

DIAGNOSTICO Y PREVALENCIA DE SALUD-BUCODENTAL EN EL CENTRO DE
DESARROLLO INFANTIL DEPENDIENTE DE LA U.N.A.M.

POR

C.D. JORGE CURIEL VELAZQUEZ

**CURIEL
VELAZQUEZ
JORGE
1984**

TESIS



K(1) UNAM



Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DICIEMBRE 1984



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.

Diagnóstico y Prevalencia de Salud Bucodental en el Centro de Desarrollo Infantil Dependiente de la UNAM.

Aprobado por:

C.D.M.O. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ VILLAVICENCIO

C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCIA

C.D.M.O. JAVIER HERNANDEZ PALMA

C.D.M.O. ROSELIO REY BOSCH

C.D.M.O. Director de la Tesis. ANGEL KAMETA TAKISAWA

RECONOCIMIENTOS

_ A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO.

- A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M.

- AL DR. ANGEL KAMETA TAKISAWA

Coordinador del área de Odontopediatría
de la Facultad de Odontología U.N.A.M.

Por su gran ayuda en la asesoría de esta
tesis y sus valiosos consejos.

- Al DR. MANUEL SAAVEDRA GARCIA

Secretario Académico de la División de
Estudios de Posgrado de la Facultad de
Odontología U.N.A.M.

Con mi agradecimiento.

- Al Dr. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ V.

Con mi agradecimiento y gratitud.

AL DR. RODOLFO HERRERO RICAÑO

DIRECTOR DE LA E.N.E.P. U.N.A.M.

Con mi agradecimiento y sus valiosos
consejos y apoyo.

- AL DR. SALVADOR CARRANZA ANDRESEN

Con mi agradecimiento y admiración

- Al Dr. JOSE ROSAS MORENO

Con mi agradecimiento .

I N D I E

	PAGS
INTRODUCCION	1
REVISION DE LA LITERATURA.....	2
MATERIALES Y METODOS	15
RESULTADOS.....	20
DISCUSION	48
CONCLUSIONES	49
RESUMEN.....	50
SUMMARY.....	51
BIBLIOGRAFIA	52
APENDICE	54
CURRICULUM VITAE	55

INDICE DE TABLAS

TABLA NUM.	PAGS.
1.-FRECUENCIA RELATIVA POR SEXO Y GRUPO ETARIO	25
2.-FRECUENCIA RELATIVA EN EL NUMERO DE DIENTES EN LA BOCA:.....	26
3.-FRECUENCIA RELATIVA POR SEXO.....	27
4.-DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL INDICE cpo EN NIÑOS DEL CENDI..	28
5.-FRECUENCIA RELATIVA DE DIENTES DECIDUOS MÁS AFECTADOS	29

INDICE DE ILUSTRACIONES

FIGURA (GRAFICAS)	PAGS.
1.-PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE SEXO POR GRUPO ETARIO	30
2.-REPRESENTACION DE SECTORES DE LA DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EN LA CANTIDAD DE DIENTES EN LA BOCA.....	31
3.-BARRAS PORCENTUALES DE FRECUENCIA EN EL NUMERO DE DIENTES.....	32
4.- BARRAS PORCENTUALES DE FRECUENCIA DEL cpo EN EL GRUPO.....	33
5.-REPRESENTACION DE SECTORES DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE PRESENCIA DE CARIES EN LOS DIENTES DECIDUOS MAS AFECTADOS...	34
6.-BARRAS PORCENTUALES DE LA FRECUENCIA DE PRESENCIA DE CARIES EN LOS DIENTES DECIDUOS MAS AFECTADOS.....	35
7.-FRECUENCIA RELATIVA EN EXPERIENCIA Y SIN EXPERIENCIA EN CARIES DEL GRUPO.....	36
8.-PORCENTAJES DE ESPACIOS PRIMATES EN EL GRUPO	37
9.-PORCENTAJE DE ESPACIOS FISIOLÓGICOS PRESENTES EN EL GRUPO.....	38
10.-PORCENTAJES DE SOBREMORDIDA PRESENTES EN EL GRUPO.....	39

FIGURA	PAGS.
(GRAFICA)	
11.-PORCENTAJE DE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y POSTERIOS EN EL GRUPO.....	40
12.-PORCENTAJE DE TRASLAPE HORIZONTAL EN EL GRUPO	41
13.-PORCENTAJE DE MORDIDA ABIERTA PRESENTES EN EL GRUPO.....	42
14.-PORCENTAJE DE APIÑAMIENTO ANTERIOR PRESENTES EN EL GRUPO...	43
15.-PORCENTAJE DE MAL POSICION PRESENTES EN EL GRUPO.....	44
16._PORCENTAJE DE ANOMALIAS DE FORMA Y NUMERO EN EL GRUPO.....	45
17.-PORCENTAJE DE HABITO DE SUCCION DE DEDO PRESENTES EN EL GRUPO	46
18.-PORCENTAJES DE HABITO DE PROTRUSION DE LENGUA PRESENTES EN EL GRUPO.....	47

INTRODUCCION.-

El crecimiento y desarrollo es un estado dinámico vivo, y no un estado anatómico inerte, la dentición primaria en cada edad y en todas las etapas por las que debe pasar, nos muestra esta importancia vital y esencial.

Nuestra meta es determinar el diagnóstico y prevalencia en una población infantil de niños mexicanos y sus variaciones con la edad para planear óptimamente, tanto los servicios preventivos como de tratamiento.

Literatura actual accesible informa que ha habido mejoras substanciales cuando se realiza un diagnóstico temprano en niños menores de 4 años y se minimizan o previenen con terapéuticas eficaces.

Un promedio de prevalencia representa una medida del número de casos -- que se presentan en o durante un periodo específico, la incidencia representa una estimación directa de la probabilidad o riesgo de que se desarrolle la enfermedad dentro de un periodo.

(Changes in the prevalence of dental disease, Jada Vol. 105 July 1982).

No se pretende la comparación en cambios de prevalencia de la enfermedad bucodental con otros países en virtud de que en México son otros nuestros variables; como asimismo no se cuenta con una educación dental permanente, ni con seguimientos de estudios.

REVISION DE LA LITERATURA

Comparación de Salud Dental de niños de 11 años de edad de 1970 a 1979, y de niños de 14 años de edad de 1973 a 1979 Estudios en Bristol, Inglaterra

Evidencias recientes sugieren que la experiencia a la caries de niños - - Británicos es decreciente.

Estudios realizados en Somerset (Ciudad) Han demostrado una reducción progresiva en las caries experimentadas en niños de 5 años de edad y de 14 - años de edad de 1975 a 1979 (Palmer, 1980)

La razón de la reducción de caries no es conocida, solamente puede ser sujeto de especulación y se mencionan algunas medidas tomadas como son:

- 1.- La concentración de floururo del agua que surte Bristol
 - 2.- Una campaña de educación de salud dental la cual se inició en 1978.
 - 3.-Cambios en la dieta durante los últimos 10 años: figuras confeccionadas para el consumo nacional
 - 4.- El uso en la práctica dental de floururo tópico y selladores de fisuras
 - 5.- Incremento en la propaganda nacional de manufactura de pastas dentales
- La salud gingival .- La evaluación de la gingivitis estuvo basada en el método descrito por Loe y Silmess (1963).

Este reporte trata de evaluar los cambios de prevalencia de enfermedad dental en Estados Unidos.

- El promedio de aumento de Dentistas Registrados
- El número de Dentistas que se graduan actualmente
- Las tendencias proyectadas de graduación dental

Relación con estos factores a la cantidad y tendencia de la prevalencia de enfermedad dental en Estados Unidos

Un promedio de prevalencia representa una medida del número de casos que se presentan en o durante un periodo específico

La incidencia representa una estimación directa de la probabilidad o riesgo de que se desarrolle de la enfermedad dentro de un período de la enfermedad.

Se plantea el Diagnóstico como algo importantísimo con el propósito de planear los servicios dentales, los recursos humanos dentales el entrenamiento de la evaluación, de la efectividad de las medidas preventivas

Se menciona una diferencia en los promedios de prevalencia de acuerdo a su sexo, edad, estado socio-económico.

La incidencia de caries aumenta en relación a la dieta en países altamente desarrollados

En 1973 Class y otros examinaron las historias clínicas dentales de 2 grupos de niños de Massachussets durante un periodo de 25 años para determinar cambios en la prevalencia de caries y encontraron que no había diferencia estadística significativa entre edad y sexo en relación a los conteos específicos.

Existe un aumento de personas edentulas y el porcentaje de estas personas aumenta con el avance de la edad.

Dicho estudio menciona que con las medidas que se toman de prevención la población adulta de las décadas por venir vendrá acompañada por una disminución en la falta de dientes, reflejando las ganancias en la salud oral.

La enfermedad periodontal es casi tan prevalente como la caries dental -- La enfermedad se correlaciona con la edad y la higiene oral no siendo muy clara con la edad.

En cuanto a molodusiones muchos estudios se han desarrollado para exami-- nar la incidencia y la prevalencia y menciona este estudio que es difícil repetir cambios.

Esto es en gran parte debido a la inhabilidad para comparar los estudios-- debido a las variaciones de la metodología y los índices usados, para registrar la prevalencia.

INDICE DE PLACA DENTAL EN NIÑOS QUE SE CEPILLARON CON DENTIFRICO EN
PASTA O EN GEL.

En este estudio sin supervisión de cepillado y con duración de un mes, - que investigó la cantidad y distribución de la placa dental en los dientes de niños usando ya sea dentífrico translucido en gel o una pasta dentífrica convencional.

No se observaron diferencias significativas en índices de placa dental - entre los grupos de dentífrico

Cabe mencionar que los niños de este estudio fueron de edades entre los 10 y 16 años,, encontrando que no había diferencias significativas en los niveles de placa entre la dentición posterior y anterior después del - - cepillado.

EL EFECTO DEL FLUORURO DE SODIO SOBRE LA VIABILIDAD Y CRECIMIENTO DEL
STROPTOCOCCOS MUTANS (S M)

Una cepa sensitiva al fluoruro(FS) del Stroptococcus mutans y una resistente al fluoruro, fueron inducidas en el laboratorio y fueron comparadas para los efectos del NaF sobre su viabilidad y crecimiento

El efecto del NaF sobre la viabilidad y crecimiento de las cepas sensiti--vas al F. (FS) del S.M. y de sus "hijos o de cepas resistentes al F. e -- inducidas al laboratorio (FR) se estudio "in vitro" . La perdida de viabilidad en las suspensiones de células en reposo se relacionó directamente - al aumento de temperatura de 0 a 35 °C , durante 47 horas mostrarón el mismo patrón y magnitudes de la vartiente en pérdida de viabilidad que a quellos conteniendo F no medible.

PREVALENCIA DE CARIES Y TERAPIA EN DIENTES RECIDUOS DE 3 AÑOS a 8 AÑOS
DE EDAD.

El ataque de prevalencia de caries en dientes primarios y el porcentaje de fracaso en la terapia de caries fue seguido después de los seis años.

Se les practicó un examen a los 3 años de edad

Tuvieron un programa preventivo básicamente que incluía consejos a los Padres de familia sobre.

-hábitos dietéticos

-higiene oral

-uso de tabletas de fluor

A la edad de 3 años se les registro el ataque a la caries y a la edad de seis años el 17 % tuvo ausencia de caries también desde los 3 años habían recibido cuidado dental sistemático con una revisión dental anual en niños con baja actividad cariosa

En la edad de 4 años más de la mitad de los niños tenían caries dental, -- hasta que solo el 17 % de los niños mantuvo sus dientes deciduos sin caries bajo la edad de 8 años

El ataque de caries temprana sobresalió con una alta proporción de caries oclusal.

Los buenos resultados fueron atribuidos a un continuo y prolongado cuidado dental.

Las extracciones fueron usualmente el resultado de procedimientos.

-operativos sin éxito

-necrosis

-reabsorción interna después de la pulpotomía,

-a una pobre cooperación por parte del paciente.

DISTRIBUCION DE CARIES EN DIFERENTES SUPERFICIES DENTARIAS EN NIÑOS
DE 7 AÑOS DE EDAD.

Las superficies distales de los primeros molares primarios, las superficies oclusales de los primeros molares permanentes mostrarón un alto grado de susceptibilidad a la caries.

La frecuencia de caries en la superficie proximal del primer y segundo molar primario fue mayor cuando la caries oclusal estaba presente.

Los resultados de este estudio muestran que la población estudiada tenía una gran prevalencia de caries en comparación con otras poblaciones

Los primeros molares permanentes tenían caries oclusal en 69.9 % mientras que 59.5 de los segundos molares primarios tenían caries oclusal, a pesar del hecho los primarios habían estado en la boca, aproximadamente 5 años y los permanentes solo un año.

Los primeros molares primarios con menos fosetas y figuras (Finn 1973) tenían una prevalencia menor de caries oclusal (45%) que los segundos molares primarios (59.5 %), los cuales erupcionan hasta un año más tarde.

La influencia de la anatomía es también una evidencia por una prevalencia significativamente diferente de caries en la superficie bucal de los segundos molares primarios y primeros molares permanentes inferiores, y la superficie de los primeros molares primarios superiores e inferiores - -- (Krauss y col.) 1969

La frecuencia de caries proximal en dientes sin caries oclusal debe ser tomada en consideración cuando se considere realizar tratamiento preventivo con selladores de fisuras.

EFFECTOS PREVENTIVOS DE CARIES DE ENJUAGUES BUCALES DIARIOS Y SEMANALES
EN UNA COMUNIDAD FLUORIZADA.

Resultados finales después de 30 meses. Los registros indicaron que la con-
centración promedio del fluoruro se mantuvo en el agua potable de enero
de 1974 hasta mayo de 1980.

Los enjuagues se iniciaron para que coincidieran con las exámenes -
dentales iniciales

Las exámenes finales para determinar el incremento de caries dental-
se condujeron en mayo de 1980, 30 meses después de que se iniciaron los -
tratamientos.

Existieron resultados intermedios después de 18 meses de estudio, y mos--
traron que los niños que habían enjuagado ya sea semanalmente o diariamente -
con las soluciones de fluoruro

-con una solución de Naf neutral al 0.2 % una vez a la semana .

