

JERARQUIZACION DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOPEDIATRICOS

Por

C.D. EDUARDO HAYASHI HONDA

**HAYASHI
HONDA
EDUARDO
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 [ODONTOPEDIATRIA]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Noviembre, 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para inspección, y solo podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiadas sólo con el permiso del autor, y el crédito se da posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes personas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse de recoger, la firma de cada persona que la utilice.

NOMBRE Y DIRECCION

FECHA

JERARQUIZACION DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOPEDIATRICOS

12/2008 100 11/2008

Aprobado por:

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

C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWISZ. Asesor.

C.D.M.O. JAVIER HERNANDEZ PALMA. Asesor.

M. en C. HAROLDO ELORZA PEREZ-TEJEDA. Asesor.

C.D.M.O. Director de la tesis. ANGEL KAMETA TAKIZAWA.

RECONOCIMIENTOS

Agradezco al Dr. Angel Kameta T., por su amable ayuda -
brindada en cuanto a planeación, colaboración y consejos para -
la elaboración de esta tesis.

Al M. en C. Haroldo Elorza, al Diseñador Gráfico Miguel
Hirata, a la Dra. Ana Maria Wintergest, quienes sin su valiosa
ayuda no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que colaboraron en la realizaci
ción de este trabajo, y muy especialmente a aquellas personas -
que me apoyaron espiritualmente.

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a mis pa-
dres y hermanos.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION.....	1
MATERIALES Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSION.....	39
RESUMEN.....	47
CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	54

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

	Página
GRAFICA 1 [POBLACION TOTAL].....	16
GRAFICA 2 [POBLACION TOTAL, DIVIDIDA POR SEXO].....	17
GRAFICA 3 [POBLACION SIN TRATAMIENTO].....	18
GRAFICA 4 [POBLACION CON TRATAMIENTO].....	18
GRAFICA 5 [POBLACION MASCULINA SIN TRATAMIENTO].....	19
GRAFICA 6 [POBLACION FEMENINA SIN TRATAMIENTO].....	19
GRAFICA 7 [EXTRACCIONES].....	20
GRAFICA 8 [INCRUSTACIONES].....	20
TABLA 1 [EXTRACCIONES DIVIDIDAS POR SEXO Y EDAD].....	21
TABLA 2 [EXTRACCIONES DIVIDIDAS POR EDAD].....	21
GRAFICA 9 [AMALGAMAS].....	22
GRAFICA 10 [PULPOTOMIAS].....	22
TABLA 3 [INCRUSTACIONES].....	23
TABLA 4 [AMALGAMAS DIVIDIDAS POR EDADES].....	23
TABLA 5 [AMALGAMAS DIVIDIDAS POR SEXO Y EDAD].....	24
TABLA 6 [NITRATO DE PLATA AMONIACAL POR SEXO Y EDAD]	24
GRAFICA 11 [CORONAS].....	25
GRAFICA 12 [RESINAS].....	25
TABLA 7 [PULPOTOMIAS].....	26
TABLA 8 [CORONAS].....	26
GRAFICA 13 [FLUOR].....	27
GRAFICA 14 [PULPECTOMIAS].....	27
TABLA 9 [RESINAS].....	28
TABLA 10 [FLUOR].....	28
TABLA 11 [PULPECTOMIA].....	29
TABLA 12 [MANTENEDORES DE ESPACIO UNILATERAL].....	29

			Página
TABLA	13	[DENTADURAS].....	30
TABLA	14	[EXPANSORES].....	30
GRAFICA	15	[ARCO PALATINO].....	31
GRAFICA	16	[TRAMPA DE LENGUA].....	31
GRAFICA	17	[TRAMPA DE DEDO].....	31
GRAFICA	18	[LIP BUMPER].....	31
GRAFICA	19	[ARCOS LINGUALES].....	32
GRAFICA	20	[HAWLEY].....	32
GRAFICA	21	[HAWLEY SPRING].....	32
GRAFICA	22	[DISTALIZADOR SUPERIOR].....	32
GRAFICA	23	[TORNILLO ABANICO].....	33
GRAFICA	24	[MONOBLOCK].....	33
GRAFICA	25	[HAWLEY LIGAS].....	33
GRAFICA	26	[TORNILLO BUCALIZADOR].....	33
GRAFICA	27	[PISTAS].....	34
GRAFICA	28	[DISTALADOR INFERIOR].....	34
TABLA	15	[APARATOS].....	35
GRAFICA	29	[ORTODONCIAS].....	36
GRAFICA	30	[CORONAS DE ACERO CROMO].....	36
GRAFICA	31	[CELULOIDE].....	37
TABLA	16	[CORONAS DE ACERO CROMO].....	38
TABLA	17	[CELULOIDE].....	39

I N T R O D U C C I O N

En México, no existe ningún dato estadístico acerca de los tratamientos odontopediátricos realizados aquí, ni se ha obtenido información de otros países en donde se practique la odontopediatría.

El propósito de esta investigación es tener un enfoque de los problemas que se presentan actualmente con mayor frecuencia en el área de odontopediatría. Así mismo, la investigación de esta tesis, nos dará una idea de los tratamientos especializados en odontopediatría que los Cirujanos Dentistas en general no llevan a cabo o que se supone deben realizar.

Es indispensable tener un registro de estos datos estadísticos dentro de una institución (UNAM) para estudios futuros, para el mejoramiento de la función de éste y para el aprovechamiento máximo de todos los recursos.

Jerarquizar los tratamientos odontopediátricos nos dará un enfoque claro de los problemas bucales que se presentan en la actualidad en los niños mexicanos. Cuales tratamientos toman

más relevancia y a que edad se efectúan estos tratamientos.

Como éste estudio es único no se podrá comparar en este sentido con ningún otro, sin embargo se podrán hacer estudios - posteriores comparativos, ya sea en la misma institución (UNAM) o con otras instituciones especializadas.

La conservación de los dientes temporales, tanto desde el punto de vista de su función como de la estética hasta su exfoliación normal, es la mayor preocupación para el odontopediatra. La dentición temporal es muy semejante a la del adulto y su función es la misma; sin embargo la odontología restauradora para dientes temporales difiere claramente a la odontología para dientes permanentes por varias razones, que incluyen el comportamiento del niño pequeño, las diferencias morfológicas y la época de exfoliación. [13]

Con las coronas de resinas compuestas para restaurar - dientes temporales, se obtienen resultados superiores a los logrados con métodos de restauración más convencional [12].

El 50% de todos los tratamientos ortodóncicos está di--

recta o indirectamente asociado con la pérdida prematura de los molares temporales; esta situación puede mejorarse restaurando los molares temporales con coronas preformadas de acero inoxidable, cuando el pronóstico de otro tipo de material se pone en duda [1].

De acuerdo con Full, Walker y Pimkham el tratamiento con coronas de acero inoxidable se debe a su retención y a su resistencia, y a que la restauración es muy ventajosa para los dientes temporales que de otra forma se considera sin poder restaurar. El operador debe ser meticuloso en la colocación de coronas de acero, los errores de adaptación deben ser evitados para poder disminuir los factores irritantes y preservar la salud de los tejidos gingivales [7].

