



318322
15
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS RELACIONES MOLARES
Y ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES
EN NIÑOS PRESCOLARES.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A :
M A R I A D E L C A R M E N S O S A C A S T I L L O

MEXICO, D. F.

2003.

1

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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

A mis padres
A mis hijos Eduardo y Daniela

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sosa José A. 110
Alcaldía del Distrito Federal

FECHA: 11-09-03

FIRMA: [Firma]

A José Angel por todo su apoyo incondicional

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INDICE

	Pag.
1.- INDICE	4
2.- RESUMEN	6
3.- INTRODUCCION	12
4.- OBJETIVOS	30
5.- HIPOTESIS	32
6.- MATERIAL Y METODOS	34
7.- RESULTADOS	39
8.- COMENTARIOS	45
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48

RESUMEN

5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN.

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó una población infantil de 507 niños en edad preescolar entre 2.5 y 6 años que hubiesen concluido la erupción de sus desdudos. Para este efecto se consiguió el acceso a tres instituciones de educación preescolar, una de las cuales está ubicada en una colonia popular, es de carácter gratuito y por lo tanto a ella asisten niños de escasos recursos, ésta es representativa de la clase socioeconómica baja y constituye aproximadamente la mitad de la población total estudiada. Las otras dos instituciones representan a la clase media y media alta y constituyen la otra mitad de la población. Esto se utilizó como variable, ya que las posibilidades económicas de cada grupo son determinantes en algunos de los parámetros estudiados.

Se realizaron exámenes orales con ayuda de espejos y una lámpara portátil, además de abatelenguas y perilla de aire. Se dieron también, pláticas en lo referente a salud bucal, enseñanza en la técnica de cepillado y recomendaciones a los padres.

Lo que se pretende con este estudio, es evaluar la incidencia de alteraciones oclusales que, presentes en la dentición desidua son predisponentes de maloclusiones futuras en la dentición permanente si no se les presenta la debida atención y el tratamiento oportuno.

Se examinó a cada niño con la boca abierta, con la boca cerrada y en el acto de cerrar. Se presentó especial atención a las relaciones de molares desiduos ya que éstas son el principal interés de la investigación, así mismo se observaron otros factores predisponentes de maloclusión como son:

- **Tipo de dentición abierta o cerrada.**
- **Presencia o ausencia de espacios primates.**
- **Pérdida prematura.**
- **Caries interproximal.**
- **Hábitos digitales.**
- **Mordida cruzada.**
- **Fracasos en el mantenimiento del espacio.**

En cuanto a las relaciones molares, la oclusión fué determinada impidiendo a cada niño que mordiera sobre sus dientes posteriores y llevando la mandíbula a relación céntrica, se observaron las Caras distales de los segundos molares

primarios, así, cada niño se clasificó en base a los planos terminales, encontrándose un marcado predominio del Escalón Terminal Mesial (55.60 %), seguido del Plano Terminal Vertical (22.20%) y por el último el Escalón Terminal Distal y el Mesial Exagerado (6.90% y el 5.50% respectivamente). Aunque aquí no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel socioeconómico, hay otros factores implicados en los cuales es determinante.

Así se observó un índice muy elevado de caras interproximal y pérdida prematura de dientes, en niños de clase baja en comparación con los niños de clase media-alta. También se observó que los niños de mayor nivel socioeconómico reciben mayor atención en cuanto a su salud bucal, aunque de alguna manera se les está dando la debida importancia a los problemas dentales de los niños en edad preescolar ya que solo el 11.80% de la población total estudiada había recibido algún tipo de tratamiento odontológico, ya sea a nivel preventivo, interceptivo o restaurativo.

Si los hábitos digitales son conocidos de ser significativamente relacionados con maloclusión, se encontró que ocurren más frecuentemente

en niños de clase social más favorable. En cuanto a mordidas cruzadas anteriores y posteriores se observó un índice ligeramente más elevado en los niños de clase media y media-alta en comparación de clase baja, este dato no es necesariamente significativo, al igual que los obtenidos en cuanto a presencia de espacios primates y dentición abierta o cerrada.

Si observamos a la población global encontramos índices muy elevados de factores asociados con maloclusión en la dentición permanente junto a un índice relativamente escaso de niños en tratamiento de dichos problemas, esto nos indica una falta de preocupación, ya sea por parte de los padres, ya sea por parte de los profesionales, en cuanto a la importancia de la reparación de los dientes desiguales. Cabe recalcar la necesidad de corregir a la brevedad posible problemas que, como las caries interproximal y la pérdida prematura de dientes, ponen en peligro la integridad de la oclusión normal.

