

PRINCIPALES FACTORES CAUSANTES DE LA PERDIDA PREMATURA
DENTARIA EN NIÑOS Y RELACION CON MALOCLUSIONES

P O R

C. D. SARA CONCEPCION GOMEZ GUERRERO

T E S I S

Presentada como requisito para obtener el Grado de
Maestría en Odontología

**GOMEZ
GUERRERO
SARA
CONCEPCION
1984**

TESIS



K(1) UNAM



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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AGOSTO 1 9 8 4



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S

PRINCIPALES FACTORES CAUSANTES DE LA PERDIDA PREMATURA
DENTARIA EN NIÑOS Y RELACION CON MALOCLUSIONES


P O R

C. D. SARA CONCEPCION GOMEZ GUERRERO


1 9 8 4

PRINCIPALES FACTORES CAUSANTES DE LA PERDIDA PREMATURA
DENTARIA EN NIÑOS Y RELACION CON MALOCLUSIONES

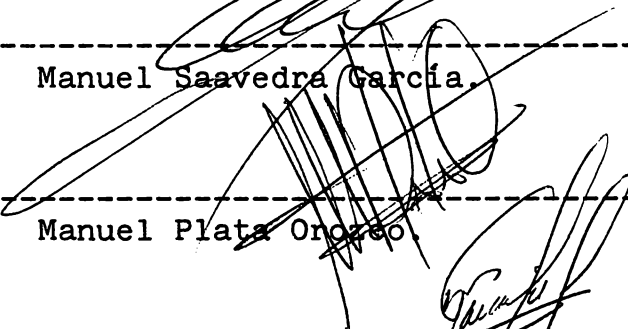
APROBADO POR:



C.D. Dr. O. Ariel Moscoso Barrera.



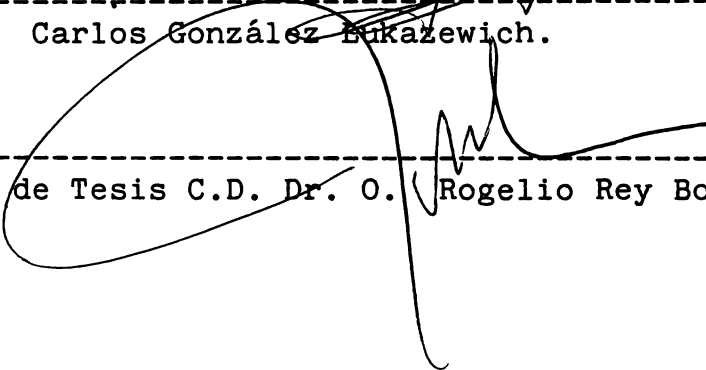
C.D.M.O. Manuel Saavedra García.



C.D.M.O. Manuel Plata Orozco.



C.D.M.O. Carlos González Bukazewich.



Director de Tesis C.D. Dr. O. Rogelio Rey Bosch.

R E C O N O C I M I E N T O

•

AL C.D. MANUEL REY GARCIA

AL C.D. Dr. O. ARIEL MOSCOSO BARRERA

AL C.D. Dr. O. ROGELIO REY BOSCH

AL PROF. ARTURO SILVA OLIVARES

Agradezco el apoyo que me han
brindado en el transcurso de
mi superación profesional.

I N D I C E

Página

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	8
DISCUSION	33
RESUMEN	34
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	37
APENDICE	40
CURRICULUM	42

L I S T A D E T A B L A S

TABLA		Página
1	DISTRIBUCION DE NIÑOS SEGUN EDAD Y SEXO	12
2	PLANOS TERMINALES Y TIPOS DE OCLUSION	14
3	MALOCLUSIONES SEGUN EDAD Y SEXO	17
4	MALOCLUSIONES EN PLANOS TERMINALES	19
5	TIPO DE EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS	21
6	NIVEL DE CARIÉS	25
7	PLACA DENTOBACTERIANA Y CARIÉS	27
8	SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL	29
9	SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL SEGUN EDAD	31

L I S T A D E G R A F I C A S

GRAFICA		Página
1	PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO	13
2A	PORCENTAJE DE PLANOS TERMINALES	15
2B	PORCENTAJE DE TIPOS DE OCLUSION	16
3	PORCENTAJE DE MALOCLUSIONES SEGUN EDAD	18
4	PORCENTAJE DE MALOCLUSIONES EN PLANOS TERMINALES	20
5A	PERDIDA PREMATURA DE MOLARES DE PRIMERA DENTICION	22
5B	RESTAURACIONES DEFECTUOSAS	23
5C	EXPERIENCIAS ODONTOLOGICAS PREVIAS	24
6	CARIES	26
7	PLACA DENTOBACTERIANA Y CARIES	28
8	SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL	30
9	SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL Y EDAD	32

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA

El presente estudio se realizó con el objeto de cuantificar el número de dientes perdidos prematuramente en niños, y las maloclusiones provocadas por dicha pérdida.

Teniendo en cuenta que uno de los factores predisponentes de maloclusión en niños es la pérdida prematura de dientes de la primera dentición, el presente estudio se realizó para -- observar cuáles son las causas más frecuentes que llevan a la -- pérdida prematura de la primera dentición, relacionándolo con -- los tipos de maloclusión más frecuente encontrados en la zona -- de Milpa Alta, D.F., debido a que no existen datos al respecto -- en esta zona.

Se eligió esta población porque se pueden tener datos -- confiables, ya que presentan el mismo nivel socioeconómico y -- cultural, teniendo así una muestra homogénea.

Los factores tanto generales como locales de maloclu -- sión dentaria, han sido estudiados por diferentes investigado -- dores como: Dearing³, Iwasawa⁹, Melsen¹¹, Pinto-Cisternas¹³ y -- Muller; Isshiki⁸, Ogihara¹², Fischer⁴, Smolarsk²⁰ y Sakuda¹⁹, -- quienes las han relacionado principalmente con anomalías anato -- mofuncionales de la cavidad oral con respecto a la práctica de -- diversos tipos de hábitos orales, pérdida prematura de dientes -- de la primera dentición, caries, anomalías dentarias, enfermeda -- des hereditarias, congénitas, adquiridas, diastemas, etc.

Al revisar 931 niños de 3 a 5 años de edad, J. Arvinnen¹⁰, observó que en un 14.4% presentó mordida cruzada posterior y mordida anterior abierta funcional; tendencia de cierre de espacio por pérdida prematura de molares de la primera dentición; influyendo además en algunos de los niños, caries y hábitos orales como succión digital.

Infante y Payette⁷, en Montreal, hicieron un estudio de comparación con Estados Unidos, observando en 2,037 niños de edad preescolar, la frecuencia de caries con relación a la frecuencia de maloclusiones y problemas que ocasionan en parodontio; encontrando una interrelación estrecha con problemas de tipo de oclusión.

Corruccini y Whitley², en un estudio realizado en la población rural del centro de Kentucky, enfocado a la relación de la etiología de la maloclusión y su frecuente aumento, tiene explicaciones genéticas, como consanguinidad, cruza racial, acumulación de mutaciones, así como causas ambientales, mencionando los siguientes: hábitos orales, pérdida prematura de dientes de la primera dentición y reducción de arcos dentarios por caries. El urbanismo moderno redujo el esfuerzo masticatorio, teniendo esto menor influencia como agente causal. Los pacientes de esta comunidad no tuvieron la atención dental profesional. El estudio fue realizado en 34 pacientes; el cambio temporal y la relación de la variación oclusal fue evaluada con mordida en cera.

La mordida abierta posterior, puede estar ocasionada por problemas de erupción. Proffit¹⁵, encontró que la falta de erupción dental posterior sin contacto oclusal, produce --

una mordida abierta lateral, contribuyendo este problema a una influencia mecánica en los procesos eruptivos, así como una anquilosis o interferencia de tejidos blandos.

La extracción temprana de molares de primera dentición, según Ronnerman¹⁶, acelera la erupción de los primeros molares de la segunda dentición. Esto lo explica en base al hecho de que estos molares sufren un libre movimiento sin resistencia, en dirección sagital, desde la superficie distal del segundo molar de la primera dentición. Lo anterior lo relaciona con la erupción temprana de los incisivos de la segunda dentición, por la distribución de mayor espacio en el frente de los arcos dentarios. El mismo investigador, tres años después, hizo estudios acerca de la condición del espacio en la arcada dentaria de los niños con segunda dentición, dentición mixta, pérdida unilateral de molares de la primera dentición, diferente morfología facial, etc., obteniendo los siguientes resultados: la pérdida temprana de los molares de la primera dentición antes de los 7 años y medio, desarrolló mayor apiñamiento y conarcada dentaria más corta en longitud en maxilar y mandíbula. Reportó también arcadas dentarias más angostas en maxilar. La pérdida de molares después de los 7 años y medio, indica el autor, tiene poca influencia sobre el espacio relativo. La rotación de la mandíbula y la inclinación de los incisivos, no parece tener influencia sobre la condición de espacio a ningún grado apreciable. Relacionó también la pérdida de molares de la primera dentición sobre la erupción dentaria y las condiciones del espacio. Los hallazgos en la frecuencia total de malocclusiones fue más alta en niños con pérdida de molares de primera dentición que en niños sin tales pérdidas. Reporta que la incidencia de caries es alta en niños de edad preescolar.

Con respecto a los programas relacionados con los cuidados de la oclusión en salud pública dental, Foster⁵, señala el interés en varios aspectos, en los que incluye a los factores etiológicos de maloclusión, los cuales ocasionan la dificultad del tratamiento, y los factores sociales que dirigen-- la viabilidad del tratamiento.

Poulsen y Holm¹⁴, estudiaron una posible relación entre la caries dental en la primera y segunda dentición del -- mismo individuo; encontraron una correlación estadísticamente significativa existente entre caries dental en la primera y - segunda dentición del mismo individuo. Niños con un alto --- riesgo de lesiones orales, desarrolladas en la segunda denti-- ción, sobre la base de caries dental en la primera dentición.