Los aditamentos de mantenedores de espacio en pacientes pediátricos y adolescentes son de gran importancia para los tratamientos ortodóncicos preventivos [6].

El mantener la integridad de las arcadas dentales es una de las metas importantes en la odontología clínica. Los cambios en la longitud de arco pueden ocurrir por una diversidad -

de razones, entre las que está la pérdida prematura de dientes temporales. Cuando ocurre la pérdida múltiple de dientes temporales posteriores, especialmente a una edad anterior a la erupción de los primeros molares permanentes, entonces al dentista se le presenta un grave problema [11].

Un mantenedor de espacio es necesario cuando hay pérdida de dientes prematuramente en la zona posterior. Un tipo de mantenedor de espacio es a base de resina [2].

La migración mesial del primer molar parece ser patológica más que fisiológica y afecta grandemente la discrepancia entre la dentadura y la base de dentadura [10].

El tratamiento de dientes supernumerarios no erupcionados debe ser un tratamiento multidisciplinario y se deben de tomar en cuenta varios factores como: dientes temporales o permanentes, factores psicológicos y el desarrollo del diente supernumerario [3].

Los tratamientos de pulpectomía con formocresol de Buc-

kly son considerados como tratamientos de éxito clínico. Permite la preservación de dientes temporales destruidos extensamente, hasta su exfoliación normal, la preservación a mantener estos dientes trata de evitar la aparición de problemas funcionales o de ortodoncia debidó a que la longitud de arco no es afectada, la inclinación mesial o mesialización de los molares permanentes también se previene [4].

Actualmente se utilizan dos materiales para las obturaciones profilácticas de fosas y fisuras: la amalgama de plata y la resina. La anatomía de fosas, fisuras y facetas es muy variable. Y desempeña un papel importante junto con la higiene y la alimentación en la determinación del riesgo de caries.

Los dos métodos tienen sus partidarios y sus adversarios, sin embargo son complementarios y sus indicaciones no pueden confundirse. Si las resinas son actualmente el procedimiento más elegante de prevención precoz, la odontotomía profiláctica con la amalgama de plata no es todavía anticuada [8].

En el caso de una pérdida prematura de un segundo molar temporal, se han recomendado varias opciones de tratamiento, aunque muchos autores sugieren un mantenedor de espacio de tipo

zapatilla distal primero descrito por Willetl en 1932 [5].

Es importante la detección de cualquier desviación en los patrones de erupción normales. El problema de erupción ectópica es usualmente detectado radiográficamente y casi siempre se presenta asintomático.

El temprano tratamiento es indicado en la gran mayoría de los casos en que se presenta [9].

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

El material utilizado para esta información consta de 2342 expedientes de la División de Estudios Superiores del Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM, que fueron recopilados en el transcurso de 2 años (82-83).

El método, fue indirecto, es decir, el investigador revisó los expedientes y obtuvo la información de los tratamientos terminados y autorizados por los profesores en el historial clínico, cuya información es compilada de la misma manera en todos los expedientes.

Se revisó en cada expediente la historia clínica dental y los tratamientos realizados, explicados al final de cada historia clínica, observando el área de trabajo (por cuadrantes) y los tratamientos de ortodóncia.

Estos datos fueron ordenados y organizados por sexo y edades, para facilitar la investigación.

R E S U L T A D O S

El total de pacientes que se revisó fué de 2342. De estos fueron 1123 [48%] niños y 1219 [52%] niñas [gráfica 1]. Pero solamente se realizaron tratamientos en 1786 [76.26%] pacientes [gráfica 2], que es lo que consideraremos como nuestra muestra. De los 556 [23.74%] restantes, los que no recibieron tratamiento, fueron 251 [10.72%] niños y 305 [13.02%] niñas [gráfica 3]. Además de la población total fueron 872 [37.23%] niños tratados y 914 [39.03%] niñas tratadas [gráfica 4]. O sea, de los 1123 niños revisados, 872 [77.65%] recibieron tratamiento y 251 [22.35%] no. Y de las 1219 niñas revisadas, 914 [74.50%] recibieron tratamiento y 305 [25.50%] no [gráficas 5 y 6 respectivamente].

Las extracciones realizadas en niñas fué de 1390 [54.40%] y en niños de 1165 [45.60%], lo que nos da un total de 2555 extracciones [tabla 1 y gráfica 7]. Al analizar la tabla 2, notamos que el mayor número de extracciones se realizó a la edad de 7 años y el menor a la edad de 1 año. También están incluidas en esta tabla, aunque no específicamente: 33 dientes supernumerarios, 3 dientes fusionados, 1 odontoma y 1 osteoma.

El total de los tratamientos con incrustaciones fué de 161, los cuales se obturaron en 82 pacientes [4.59% de la muestra] divididos en 51 [62.20%] niñas y 31 [37.80%] niños [gráfica 8]. Al observar la tabla 3, inferimos que la mayoría [48.80%] de los pacientes tratados solo necesitaron una incrustación.

De los 3783 tratamientos de amalgama realizados, 1729 [45.65%] se hicieron en niños y 2054 [54.35%] en niñas [gráfica 9]. La frecuencia más alta de obturaciones de amalgama fué a la edad de 4 años con 703 [18.60%] [tabla 4]. En la tabla 5 podemos apreciar el número de tratamientos divididos por sexo y edades.

El total de los tratamientos de aplicaciones de nitrato de plata amoniacal fué de 122 [6.83% de la muestra], de los cuales fueron 65 [53.78%] niñas y 57 [46.72%] niños, y necesitaron más tratamientos a la edad de 2 años con 35 [28.70%], como lo muestra la tabla 6.

El total de los tratamientos de pulpotomía fué de 898, de estos fueron 452 [50.35%] pulpotomías en niñas y 446 [49.65%] en niños [gráfica 10]. El número de pacientes que necesitaron al menos uno de estos tratamientos fue de 551 [30.85% de la muestra],

de estos fueron 284 [51.54%] niñas y 267 [48.46%] niños [tabla 7].

De los 2263 tratamientos con coronas de acero cromado fueron 1133 [50.06%] en niñas y 1130 [49.94%] en niños [gráfica 11]. Y de los 855 [47.87% de la muestra] pacientes que al menos necesitaron uno de estos tratamientos fueron 433 [50.65%] niñas y 422 [49.35%] niños [tabla 8].

El total de tratamientos con resina fue de 1008, de los cuales fueron 508 [50.40%] en niñas y 500 [49.60%] en niños -- [gráfica 12]. Los pacientes que necesitaron al menos un tratamiento de resina fue de 243 [51.25%] niñas y de 231 [48.75%] niños, lo que nos dá un total de 474 [26.54% de la muestra] [tabla 9]. De los 1008 tratamientos realizados 14 fueron con pins.