-en una solución Naf neutral al 0.05 % una vez superficies de C.P.O nue--
vas, que aquellas que lavaron con una solución placebo. los resultados --
también mostraron que no había diferencias significativas en los niveles-
de protección de caries entre los procedimientos diarios o semanales.

El procedimiento tiene diversos atributos que lo hacen particularmente -
accesible para su utilización en la escuela, es fácil aprender por los -
niños escolares de todas las edades.

Recomiendan el procedimiento semanal más que el diario para su uso en -
los programas escolares.

EXAMINACION DETALLADA EN EL PROGRESO DE LA CARIES EN NIÑOS DE 4 AÑOS
DE EDAD, EN UNA AREA NO FLUORADA EN IRLANDA.

La investigación en el patrón de caries en la dentición de estos niños -
mostrarón que el 2° molar primario fué el diente que más comunmente fue--
afectado por caries.

La caries ocurrió en las superficies oclusales más predominantes

Es esencial tu información acerca de la prevalencia de caries dental y sus
variaciones con la edad para planear aptima mente, tanto el tratamiento --
como los servicios preventivos.

Heenan y col. reportarón la prevalencia y la distribución de caries entre
niños de 18 meses (Un año y medio) a 39 meses (Tres años 3 meses) de edad
en los Estados Unidos y en el curso de la revisión de su información de --
varias partes del mundo, se encontro una variación significativa de los por--
centajes de caries.

Los indices CEO variarón desde 0 hasta 18. Es notable la similitud en la -
cantidad de caries presentado en los dientes molares, tanto maxilares como
mandibulares, con una prevalencia ligeramente más alta ocurriendo en los -
1^{OS} molares mandibulares en comparación con sus antagonista maxilares.

La preponderancia de caries molar es digna de mención, cuando uno considera
en relativamente pequeño del periodo de tiempo que estos dientes han esta--
do presentes en la boca de los niños a la edad de los 4 años de edad.

De los restantes dientes los incisivos maxilares demuestrán el más alto --
grado de ataque, con un 21, a 22, % de los centrales afectados y el 13 % de
los laterales

Los caninos y dientes incisivos mandibulares corresponden a una proporción
baja relativamente.

LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL 10 AÑOS DESPUÉS.

Scherp Publicó un periódico semanal sobre los prospectos para la preven
ción de caries dental.

El progreso hacia la prevención de caries, ha sido impresionante durante
la última década.

Se ha logrado un poco de éxito en la aplicación del conocimiento ya exis
tente

El agua comunitaria fluorizada la mencionan como un arquetipo de un pro-
grama preventivo.

Se menciona el uso de fluoruros en sus otras variantes como la manera --
más efectiva para prevenir la caries dental.

Mencionan estudios realizados con microorganismo del género lactobacile-
os en escolares reportados por Bayona, muestran resultados esperanzado--
res de fisuras. Los sellantes adhesivos proporcionan un medio simple y -
seguro y altamente efectivo a las áreas más vulnerables para protegerlas
en contra la caries.

HABITOS BUCALES INFANTILES.

Succión de Dedo. (Reflejo Succión.-

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto.

Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuro--musculares llamado "reflejo de succión", incluso antes de nacer. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad..

A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia, tales obje--tos pueden ser llevados para ser lamidos, gustados y examinados por me--dio de sensaciones bucales.

Si el objeto le agrada tratará de comerlo (introyección) y si le produce una sensación desagradable, le escupe (proyección).

Utilizando estas experiencias satisfactorias:

- Son un medio de probar, con los sentidos disponibles.
- Sirven para aliviar la tensión de hambre.
- Traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados.
- Se vuelve el sustituto de la madre.
- La necesidad de agarrarse de algo.

Es considerado también por algunos otros autores como los primeros sín--tomias de desarrollo de independencia o separación de la madre.

La mayoría abandonan el hábito al llegar a los 4 años.

De los niños que continúan con la succión de dedo, presentaron algún tipo de maloclusiones (después de los 4 años), pero si abandonan el hábi--to la dentadura permanente se normalizará gradualmente.

La succión de dedo es un hábito común y mucho más la del pulgar.

El grado de severidad es variable, desde desplazamientos insignificantes hasta mordidas abiertas.

Las malformaciones producidas por la succión digital, las encontraremos en maxilar y mandibular.

El grado de malformaciones depende de varios factores, entre los principales está el de la duración del hábito, la frecuencia con que se practique, tanto en el día como en la noche, ya que el niño que se chupa el dedo esporádicamente, sólo cuando se va a dormir tiene menos posibilidades de malformaciones que uno que tiene constantemente el dedo en la boca.

Succión Labial.-

También llamada queilofagia, es una actividad anormal, y se puede presentar simplemente como una mordida al labio, o bien como una succión labial con mayor fuerza.

La presencia del hábito de succión labial causa una sobremordida horizontal amplia, en algunas ocasiones inclinación labial de los incisivos inferiores, en casos severos el labio inferior se encuentra hipertrófico.

Lengua Protractil.-

Es el hábito en el cual se interpone la lengua o se adelanta durante el acto de la deglución. Se observa en niños que tienen mordida abierta Anderson, Graber y Moyers afirman que el hábito de lengua es el resultado de un hábito de succión digital, se menciona también que este hábito pudo ser el resultado, el de haber alimentado al niño con mamila por demasiado tiempo.

Otra causa de la lengua protractil es la presencia de macroglosia, cuando no se puede mantener la lengua dentro de la boca por ser, demasiado grande y esta puede afectar los arcos dentales.

Respirador Bucal.-

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca.

Se clasifican en 3 categorías:

- 1) Por obstrucción.
 - 2) Por hábito.
 - 3) Por anatomía.
- 1) Por Obstrucción, son aquellos que presenten resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire a través del -- conducto nasal.
 - 2) El niño que por costumbre respira continuamente por la boca.
 - 3) El niño que respira por la boca, por razones anatómicas, es aquel que tiene el labio superior corto, no le permite cerrar por completo sin tener que realizar grandes esfuerzos.

Sobre Mordida Normal.-

Las opiniones de los autores difieren todavía en cuanto a lo que debe - considerarse como sobremordida normal.

Las variaciones en la edad han sido mencionadas con frecuencia como factor importante así, en la dentición primaria temprana no es raro observar una ligera sobremordida incisiva.

La sobremordida disminuye a tal punto que puede aparecer una mordida -- borde a borde al empezar la erupción de los primeros molares permanen--tes.

Durante el periodo de la dentición mixta la sobremordida tiende a pro--fundizarse al erupcionar los incisivos permanentes, pero más tarde, va disminuyendo con la erupción de los premolares y segundos molares perma

nentes. Como en el caso de la protrusión, los trastornos de la sobremordida pueden ser adquiridos o congénitos, correspondiendo estos últimos a un desarrollo esquelético no sincronizado.

MATERIAL Y METODOS.-

- a) Los niños fueron examinados por el C.D. Jorge Curiel Velázquez.
- b) No se tomó muestra, sino fueron todos aquellos niños que asisten - al Centro de Desarrollo Infantil y que no faltaron los días en que se realizaron los estudios.
- c) Dicho Centro de Desarrollo Infantil opera como guardería para los hijos de los trabajadores de la U.N.A.M., tanto académicos como ad ministrativos.
- d) Se cuenta con los nombres, direcciones, teléfonos, lugar donde tra bajan los padres de los niños examinados.
- e) En dicho Centro de Desarrollo Infantil están una asistente por ca- da siete niños y una supervisora directa que están con los niños - para cuidarlos personalmente y bañarlos, cambiarlos, acostarlos, - etc.
- f) Existe la situación de que hay varios niños que permanecen ahí más de 9 horas al día.
- g) A los niños se les examinó para su estudio en el mismo Centro de - Desarrollo.
- h) Las edades de los niños son de un año siete meses, a dos años once meses de ambos sexos.
- i) Se les dividió para su examen clínico en 3 grupos, como están des- tinados por el propio CENDI, para que fuera más fácil el estudio.
- j) Se prepararon las Historias Clínicas que se mencionan en el Proto- colo de Tesis.

- k) El niño fue sentado en una silla (no dental) apropiada de ahí mismo, con la cabeza hacia atrás.
- l) Se utilizaron espejos, abatelenguas, exploradores, excavadores, -- los cuales (instrumental) al usarse en un niño, no se volvían a -- utilizar, mejor regresaba al otro día.
- m) La iluminación fue directa de luz solar (hay ventanas grandes) y - una lámpara para arquitectos con focos de 60 watts, .
- n) La dentición no estuvo seca.

Los exámenes clínicos que se realizaron en la Historia Clínica, tomaron en cuenta:

- I. C.P.O. de cada niño.
- II. Número de dientes en la boca de cada niño.
- III. Edad y sexo.

OCLUSION Y ALINEAMIENTO.

- 1.- Espacios primates.
- 2.- Espacios fisiológicos.
- 3.- Sobre mordida.
- 4.- Mordida cruzada anterior.
- 5.- Mordida cruzada posterior.
- 6.- Traslape horizontal.
- 7.- Mordida abierta.
- 8.- Apiñamiento anterior.
- 9.- Mal posición dentaria.

HABITOS PERNICIOSOS.

- 1) Succión de dado.

- 2) Protusión de lengua.
- 3) Morderse el labio.
- 4) Morderse las uñas.
- 5) Respirador bucal.

ANOMALIAS DE NUMERO.

- 1.- Supernumerarios.
- 2.- Anodoncia total.
- 3.- Anodoncia parcial.
- 4.- Oligadoncia.
- 5.- Agenesias (dientes ausentes).

ANOMALIAS DE FORMA.

- a) Geminación.
- b) Fisión.
- c) Dilaceración.
- d) Concrecencias.
- e) Dientes de Hutchinson.
- f) Molar de Mulberry. Asociados a la enfermedad de Sífilis congénita.
- g) Lateral conoide.
- h) Cíngulo exagerado.
- i) Cúspides supernumerarias.
- j) Incisivos en forma de clavo.
- k) Taurodontismo.
- l) Densidente.
- m) Diente de Turner. (Sumergidos).
- n) Macrodoncia.
- o) Microdoncia.
- p) Aspectos hipoplásicos y malformaciones generalizadas resultantes - del trauma, enfermedad exantemática y síndrome genético.

ANOMALIAS DE ESTRUCTURA Y TEXTURA DE LOS DIENTES.

Se incluyen los síndromes hereditarios, tales como; La amelogénesis imperfecta, así como los diversos factores que pueden afectar la formación del esmalte y la dentina.

CLASIFICACION.-

1.- Síndromes Hereditarios.

- A) Esmalte-Amelogénesis imperfecta.
 - a) Hipocalcificación hereditaria del esmalte.
 - b) Hipoplasia hereditaria del esmalte.

- B) Dentina.
 - a) Dentinogénesis imperfecta.
 - b) Displasia de la dentina.
 - c) Dientes en forma de capas.

2.- Otras Manifestaciones de las estructuras y textura anómalas.

- A) Fluorosis.

- B) Porfiria.

- C) Hipofosfatasa.

- D) Hipoplasia a causa de una enfermedad febril.

- E) Hipoplasia a causa de traumatismo.

- F) Hipoplasia a causa de la radiación.

- G) Hipoplasia a causa de una deficiencia vitamínica.

- H) Hipoplasia a causa de un raquitismo por resistencia a la Vitamina D.

- I) Hipoplasia a causa de un nacimiento prematuro o a factores neonatales.

RESULTADOS.

- 1.- La población que se estudió fue de 116 niños de ambos sexos.
- 2.- La edad de dicho Universo fue de 1.7 (un año siete meses) a 2.11 - (dos años, once meses).
- 3.- Con una frecuencia femenina de 55, y que corresponde al 47.41% de la población total.
- 4.- La frecuencia masculina fue de 61, la cual corresponde al 52,58% - de la población total.
- 5.- En la Tabla No. (1) se podrá observar la distribución relativa por sexo, tomando como intervalo el grupo etario.
- 6.- En la Gráfica No. (1) se podrá observar los porcentajes de distribución por sexo y edad, correspondiendo al grupo de (2.6-2.8) de - totales, el porcentaje más alto corresponde al 31.82%.
- 7.- En el Universo de trabajo se estudió el número de dientes presentes en la boca por cada niño.
- 8.- En la Tabla No. 2 se observa la frecuencia relativa de los dientes presentes en la boca por sexo y su tanto por ciento.
- 9.- Se observó que la mayor frecuencia es que 49 niños presentan los 20 dientes primarios en la boca y que representa el 42.2% de la población como se podrá observar en la Gráfica No. 2 la distribución de la frecuencia.
- 10.- En la Gráfica No. 3 se observa que el 40.5% de la población hombres y mujeres presentan 16 dientes primarios, siendo los segundos molares primarios los que faltan por erupcionar.

11.- Se observó únicamente un sólo caso con un diente supernumerario.

12.- Presento en la Tabla No. 3 la frecuencia relativa del CPO por sexo, tomando como punto el 50.2% en la población femenina y un 44.13% en la población masculina.

13.- En la Tabla No. 4 se hace la distribución de frecuencia de CPO.

a) El índice del CPO de los 116 niños es:

a) Promedio.

$$\bar{X} = \frac{\sum fx}{n} = \frac{187}{116} = 1.61$$

2) El índice CPO de los 116 niños es de:

a.- Cálculo promedio o medio (Tabla 2).

$$n = 116.$$

$$X = \frac{\sum fx}{n} = \frac{187}{116} = 1.61$$

b.- Cálculo desviación estandar.

$$7.5 \quad S / \sqrt{\frac{\sum fx^2}{n} - X^2} = \sqrt{\frac{877}{116} - (1.61)^2} = 2.2$$

c.- Error estandar del Promedio.

$$\frac{S}{\sqrt{n}} = \frac{2.2}{\sqrt{116}} = \frac{2.2}{10.77} = 0.2$$

d.- Intervalo de confianza.

$$1.61 - 2 \times 0.2 \quad \text{-----} \quad 1.61 = 2 \times 0.2$$

$$1.57 \quad \quad \quad 1.65$$

$$\begin{array}{r} 1.61 \\ - \quad 04 \\ \hline 1.57 \end{array} \quad \begin{array}{r} 1.61 \\ + \quad 04 \\ \hline 1.65 \end{array}$$

e). Error estandar de los porcentajes en niños que no presentan ca-
ries.

$$\text{Error estandar} = \sqrt{\frac{P(100-p)}{n}}$$

$$n = 116$$

p = porcentaje de niños que presentan (CPO = 0)

(100-p) = El porcentaje de niños que no presentan la CPO o sea
CPO = 1.

$$\sqrt{\frac{41.37 \times 58.63}{116}}$$

$$\sqrt{\frac{2425.52}{116}}$$

$$\sqrt{20.90} = 4.5\%$$

Esto quiere decir que de los 116 niños que se revisaron, una vez de
cada 20 (ó 5 de cada 10) se encuentran.