Belloni y otros¹, estudiaron las maloclusiones en una escuela del Distrito de Mountain reportando que la frecuencia de las maloclusiones es muy alta, especialmente en la Clase I y III de "Angle". Y en la Provincia de Pavia, fueron encontra-- dos estas clases de maloclusiones, particularmente en niños - de 6 años.

Sakamoto¹⁸, realizó un estudio sobre el mejor tiempo-- para tratamiento de la maloclusión Clase III esquelética, apli-- cando fuerza ortopédica, encontrando que el mejor tiempo pa-- ra aplicarla es a temprana edad.

En 1921, Hellman⁶, estudió a 354 pacientes con malo-- clusiones; 90 eran succionadores de lengua, de labio o succio-- nadores digitales y 219 pertenecían a la Clase III de "Angle" Este estudio no especifica la edad de los pacientes.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Milpa Alta es una delegación que se encuentra situada al sureste del Distrito Federal, México, en la coordenada geográfica 19°12', latitud norte. Posee áreas verdes propicias al incremento agrícola y sus derivados; sus habitantes se dedican principalmente al cultivo del nopal. En cuanto al ganado, la cría porcina y avícola, predomina a la del ganado mayor, cuya explotación se hace en pequeña y mediana escala.

El número de habitantes es de 189,905 de los cuales - el 70% son niños menores de 15 años de edad. Su tipo de vivienda en el 90% se considera rural.

La base de la alimentación está constituida por verduras, legumbres y cereales que produce la región; leche recién ordeñada, huevos y carne de diversos animales.

Con respecto a la atención odontológica, los niños de esta zona reciben servicios a través de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) y del Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), que consiste en técnicas de cepillado, profilaxis, aplicaciones de flúor, obturaciones y extracciones, -- (Datos tomados de Plan Hidráulico Delegacional elaborado por la Dirección Nacional de Construcción y Operación Hidráulica, Subdirección de la Delegación de Milpa Alta). La Clínica --- Odontológica Periférica de Milpa Alta de la U.N.A.M., por su parte, proporciona los servicios antes mencionados además de restauraciones de todo tipo en niños, tratamientos pulpares, -

ortodoncia preventiva e interceptiva. Los casos severos se remiten a Estudios Superiores en la Facultad de Odontología.

El presente estudio se realizó en 100 niños de 5 a 11 años de edad, que asistieron a consulta por primera vez en la Clínica Odontológica Periférica de Milpa Alta, (tomada durante 3 meses, en la primavera de 1983), a los cuales se les --- aplicó:

1.- Estudio Clínico.

1.1 Por medio de una historia clínica elaborada convencionalmente, obteniendo datos a través de interrogatorio. Tomando datos generales acerca del estado general de salud - copilados en las formas A y B.

1.2 Exploración. Se consideraron los siguientes aspectos: porcentaje del control de placa dentobacteriana, por medio de la tinción de fushina básica; caries, pérdida prematura de dientes de primera dentición, tipos - de oclusión, tipos de restauraciones dentales, línea media.

2.- Laboratorio y gabinete.

2.1 Obtención de modelos de estudio en yeso de ortodoncia, para observar la relación entre dientes y estructuras óseas por método de - "Moyers".

2.2 Toma de diapositivas de la cavidad oral, para el registro de las condiciones de su bo-

ca, con cámara Oral Eyes Yashica con acercamientos A, B y C.

2.3 Tomas radiográficas periapicales, números 0 y 2 Kodak.

R E S U L T A D O S

De acuerdo a los datos tomados de las historias clínicas (Forma A y B) aplicadas a los 100 niños, se obtuvieron -- los siguientes resultados:

Las edades de los pacientes estudiados fueron de 5 a 11 años, se presentaron 14 niños de 5 años de edad, 10 pacientes de 6 años, 10 pacientes de 7 años, 19 pacientes de 8 años, 24 pacientes de 9 años, 17 pacientes de 10 años y 6 pacientes de 6 años. Predominaron los pacientes de 9 años en un 24%.

De los 100 pacientes, 51 correspondieron al sexo femenino y 49 al sexo masculino.(Tabla No.1)

La prevalencia de planos terminales de acuerdo a la clasificación de "Baume", en los 14 niños de 5 años, prevaleció el plano terminal mesial en 9 niños, del mismo plano terminal mesial predominó en los de 6 años, presentándose en 6 niños. De las edades de 7 a 11 años en los 76 pacientes restantes, de acuerdo a la clasificación en los tipos de oclusión de "Angle", 70 pacientes presentaron Clase I en un 93.4% (Tabla No.2)

De los 100 niños sometidos al estudio, 83 presentaron maloclusión. 44 fueron del sexo femenino y 39 del sexo masculino. (Tabla No.3)

La maloclusión en los planos terminales, correspondieron a apiñamiento de dientes en un paciente con plano termi--

nal mesial; sobremordida horizontal con plano terminal mesial en dos pacientes; mordida cruzada anterior con plano terminal mesial en un paciente; mordida cruzada posterior con plano -- terminal vertical en un paciente; mesialización de los primeros molares de segunda dentición con plano terminal mesial en dos pacientes. Se observa que prevalecen en dos casos la sobremordida horizontal y en dos casos la mesialización de los primeros molares de la segunda dentición. (Tabla No.4)

Los niños con experiencias odontológicas previas fueron 50, de éstos el 62% presentaron la pérdida prematura de molares de primera dentición, (31 pacientes).

Los niños con experiencias odontológicas previas fueron 50; de éstos 31 presentaron pérdida temprana de molares en primera dentición y 24 niños presentaron restauraciones -- dentales defectuosas. La edad en que prevaleció la pérdida temprana de molares en primera dentición fué a los 8 años; -- los niños con restauraciones dentales defectuosas prevaleció a la edad de 9 años. Corresponde al 62% de niños con pérdida temprana de molares en primera dentición y solamente 3 niños no presentaron pérdida temprana de molares en primera dentición ni restauraciones dentales defectuosas. (Tabla No.5)

El 86% de los pacientes estudiados presentaron un nivel alto de caries y el 14% presentaron un nivel bajo de caries. (Tabla No.6)

Los pacientes con presencia de nivel alto de placa -- dentobacteriana entre 70 a 100%, presentaron nivel alto de caries de un 67%; los pacientes que presentaron un nivel bajo

de placa dentobacteriana 10 a 40%, presentaron un nivel bajo de caries en un 9%. (Tabla No.7)

La erupción anormal se presentó en 34 niños de los -- 100 estudiados, prevaleciendo la erupción retardada en un 41%, la erupción prematura se presentó básicamente en los premolares en un 35%. La retención prolongada fue ocasionada por anquilosis de dientes de la primera dentición, restos radicales y pérdida de espacio en las arcadas dentarias presentándose en un 24%. Las edades en que prevaleció la erupción anormal, fueron a los 8, 9 y 10 años. (Tablas No. 8 y 9)

Se aprecia que 83 de los niños estudiados presentaron maloclusión. En 24 niños se presentaron planos terminales de acuerdo a la clasificación de "Baume" prevaleciendo el plano-terminal mesial. 76 presentaron tipos de oclusión de acuerdo a la clasificación de "Angle", presentándose en 70 pacientes el tipo de oclusión Clase I, indicándonos que la mayoría de las maloclusiones se presentaron en el tipo de oclusión Clase I en sus 5 subdivisiones; únicamente en 6 pacientes las maloclusiones esqueléticas en Clase II y III.

No se encontró una diferencia marcada de maloclusiones en cuanto al sexo.

De los 83 niños con maloclusión, presentaron experiencias odontológicas previas, representando el 54%; siendo las más frecuentes las pérdidas tempranas de molares de primera dentición. Se relaciona dicha pérdida de los dientes con el alto nivel de caries en un 86% y el nivel alto de placa dentobacteriana. Presenta la pérdida prematura de los dientes en

primera dentición y restauraciones defectuosas, se puede relacionar con los datos obtenidos de la pérdida de espacio en -- las arcadas, y retención prolongada. La secuencia de erupción anormal que predominó fue la retardada en 14 pacientes debido a erupción ectópica y mesiodents principalmente.