Los tratamientos de aplicación de flúor fueron en total 735. De estos 418 [53.87%] fueron en niñas y 317 [43.13%] fueron en niños, como lo muestra la gráfica 13. El total de pacientes que necesitaron al menos una aplicación tópica de flúor fue de 415 [23.24% de la muestra], de los cuales 229 [55.18%] fueron niñas y 186 [44.82%] fueron niños. [tabla 10].

Los tratamientos totales de pulpectomía fueron 238. De estos fueron 124 [52.10%] en niñas y 114 [47.90%] en niños [gráfica 14]. El total de pacientes que necesitaron al menos una pulpectomía fue de 178 [9.97% de la muestra] de los cuales fueron - 92 [51.69%] niñas y 86 [48.31%] niños [tabla 11].

Los mantenedores de espacio unilaterales de Banda y Ansa, Corona y Ansa y Zapatilla Distal fueron en total 263, se aplicaron 131 [49.81%] en niñas y 132 [50.19%] en niños. Los mantenedores de espacio de Banda y Ansa fueron 166 [63.10%], de Corona y Ansa fueron 63[23.95%] y de Zapatilla Distal fueron 34 [12.95%], para más detalles ver la tabla 12.

El total de las dentaduras fue de 223, 110 [49.33%] en niñas y 113 [50.67%] en niños. Las dentaduras superiores tuvieron la frecuencia más alta con 170 [76.25%], las inferiores fueron 44 [19.75%] y las fijas superiores fueron 9 [4.00%], como podemos apreciar en la tabla 13.

El total de arcos palatinos fue de 42 [2.35% de la muestra], aquí la cantidad de arcos palatinos fue igual en niñas y en niños con 21 cada uno [gráfica 15].

El total de aparatos para eliminar el hábito de lengua - fue de 9 [0.50% de la muestra], 5 en niñas y 4 en niños [gráfica 16].

El total de aparatos para eliminar el hábito de dedo fue de 22 [1.23% de la muestra]. La diferencia de la aplicación de este aparato en cuanto a sexo es bastante notorio, ya que fueron 20 en niñas y solo 2 en niños [gráfica 17].

El total de aparatos para eliminar el hábito de labio, - esto es, Lip Bumper, solo fueron 4 [0.22% de la muestra], 3 en niños y 1 en niñas [gráfica 18].

El total de arcos linguales fue de 74 [4.14% de la muestra], en niñas fue de 38 y en niños de 36. [gráfica 19].

El total de expansores palatinos fue de 85 [4.76% de la muestra]. De los cuales fueron 51 [60%] en niñas y 34 [40%] en niños. En 60 pacientes se utilizaron fijos y en 25 pacientes se utilizaron removibles [tabla 14].

Los pacientes que necesitaron placas Hawley fueron 51 -

[2.85% de la muestra]. De los cuales fueron 30 en niñas y 21 en niños [gráfica 20 y tabla 15].

Las placas Hawley con Springs fueron 84 [4.70% de la muestra]. De estas, 44 fueron en niñas y 40 en niños [gráfica 21 y tabla 15].

Las placas con tornillos distalizadores superiores fueron 45 [2.52% de la muestra]. Las cuales fueron 29 en niñas y 16 en niños [gráfica 22 y tabla 15].

El total de placas distalizadoras fue de 45

Las placas con tornillo de abanico fueron 33 [1.85% de la muestra], 18 en niñas y 15 en niños. [gráfica 23 y tabla 15].

El total de pacientes que utilizaron Monoblock fue de 42 [2.35% de la muestra], 15 niñas y 27 niños. [gráfica 24 y tabla 15].

El total de pacientes que utilizaron placas Hawley con aditamentos de ligas fueron 9 [0.50% de la muestra], 6 en niñas y 3 en niños [gráfica 25 y tabla 15].

Las placas con tornillo bucalizador anterior fueron en total 14 [0.78% de la muestra], 8 en niñas y 6 en niños [gráfica 26 y tabla 15].

El total de pistas fueron 9 [0.50% de la muestra], 4 en niñas y 5 en niños [gráfica 27 y tabla 16].

El total de distaladores posteriores en la arcada inferior fueron 6 [0.33% de la muestra], 2 en niñas y 4 en niños [gráfica 28]

El total de pacientes que utilizaron férulas fue únicamente de 2 [0.11% de la muestra] 1 niño y 1 niña [tabla 15].

Solamente se colocó un aparato de tukat en una niña.

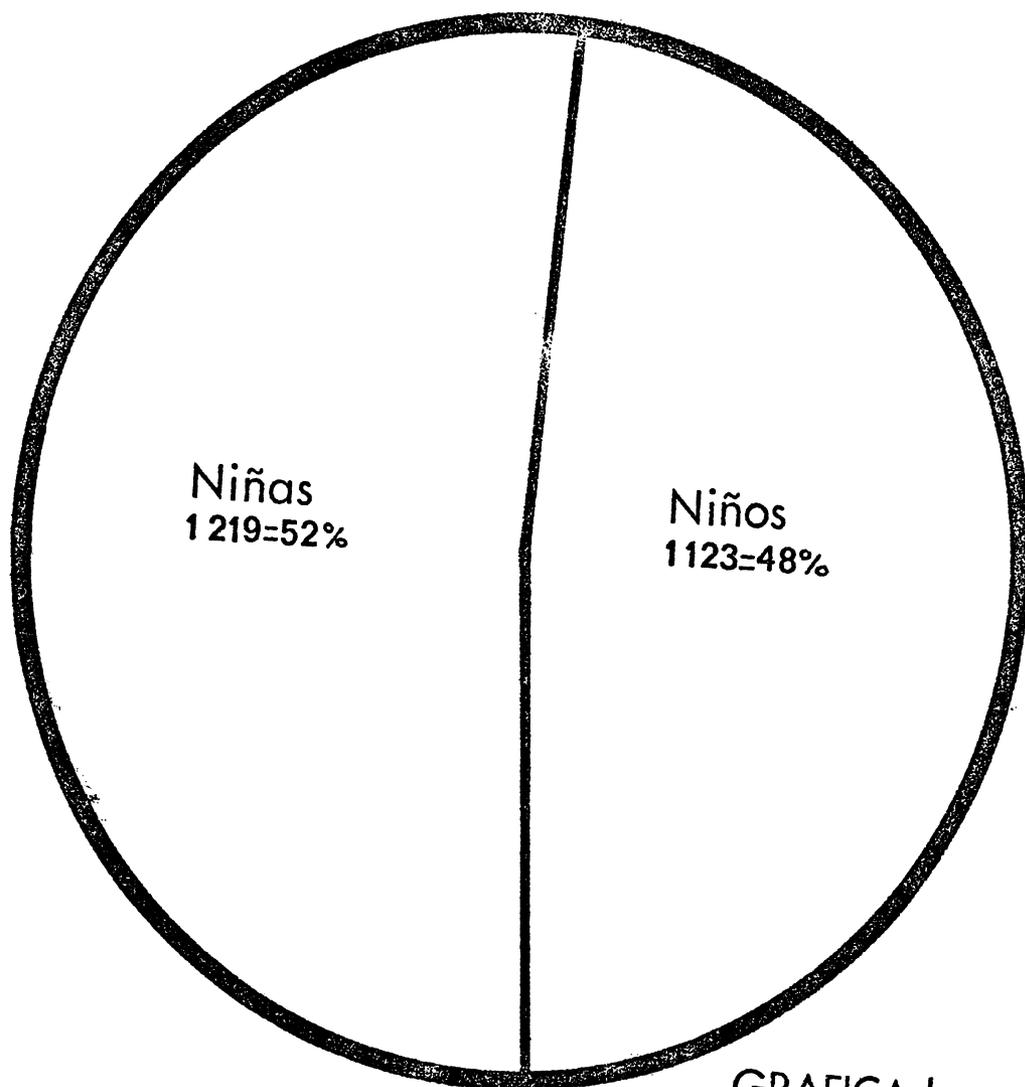
El total de tratamientos de ortodóncias con aparatología fija fue de 57 [3.19% de la muestra], 36 [63.16%] en niñas y 21 [36.84%] en niños [gráfica 29].