Por otro lado y aunque algunos investigadores tienen reportada una pequeña o ninguna asociación entre el nivel socioeconómico y la maloclusión en niños preescolares, el presente estudio demuestra que sí existe una relación significativa entre los principales factores predisponentes de maloclusión a esta edad como son, caries interproximal, pérdida prematura, hábitos digitales, etc. y el nivel socioeconómico.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

El tratamiento ortodóntico, como en muchas otras áreas en las que se ha empeñado el hombre, paradójicamente se inició con los problemas y técnicas más complejas. Esto se explica si se considera que en el pasado la gente requería atención solo para malformaciones muy severas, cuando la oclusión había alcanzado su más compleja y definida desviación de lo normal. Los esfuerzos profesionales y la creciente demanda del público general en busca de dientes estéticos y saludables en todas las etapas de la vida, incluyendo el periodo de desarrollo de la dentición permanente, motivaron que se pusiera mayor énfasis en el diagnóstico y tratamiento de los problemas incipientes.

La dentición primaria completa es por lo general la primera dentición que el odontólogo ve clínicamente. Poco considerada al principio por ser simples "dientes de leche", la dentición de este periodo ha demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la permanente. Las mordidas cruzadas en la dentición primaria, ya sean anteriores o posteriores. Pueden producir mordidas cruzadas en dentición permanente. Las mordidas abiertas o las marcadas protusiones maxilares



Por lo común indican hábitos de presión que, si no se corrigen, son capaces de desfigurar la dentición permanente. Además el plano terminal de los segundos molares primarios, guía a los primeros molares permanentes hasta su posición. Hacia adelante los espacios que ocupan los incisivos primarios será llenado más tarde por los permanentes, los que a menudo son más grandes que el espacio que se les ofrece.

Esta discrepancia entre el espacio disponible y los anchos mesiodistales de los incisivos permanentes con frecuencia es mucho mayor de la tolerada por el aumento en el tamaño del arco sin que se perturbe el equilibrio de la musculatura oral. Esto origina dientes apiñados en forma irregular y sus secuelas.

Algunos incisivos pueden erupcionar hacia bucal o lingual, rotados, o simplemente no erupcionar.

La dentición desidua que por lo general se completa hacia los tres años de edad, debe presentar una oclusión normal, no obstante, aún en el caso de que esté normal o corregida, debemos estar alertas ante posibles irregularidades en los estados de desarrollo siguientes. La información

obtenida en el estudio de la dentición desidua entre los tres y los cinco años debe permitirnos predecir la normalidad o anormalidad en el futuro desarrollo de la dentición permanente. Esta información puede ofrecer una guía natural para la terapia correcta y oportuna.

Oclusión normal de la dentición primaria.

No solo debe tenerse en cuenta las posiciones, relaciones y estética de la dentición primaria en sí, sino también el más importante aspecto de su relación con la erupción de los cuatro primeros molares permanentes hacia oclusión y posteriormente la erupción de los ocho incisivos permanentes hacia oclusión, así como el mantenimiento del espacio para la correcta erupción de premolares y caninos.

Incisivos primarios.

Su oclusión normal se aproxima a la de los permanentes. Como en todos los demás casos la oclusión debe observarse en relación céntrica. La relación del entrecruzamiento y resalte como se describe para los adultos se aplica también

para la dentición primaria. No obstante, se puede aceptar un entrecruzamiento más profundo en las denticiones primaria y mixta que en la permanente.

Las sumas de los anchos promedio de los incisivos superiores e inferiores son aproximadamente de 30mm a 22mm respectivamente. Los incisivos permanentes tienen que ocupar el espacio que queda entre los caninos primarios, pero durante la erupción de los primarios es posible que los caninos primarios se muevan hacia distal si encuentran espacios detrás de ellos. El lugar que media entre ellos puede denominarse espacio intercanino primario.

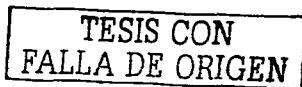
En el curso de los años, los anchos mesiodistales de los incisivos permanentes de muchos pacientes resultaron ser mayores que el espacio intercanino primario. A este efecto, los ortodoncistas realizaron una serie de estudios para averiguar si el maxilar crece para acomodar a los dientes permanentes más grandes. Se halló que la longitud del arco primario medido desde el segundo molar primario de un lado al otro, a lo largo de las cúspides

vestibulares, se mantiene constante o se acorta. Además no se mostró un aumento significativo en el ancho del arco en la dentición primaria.

Es interesante notar que muy a menudo puede existir o no aumento en La longitud en el arco primario, y los anchos mesiodistales de los incisivos son por lo general mayores que el espacio intercanino primario. A pesar de ello, por lo general los incisivos permanentes erupcionaban bien alineados. Es posible que la erupción de los laterales permanentes fuerce a los caninos primarios hacia distal. Una explicación más popular sería que los incisivos permanentes manifiestan una mayor inclinación axial hacia vestibular que sus predecesores primarios. De esto resulta que ocupen una posición más labial en el arco dentario.

Caninos primarios.

Como en el caso de los caninos permanentes, en la oclusión normal el eje mayor de los caninos primarios superiores se encuentran hacia distal de los caninos primarios inferiores.