14.- En la Gráfica No. 4 se presenta porcentaje del índice CPO y el nú-
mero de casos.

- 15.- En la Tabla No. 5 presento la frecuencia relativa de los dientes de ciduos afectados por la caries.
- 16.- En la Gráfica No. 6 se podrá observar que los primeros molares infe riores tanto izquierdo como derecho son los dientes con mayor porcen taje de caries.
- 17.- En la Gráfica No. 5 de sectores se verá también que solamente en dos casos es afectado un sólo canino, el 53 y los otros están libres de caries.
- 18.- En la Gráfica No. 7 que es la frecuencia relativa en experiencia y - sin experiencia de caries donde el 41.37% corresponde sin experien-- cia de caries y que es un dato muy importante.
- 19.- En el renglón de oclusión los resultados fueron los siguientes:
- a) Espacios Primates. Una frecuencia de 7 niños con un porcentaje - de 6.03% Gráfica No. 8.
 - b) Espacios fisiológicos. Una frecuencia de 40 con un porcentaje de 34.48% Gráfica No. 9.
 - c) Sobremordida con Frecuencia de 13 y un porcentaje de 11.20% Gráfica No. 10.
 - d) Mordida Cruzada Anterior, una frecuencia de 10 con un porcentaje de 8.62% Gráfica 11.
 - e) Mordida Cruzada Posterior, con una frecuencia de 3 y un porcenta- je de 2.55% Gráfica No. 11.
 - f) Traslape Horizontal con frecuencia de 26 y un porcentaje de 22. 41% Gráfica No. 12.

g) Mordida Abierta con frecuencia de 5 y un porcentaje de 4.31% Gráfica 13.

h) Apiñamiento anterior con frecuencia de 4 y un porcentaje de 3.44 Gráfica No. 14.

i) Mal posición dentaria, una frecuencia de 52 y un porcentaje de 44.82 Gráfica No. 15.

20.- En el renglón de hábitos encontramos:

a) Succión de dedo con una frecuencia de 28 y un porcentaje de 24.13% Gráfica No. 17.

b) Protección de lengua con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 2.52% Gráfica No. 18.

c) Morderse las uñas no se encontró.

e) Respirador Bucal no se encontró.

21.- Anomalías de Número.

a) Supernumerario, un sólo niño con un sólo diente.

b) Ausencia congénita, dos niños cada uno con ausencia de dos dientes.

22.- Anomalías de forma.

a) Un niño con diente geminado.

b) Un niño con un diente fusionado.

c) No se encontraron otras anomalías de forma.

FRECUENCIA RELATIVA POR SEXO
Y GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	f_F	f_M	f_T	$f_F \%$	$f_M \%$	$f_T \%$
1,7 - 1,10	6	2	8	10.9	3.27	6.89
1,11 - 2,2	16	15	31	29.09	24.59	26.72
2,3 - 2,5	5	12	17	9.09	19.67	14.65
2,6 - 2,8	19	17	36	34.54	27.86	31.03
2,9 - 2,11	9	15	24	16.36	24.59	20.68
TOTALES	55	61	116	100 %	100 %	100%

TABLA No. 1

FRECUENCIA RELATIVA EN EL NUMERO DE DIENTES PRESENTES EN BOCA

CANTIDAD DE DIENTES EN BOCA	f_F	f_M	f_T	$f_F \%$	$f_M \%$	$f_T \%$
11	1	0	1	1.7	0	.8
12	3	2	5	5.3	3.3	4.3
13	0	0	0	0	0	0
14	0	1	1	0	1.6	.8
15	0	0	0	0	0	0
16	24	23	47	42.8	38.3	40.5
17	1	1	2	1.7	1.6	1.7
18	7	2	9	12.5	3.3	7.7
19	1	0	1	1.7	0	.8
20	18	31	49	32.1	51.6	42.2
21	1	0	1	1.7	0	.8
TOTALES	60	56	116	100 %	100%	100 %

TABLA No. 2

FRECUENCIA RELATIVA DE C.P.O. POR SEXO

C.P.O.	f_F	f_M	f_T	$f_F \%$	$f_M \%$	$f_T \%$
0	29	19	48	49.15	33.33	41.37
1	8	10	18	13.55	17.54	15.51
2	13	18	31	22.03	31.57	26.72
3	3	2	5	5.08	3.5	4.31
4	1	4	5	1.69	7.01	4.31
5	1	0	1	1.69	—	0.86
6	1	0	1	1.69	—	0.86
7	1	0	1	1.69	—	0.86
8	0	4	4	0	7.01	3.44
9	0	0	0	0	—	—
10	1	0	1	1.69	—	0.86
11	0	0	0	—	—	—
12	1	0	1	1.69	—	0.86
TOTALES	59	57	116	100%	100%	100%

TABLA No. 3

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL
INDICE C.P.O. EN NIÑOS DEL CENDI

X INDICE C.P.O.	f _{NIÑOS}	f _X	x ²	f _x ²
0	48	0	0	0
1	18	18	1	18
2	31	62	4	124
3	5	15	9	45
4	5	20	16	80
5	1	5	25	25
6	1	6	36	36
7	1	7	49	49
8	4	32	64	256
9	0	0	81	0
10	1	10	100	100
11	0	0	121	0
12	1	12	144	144
TOTALES	116	187	650	877

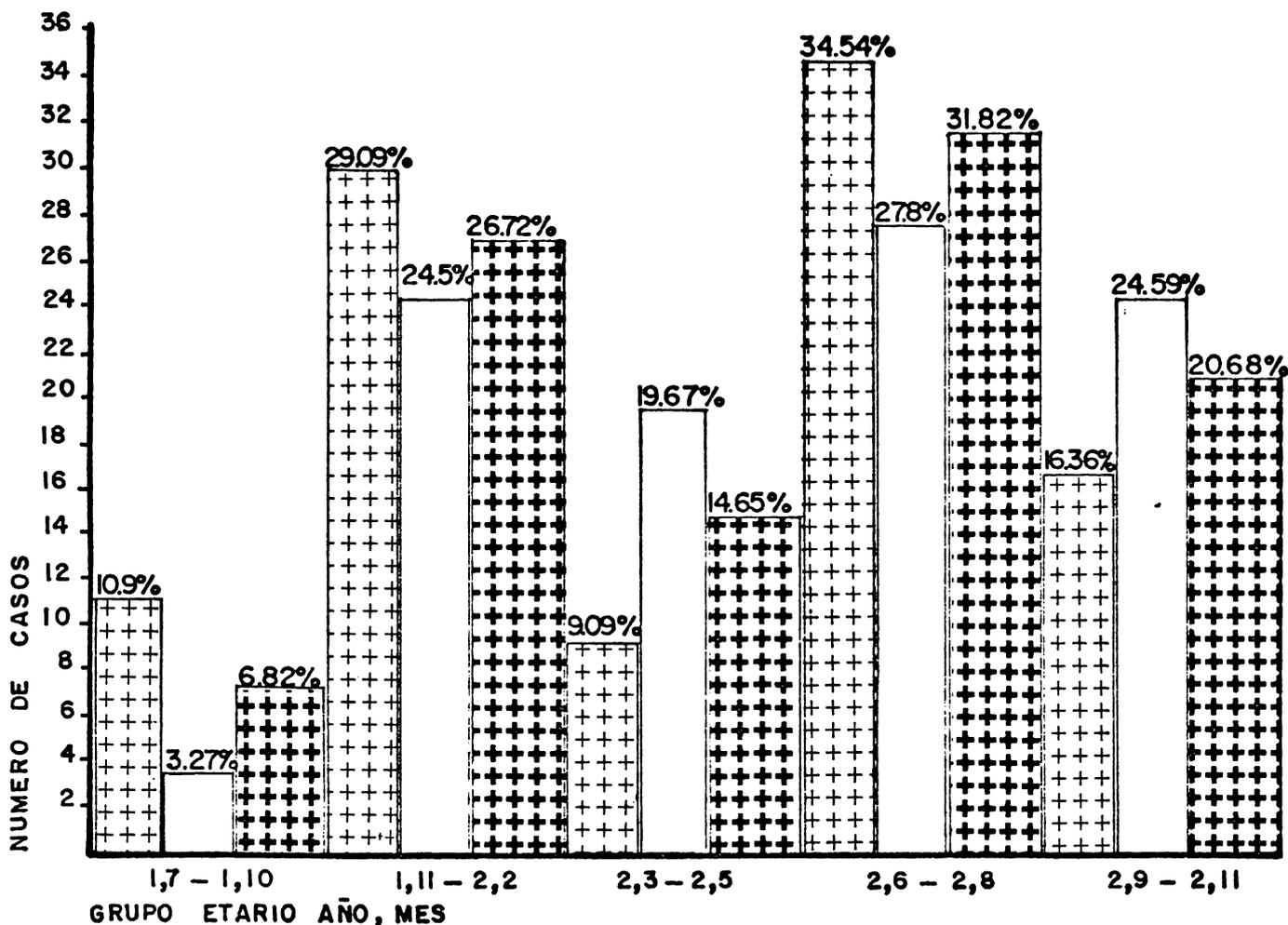
TABLA No. 4

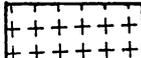
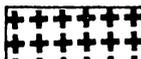
FRECUENCIA RELATIVA DE DIEN-
TES DECIDUOS MAS AFECTADOS
POR CARIES

DIENTES AFECTADOS DECIDUOS	f CARIES	f %
51	13	7.34
52	6	3.38
53	1	0.56
54	14	7.9
55	8	4.51
61	10	5.64
62	2	1.12
64	19	10.73
65	11	6.21
74	37	20.9
75	9	5.08
84	37	20.9
85	10	5.64
TOTALES	177	100 %

TABLA No.5

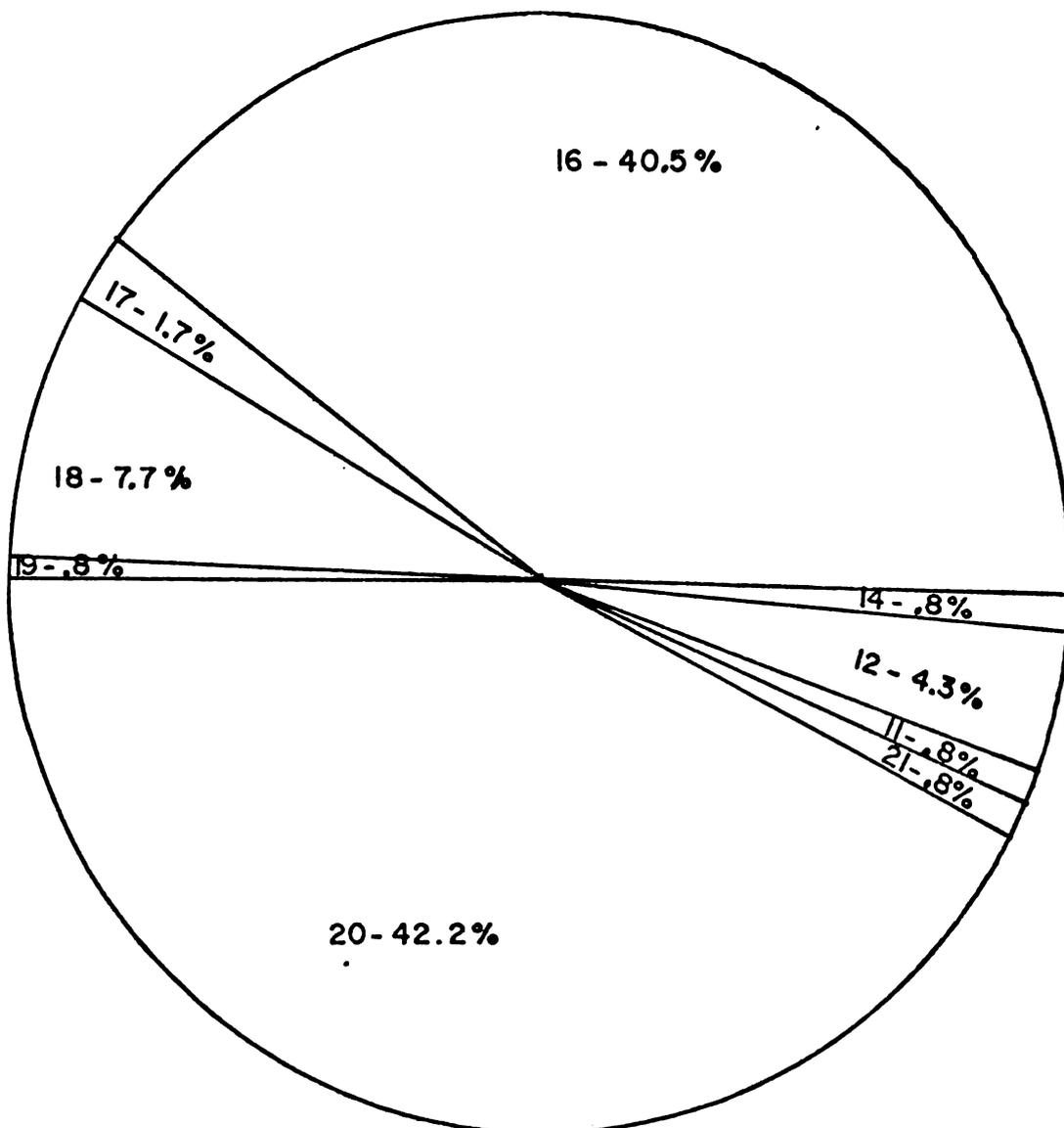
PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DEL SEXO POR GRUPO ETARIO