Los tratamientos de coronas de acero cromo en anteriores con ventana estética de resina fueron 112 , 53 [47.32%] en niñas

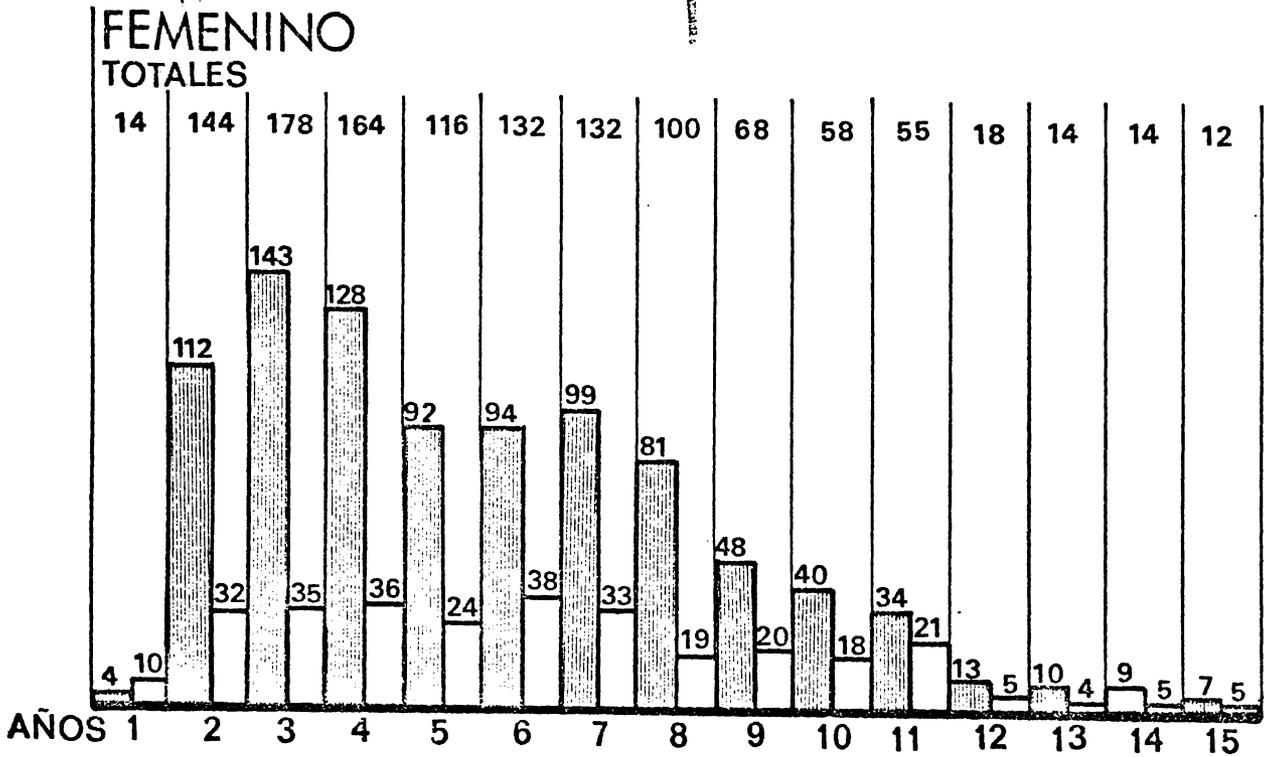
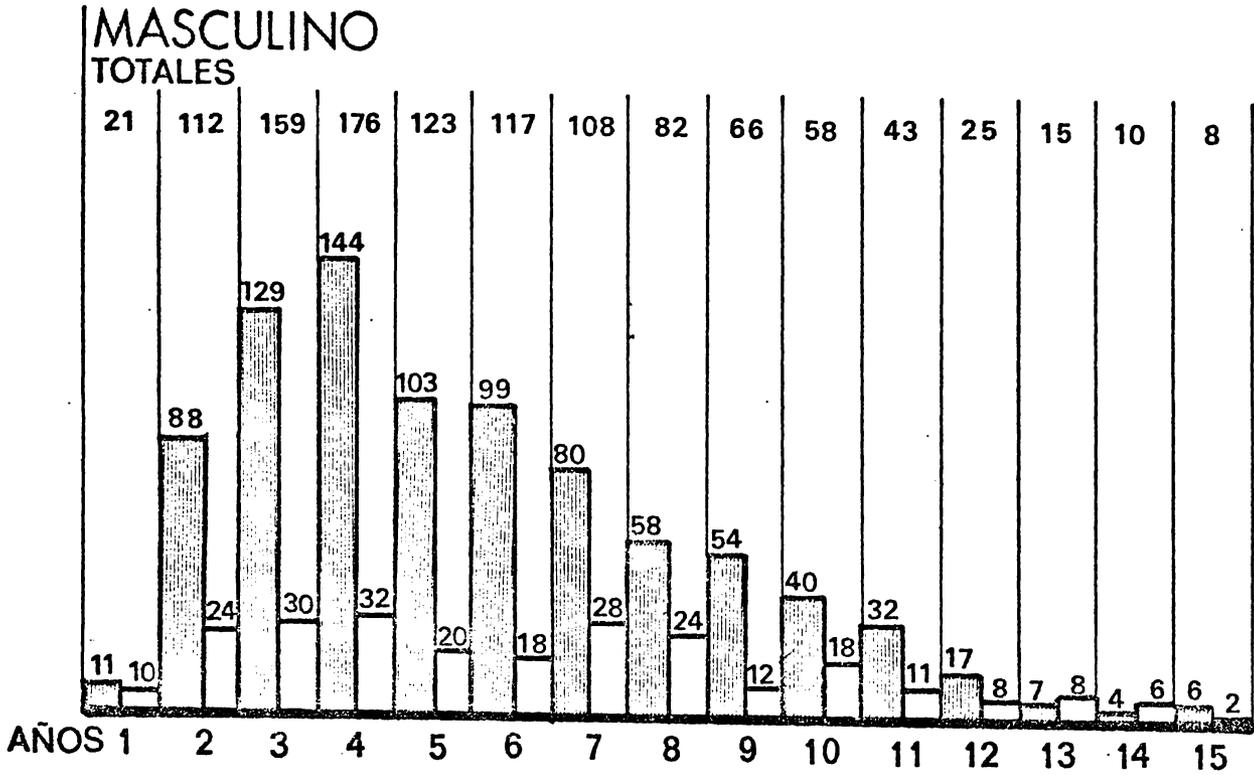
y 59 [52.68%] en niños [gráfica 30]. Y el total de pacientes que recibieron al menos un tratamiento fue de 59 [3.30% de la muestra], 30 niñas y 29 niños, en la tabla 16, podemos apreciar que la mayoría de los pacientes solo necesitan una corona de este tipo.