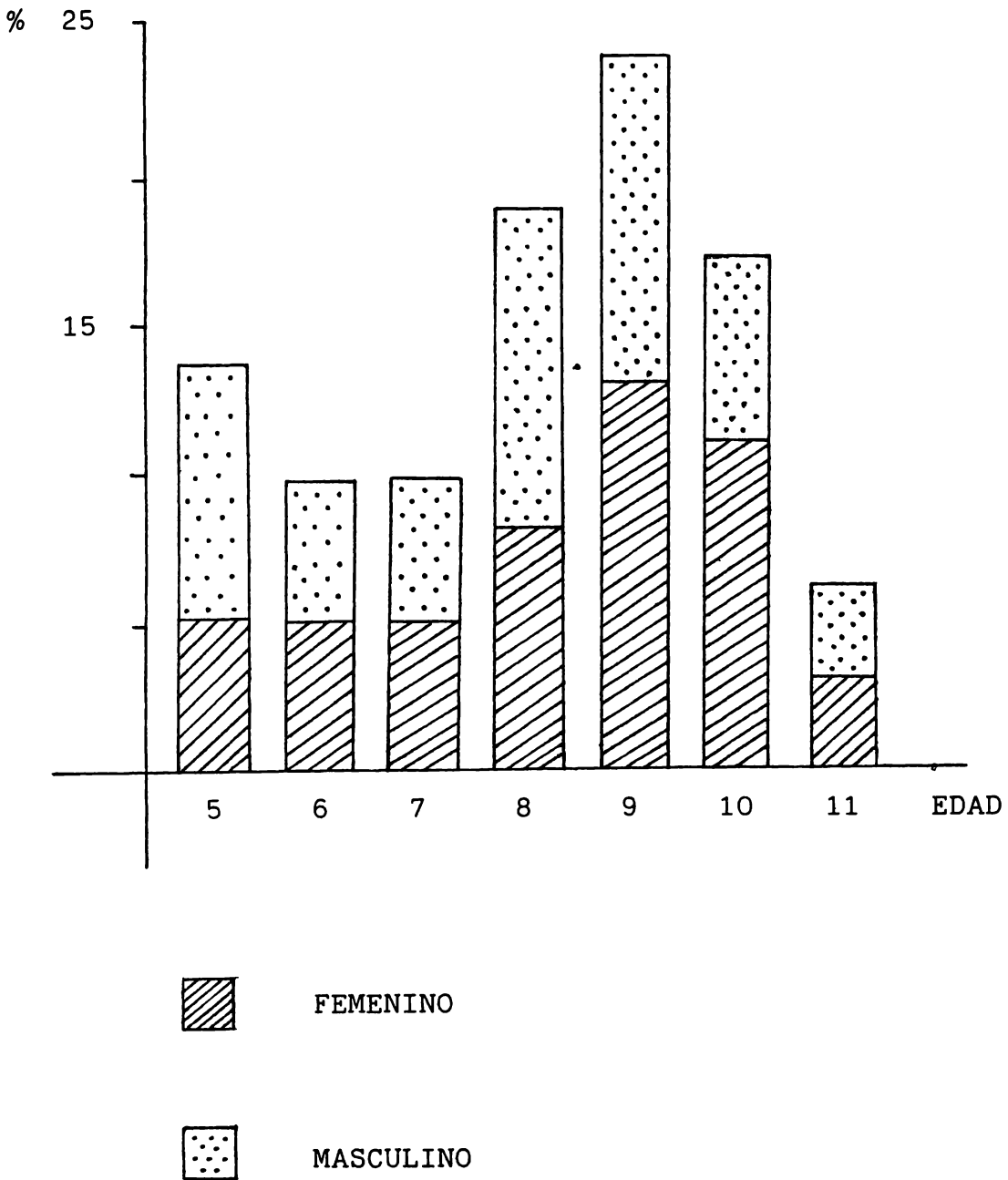
T A B L A N o . 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE NIÑOS SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	S E X O		FRECUENCIA	%
	FEM.	MASC.		
5	5	9	14	14%
6	5	5	10	10%
7	6	4	10	10%
8	8	11	19	19%
9	13	11	24	24%
10	11	6	17	17%
11	3	3	6	6%
TOTAL	51	49	100	

De los 100 pacientes, 51 correspondieron al sexo femenino y 49 a sexo masculino. Los pacientes estudiados fueron de 5 a 11 años de edad, predominando los de 9 años en un 24%.

GRAFICA 1 PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO



T A B L A No. 2

CUANTIFICACION DE LA PREVALENCIA DE PLANOS TERMINALES
Y TIPOS DE OCLUSION SEGUN LA EDAD

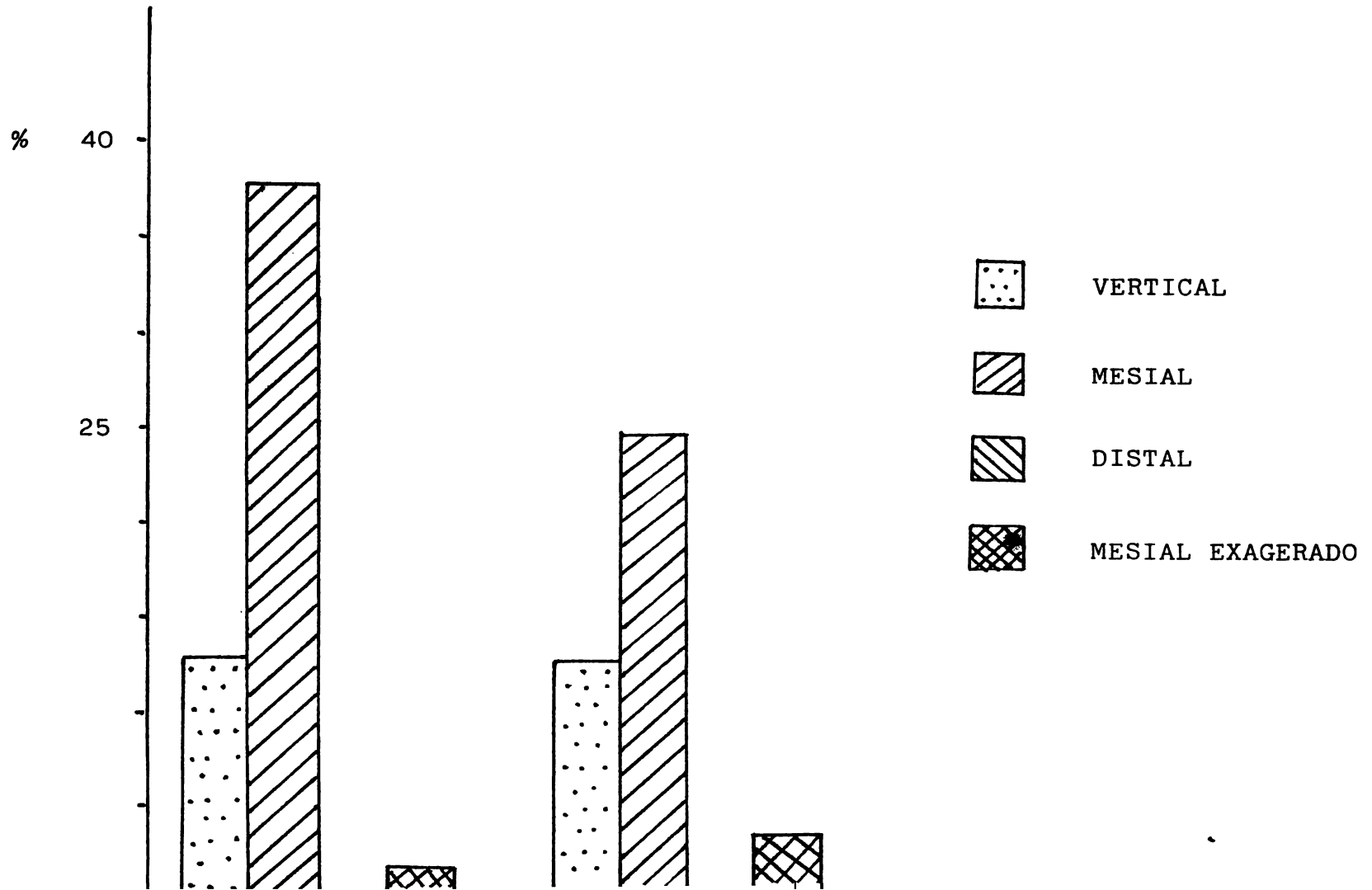
EDAD	PLANOS TERMINALES				CLASES DE OCLUSION			FRECUENCIA	%
	V	M	D	ME	I	II	III		
5	3	9	0	2				14	58%
6	3	6	0	1				10	42%
7					10	0	0	10	13%
8					19	0	0	19	25%
9					19	4	1	24	31%
10					16	1	0	17	22%
11					6	0	0	6	8%
TOTAL	6	15	0	3	70	5	1	100	

V= VERTICAL M= MESIAL D= DISTAL ME= MESIAL EXCESIVO

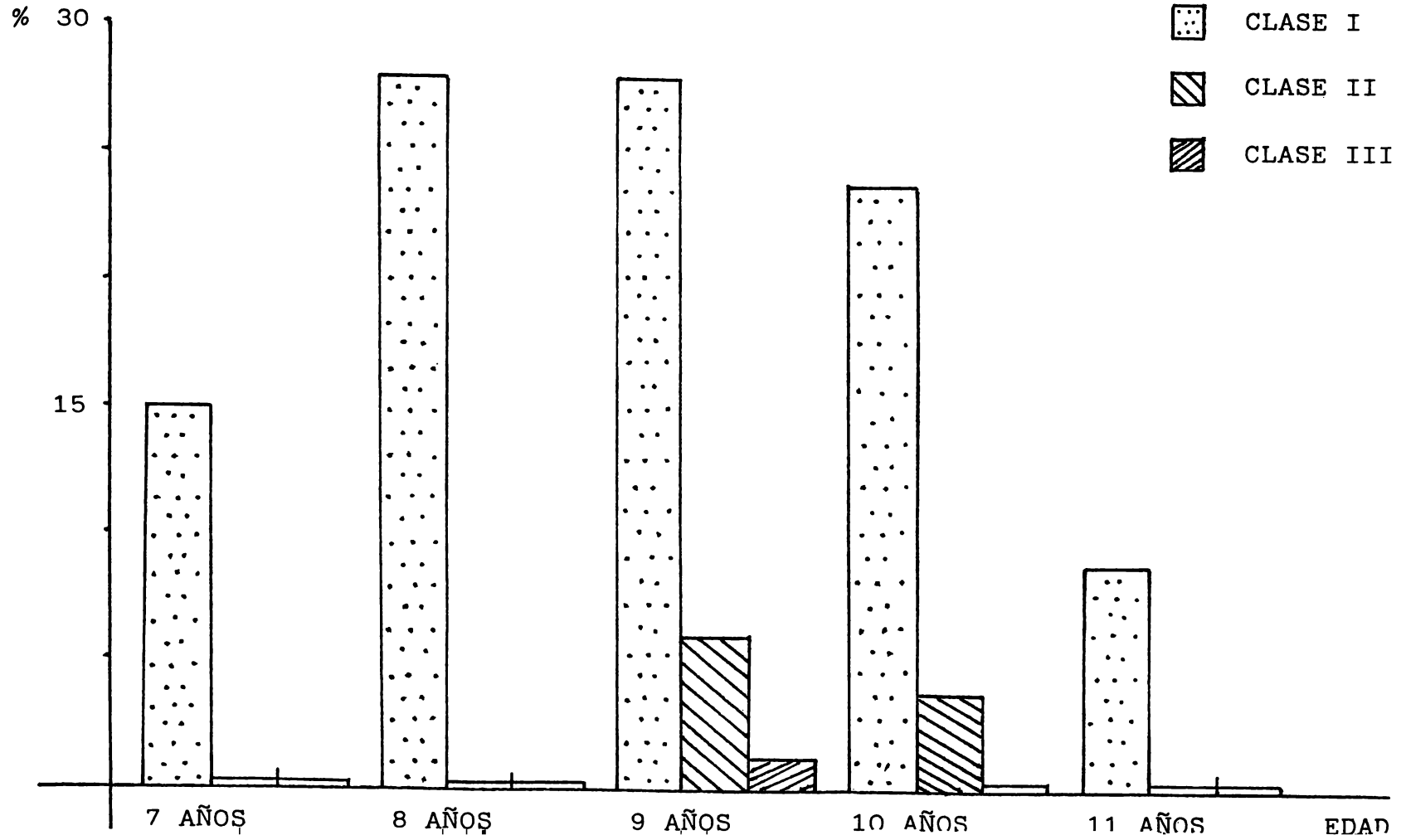
De acuerdo a la clasificación de "Baume" y Clases de maloclusión según "Angle", se obtuvieron los siguientes resultados: de los 14 pacientes de 5 años, prevaleció el plano terminal mesial en 9 niños. Este mismo plano a la edad de 6 --- años de los 10 niños dominó en 6 de ellos. De las edades de 7 a 11 años, en los 76 pacientes restantes tuvo predominio en 70 pacientes el tipo de oclusión de Clase I, correspondiendo al 93.4%.