 MUJERES = 55
 HOMBRES = 61
 TOTAL = 116

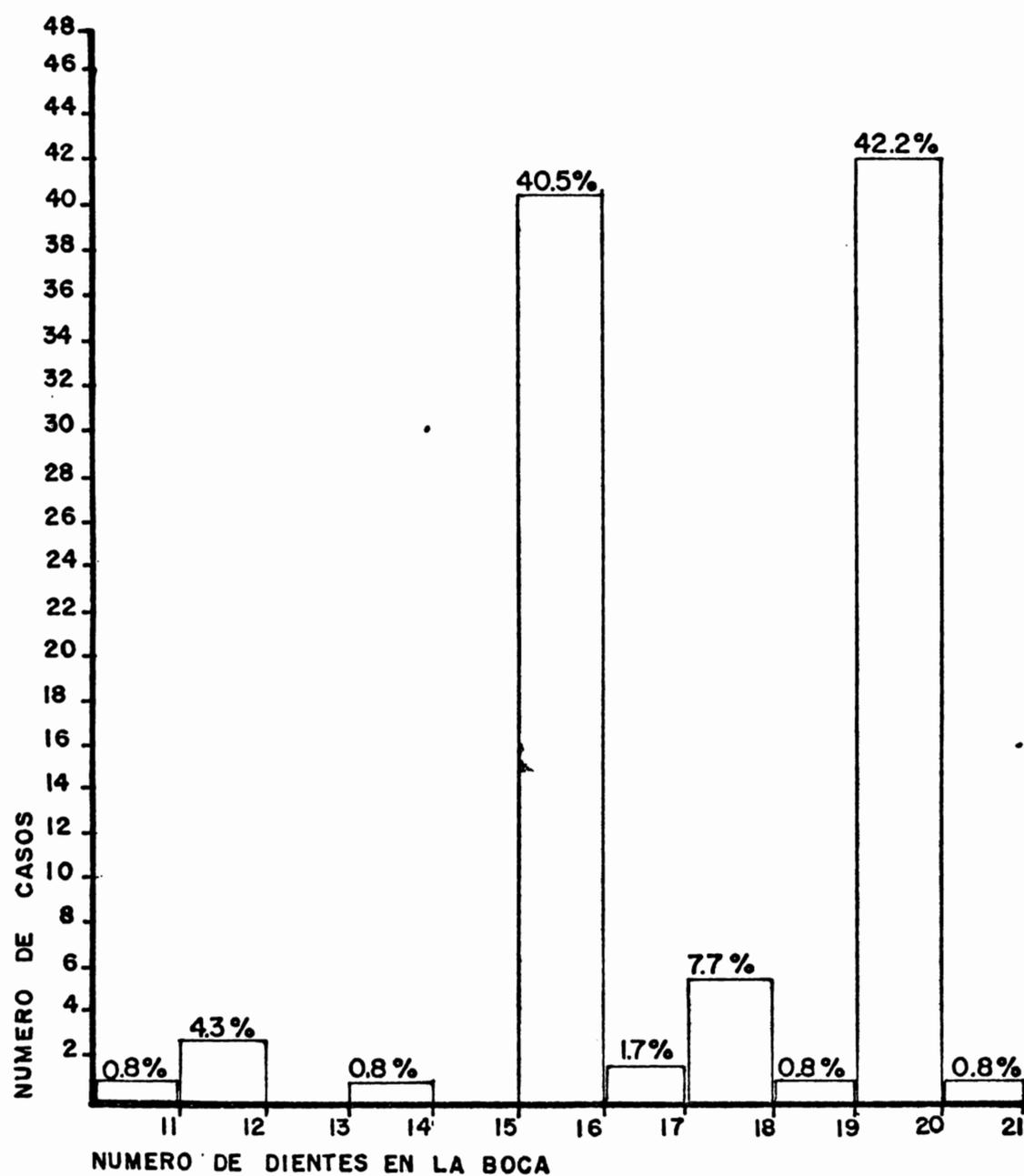
Gráfica No. 1

REPRESENTACION DE SECTORES DE LA
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA EN LA
CANTIDAD DE DIENTES EN LA BOCA



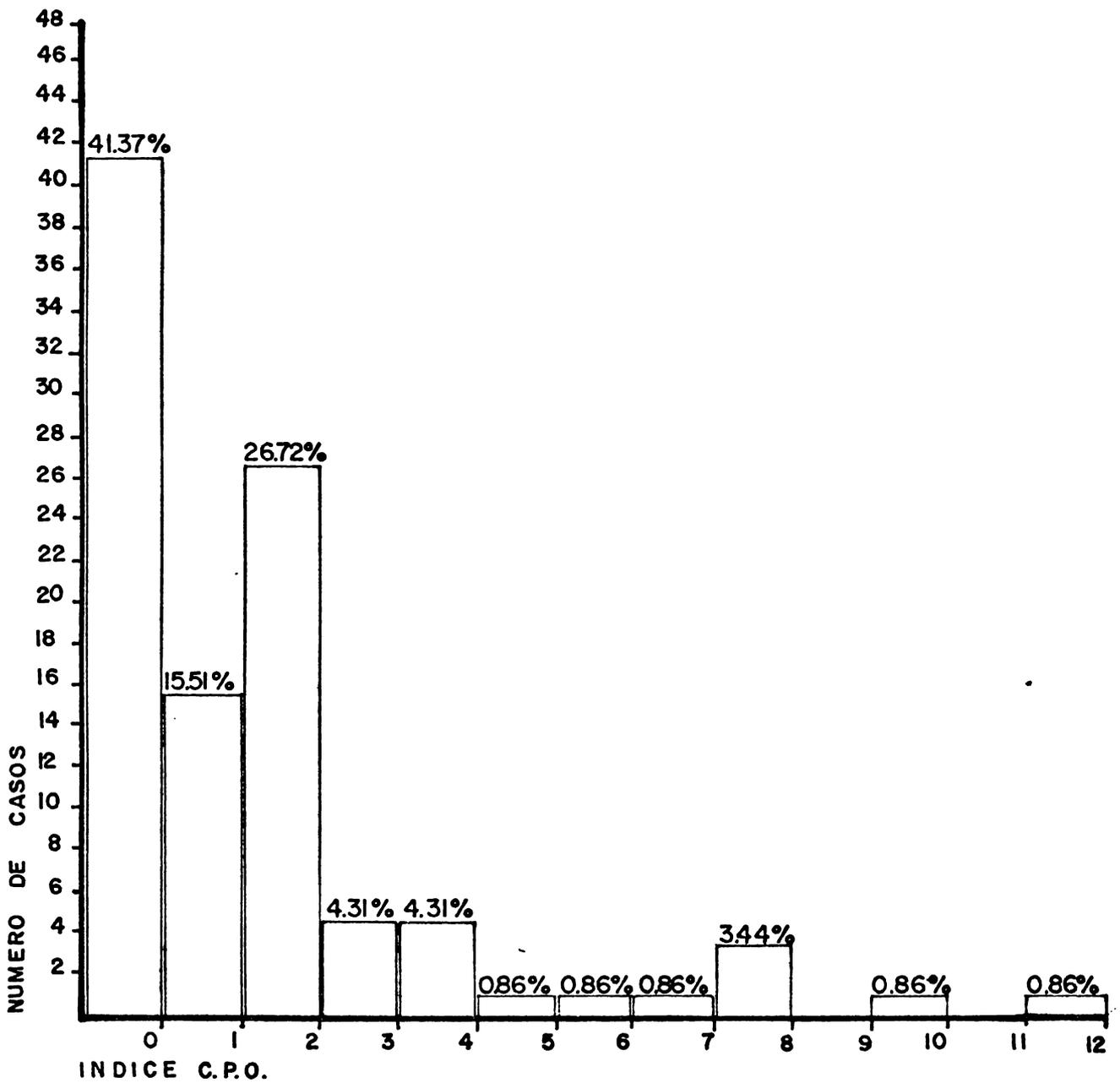
Gráfica No. 2

BARRAS PORCENTUALES DE FRECUENCIA EN NUMERO DE DIENTES



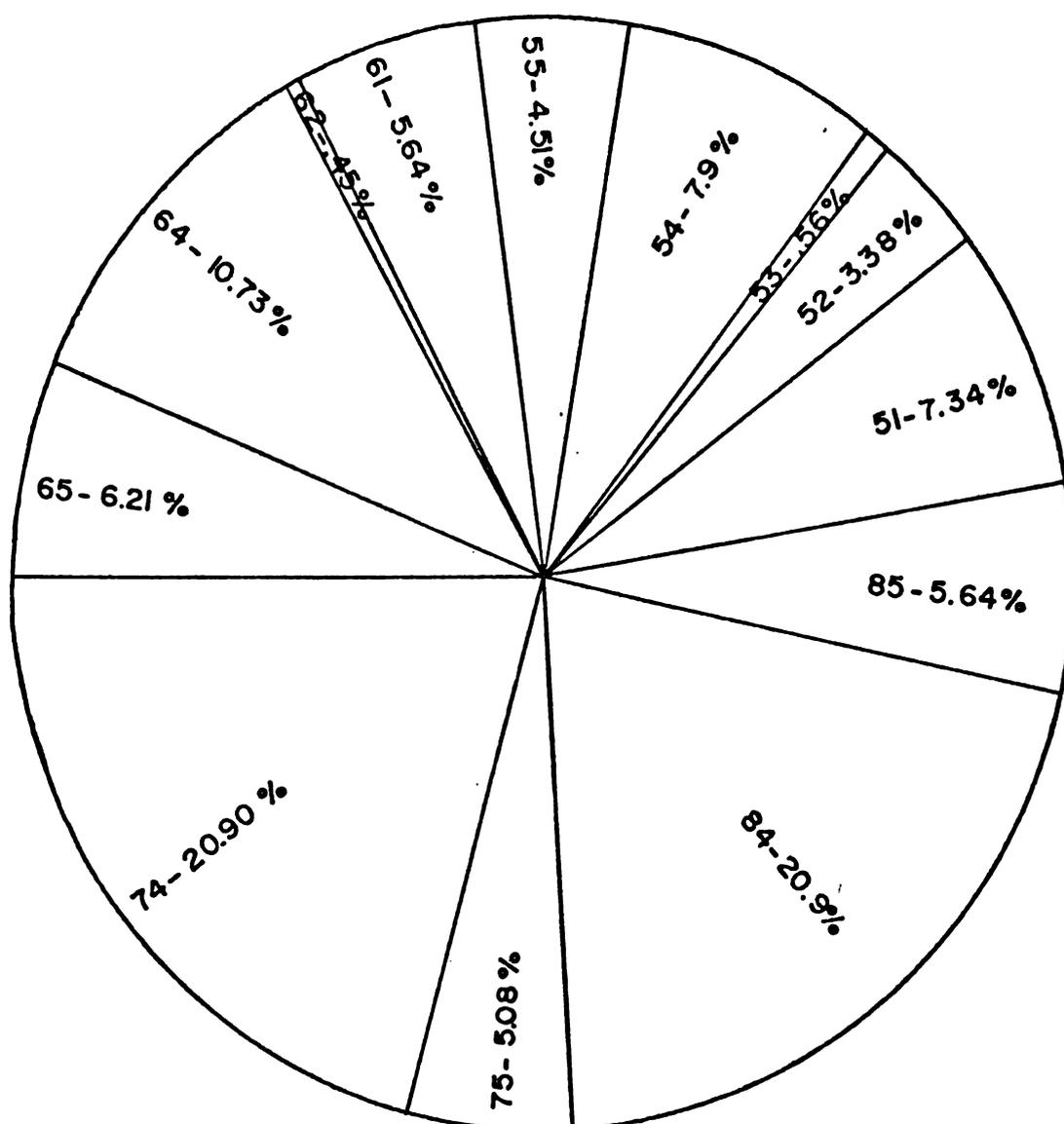
Gráfica No. 3

BARRAS PORCENTUALES DE FRECUENCIA DEL C.P.O. EN EL GRUPO



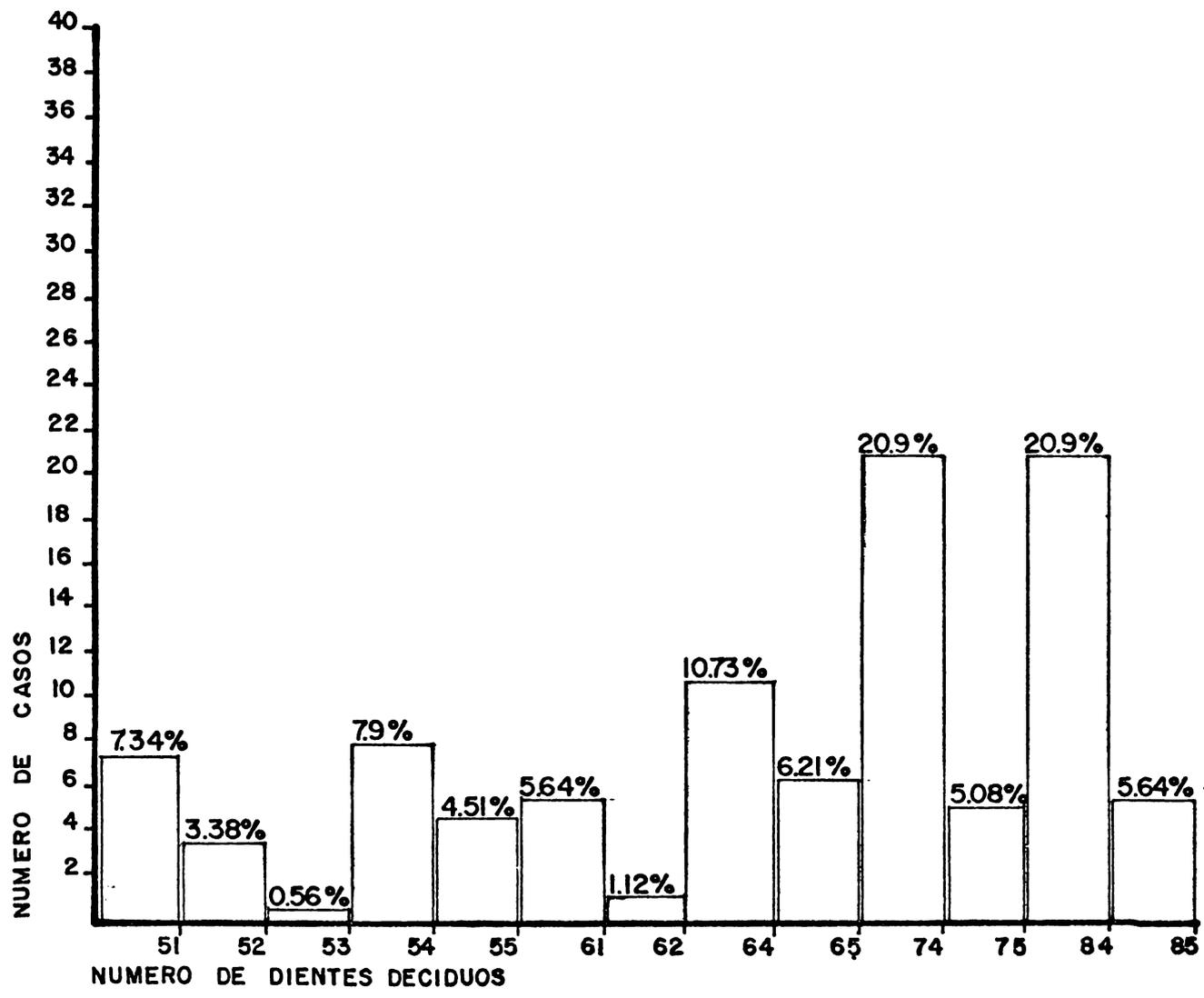
Gráfica No. 4

REPRESENTACION DE SECTORES DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE PRESENCIA DE CARIES EN LOS DIENTES DECIDUOS MAS AFECTADOS