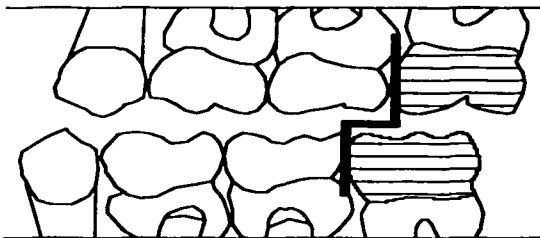


Molares primarios.

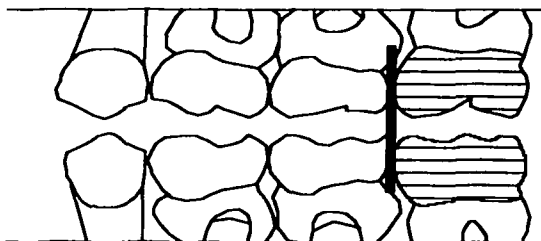
La de los planos distales de los segundos molares primarios superiores e inferiores es de importancia fundamental en el desarrollo de la dentición permanente. Estos planos son críticos porque guían la erupción de los primeros molares permanentes. Podemos visualizar mejor la relación deseada de los planos terminales de los segundos molares primarios si consideramos la relación normal de los primeros molares permanentes.

Una guía general es la posición de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior en el surco vestibular del primer molar inferior. Para guiar a los molares permanentes directamente hacia esa posición, la relación ideal de los planos distales de los segundos molares primarios se hace con el plano distal de los segundos molares superiores primarios hacia el distal de los inferiores. Pero en muchos casos estos planos coinciden y los primeros molares permanentes erupcionan en una relación de cúspide a cúspide.

Aún así, si los demás factores son normales, tal relación producirá una oclusión normal en los primeros molares permanentes.



*Oclusión primaria que termina en un escalón mesial.
 Obsérvese la tendencia de los molares permanentes a
 ocluir en Clase I de Angle.*



*Oclusión primaria que termina distalmente en un
 plano recto. Notese la relación cúspide a cúspide
 de los primeros molares permanentes.*

4. Datz, S. et al. *Ortodología Preventiva en Acción.* (pag. 359 y 360)

Es posible que a menudo estos últimos ocluyan en posiciones normales cuando sus planos coinciden a causa de la diferencia de los espacios libres superior e inferior. El espacio libre puede definirse como la diferencia entre los anchos mesiodistales de los caninos y los molares primarios de un cuadrante, y los anchos mesiodistales de los caninos permanentes y premolares del mismo cuadrante. Por lo general el espacio libre de la mandíbula es mayor que el de el maxilar. Moyers halló que el espacio libre promedio en el maxilar inferior era de 3.10 mm comparado con el 1.30 mm en el maxilar superior. Por lo tanto, si los planos terminales de los segundos molares primarios coinciden y los primeros molares permanentes erupcionan en una relación cúspide a cúspide por un mayor espacio libre en la mandíbula, los primeros molares permanentes inferiores probablemente migrarán más hacia el mesial (aproximadamente 1.80 mm o más) que los primeros molares permanentes superiores, de modo que la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior pueda caer en el surco vestibular del primer molar inferior.

Podemos entonces concluir que, en la oclusión normal, el primer molar inferior permanente se desplaza más hacia mesial que el primer molar superior cuando se exfolian los segundos molares primarios, y en una oclusión normal de la dentición primaria, el plano terminal del segundo molar superior primario coincide con el plano terminal del segundo molar inferior primario o está hacia distal de él.

Problemas oclusales comunes y sus causas

Comparando con un margen de normalidad relativamente escaso, existe un número en apariencia infinito de posibles anomalías oclusales. Aunque pueden reconocerse maloclusiones severas, afortunadamente raras, es necesario concentrar la atención en los problemas oclusales más comunes. Estos son los que los odontopediatras verán a diario en sus prácticas si es que logran reconocerlos e identificarlos.

Hábitos digitales.

Es común que los padres repriman esa costumbre del niño porque parece ser un hábito infantil residual pero no porque lo lleve a una maloclusión. En realidad no siempre el hábito de chuparse el dedo

provoca un problema oclusal. Las maloclusiones se producen si el niño lo hace con bastante fuerza durante los períodos de tiempo lo suficientemente prolongados y a intervalos tan seguidos como para producir una deformidad.

Como resultado, el clínico se sorprende a menudo de ver a un niño con ese hábito pero sin problemas oclusales. Por supuesto, también es frecuente que a causa de una maloclusión como mordida abierta o incisivos sobresalientes se busque un hábito digital como factor etiológico.

Hábitos labiales

A veces los hábitos labiales son el remanente de un instinto de chupar o La transferencia de un hábito digital anterior, también se produce como reacción ante la erupción ectópico de los incisivos superiores.