NOTA: Los porcentajes se obtuvieron de acuerdo al orden de la clasificación correspondiendo 24 a Planos Terminales y 76 a Tipo de oclusión.

GRAFICA 2-A PORCENTAJE DE PLANOS TERMINALES SEGUN EDAD



GRAFICA 2-B PORCENTAJE DE TIPOS DE OCLUSION SEGUN EDAD



T A B L A No. 3

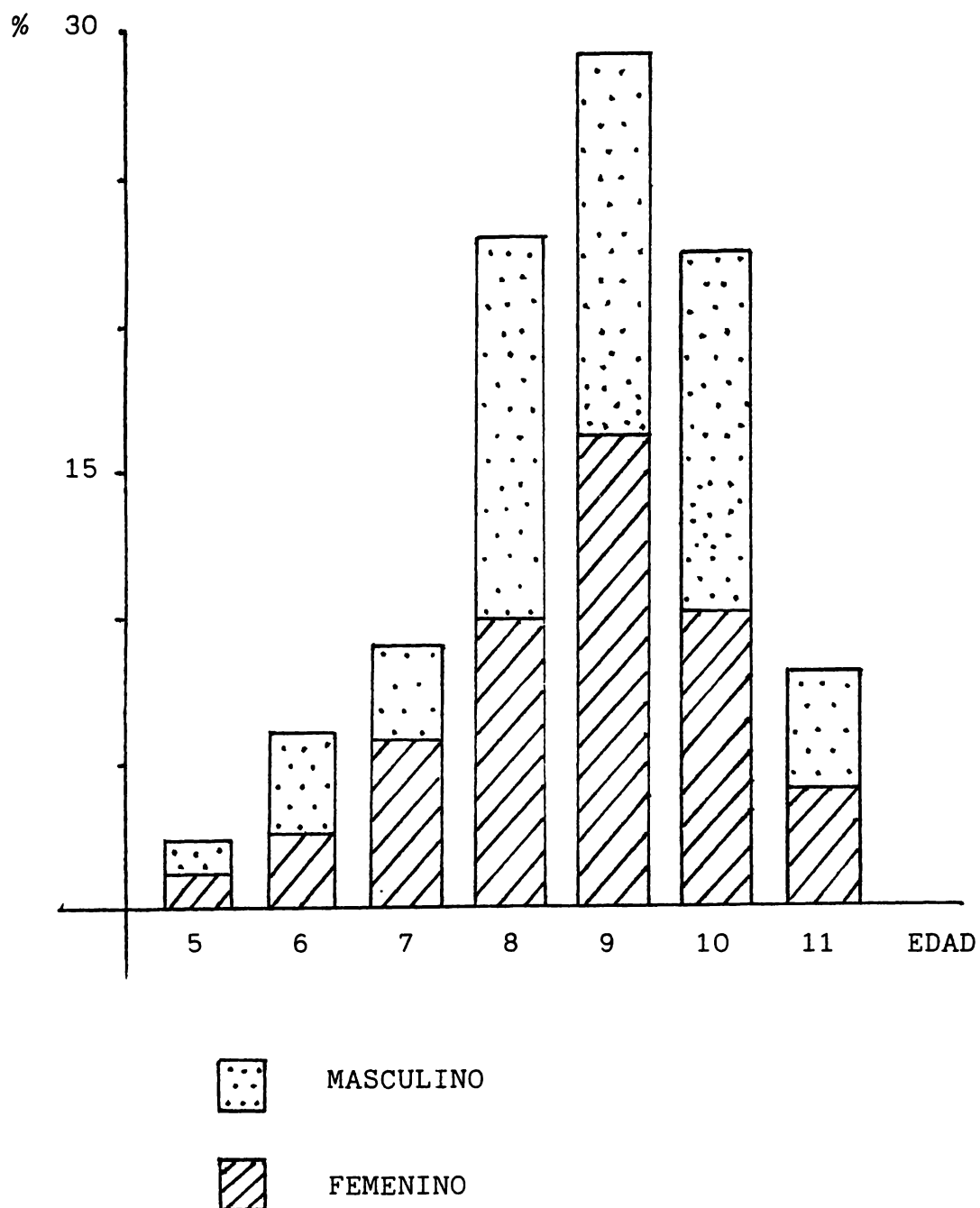
CUANTIFICACION DE LA PREVALENCIA DE MALOCLUSION
SEGUN EL SEXO Y LA EDAD

M A L O C L U S I O N E S

EDAD	FEM.	MASC.	FRECUENCIA	%
5	1	1	2	2%
6	2	3	5	6%
7	6	4	10	12%
8	8	11	19	22%
9	13	11	24	28%
10	11	6	17	20%
11	3	3	6	8%
TOTAL	44	39	83	100%

De los niños con maloclusión, 44 fueron del sexo femenino y 39 del sexo masculino. 17 no presentaron maloclusión; de ellos 10 fueron del sexo masculino y 7 del sexo femenino.

GRAFICA 3 PORCENTAJE DE MALOCLUSIONES SEGUN EDAD



T A B L A No. 4

CLASIFICACION DE LA MALOCLUSION EN LOS
PLANOS TERMINALES MESIAL Y VERTICAL

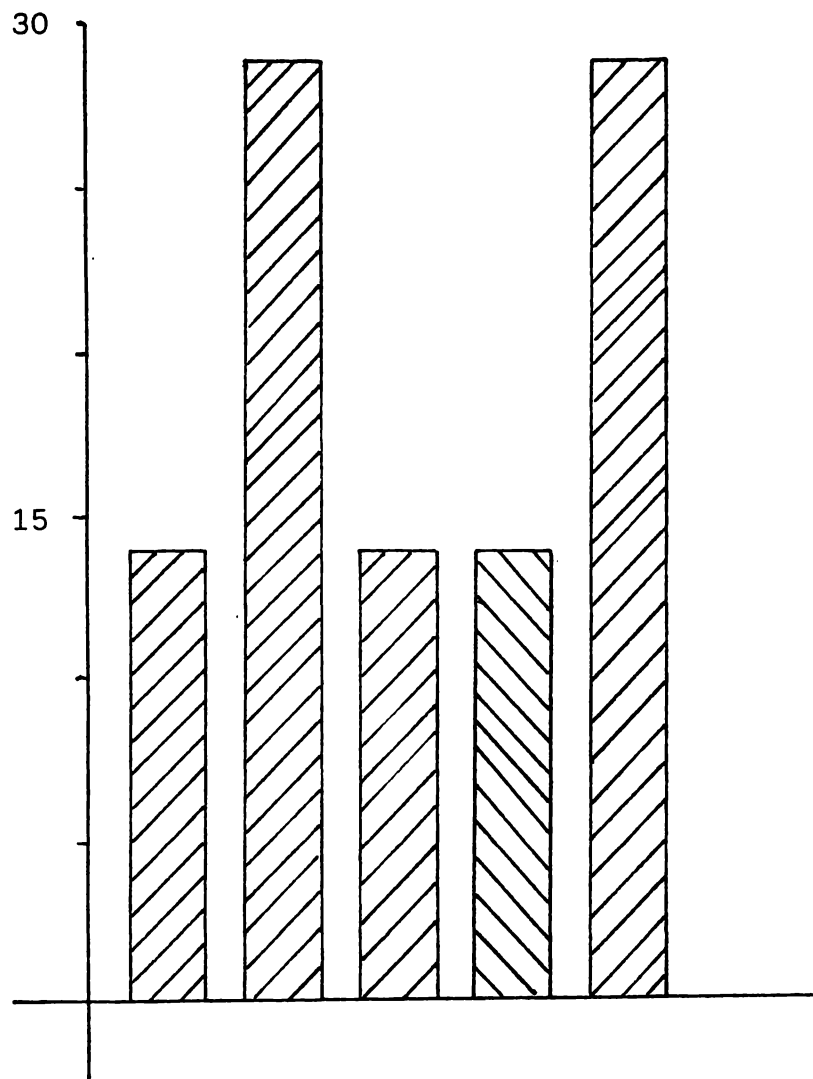
MALOCLUSIONES	PTM	PTV	FRECUENCIA	%
APIÑAMIENTO	1	0	1	14%
SOBREMORDIDA HORIZONTAL	2	0	2	29%
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	1	0	1	14%
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	0	1	1	14%
MESIALIZACION DE LOS PRIMEROS MOLARES DE SEGUNDA DENTICION	2	0	2	29%
TOTAL	6	1	7	100%

PTM = PLANO TERMINAL MESIAL

PTV = PLANO TERMINAL VERTICAL

Las maloclusiones del Cuadro No. 2 corresponden a las del Cuadro No. 4, se observan en este cuadro que prevalecen - en dos casos la sobremordida horizontal y en dos casos la mesialización de los primeros molares de la segunda dentición.