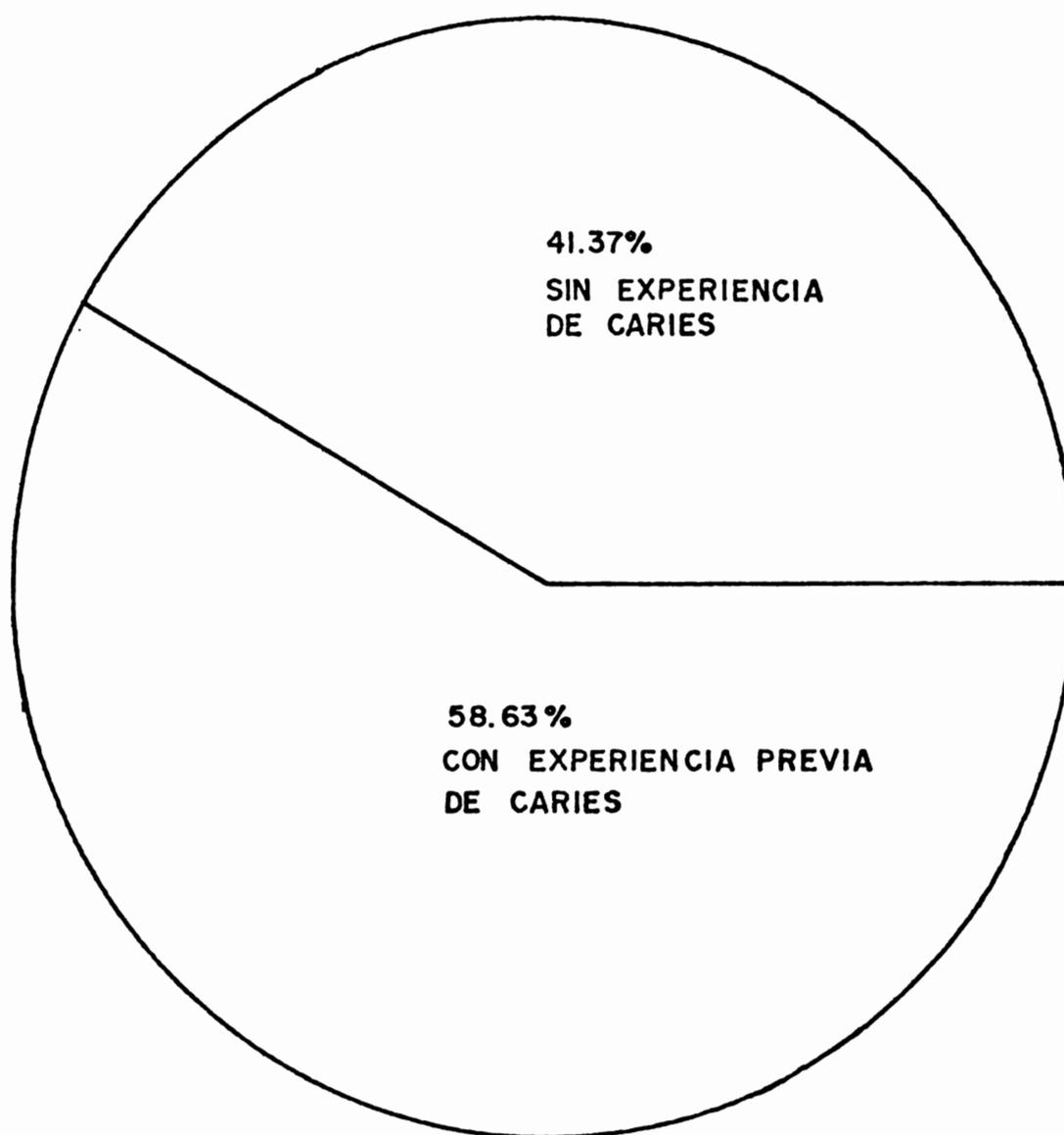
Gráfica No. 5

BARRAS PORCENTUALES DE LA FRECUENCIA DE PRESENCIA DE CARIES EN LOS DIENTES DECIDUOS MAS AFECTADOS



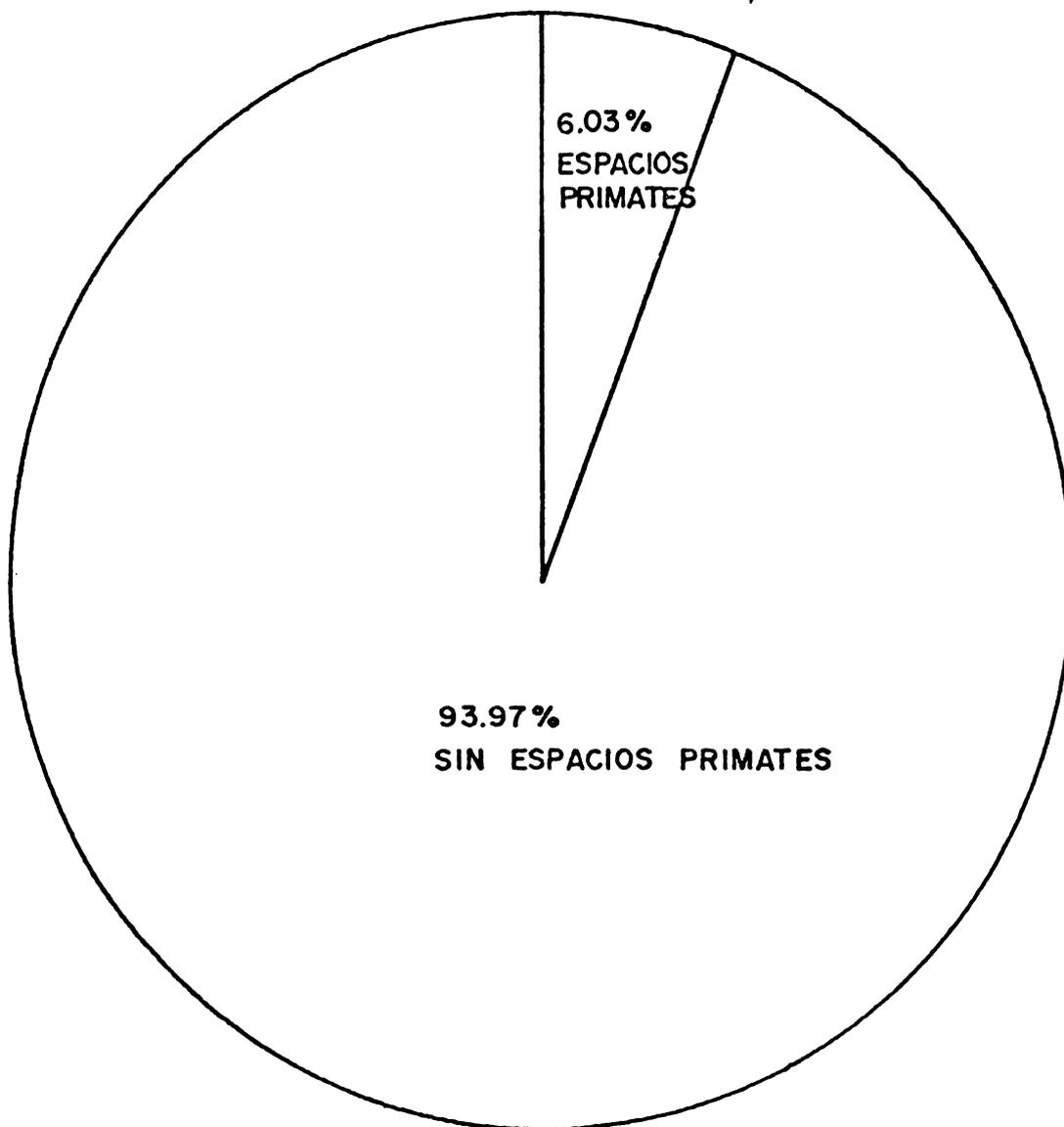
Gráfica No. 6

FRECUENCIA RELATIVA EN EXPERIENCIA
Y SIN EXPERIENCIA EN CARIES DEL GRUPO



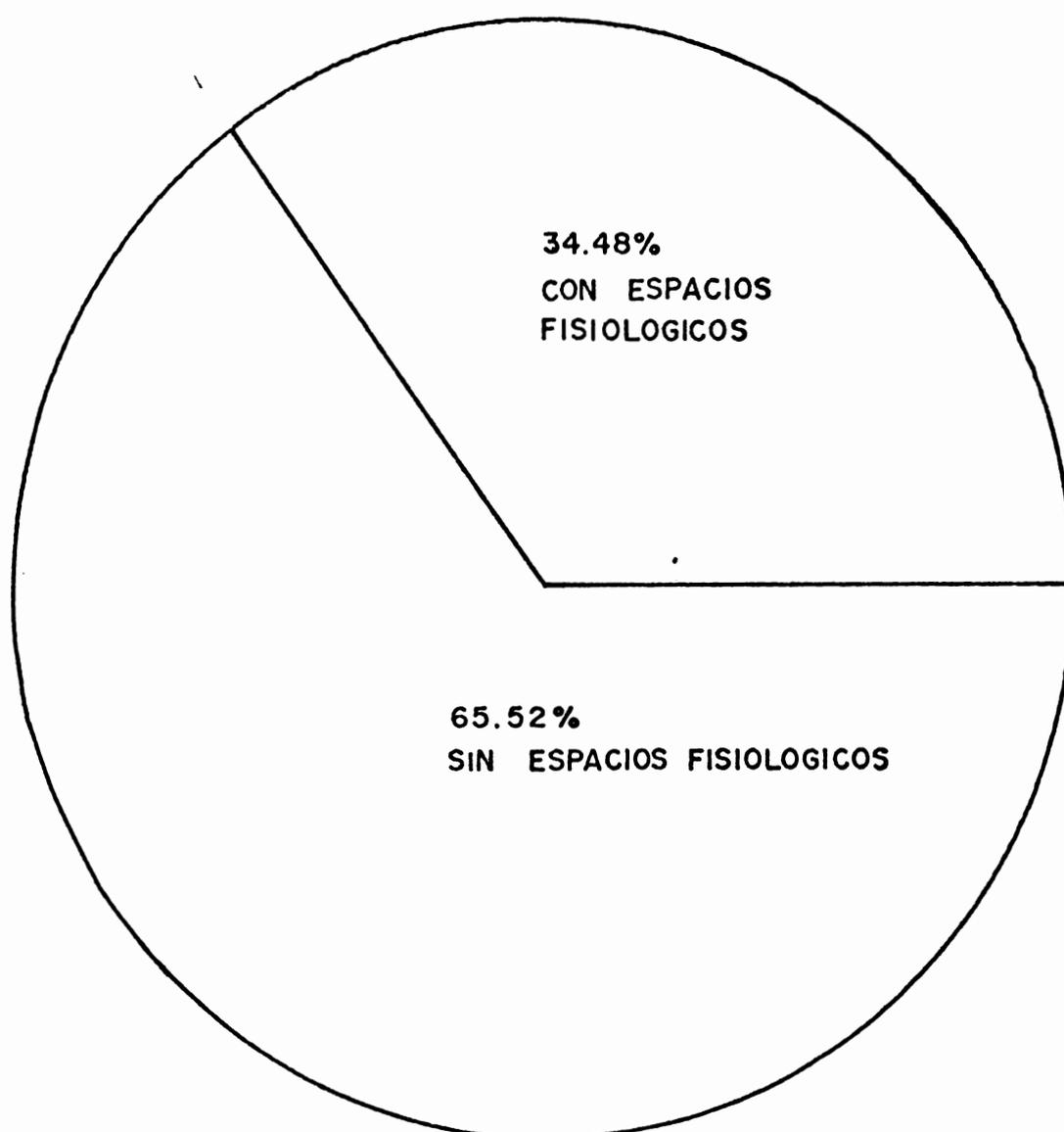
Gráfica No. 7

PORCENTAJE DE ESPACIOS PRIMATES PRESENTES EN EL GRUPO