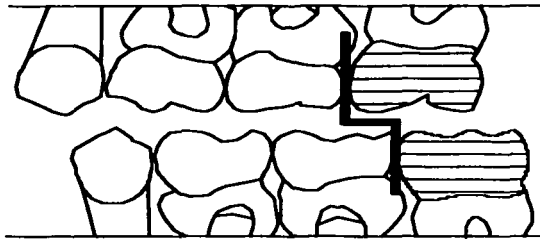
Hábitos linguales o deglusiones atípicas

Los primeros fabricantes de tetinas de goma siguieron los modelos del pezón erecto de la lactancia sin considerar su anatomía durante la función. El niño al succionar el pecho. provoca una aversión del pezón para que penetre más profundamente en la boca. Esto hace que la lengua se

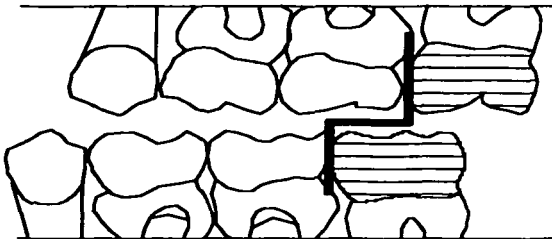
mantenga hacia atrás y ayude a desarrollar un patrón de deglución normal. No obstante la tetina no funcionaba de esta manera. Como no podía ser llevada tan atrás como era necesario, el niño tuvo que desplazar su lengua hacia adelante para succionar y tragar, por lo que muchos niños se chupan el dedo pueden mantener sus lenguas adelantadas cuando succionan. El resultado frecuente, es una deglución atípica que genera incisivos superiores sobresalientes y mordida abierta.

Escalones distales o mesioclusión de los segundos molares superiores primarios, precursores de una relación molar de Clase II de Angle.

La oclusión primaria es el fundamento sobre el cual se construye la dentición permanente. La preocupación no está referida por lo común con la normalidad en sí, sino a conocer como afectarán las desviaciones en el desarrollo de la oclusión permanente. Cuando la cara distal de los segundos molares superiores primarios está por mesial de la cara distal de los segundos molares inferiores primarios, los primeros molares permanentes que sitúan estos planos cuando erupcionan lo harán en una relación molar de Clase II de Angle.



*Oclusión primaria que termina en un escalón distal
 Obsérvese la tendencia de los molares permanentes a
 ocluir en Clase II de Angle.*



*Oclusión primaria que termina distalmente en escalón
 mesial exagerado. Notese la tendencia de los
 primeros molares permanentes a una Clase III de
 Angle.*

4. Dats. S. et al. *Ortodología Preventiva en Acción.* (pag. 359 y 360)

Las causas de esta relación anómala pueden ser esqueléticas, anatómicas, de desarrollo, funcionales, patológicas, iatrogénas y de conducta.

Esqueléticas.- El maxilar está ubicado más adelante que la mandíbula en la cabeza ósea. La relación de los molares primarios refleja así una desarmonía esquelética fundamental. Si bien se debe estar alerta respecto a este problema, tales desarmonías no son comunes entre las edades de 3 a 5 años.

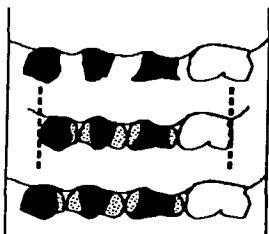
Anatómicas.- Los molares superiores primarios pueden ser más pequeños que lo habitual en relación con los molares inferiores primarios, por lo que ocuparán menos espacio, y como ambos molares se desplazarán hacia adelante por las fuerzas oclusales y por las presiones eruptivas de los primeros molares permanentes se producirá un escalón distal indeseable.

Funcionales.- Los dientes se desgastan en los puntos de contacto. Tal desgaste puede ser excesivo si la dieta es especialmente dura y el esmalte relativamente blando.

De desarrollo.- Muy a menudo hay espacios en la dentición primaria hacia distal de los caninos y entre los molares primarios. Si los molares permanentes

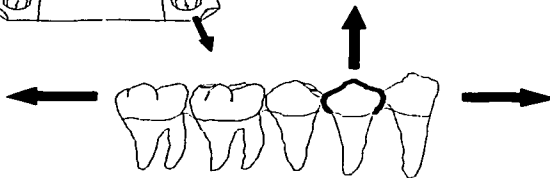
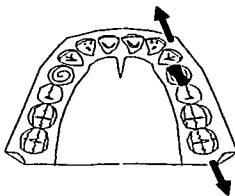
son muy grandes, o si los que erupcionan oblicuamente pueden cerrarse por las presiones eruptivas o de desarrollo. A veces, ello ocurre en el maxilar y no en la mandíbula, o sucede antes en el superior, como resultado, de los molares superiores primarios se desplazan hacia maloclusión.

Patológicas.- Una de las causas más comunes es la caries dental. El advenimiento de las aguas fluoradas, la mejor higiene bucal, los dentífricos más efectivos y la odontología preventiva han contribuido a disminuir la incidencia de caries, logrando así eliminar algunas maloclusiones originadas por este problema. Aunque la profesión dental hace mucho tiempo que considera la necesidad de guiar la erupción de los primeros molares permanentes, esta preocupación se asoció casi siempre con la pérdida de los segundos molares primarios. No obstante, muchas veces se pasa por alto un cambio más sutil del 1 a 2 mm, en los planos terminal de los segundos molares primarios, que pueden tener como origen la caries dental. Este pequeño desplazamiento es a menudo suficiente para que los primeros molares permanentes erupcionen en una relación normal.