Los tratamientos de coronas de celuloide en dientes anteriores fueron 373, 204 [54.72%] en niñas y 169 [45.28%] en niños [gráfica 31]. Y los pacientes que recibieron al menos uno de estos tratamientos fueron 180 [10.09% de la muestra], 81 [45%] niñas y 99 [55%] niños. La frecuencia de una corona por paciente fue mayor, como se aprecia en la tabla 17.

POBLACION TOTAL: 2 342



GRAFICA I



con tratamiento

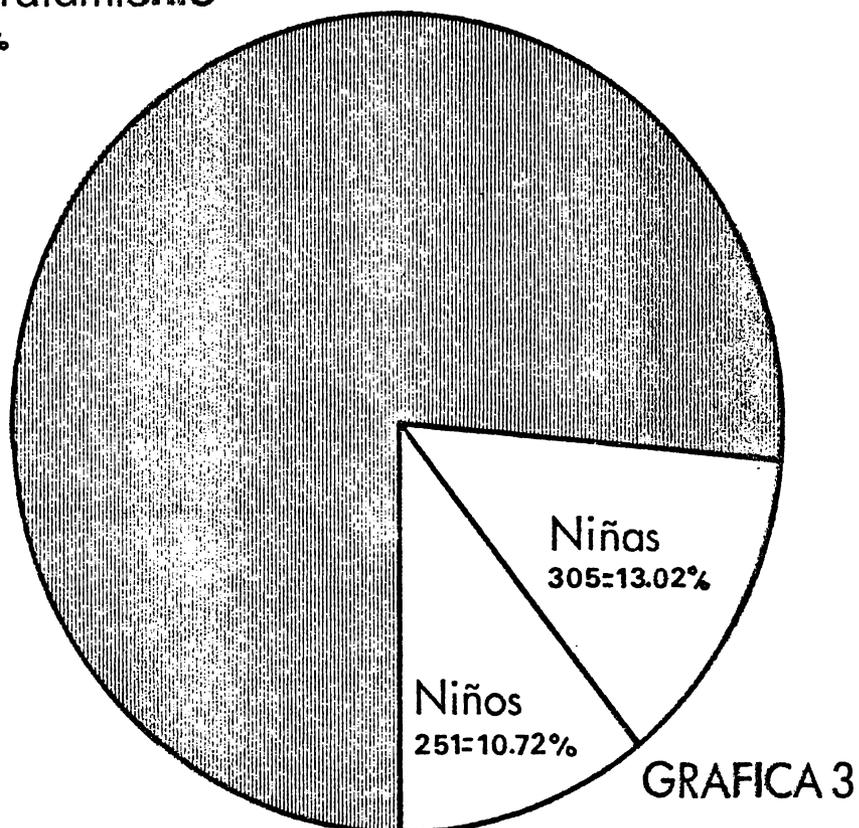


sin tratamiento

GRAFICA 2

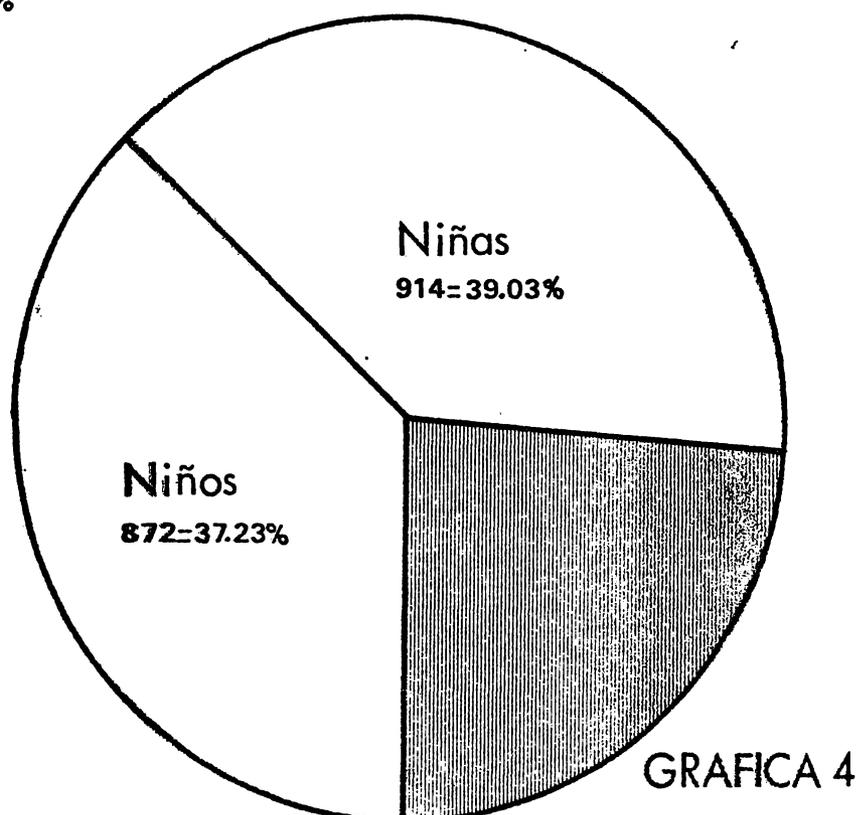
Total sin Tratamiento

556=23.74%