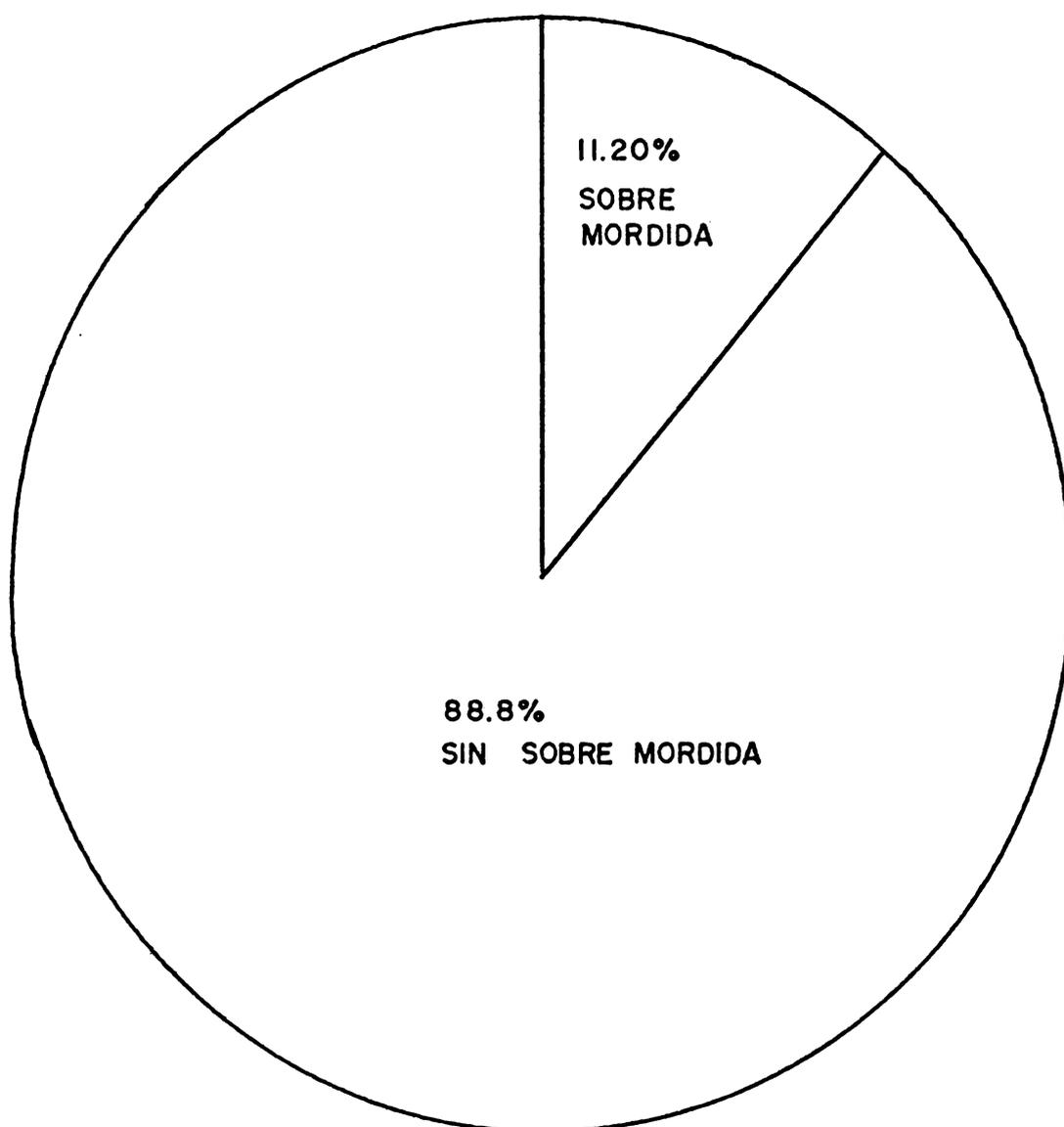
Gráfica No. 8

PORCENTAJE DE ESPACIOS FISIOLÓGICOS
PRESENTES EN EL GRUPO



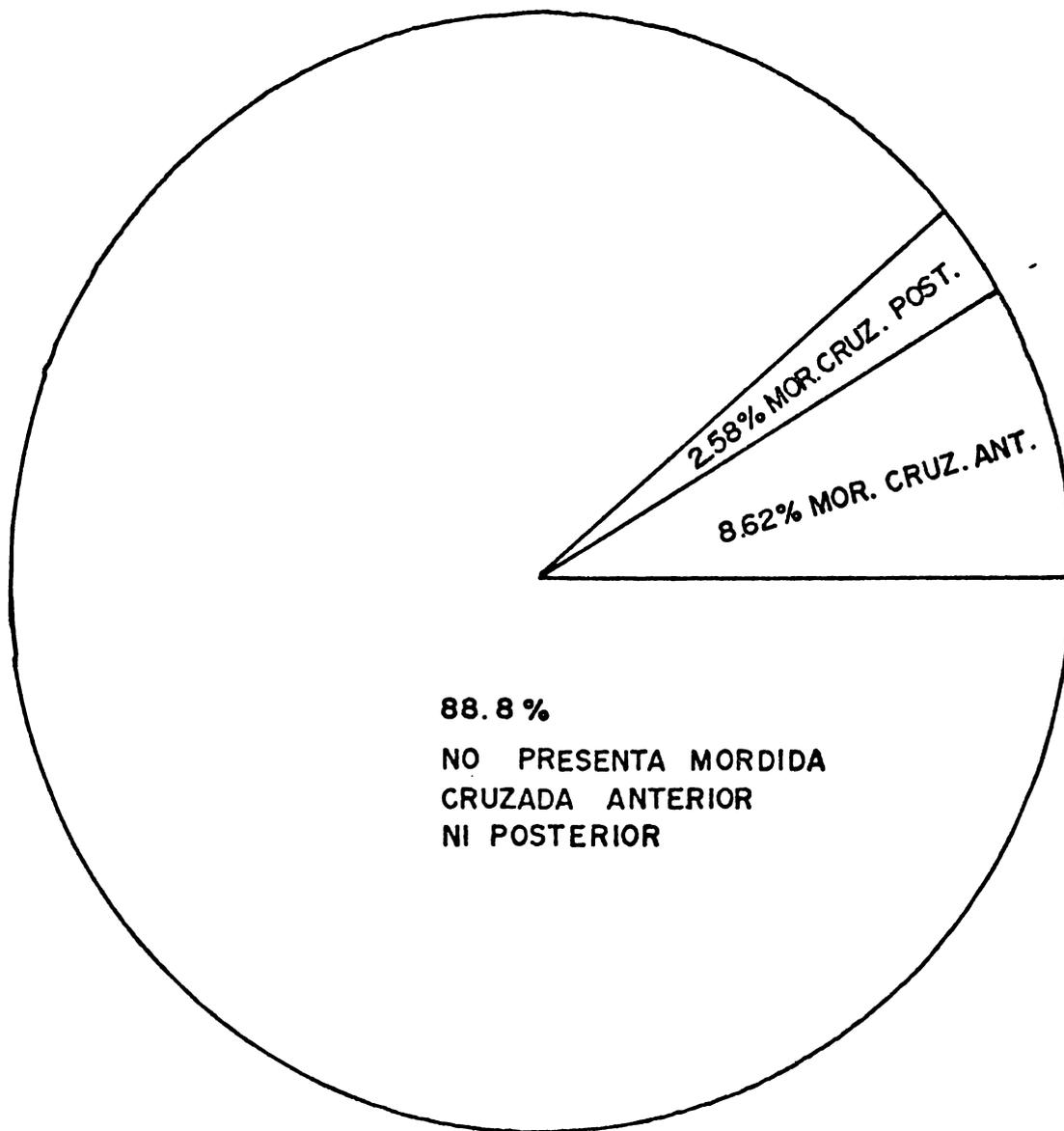
Gráfica No. 9

PORCENTAJE DE SOBRE MORDIDA
PRESENTES EN EL GRUPO



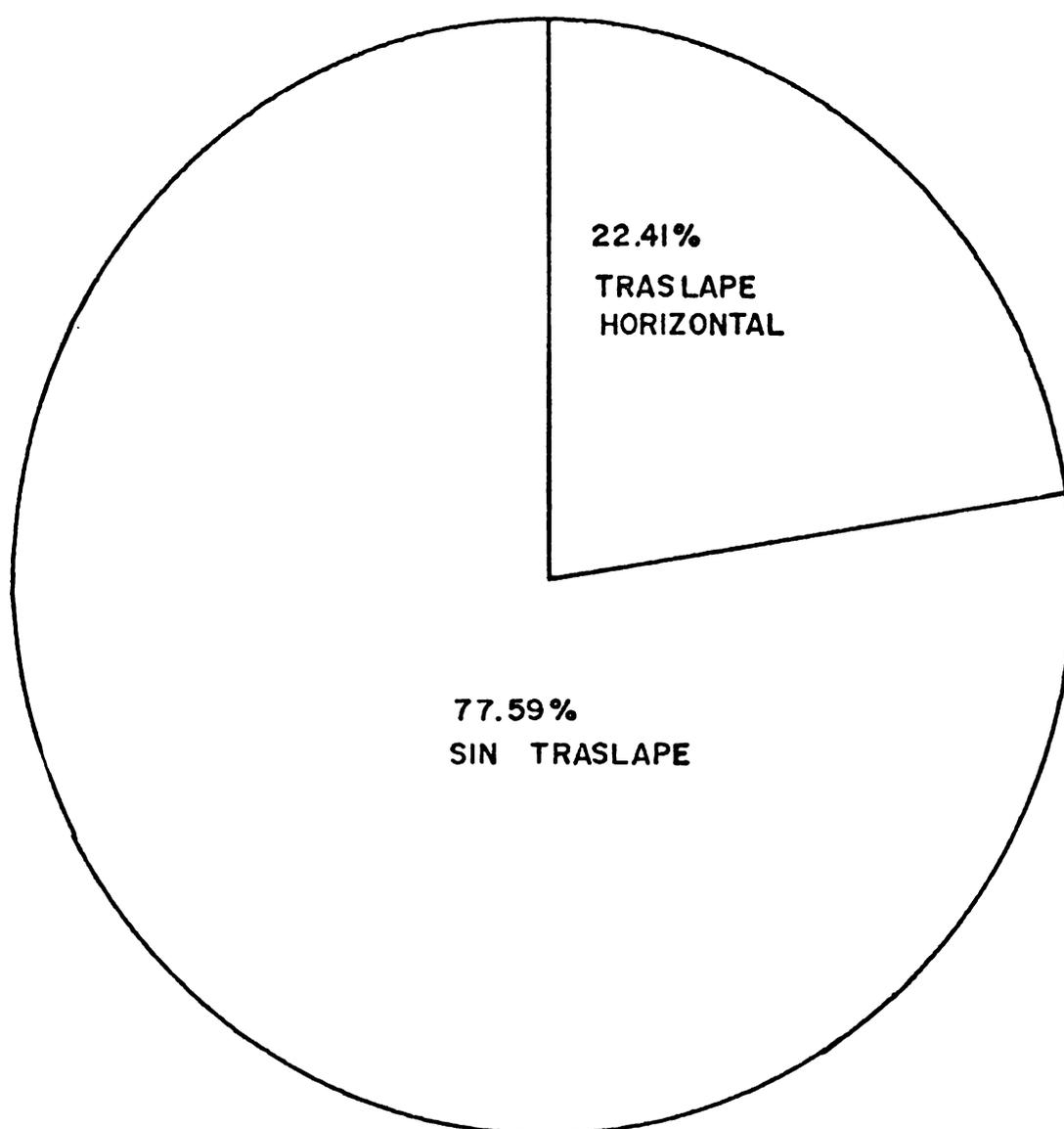
Gráfica No. 10

PORCENTAJE DE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y POSTERIOR PRESENTES EN EL GRUPO



