, M.E., "FRECUENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS MEXICANOS VS ESTADOUNIDENSES" Práctica Odontológica, vol.17, No. 7 julio 1996, pp.7-9

36.- Nava, R.J., "ANTISEPTICOS EN LA PREVENCION DE PLACA DENTAL" Práctica Odontológica, vol.17, No. 7 julio 1996, pp.24-27

37.- Arroniz, P.S., "COMPARACION DE LA EFICIENCIA INHIBITORIA DE PLACA Y GINGIVITIS DEL CLORHIDRATO Y GLUCONATO DE CLORHEXIDINA". Práctica Odontológica, vol.17, No. 9 septiembre 1996, pp. 9-13

38.- Nava, R.J., "CONCEPTOS MODERNOS EN LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL" Práctica Odontológica, vol.17, No. 4 abril 1996, pp.26-34

39.- Torres, A. "PARA APRENDER JUGANDO" Manual de Capacitación para la Atención no Formal del Preescolar, UNICEF., Primera Edición , (1989), pp. 7-25