GRAFICA 4 PORCENTAJE DE MALOCLUSIONES EN
PLANO TERMINAL MESIAL Y VERTICAL



PLANO TERMINAL MESIAL



PLANO TERMINAL VERTICAL

A = APIÑAMIENTO

S.H. = SOBREMORDIDA HORIZONTAL

M.C.A. = MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

M.C.P. = MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

M.6 = MESIALIZACION DE PRIMEROS MOLARES
DE PRIMERA DENTICION

T A B L A No. 5

Tipo de experiencias odontológicas y edad.

EDAD	CON PERDIDA TEMPRANA DE MOLARES DE- PRIMERA DEN- TICION.	CON RESTAURACIONES DENTALES DEFECTUO- SAS	E.O.P.	PORCENTAJE
5	3	2	5	10%
6	3	3	4(2)+	8%
7	3	3	5(1)+	10%
8	8	4	13(1)x	26%
9	5	9	11(3)+	22%
10	7	2	7(2)+	14%
11	2	1	5(2)x	10%
TOTAL	31	24	50	

E.O.P. = EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS.

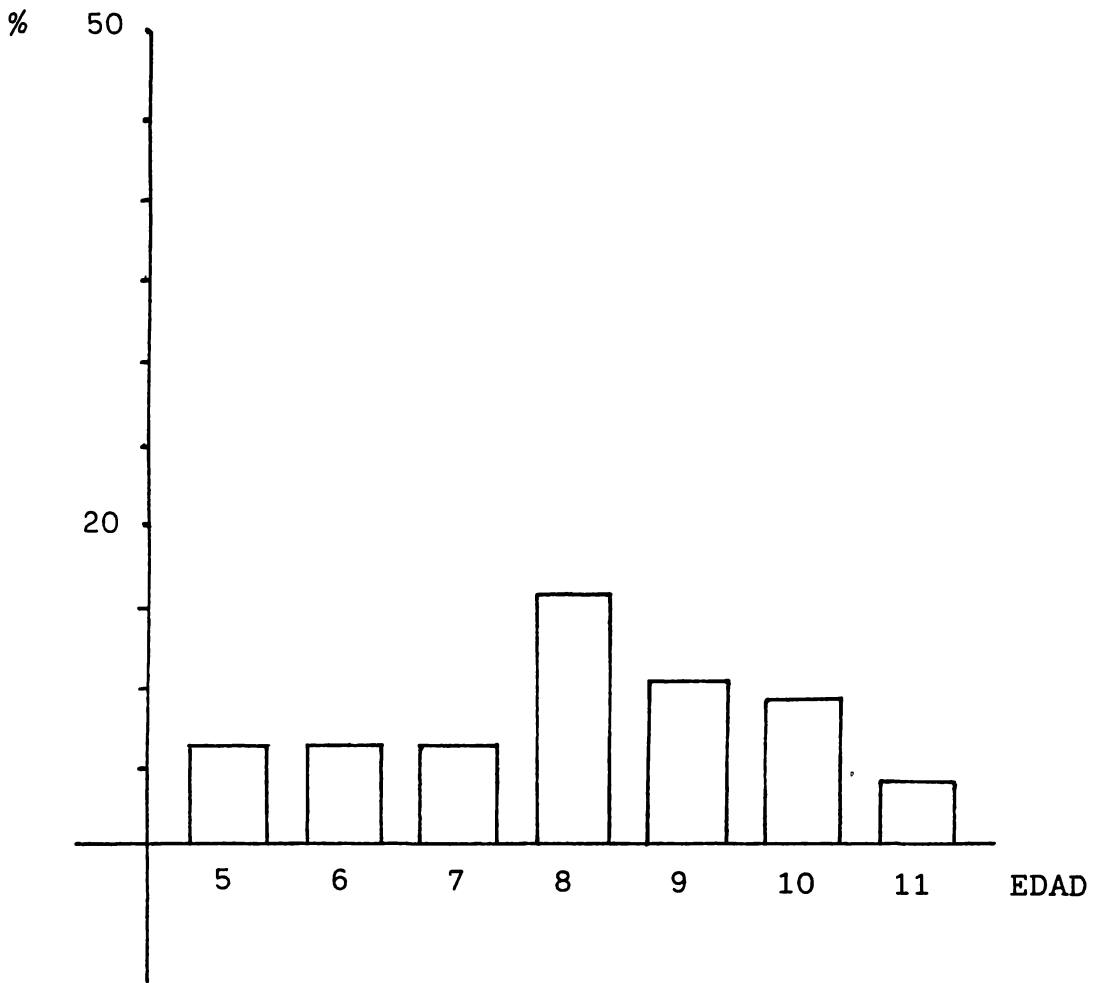
()+ = Pacientes con pérdida temprana de molares de la prime
ra dentición y restauraciones defectuosas.

()x = Pacientes sin pérdida temprana de molares de la prime
ra dentición y sin restauraciones defectuosas.

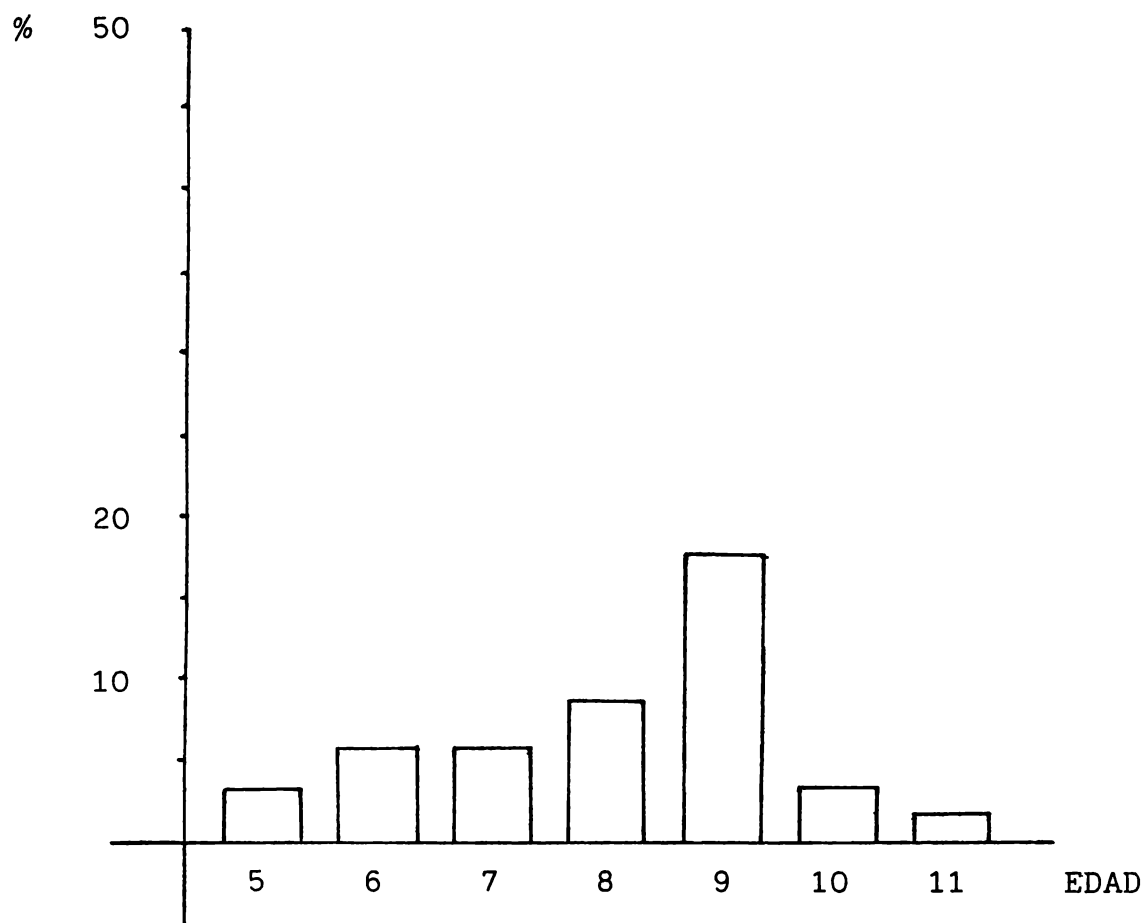
De 50 pacientes con experiencias odontológicas, 31 -- presentaron pérdida prematura de molares de primera dentición*, de ellos 8 tenían restauraciones dentales defectuosas y únicamente 3 no presentaron pérdida temprana de molares de primera dentición ni restauraciones dentales defectuosas, prevaleciendo las experiencias odontológicas en niños de 8 a 9 años (en - 13 y 11 respectivamente).

* Correspondiendo al 62% con pérdida prematura de molares en- primera dentición.