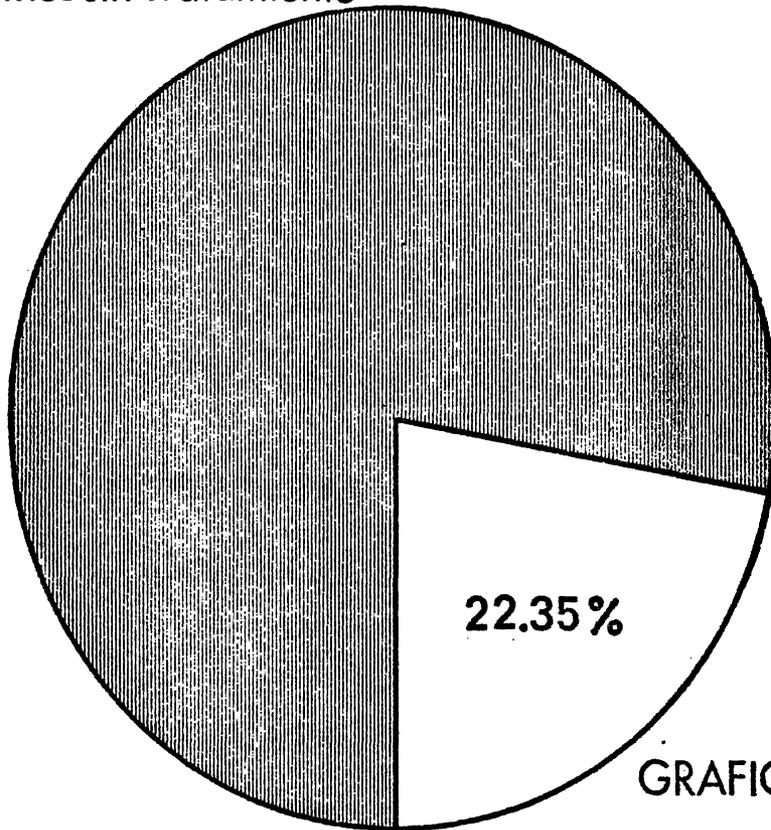


Total con Tratamiento

1786=76.26%

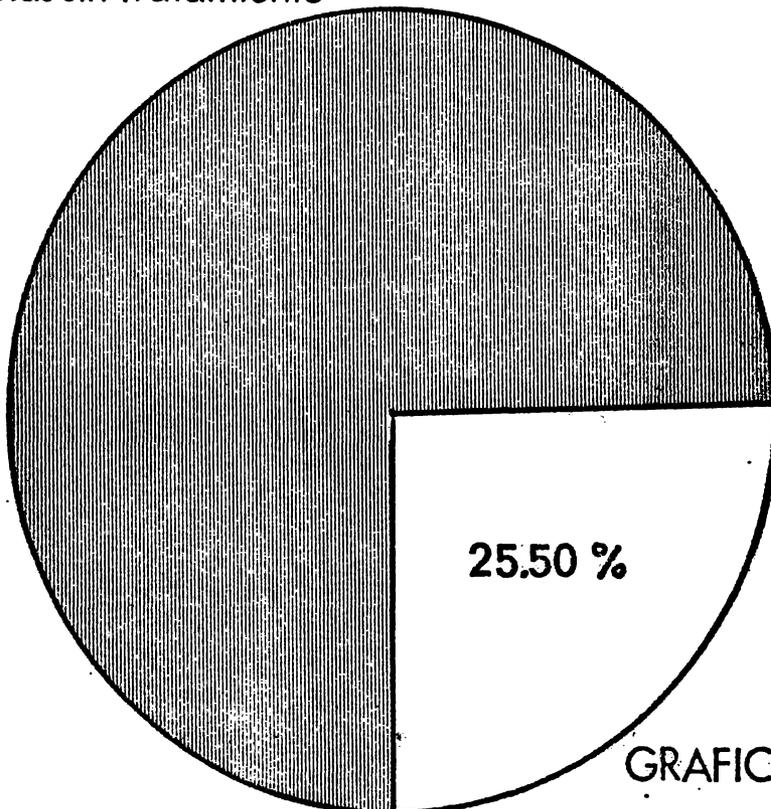


Total de Niños sin Tratamiento



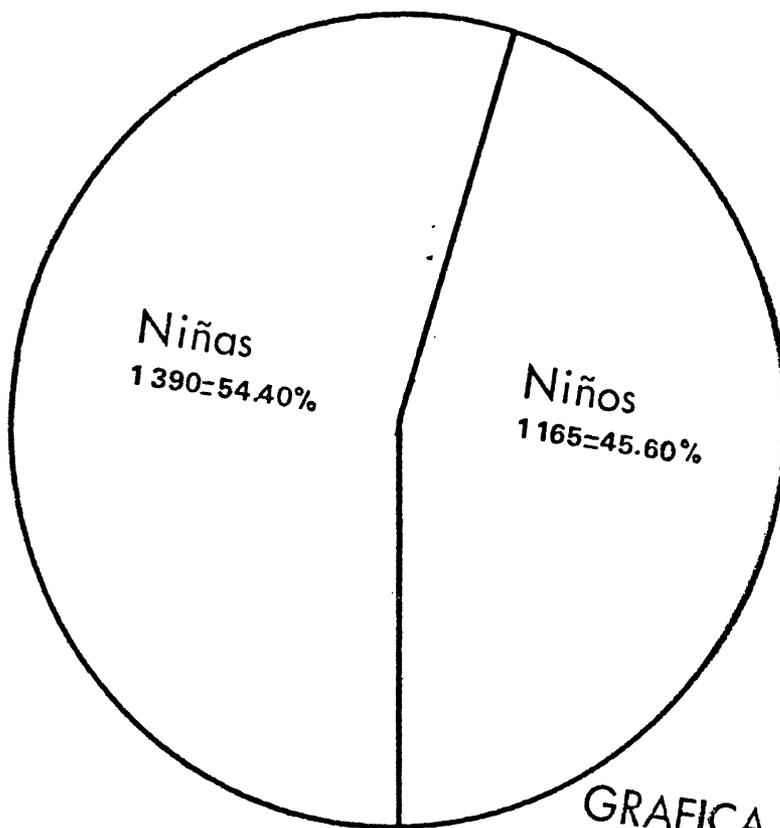
GRAFICA 5

Total de Niñas sin Tratamiento



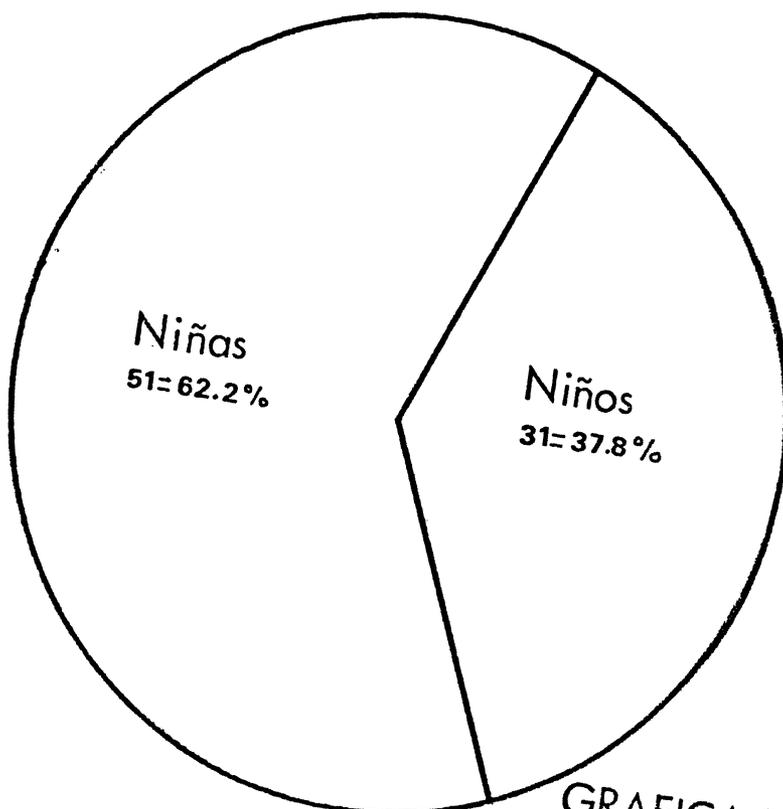
GRAFICA 6

Extracciones: 2 555



GRAFICA 7

Incrustaciones: 82



GRAFICA 8

TABLA 1

EDADES	NIÑAS	NIÑOS
1 año	5	5
2 años	113	76
3 años	157	124
4 años	175	159
5 años	124	144
6 años	173	168
7 años	237	164
8 años	195	96
9 años	95	103
10 años	57	65
11 años	34	27
12 años	24	34
ó mas		