El aumento de la longitud de la arcada por la restauración incorrecta de una o más superficies proximales con caries puede provocar la pérdida de contactos, giroversión, mordida cruzada y puntos de contacto prematuros.

Efecto de las caries interproximal sobre la longitud de la arcada

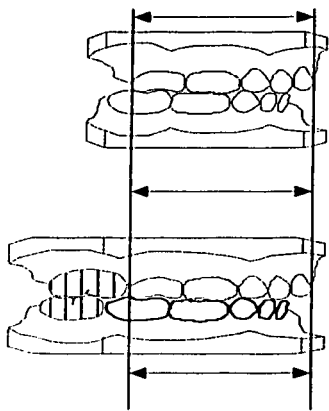


RESTAURACION PROXIMAL SOBREETENDIDA

Iatrógenos.- Si los molares primarios quedan con contorno bajo al ser restaurados, pueden desplazarse y producir una relación indeseable en las caras distales de los segundos molares primarios.

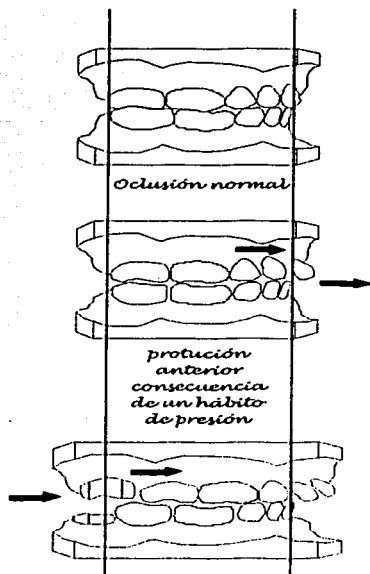
De conducta.- Los incisivos se mantienen en su posición adecuada por un equilibrio de fuerzas ejercido desde lingual por la lengua y desde vestibular por el labio. Si las fuerzas musculares nocivas hacen migrar los dientes anteriores hacia vestibular se genera un espacio que permitirá a los caninos y los molares superiores que los sigan. De esto puede originarse un escalón distal que traiga como consecuencia una relación molar Clase II de Angle.

Al considerar el efecto deleterio de los hábitos hay propensión a considerar solo la oclusión anterior cuando es necesario notar que los hábitos de presión no solo afectan las relaciones entre los incisivos sino también la dentición posterior y el desarrollo esquelético.



A. Notese que el segundo molar superior primario esta por mesial de su antagonista inferior

B. Los primeros molares permanentes erupcionan sobre el escalón distal en una maloclusión de clase II de Angle.



Escalón distal resultante del desplazamiento anterior de los dientes posteriores que siguió a la protusión de los anteriores

9. Barnett, E. M. *Terpia Oclusal en Odontopediatria* (pp 50 y 51)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es recabar información acerca de la incidencia de las alteraciones oclusales y factores asociados que, presentes en la dentición desidua, ponen en peligro la integridad de la oclusión futura en la dentición permanente.

Al mismo tiempo se toma en cuenta una variable, el nivel socioeconómico, con el objeto de observar que tan determinante es en cuanto a la presencia de dichos factores predisponentes de maloclusión.

Por otro lado, se pretende estimular el interés por parte de los padres, como por parte de los profesionales, respecto a la importancia de la reparación de los dientes desiduos, ya que de ello depende en gran parte la oclusión ideal de la dentición permanente. Todo esto tomando en cuenta el limitado número de reportes relativos a oclusión en niños preescolares, y los pocos datos epidemiológicos respecto a los factores que, asociados con las relaciones oclusales de molares resíduos favorezcan a maloclusiones futuras.

HIPOTESIS

HIPOTESIS

Si suponemos una muestra representativa de la población infantil preescolar de nuestro país, entonces encontraremos un índice elevado de factores que de no ser tratados contribuirán al desarrollo de maloclusiones en la dentición permanente.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Material Biológico.

Se seleccionó una población infantil de 507 niños en edad preescolar, entre 2.5 y 6 años, que hubiesen concluido la erupción de sus dientes desiguados, de ambos sexos, los cuales fueron tomados de tres instituciones de educación preescolar.

Material Clínico.

- Espejos orales infantil es
- Exploradores
- Lámpara portátil
- Abatelenguas
- Perilla de aire
- Abre bocas
- Rotafolios
- Modelos de Estudios infantiles
- Tipodonto
- Cepillo dental

Recursos.

Tres instituciones de educación preescolar, particulares y públicas, ubicadas en tres zonas diferentes del D.F., así como cartas y permisos necesarios para el acceso a las mismas.

Método.