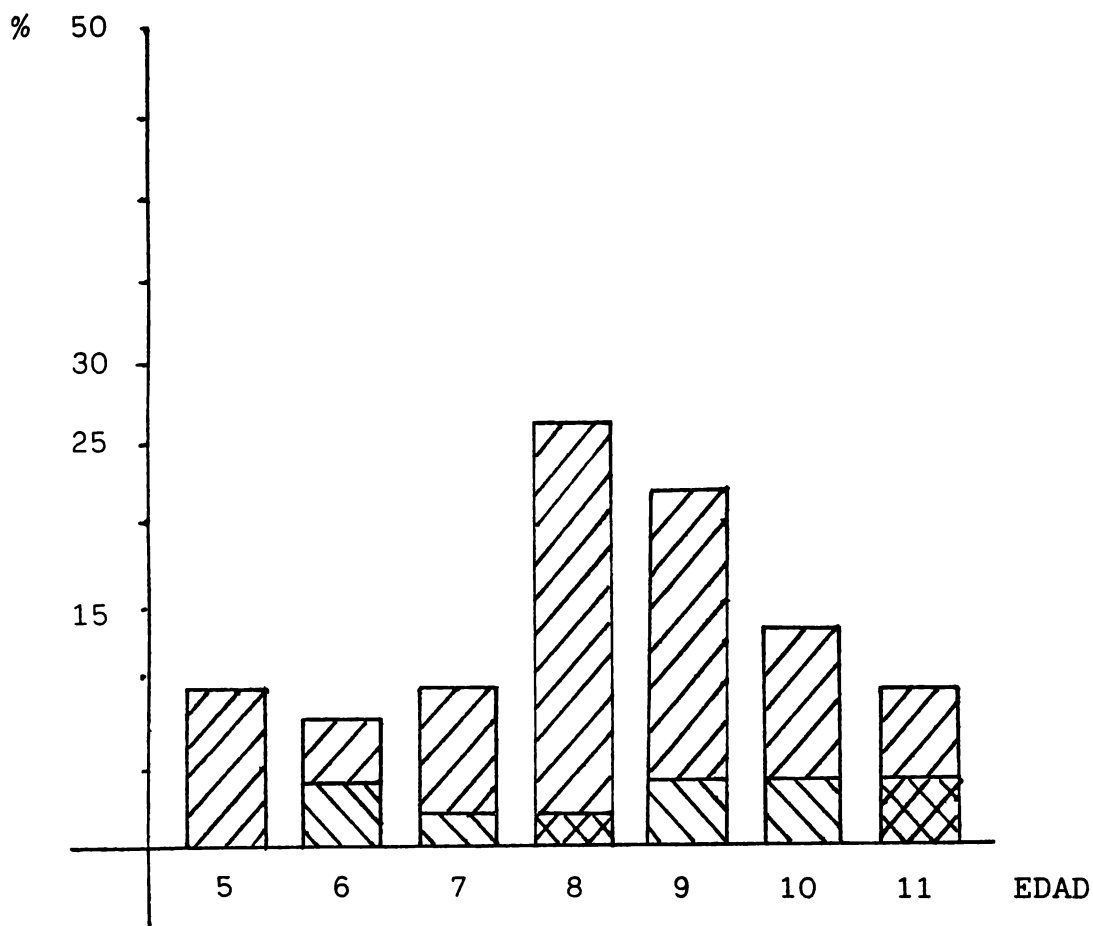
GRAFICA 5-A PORCENTAJE DE CASOS CON PERDIDA TEMPRANA DE MOLARES EN LA DENTICION SEGUN EDAD



GRAFICA 5-B PORCENTAJE DE CASOS CON RESTAURACIONES
DEFECTUOSAS SEGUN EDAD



GRAFICA 5-C PORCENTAJE DE CASOS CON EXPERIENCIAS ODONTOLOGICAS PREVIAS SEGUN EDAD



E.O.P.



PACIENTES CON PERDIDA TEMPRANA DE MOLARES DE 1a. DENTICION Y RESTAURACIONES DEFECTUOSAS



PACIENTES SIN PERDIDA TEMPRANA DE MOLARES DE 1a. DENTICION Y SIN RESTAURACIONES DEFECTUOSAS

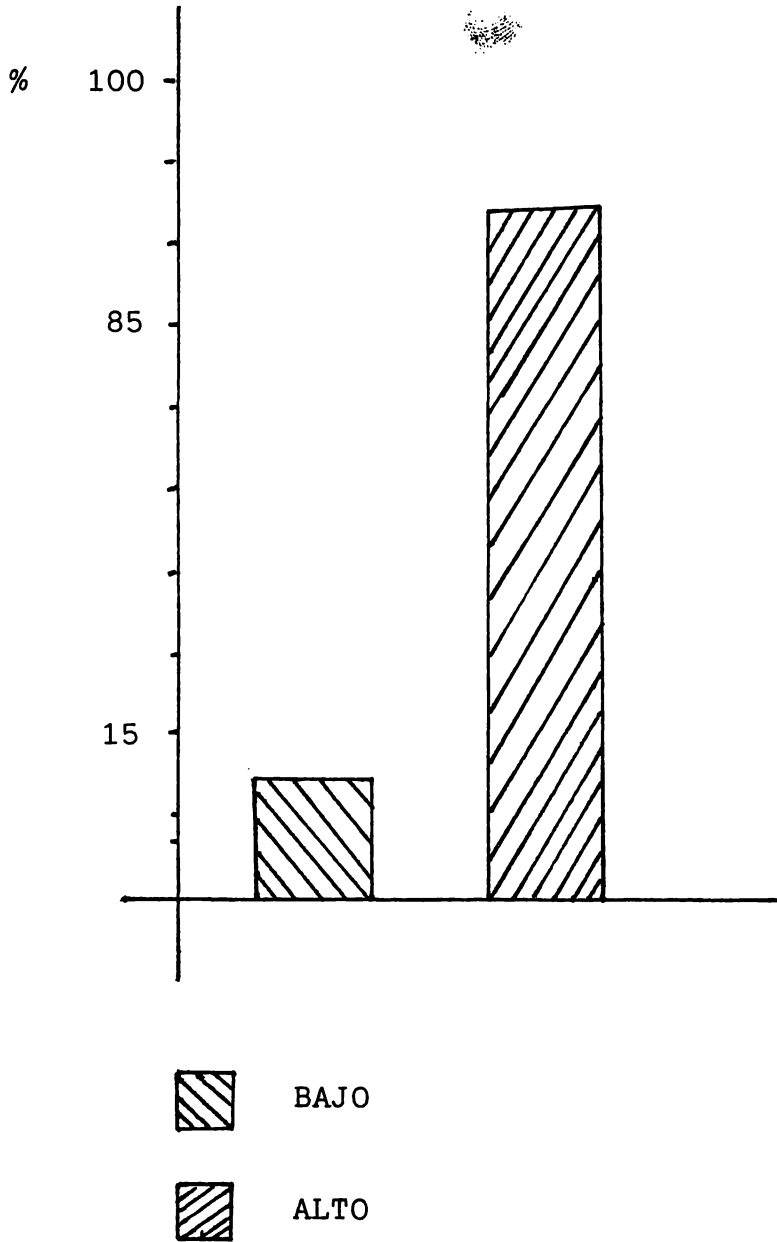
T A B L A N o . 6

P O R C E N T A J E D E C A R I E S

CARIES	FRECUENCIA	%
BAJO	14	14%
ALTO	86	86%
T O T A L	100	100%

De los pacientes estudiados el 86% presentaron un alto nivel de caries y un 14% de los pacientes presentaron un nivel bajo de caries.

GRAFICA 6 PORCENTAJE DE CARIES



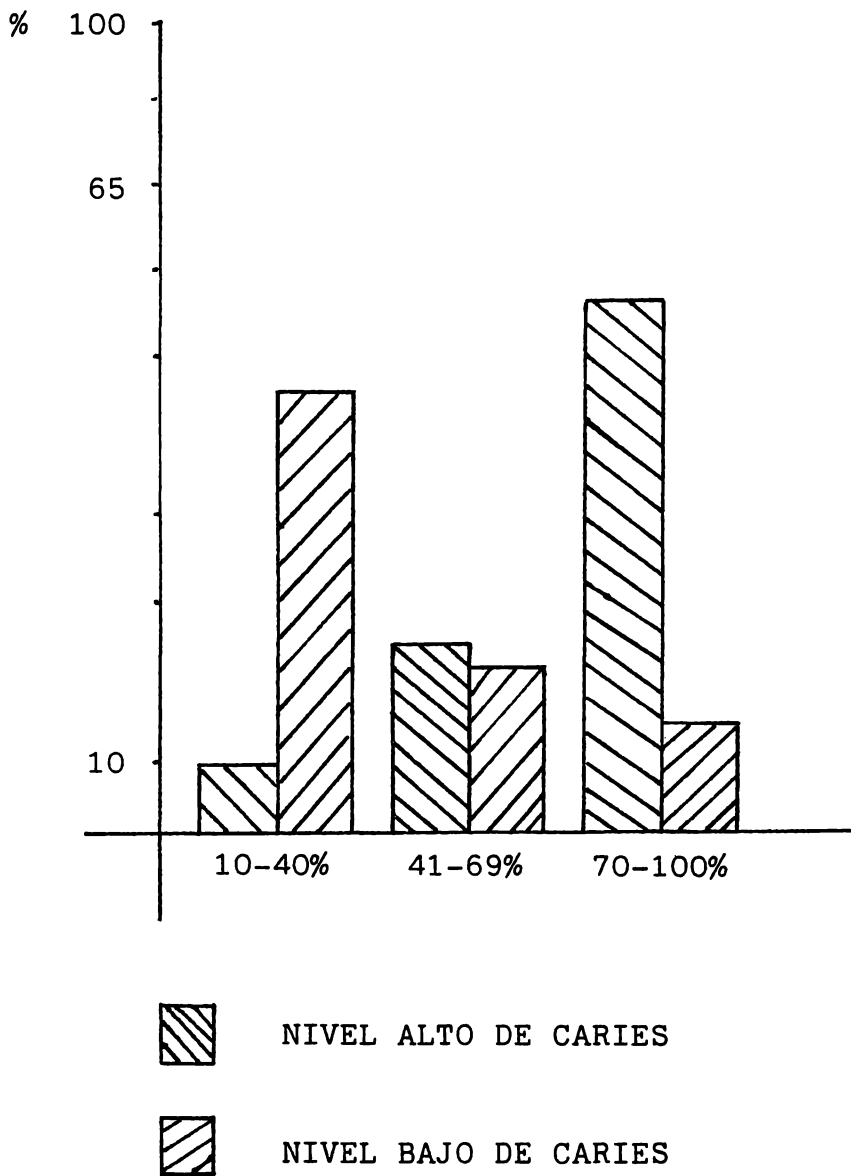
T A B L A N o . 7

FRECUENCIA DE PLACA DENTOBACTERIANA
SEGUN EL GRADO DE CARIES

% DE PLACA DENTOBACTERIANA	FRECUENCIA DE PACIENTES CON NIVEL ALTO DE CARIES		FRECUENCIA DE PACIENTES CON - NIVEL BAJO DE CARIES	
		%		%
10% - 40%	9	9%	65	65%
41% - 69%	24	24%	21	21%
70% -100%	67	67%	14	14%
T O T A L	100	100%	100	100%

El bajo porcentaje de placa dentobacteriana (10% -40%)-
correspondió a un 65% de los pacientes con bajo nivel de caries.
Y alto nivel de caries (70%-100%) de placa dentobacteriana co--
rrespondió al 67% de los pacientes con alto porcentaje de caries.