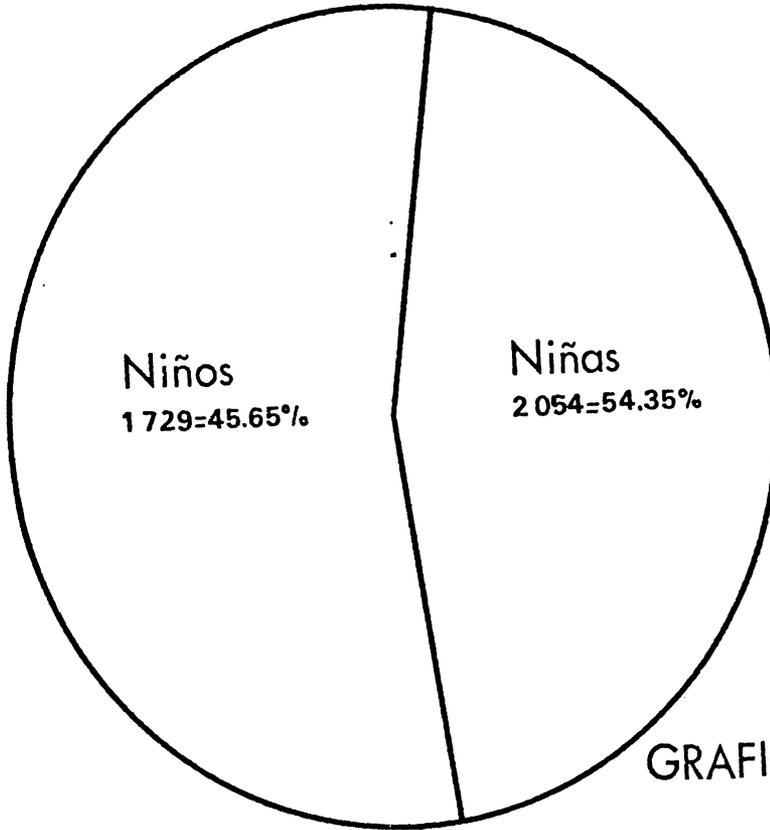
EXTRACCIONES EN NIÑAS Y NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD A DOCE AÑOS

TABLA 2

EDADES	TOTAL	
1 año	10	.40 %
2 años	189	7.45 %
3 años	282	11.05 %
4 años	334	13.10 %
5 años	268	10.50 %
6 años	341	13.40 %
7 años	391	15.30 %
8 años	291	11.40 %
9 años	198	7.80 %
10 años	123	4.85 %
11 años	61	2.40 %
12 años	58	2.35 %
ó más		

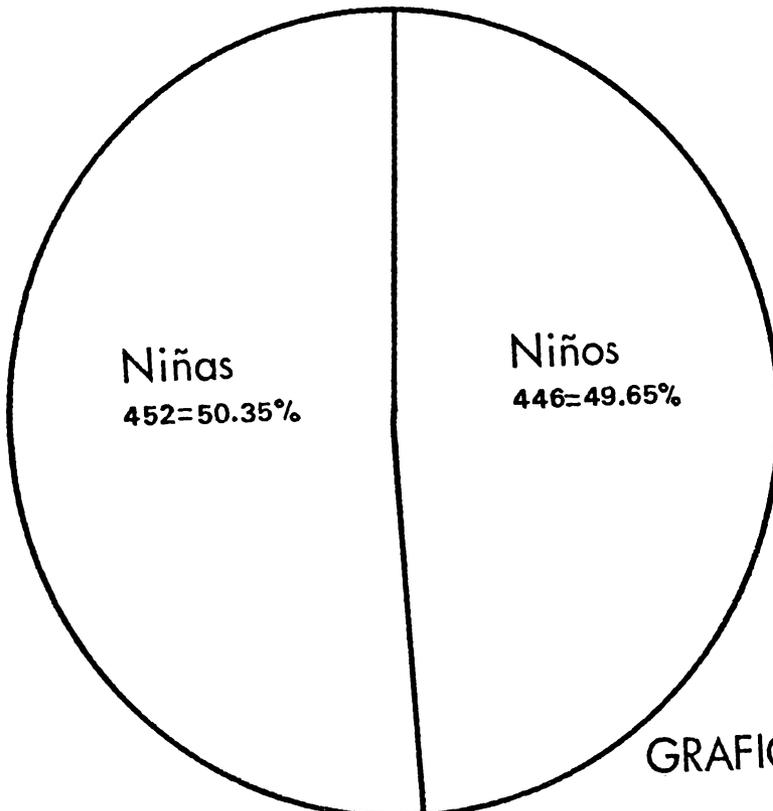
TOTAL DE EXTRACCIONES

Amalgamas: 3 783



GRAFICA 9

Pulpotomía: 898



GRAFICA 10

TABLA 3

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	
1	16	24	40	48.80 %
2	9	14	23	28.05 %
3	3	6	9	11.00 %
4	3	3	6	7.30 %
5 ó más	0	4	4	4.85 %

NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO DE INCRUSTACION

TABLA 4

1	28	.75 %
2	258	6.80 %
3	625	16.50 %
4	703	18.60 %
5	531	14.05 %
6	463	12.25 %
7	370	9.80 %
8	210	5.55 %
9	196	5.15 %
10	132	3.50 %
11	111	2.95 %
12	48	1.25 %
13	43	1.10 %
14	39	1.05 %
15	26	.70 %

TRATAMIENTO CON AMALGAMA

TABLA 5

EDAD	NIÑAS	NIÑOS
1 año	5	23
2 años	152	106
3 años	345	280
4 años	383	320
5 años	263	268
6 años	227	236
7 años	225	145
8 años	130	80
9 años	102	94
10 años	69	63
11 años	45	66
12 años	22	26
13 años	86	22
ó más		