Los pacientes fueron clasificados por un lado en base a sus planos terminales. Las relación molar fue determinada como sigue:

1) **Plano terminal vertical recto**

Todas las probabilidades (si no hay un factor externo que lo altere) de tener una Clase I de Angle.

2) **Plano terminal mesial (escalón mesial)**

Clase I de Angle o Neutroclusión.

3) **Plano terminal mesial distal (escalón distal)**

Probabilidades de tener una distoclusión o Clase II de Angle.

4) **Plano terminal mesial exagerado.**

Tendrá como consecuencia una maloclusión Clase III de Angle.

Por otro lado se observó la incidencia de algunos factores asociados a maloclusión como son:

- **Pérdida prematura de dientes**
- **Caries interproximal**
- **Hábitos de succión digital**
- **Mordida cruzada**

Así como el porcentaje de niños que hayan recibido algún tipo de tratamiento para resolver estos u otros problemas orales.

Al mismo tiempo aquí se utilizó el nivel socioeconómico como variable en cada uno de los factores mencionados.

Toda la información fue vaciada en gráficas, las cuales se muestran en los resultados.

Además, con el objeto de reforzar las pláticas de salud bucal, que se dieron a los niños, se elaboró y distribuyó una circular que incluye algunas recomendaciones a los padres, tendientes a estimular el interés por los problemas dentales de sus niños. Dicha circular que se muestra a continuación fue incluso publicada en el periódico de uno de los jardín de niños que fue facilitado.

SIGA ESTAS SENCILLAS RECOMENDACIONES Y APOYE ASI AL CIRUJANO DENTISTA.

- 1.- PREOCUPESE POR LA SALUD BUCAL DE SU HIJO. LLEVELO AL CONSULTORIO DENTAL POR LO MENOS DOS VECES POR AÑO. EL DENTISTA ES UN PROFESIONAL QUE PODRA PREVENIR O INTERCEPTAR SUS PROBLEMAS DENTALES A TIEMPO, SIEMPRE Y CUANDO USTED COOPERE CON EL.
- 2.- FAMILIARICE A SU HIJO CON LA ODONTOLOGIA Y EXPLIQUELE QUE EL DENTISTA ES UN AMIGO QUE LE AYUDARA A MANTENER SUS DIENTES SANOS Y FUERTES.
- 3.- INCULQUE A SU HIJO HABITOS DE HIGIENE ORAL PARA QUE EL MISMO VELE POR SU SALUD BUCAL.
- 4.- AYUDE A SU DENTISTA COMBATIENDO TODAS SUS IMPRESIONES NEGATIVAS QUE EL NIÑO RECIBA FUERA DE SU CASA CON RESPECTO A LA ODONTOLOGIA.
- 5.- ASI MISMO, NO MANIFIESTE SUS TEMORES ANTE EL NIÑO.
- 6.- NO UTILICE LA ODONTOLOGIA COMO AMENZA DE CASTIGO. PUES ESTO SERA ASOCIADO CON DOLOR.
- 7.- NO SOBORNE A SU HIJO PARA LLEVARLO AL CONSULTORIO DENTAL.
- 8.- TOME EN CUENTA QUE EL PEOR MOMENTO PARA LLEVAR SU HIJO AL DENTISTA ES CUANDO SUFRE DOLOR.
- 9.- NO LE RESTE IMPORTANCIA A LOS DIENTES TEMPORALES DE SU NIÑO POR EL HECHO QUE LOS VAYA A MUDAR, SON TAN IMPORTANTES COMO LOS PERMANENTES.
- 10.- ES NECESARIO QUE SE ENTIENDA QUE UNA DENTICION EN OPTIMAS CONDICIONES NO "SUCEDE" SIMPLEMENTE, MUCHAS COSAS PUEDEN TRANSTRONARSE DURANTE EL DESARROLLO DENTAL. RESULTA MUCHO MAS FACIL PREVENIR O INTERCEPTAR LOS PROBLEMAS CUANDO SE INICIAN QUE TRATAR DE CORREGIRLOS POSTERIORMENTE.

ATTE.

DRA. MARIA DEL CARMEN SOSA CASTILLO
CIRUJANO DENTISTA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

RESULTADOS

En lo que se refiere a las relaciones oclusales de molares residuos, se encontró que el escalón terminal mesial predomina en poco más de la mitad de la muestra investigada (gráfica # 1), seguido éste por el plano terminal vertical (22.2%).

Como ya sabemos, en ambos casos es común que se alcance una Clase I de Angle si no existe algún factor que altere dicha oclusión durante el desarrollo de la dentición permanente. Esto quiere decir, que los niños que presentan este tipo de relación oclusal, si reciben un tratamiento preventivo o restaurativo adecuado y oportuna podrán llegar a tener una oclusión futura ideal y armónica.