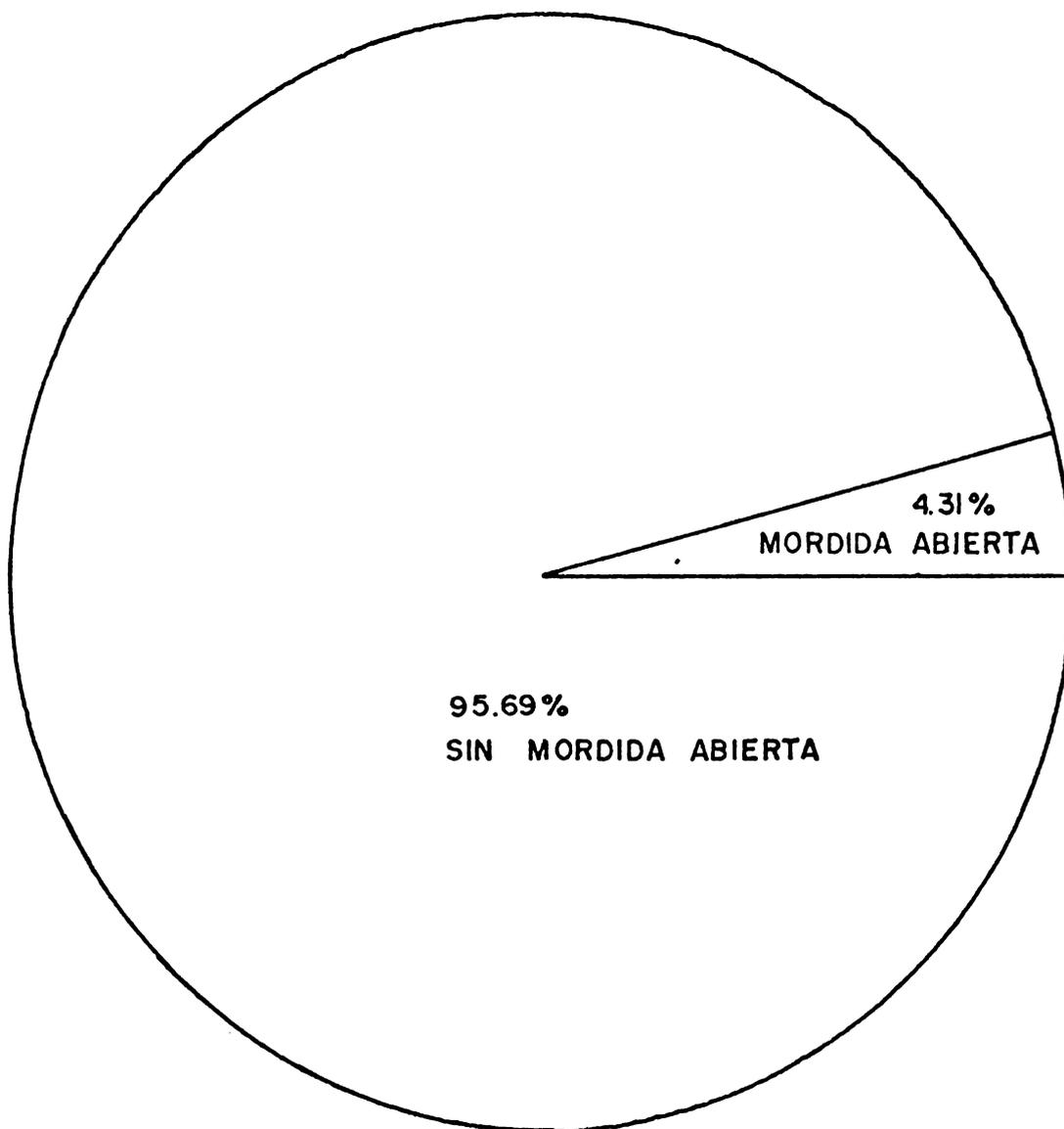
Grafica No. II

PORCENTAJE DE TRASLAPE HORIZONTAL
PRESENTES EN EL GRUPO



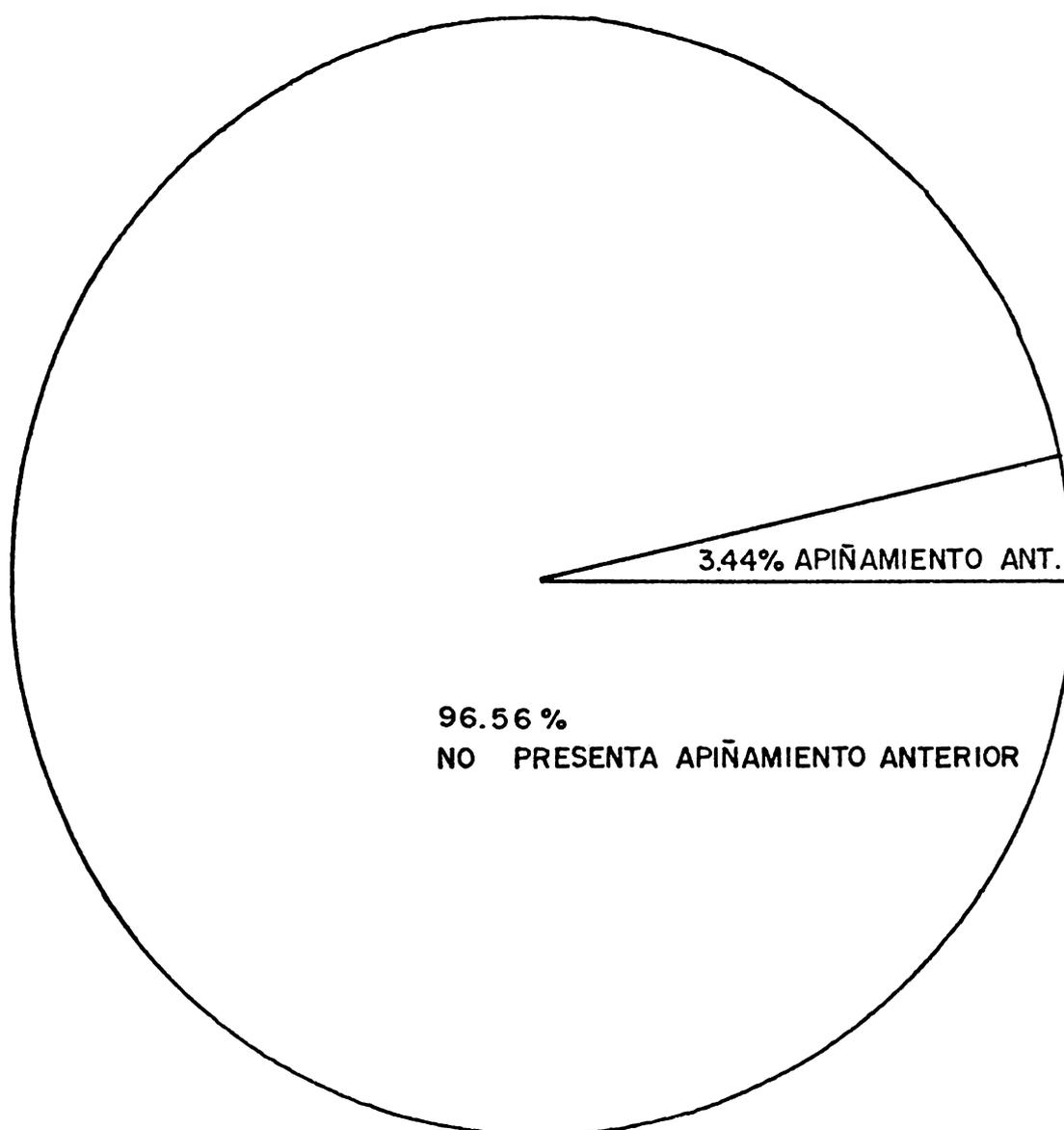
Gráfica No. 12

PORCENTAJE DE MORDIDA ABIERTA PRESENTES EN EL GRUPO



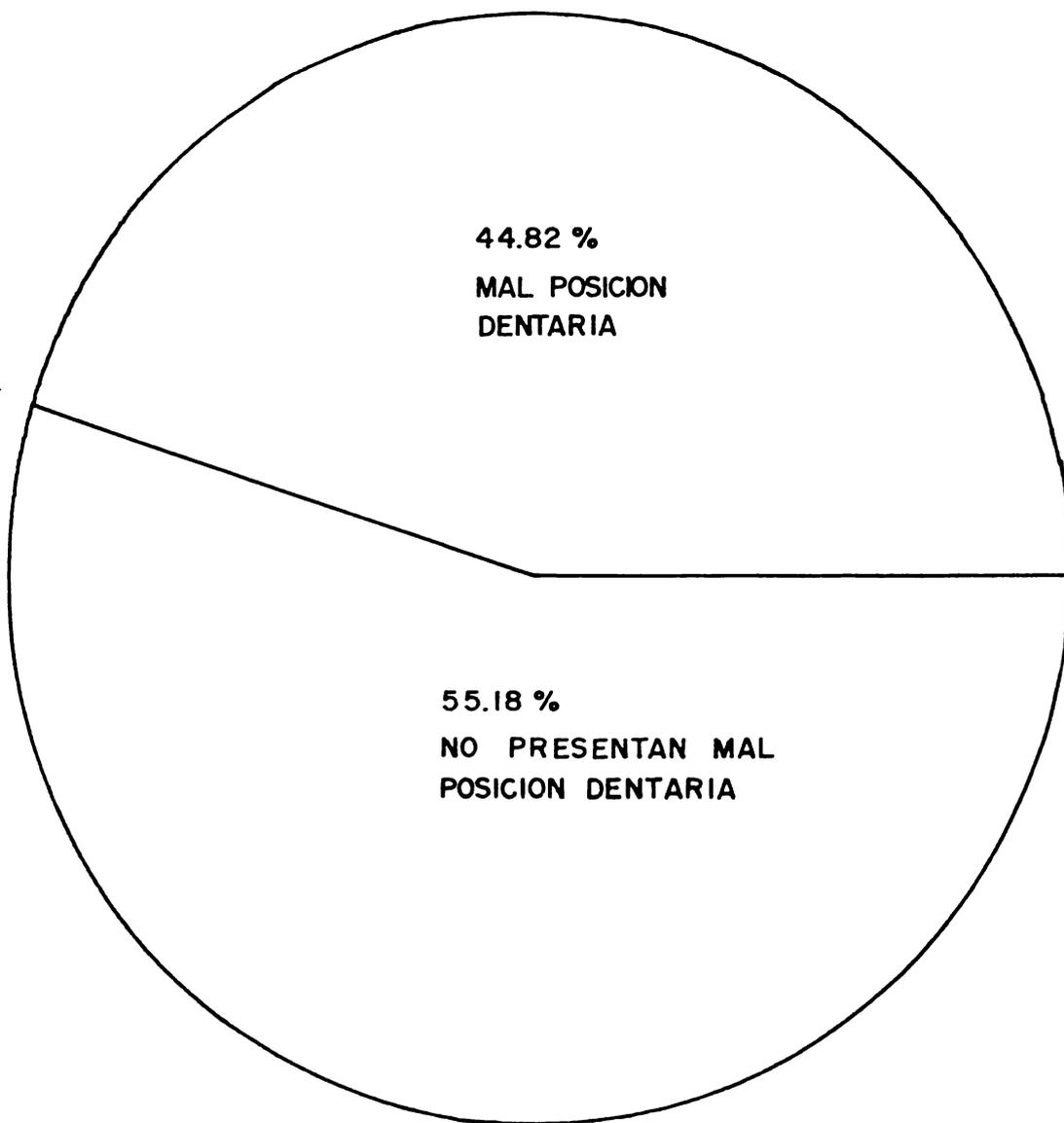
Gráfica No. 13

PORCENTAJE DE APIÑAMIENTO ANTERIOR PRESENTES EN EL GRUPO

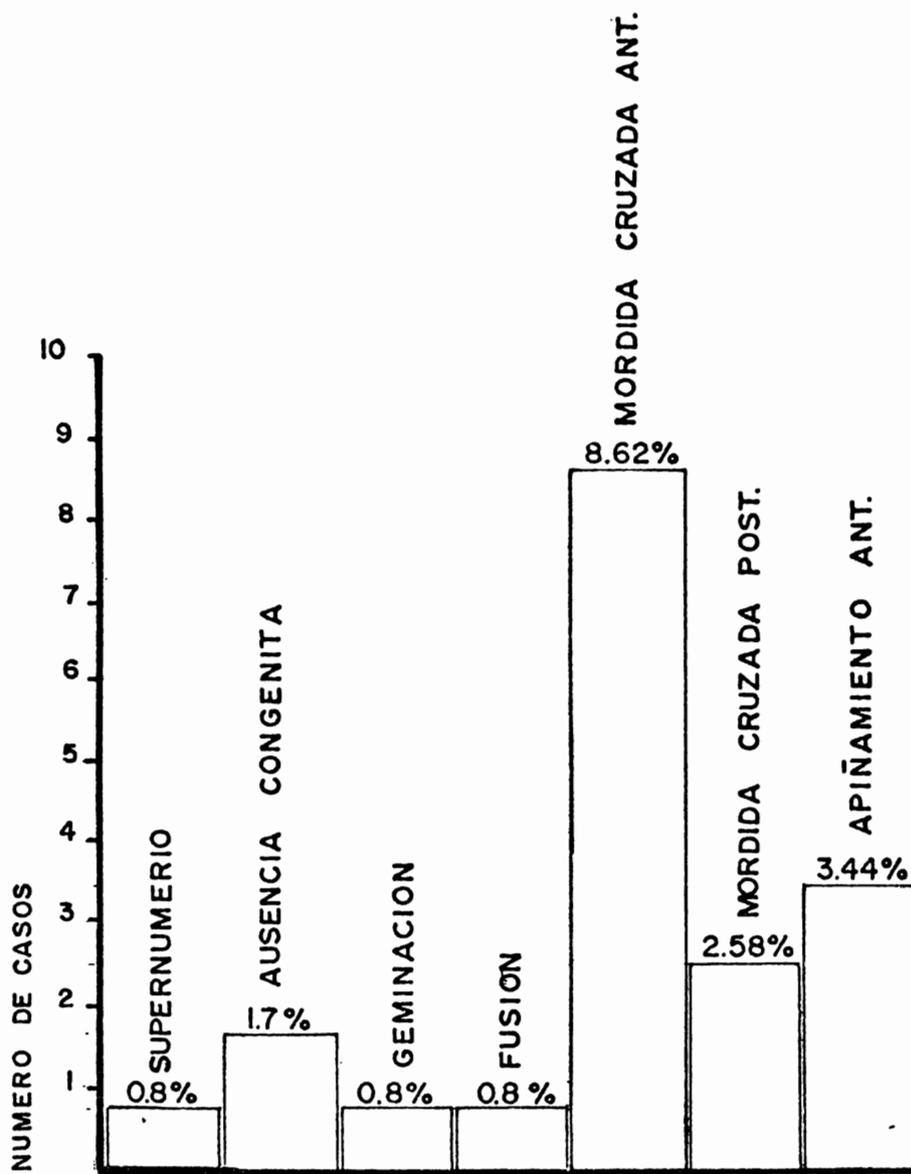


Gráfica No. 14

**PORCENTAJE DE MAL POSICION DENTARIA
PRESENTES EN EL GRUPO**

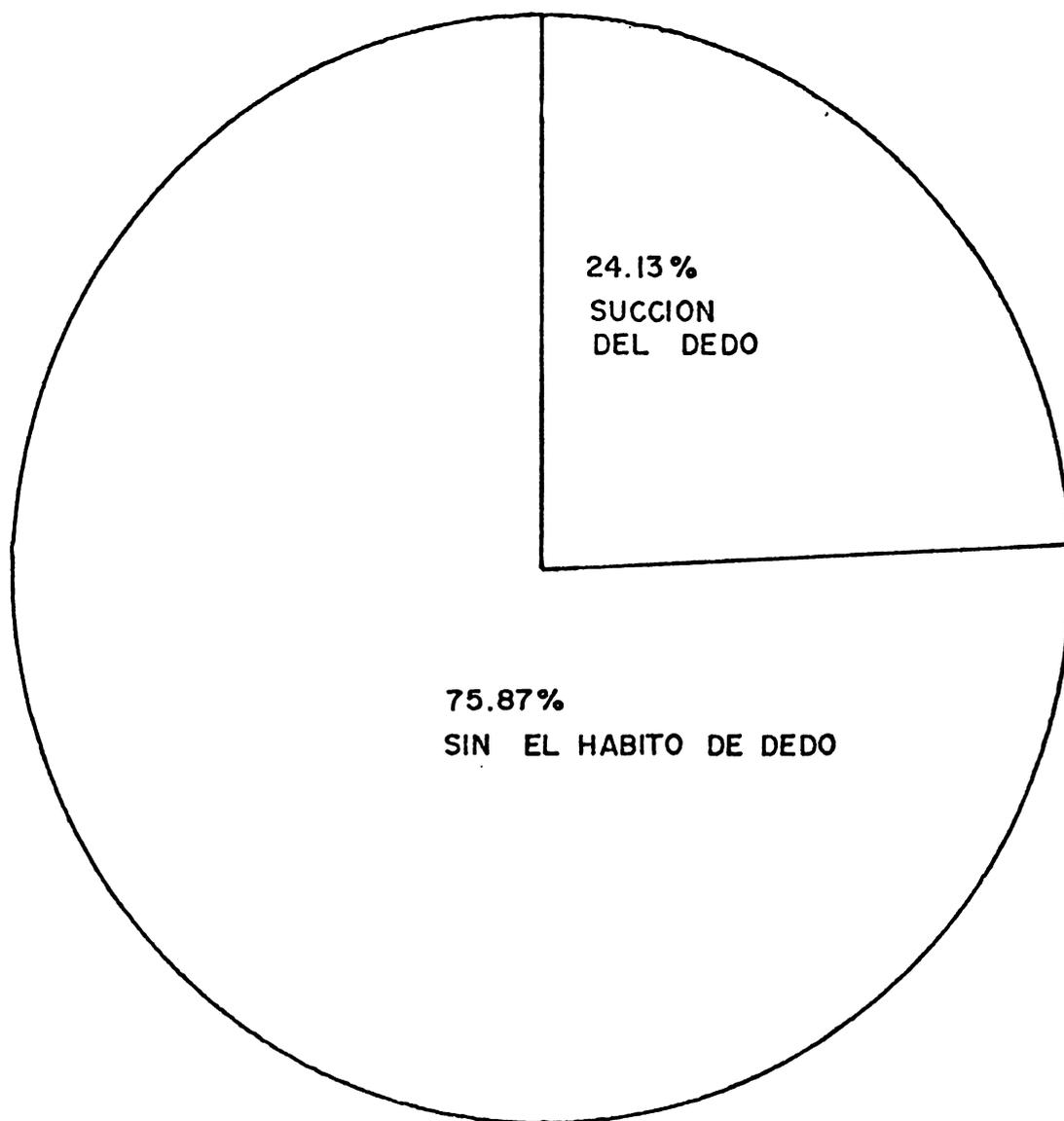


Gráfica No. 15



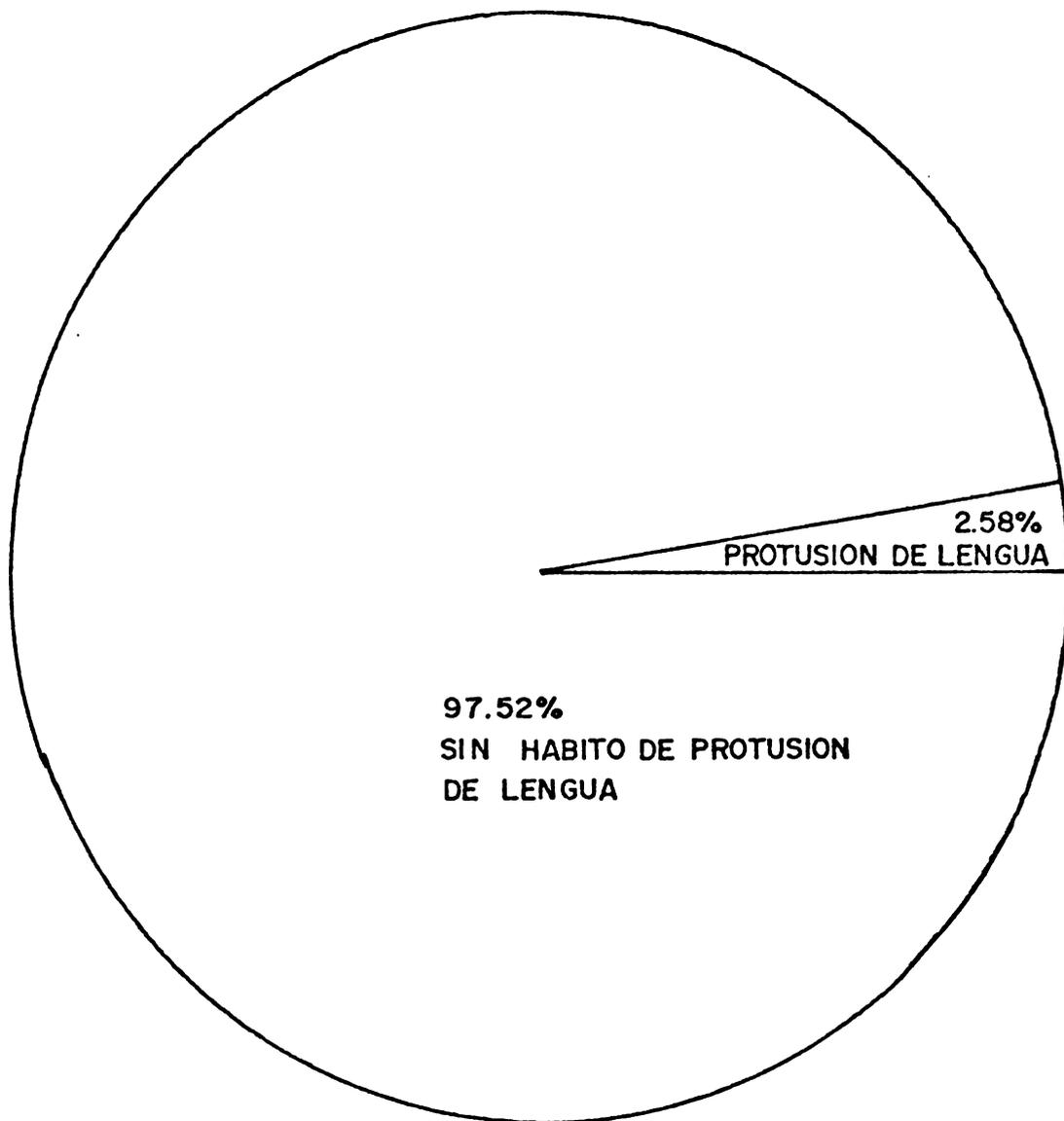
Gráfica No.16

PORCENTAJE DE HABITO SUCCION DE DEDO PRESENTES EN EL GRUPO



Gráfica No. 17

PORCENTAJE DE HABITO DE PROTUSION DE LENGUA PRESENTES EN EL GRUPO



Gráfica No. 18

DISCUSION.

Los resultados encontrados en nuestra investigación son contrarios en cuanto a la hipótesis, y en lo que respecta a la tendencia a la caries y pérdida de dientes, se observa que existe un buen porcentaje de niños sin experiencia a la caries aún conociendo de que dicha población no tiene ningún nivel de prevención.

En el CENDI gran parte de los niños están diariamente más de 9 horas. Se encuentra una gran tendencia hacia las maloclusiones pero estas no son por el factor caries, solamente un 26.71% tienen hábitos perniciosos que pueden originar dichas maloclusiones.

Cabe señalar que de la Literatura revisada en otros países, en donde existen medidas preventivas, la prevalencia a la caries es alta; por lo cual seguir un patrón de investigación semejante a los expuestos en dichos estudios no sería lo más conveniente, sino que se deberá de seguir haciendo investigación, siguiendo nuestras necesidades, pero sin perder el conocimiento científico.

CONCLUSIONES

Nuestra hipótesis resulto falsa en cuanto no encontramos una gran prevalencia de caries, dientes perdidos y/o obturados como, asimismo; a las maloclusiones

En cuanto a las otras patologías no se encontro una relevancia ya que la presencia de hábito de succión de dedo no esta del todo avanzado y puede ser eliminado mediante un buen tratamiento

No se pueden seguir patrones en cuestión de prevención colectiva ya que en nuestro medio no se cuenta con la fluorización del agua.

Los buenos resultados fueron atribuidos a un continuo y prolongado cuidado dental .

La presencia de caries se encontró el porcentaje más alto en los primeros molares y de acuerdo a la revisión de la literatura tiene gran incidencia a la caries (influencia) por su anatomía, como también por sus fosetas y fisuras (Finn 1973).

Se invita a los demás egresados a continuar con el seguimiento de dichos estudios para encontrar más variables.

RESUMEN

El presente estudio pretende determinar el diagnóstico y la prevalencia de la patología bucodental y sus variaciones con la edad en la población controlada de los niños de 1,7 a 2,11 (años, meses), del CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA U.N.A.M.

El levantamiento epidemiológico se realizó mediante un examen clínico, efectuado con la ayuda de espejos dentales, excavadores exploradores, bajo luz solar directa, siendo los resultados más relevantes los siguientes;

- Se encontró un promedio de 17.7 dientes por boca
- Del total de niños revisados el 41.37% no presentaron experiencia previa de caries.
- Se encontró un cpo en el grupo, de 1,61
- Los dientes recidivos más frecuentemente afectados por caries fueron los 74y 84 que en promedio han estado aproximadamente un año completamente erupcionados en la boca, los cuales se encontraron afectados por caries en el 20.9 de la población.
- Se encontró un 6.03 % de presencia de espacios primates.
- Con 34.48 % de presencia de espacios fisiológicos en la misma población
- El 24.13 % de los niños tiene el hábito de succión de dedo, esto correlaciona directamente con la presencia de trslape horizontal en dicho grupo, con un porcentaje de 22.41 %

SUMMARY