GRAFICA 7 FRECUENCIA DE PLACA DENTOBACTERIANA
SEGUN EL GRADO DE CARIES



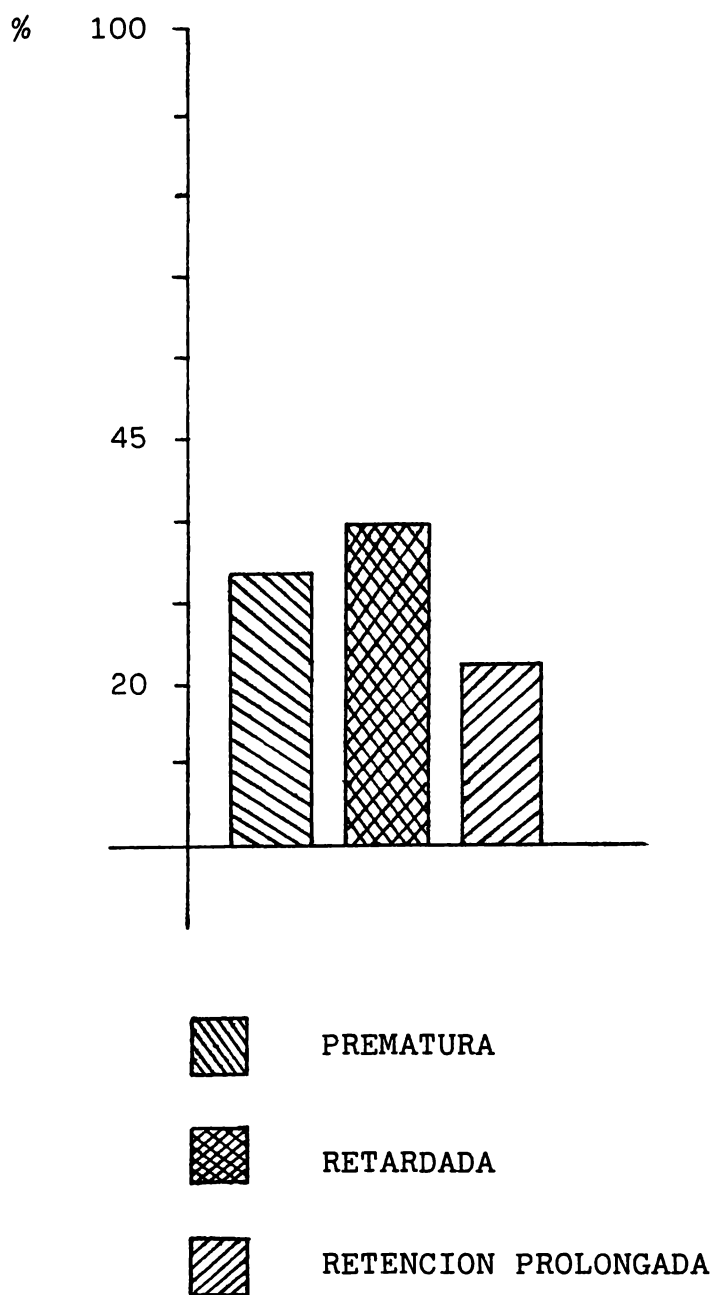
T A B L A No. 8

SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL

TIPO DE ERUPCION ANORMAL	FRECUENCIA	%
PREMATURA	12	35%
RETARDADA	14	41%
RETENCION PROLONGADA	8	24%
T O T A L	34	100%

De los 100 niños, 34 presentaron erupción anormal, -- prevaleciendo la erupción retardada en 14 niños (por erupción ectópica y mesiodents principalmente correspondieron al 41%). La erupción prematura fue (básicamente) de los premolares en un 35%. La retención prolongada fue ocasionada por anquilosis de dientes de la primera dentición, restos radiculares y pérdida de espacio en las arcadas dentarias en un 24%.

GRAFICA 8 PORCENTAJE DE SECUENCIA ERUPCION ANORMAL



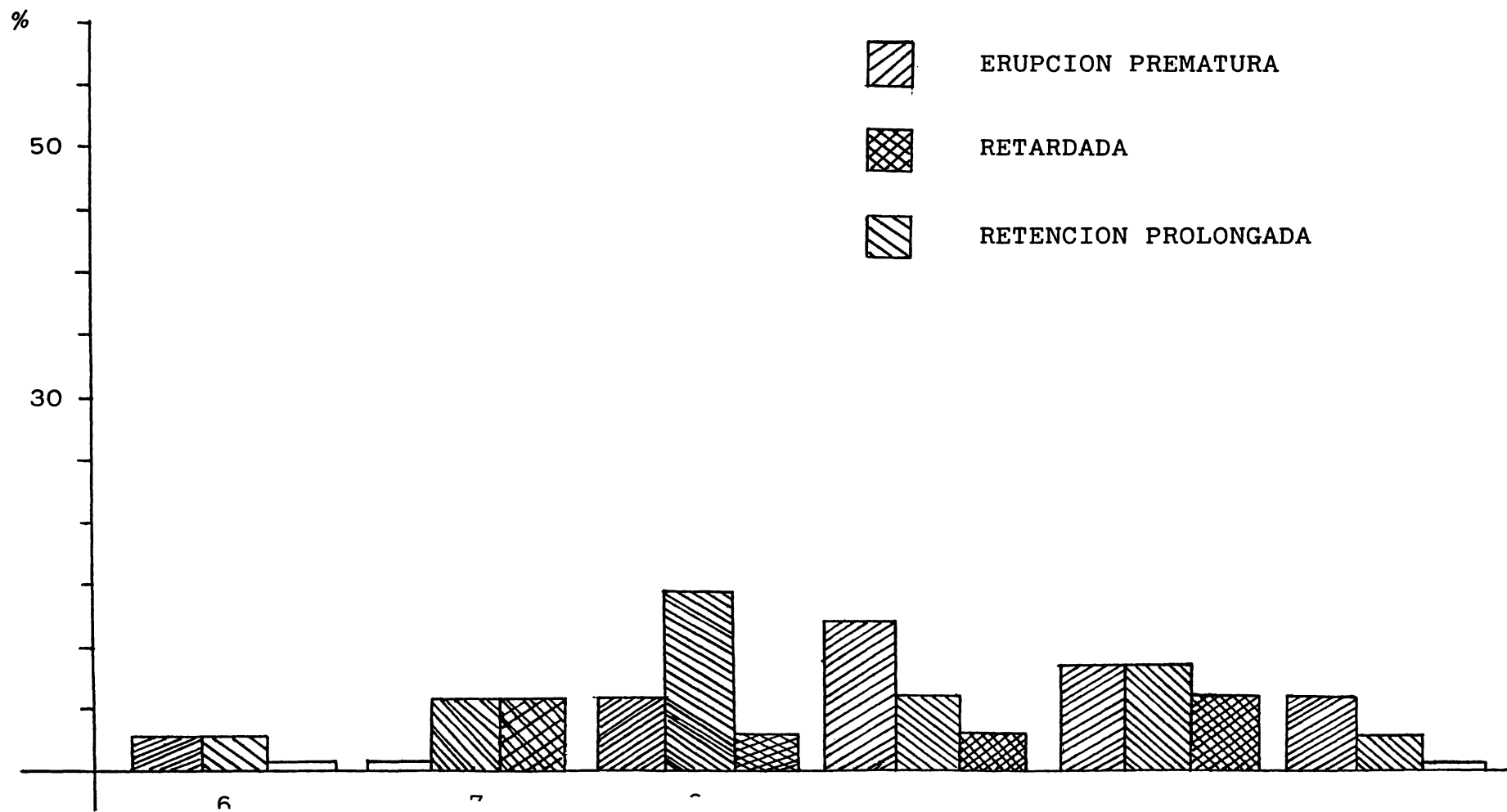
T A B L A N o . 9

SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL SEGUN LA EDAD

EDAD	ERUPCION				RETENCION		FRECUENCIA	
	PREMATURA	%	RETARDADA	%	PROLONGADA	%		%
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	8%	1	7%	0	0	2	6%
7	0	0	2	14%	2	25%	4	12%
8	2	17%	5	36%	1	13%	8	24%
9	4	33%	2	14%	3	37%	9	26%
10	3	25%	3	22%	2	25%	8	24%
11	2	17%	1	7%	0	0	3	8%
TOTAL	12	100%	14	100%	8	100%	34	100%

En las edades de 8, 9 y 10 años prevalecieron las anomalías de erupción, siendo más frecuente la retardada.