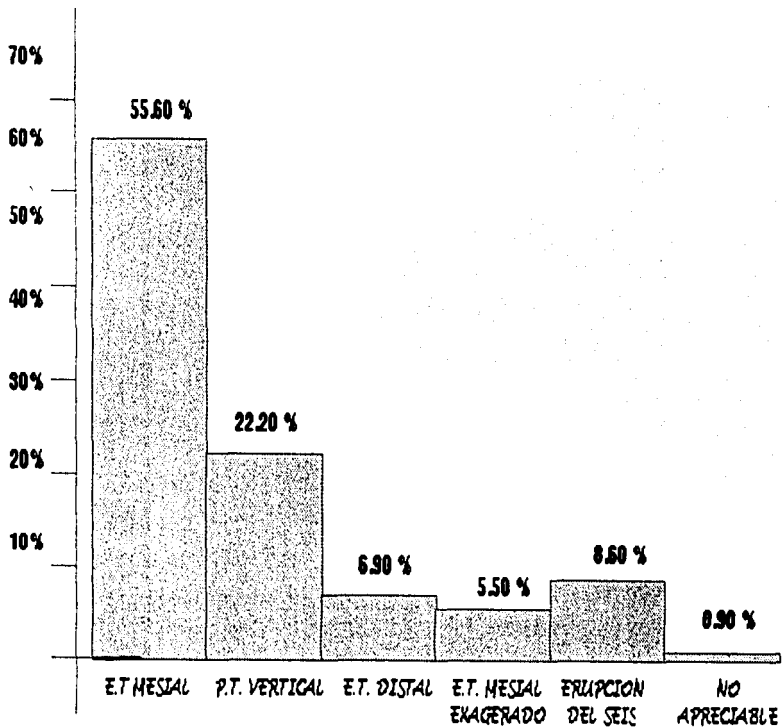
Por otro lado, pudimos observar que la caries interproximal es el principal factor predisponente de pérdida de longitud del arco (gráfica # 2) y consecuentemente de maloclusión, seguida de la pérdida prematura de dientes, después la mordida cruzada ya sea anterior o posterior y por último los hábitos digitales, además solo el 11.8% de la población global investigada ha recibido algún tipo de tratamiento a dichos problemas, y casi un 10% de éstos han sido fracasos en el mantenimiento del espacio.

Utilizando una variable como es el nivel socioeconómico (gráfica # 3), encontramos un predominio determinante de caries interproximal y pérdida prematura de los dientes en los niños de escasos recursos económicos como se esperaba, por razones obvias, así como un predominio de la clase media y alta en cuanto a la cantidad de niños cuyos padres se han preocupado porque reciban atención dental.

Curiosamente se encontró una mayor incidencia en lo que se refiere a hábitos de succión digital en los niños de nivel socioeconómico más favorable.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