The present study intends to diagnose and determine the prevalence of buco-dental pathology and its variations -- depending on age in a controlled population of children - ranging from 1 year 7 months to 2 years 11 months old - - from the CENDI (Center for childrens development) of the National University of Mexico (UNAM).

The epidemiological study was make through a clinical - - examination with the help of dental mirrors, explorers and excavators under direct sun light.

The more relevant results were as fallows:

- An average of 17.7 teeth present per mouth was found -- among the group.
- From the total children examine, 41.37% were carries -- free (had no previous carries experience).
- The cpo index for the group was of 1.6
- The most frecuenty afected teeth were members 74 and 84 which had been present in the mouth for aproximate by - one year, and were found to have caries in 20.9% of the population.
- It was found that 6.03% of the group had primate spaces and 34.45% of the group presental fisiological spaces.
- 24.13% of the children had the habit of sulfig their - thumbs which correlates directly wiht a 22.41% presence of over-bite among the group.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Changes in the prevalence of dental disease. (May 1982 by Joni Liss Pamela Evenson, Shuldon Loemy and William A. Ayer).
Association Reports JADA Vol. 103 July 1982.
- 2.- Comparison of Dental Health of 11 year old children in 1970 an 1979, and of 14 year-old children in 1973 and 1979. Studies in Bristol, England. Caries Resch. (16:257-264 1982).
- 3.- Caries Prevalence and therapy in the deciduous dentition from 3 to 8 years. Por Varpio Mirja Department of Pedodontic of Odontolgy. Box - 330701400,33 Goteborg Swedon Received for Publication, September 17, 1980.
- 4.- Caries prevalence and therapy in the deciduous from 3 to 8 years. Public Dental Health Service, Goteborg, Sweden. Mirja Varpio-September 17, 1980.
- 5.- The prevencion of dental caries ten years later. James P. Coslos.
DDS JADA Vol. 104 February 1982.
- 6.- Examinación detallada en el progreso de caries en niños de 4 años de edad. En una área no fluorada en Irlanda.
- 7.- Dental plaque scores of children broshing with a gel or paste - dentifrice. Carl J. Kleber MSD
Marks Patt MSD
Joseph C. Muhler, DDS, PHD.
Journal of Dentistry for children. July-August 1982.
- 8.- Distribution of caries in different tooth Surfaus in 7 years old children. G. Bimstein, E. Eidelman, H. Klein, A. Chosack. Caries Res. 15:324-330 (1981).

- 9.- Caries-Preventive effects of daily weekly fluoride mouth rinsing in a fluoridated community final results after 30 months.

William S. Driscoll DDS MPH.

Philip A. Smongo DDS MPH

Alice M. Horowitz RDA, MA.

Albert Kingman PhD.

JADA Vol. 105, December 1982.

- 10.- Effect of Sodium Fluoride on the viability and Growth of Streptococcus mutans. Lee R. Brown, Sandra F. Handley, Iris M. Horton, Joseph L. Streckfuss and Samuel Dreizen. J. Dental Res. February 1980.

- 11.- Odontopediatría Clínica.

Editorial Interamericana S.A.

México 1979.

Finn Sidney B.

- 12.- Orthodontics in Daily Practice

Bern Switzerland: Honz Hiber Publishers.

1979 Pág. 49.

- 13.- Odontología para el Niño, el adolescente.

Editorial Mundi.

Buenos Aires.

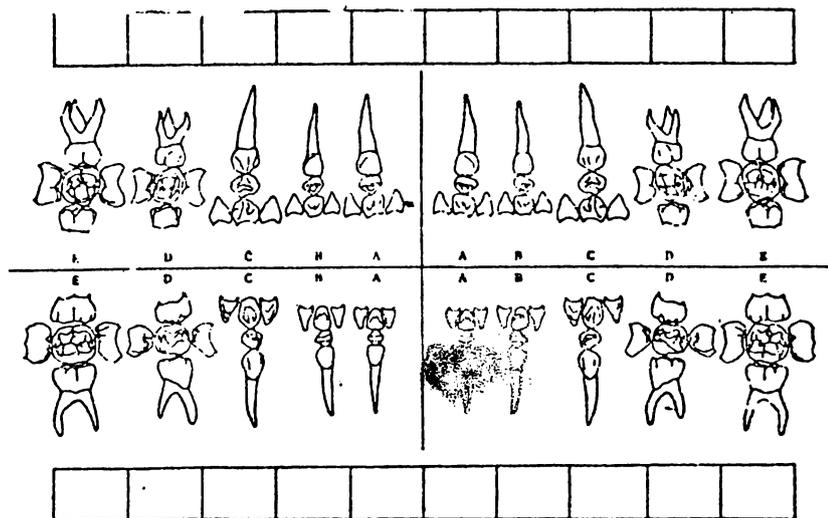
1971 Pág. 365.

- 14.- Clínicas Odontológicas de Norteamérica.

Principios para guiar una dentición en Desarrollo.

Volumen 4/1978 Dr. Jon T. Kapala.

Interamericana Dr. Anthony A. Growelly.



OCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a Ízq. Der.	2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
3) Espacios Primates	Si	No	4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No	6) Sobre Mordida	Si	No	
7) Traslape Horizontal	Si	No	8) Mordida Abierta	Si	No	
9) Malposición Dentaria	Si	No	10) Diastema	Si	No	

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión de Dedo	()	2) Protusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros	_____

ERUPCION Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No