GRAFICA 9 SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL SEGUN EDAD



D I S C U S I O N

Los resultados obtenidos por varios investigadores, han determinado como factores causales la maloclusión, la pérdida prematura de dientes de la primera dentición, caries, anomalías dentarias, etc. 3,9,11,14,15.

El presente estudio confirmó como factores principales de maloclusión, la pérdida prematura de los molares en primera dentición ^{2,3}.

El alto nivel de caries interproximal produce la pérdida de espacio, provocando mesialización en molares de la segunda dentición ⁷.

Se encontró un nivel alto de caries en relación a un porcentaje alto de placa dentobacteriana.

La mesialización de los primeros molares de la segunda dentición, por pérdida prematura de los molares en la primera dentición, fue uno de los factores más frecuentes de maloclusión, causando retenciones prolongadas, por la pérdida de espacio.

R E S U M E N

El presente estudio se realizó con 100 niños de 5 a 11 años de edad que asistieron por primera vez a consulta - en la Clínica Odontológica Periférica de Milpa Alta de la - Facultad de Odontología de la U.N.A.M., para determinar los factores principales causantes de la pérdida prematura de - la primera dentición, y su relación con maloclusión, obte-- niendo los siguientes datos:

Se encontró que el 50% de los niños presentaron ma- loclusión como consecuencia de experiencias odontológicas - previas, siendo la principal causa las extracciones prematu- ras de molares en primera dentición en un 31% de niños, co- rrespondiendo al 63%; a estos niños no se les colocó ningún tipo de aparatología después de las extracciones como medi- da preventiva de maloclusión. El 19% de los niños restan-- tes presentaron maloclusión por restauraciones dentales de- fectuosas, en donde se observó la pérdida de contacto proxi- mal en molares primarios, provocando la mesialización de -- los primeros molares en segunda dentición.

Se encontró un nivel alto de caries en 86% de los - casos y se relaciona con un nivel alto de placa dentobacte- riana (70 a 100%) en un 67% de los pacientes.

El tipo de maloclusión encontrada fue debido a la - mesialización de los primeros molares de segunda dentición, siendo más frecuente a la edad de 9 años en 24 casos, predomi- nando en el sexo femenino en 13 casos.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- De los 100 niños revisados, 51% pertenecieron al sexo femenino y 49% al sexo masculino.
Predominó la edad de 9 años en un 24%, correspondiendo al 13% al sexo femenino y 11% al masculino.
- 2.- El plano terminal predominante fue el mesial, correspondiendo a las edades de 5 años, en donde todavía no se establece ningún tipo de maloclusión.
- 3.- El tipo de oclusión más frecuente fue la Clase I, según "Angle", correspondiendo al 93%, sólo 5 casos a Clase II y uno a Clase III.
- 4.- De los 100 niños el 83%, presentaron maloclusión, -- siendo más frecuente a la edad de 9 años, predominando la maloclusión en niñas a esta edad.
- 5.- En la clasificación de las maloclusiones en planos -- terminales, predomina la sobremordida horizontal y la mesialización de los molares de segunda dentición.
- 6.- De los 100 niños estudiados, el 50% presentaron maloclusiones por experiencias odontológicas previas. De ellos 31 fueron por extracciones tempranas de molares de primera dentición, correspondiendo al 63%, el resto a restauraciones dentales defectuosas.

- 7.- Se presentó un nivel alto de caries en un 86%.
- 8.- Se encuentra una relación de nivel alto de caries y nivel alto de placa dentobacteriana.(Cuadro No.7)
- 9.- Se podría correlacionar la pérdida temprana de molares en primera dentición (Cuadro No.5A) y erupción retardada.

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

- 1.- Belloni E.; Restag; Cattaneo V. Epidemiological Studies of Malocclusion in the School Population of a Mountain-District. *Minerva Stomatol*, 30(4): 299-304, Jul-Aug . -- 1981.
- 2.- Corruccini R.S.; Whitley L.D., Oclusal Variation in a - Rural Kentucky Community. *Am. J. Orthod.*, 79(3): 250-62, Mar. 1981.
- 3.- Dearing S.G.. Space Loss and Malocclusion, *N Z Dent J* - 77(348): 62-7, Apr. 1981.
- 4.- Fischer T.J.; Psaltis G.L.. The Diastema and the Abnormal Frenum. *Asde J. Dent. Child*, 48(4): 264-8, Jul-Aug. 1981.
- 5.- Foster, T.D. The Public Health Interest in Assessment - for Orthodontic Treatment. *Journal of Public Health Dentistry* 39(2): 137-142, Spring, 1979.
- 6.- Hellman, H.: The face in Development Carrer. *Dent. Cosm.* 67: 685, 1935 (Citado por Blackumd).
- 7.- Infante-Rivard C.; Payette M.. Longitudinal Study of Caries, Malocclusion and Peridental Disorders in 2037 Montrreal Children.
II. Prevalence of Problems of Occlusion. *Ca. Dent. Assoc.* 47(5): 322-30, May. 1981.

- 8.- Isshiki Y.. Systemic Causes for Malocclusion. Shikai - Tenbo. 1981; (2): 239-43.
- 9.- Iwasawa T.; Namura S. Local Factors for Malocclusion - of the teeth. Shikai Tenbo 1981; (2): 245-51
- 10.- J. Arvinen S. Need for Preventive and Interceptive Intervention for Malocclusion in 3-5 years Old Finish -- Children. Community Dent Oral Epidemiol, 9(1): 1-4 Feb. 1981.
- 11.- Melsen B.. Tooth Position Anomalies. Ugeskr Leager, -- 143(18), 1173-4, Apr. 27, 1981.
- 12.- Ogihara K.; Hara H.. Diagnosis and Management of Occlusal Problems in Children. Hotet Rinsho 1981 (Special - Issue): 75-88.
- 13.- Pinto-Cisternas J.; Muller G.. Dental Genetic Studies - in a Venezuelan Human Isolate of German Ancestry: --- Occlusion. Z Morphol Antropol 70(3): 302-9, 1980.
- 14.- Polsen, Sven y Holm Anna-Karin. The Relation Between - Dental Caries in the Primary and Permanent Dentition - of Same Individual. Journal Of Public Health Dentistry 40(1): 17-25, Winter, 1980.
- 15.- Proffit W.R.; Vig K.W.. Primary Failure of Eruption: A Possible Cause of Posterior Opon-Bite. Am. J. Orthod., 80(2): 173-90, Aug. 1981.
- 16.- Ronnerman, Assar. Early Extraction of Deciduos Molars. Swed Dent. J., 67: 327-337, 1974.

- 17.- Ronnerman, Assar. R.A., Early Loss of Primary Molars. Tesis Profesional University of Goterborg, Sweden. -- 1977, 81 páginas.
- 18.- Sakamoto T.. Effective Timing for the Application of Orthopedic Force in the Skeletal Class III Malocclusion. Am. J. Orthod., 80(4): 411-6, Oct. 1981.
- 19.- Sakuda M.. Malocclusion and Funtions of the Maxilo -- Oral System. Hotetso Rinsho (Special Issue): 89-95, - 1981.
- 20.- Smolarska M. Changes in the Structure of the Facial - Skeleton on Patients with Unilateral Clefst of the -- primary and Secondary Palate. Czas Stomatol 33(2): -- 169-78, Feb. 1980.

A P E N D I C E

F O R M A "A"

U N A M

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA PERIFERICA DE MILPA ALTA

Fecha de examen _____ Nombre del paciente _____ Edad _____
 Fecha de Nac. _____ Lugar de Nac. _____ Sexo _____
 Domicilio _____ Nombre y Dom. del Médico Fam. _____
 Estado actual de salud: Favorable _____ Desfavorable _____
 ¿Ha estado hospitalizado? Sí _____ No _____ Causa _____
 ¿Padece frecuentes resfriados? Sí _____ No _____
 ¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? Sí _____ No _____
 ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? Sí _____ No _____
 Tipo de medicamento o alimento _____
 Trastornos nerviosos, mentales o emocionales _____
 Enfermedades que ha padecido (Propias de la niñez) _____
 Presenta hemorragias excesivas en operaciones o accidentes _____
 ¿Dificultad de aprendizaje? Sí _____ No _____
 ¿Experiencias Odontológicas? Sí _____ No _____
 Antecedentes familiares patológicos _____

TEJIDOS BLANDOS

Labios _____ Paladar _____ Ganglios _____ Lengua _____
 Piso de la boca _____ Tejido gingival _____ Mucosa bucal _____
 Velo del paladar _____ Amígdalas _____ Glándulas salivales _____
 Inserción del frenillo _____ Músculos _____
 Deglución _____ Otras observaciones _____
 ¿Dieta balanceada? Sí _____ No _____
 Frecuencia entre comidas de dulces y bebidas embotelladas _____
 Nivel alto _____ Nivel Bajo _____

ETIOLOGIA DE MALOCLUSIONES

Examen dental.

F O R M A "B"

Caries _____

Higiene bucal: Buena _____ Regular _____ Mala _____

¿Pérdida prematura de dientes? _____

¿Restauraciones dentales defectuosas? _____

OCLUSION Y ALINEAMIENTO

Línea media: Izquierda _____ Derecha _____ Normal _____

Planos terminales: Vertical _____ Mesial _____ Distal _____

Mesial exagerado _____

Clasificación de Angle I II III

0 1 2 3 4 5 12

Diastema Sí _____ No _____

HABITOS

Succión de dedos _____ Morderse labios y objetos _____

Respirador bucal _____ Protusión de lengua _____

Otros _____

ERUPCION

Secuencia normal _____ Retención prolongada _____

Erupción prematura _____ Erupción retardada _____

Falta de contacto proximal _____

ANOMALIAS DENTARIAS

Malposición dentaria _____

Forma _____ Tamaño _____ Color _____

Número _____ Textura _____ Fracturas _____

ANALISIS DE DENTICION MIXTA.

Discrepancia entre dientes y maxilares.

Diagnóstico.

Plan de tratamiento.