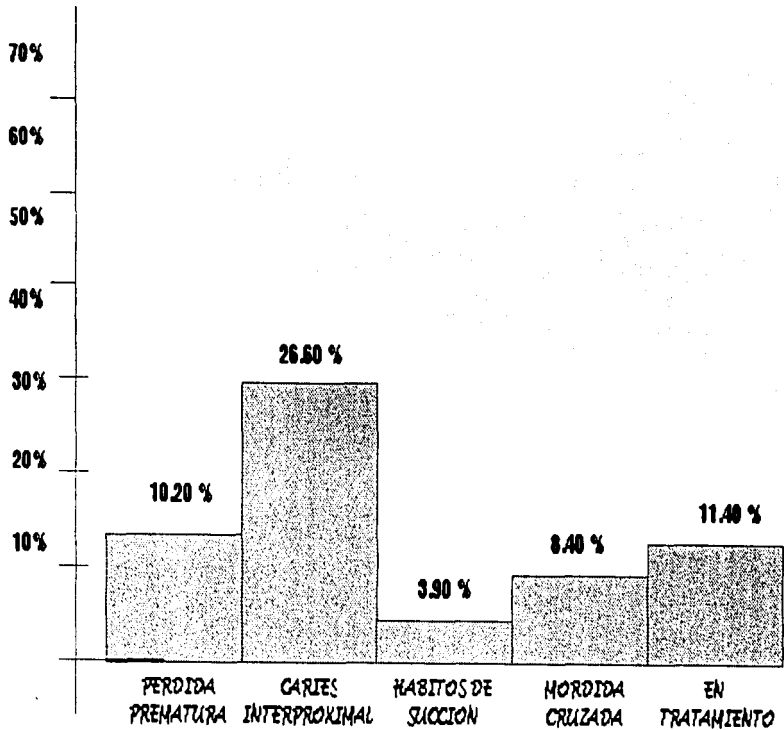
GRAFICA # 1



411

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

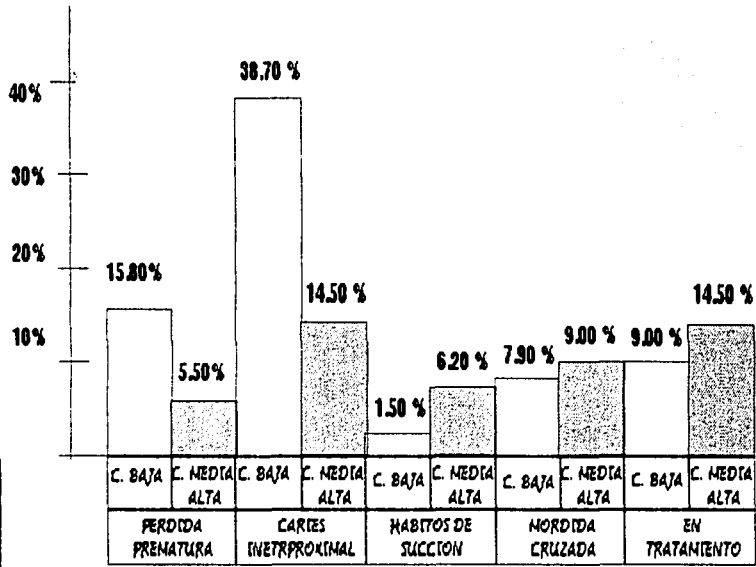
GRAFICA # 2



42

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA # 3



413

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIOS

24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIOS

La maloclusión ocupa el tercer lugar después de la caries y la enfermedad periodontal con respecto al número de personas afectadas. El desarrollo de una legítima actitud preventiva con respecto a la maloclusión comienza con la capacidad de evaluar la oclusión tanto en su condición presente como en su potencial futuro.

Es un tributo a la maravilla de la ingeniería humana que tantos niños logren alcanzar la oclusión normal. Pero muchos cientos de miles no lo logran debido al ataque de la caries y la falta de reconocimiento de cualquiera de un gran número de fenómenos que impiden esto.

Mientras más y más personas se hagan conscientes de la importancia de la reparación de los dientes desiguales, este problema deberá surgir cada vez menos, aunque actualmente es un problema principal.

Desgraciadamente algunos dentistas son culpables de recomendar a los padres que no procedan a la reparación de los dientes desiguales porque serán exfoliados. Quizá es debido a que los niños son a veces más difíciles de manejar, o quizá se deba a que, basándose en el tiempo empleado y los honorarios percibidos, los

resultados son menos productivos para el dentista, quizá sea porque el dentista no sepa que la pérdida prematura de estos dientes puede con frecuencias destruir la integridad de la oclusión normal.

Es indispensable que se establezca una relación adecuada entre el dentista, el niño y los padres. Mediante ilustraciones y modelos, debemos Hacer ver a los padres que una oclusión normal no “sucede” simplemente. Deberán comprender que muchas cosas pueden trastornarse y deberán apreciar la complejidad del desarrollo dental. Mucho más fácil resulta prevenir o interceptar los problemas incipientes que tener que corregir posteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Graber, T.M.
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
3 era edición, México
Ed. Internamericana, 1977
- 2.- Finn Sidney B.
ODONTOLOGIA PEDIATRICA
4a edición, México
Ed. Internamericana, 1976
- 3.- Haulp, D., Grossman, W.J. y Clarkson, P.
ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES
Buenos Aires
Ed. Mundi, 1969
- 4.- Dats, S., et al
ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION
Buenos Aires
Ed. Médica Panamericana, 1975
- 5.- Blaur, F.
EL METODO FUNCIONAL EN ORTOPEDIA DENTOFACIAL
Buenos Aires
Ed. Mundi, 1969
- 6.- Muir, J.D., Read, R.T.
MOVIMIENTO DENTAL CON APARATOS REMOVIBLES
México
Ed. El Manual Moderno, 1981

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 7- Castellino, A.J., et al
CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL
Buenos Aires
Ed. Mundi, 1968
- 8- Kennedy, D.B.
OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA
Buenos Aires
Ed. Médica Panamericana, 1977
- 9- Barnett, E.M.
TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRIA
Buenos Aires
Ed. Médica Panamericana, 1978
- 10- Sim, J. H.
MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS
Buenos Aires
Ed. Mundi, 1980
- 11- Holloway, P.J., Swallow, J.N.
SALUD DENTAL INFANTIL
Buenos Aires
Ed. Mundi, 1979
- 12- Birch, R.H., Huggings, D.G.
PRACTICAL PAEDODONTICS
Edinburg an London
Churchill livingstone, 1973

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 13- Mayoral, J., et al.
ORTODONCIA, PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA
4a Edición, Barcelona
Ed. Labor, 1983
- 14- Law, Lewis y Davis.
ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA
Buenos Aires
Ed. Mundi, 1972
- 15- Clínicas Odontológicas de Norteamérica
CONCEPTOS ACTUALES DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO
Vol. I, México
Ed. Interamericana
- 16- Neujoks, R.
EPIDEMIOLOGIA Y PROFILAXIS DE LA CARIES DENTAL
F.O. Vol. VII, México
Julio/Agosto, 1980
- 17- Revista Científica Técnica y Cultural FO
Número 30 Vol. VII
Julio/Agosto, 1980

TRFIS CON
FALLA DE ORIGEN