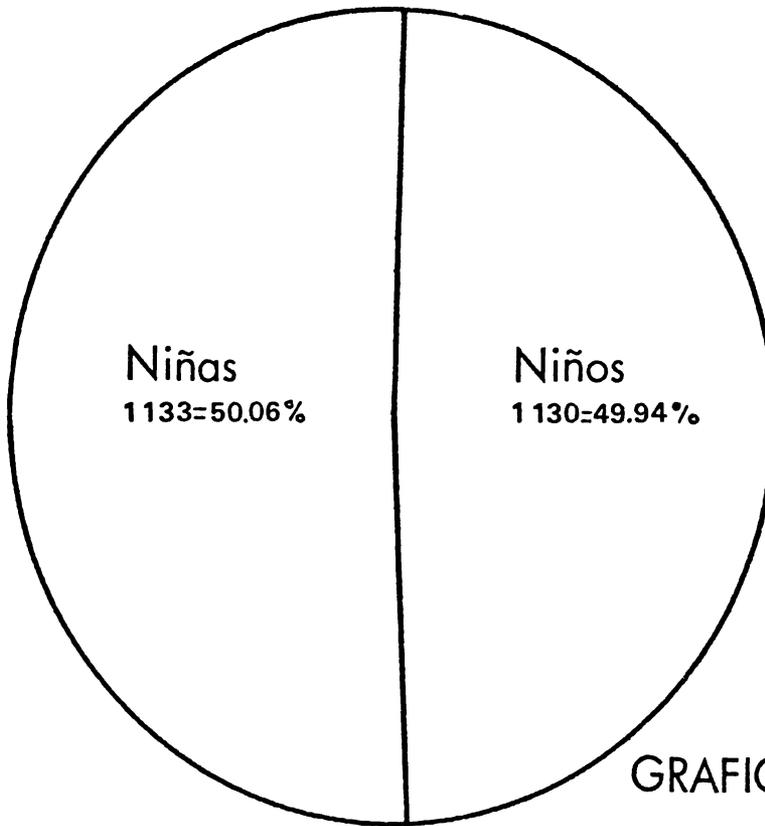
NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO
CON AMALGAMAS

TABLA 6

EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
1 año	2	3	5 4.1 %
2 años	18	17	35 28.7 %
3 años	9	18	27 22.15 %
4 años	10	18	28 22.95 %
5 años	13	4	17 13.95 %
6 años	2	2	4 3.25 %
7 años	1	2	3 2.45 %
8 años	2	0	2 1.65 %
9 años	0	1	1 .80 %

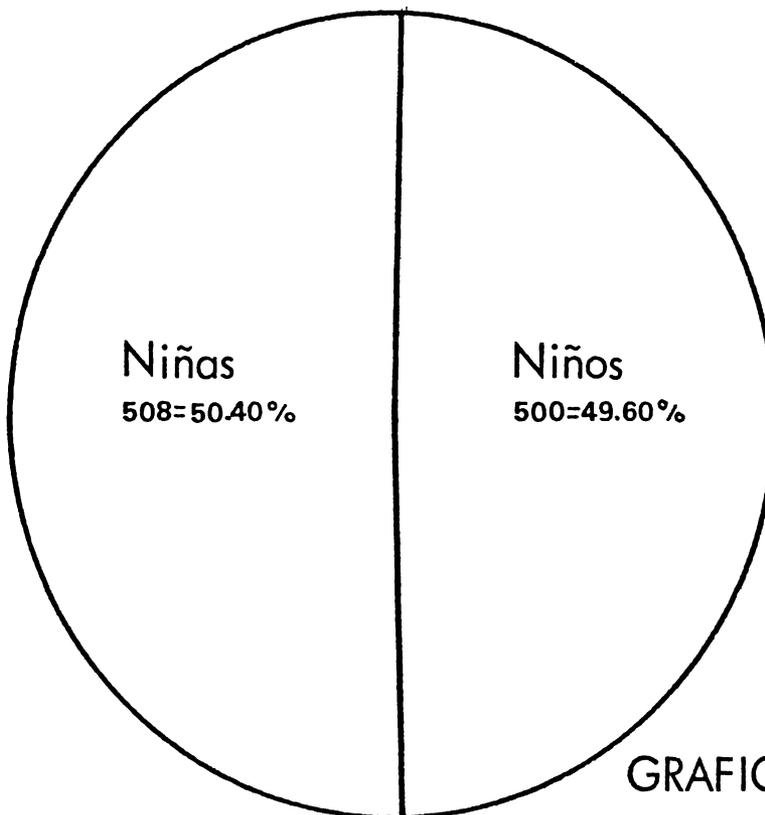
NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO CON
NITRATO DE PLATA AMONIACAL

Corona: 2 263



GRAFICA II

Resina: 1008



GRAFICA I2

TABLA 7

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL	
1	171	153	324	58.80 %
2	72	71	143	25.95 %
3	31	32	63	11.45 %
4	7	9	16	2.90 %
5 ó más	3	2	5	.90 %
				NIÑAS: 51.54 %
				NIÑOS: 48.46 %

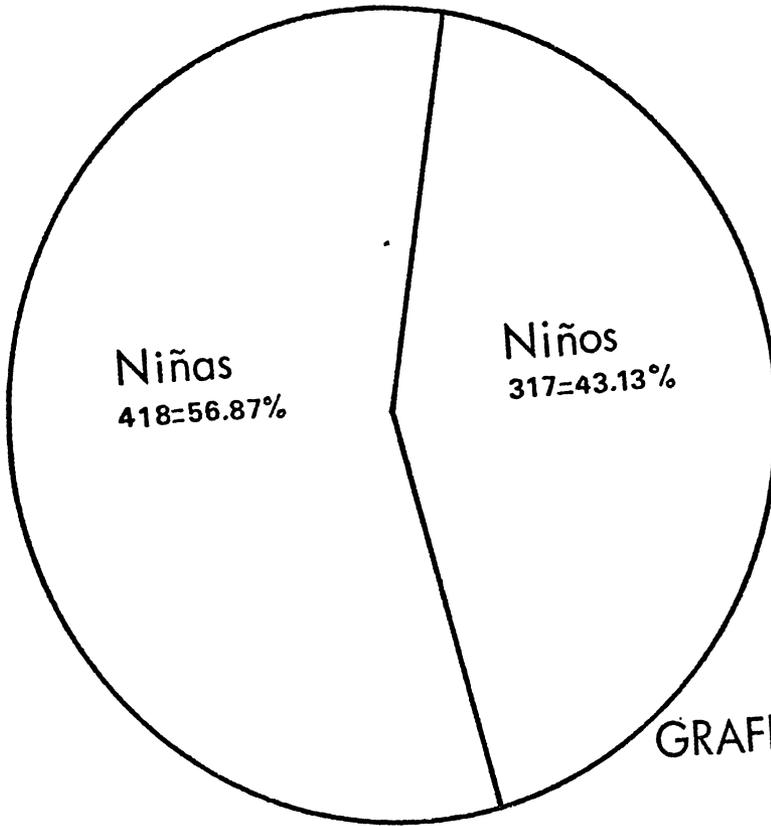
TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO
DE PULPOTOMIA

TABLA 8

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL	
1	143	127	270	31.60 %
2	109	112	221	25.85 %
3	73	61	134	15.65 %
4	46	62	108	12.65 %
5	31	31	62	7.25 %
6 ó más	31	29	60	7.00 %
				NIÑAS: 50.65 %
				NIÑOS: 49.35 %

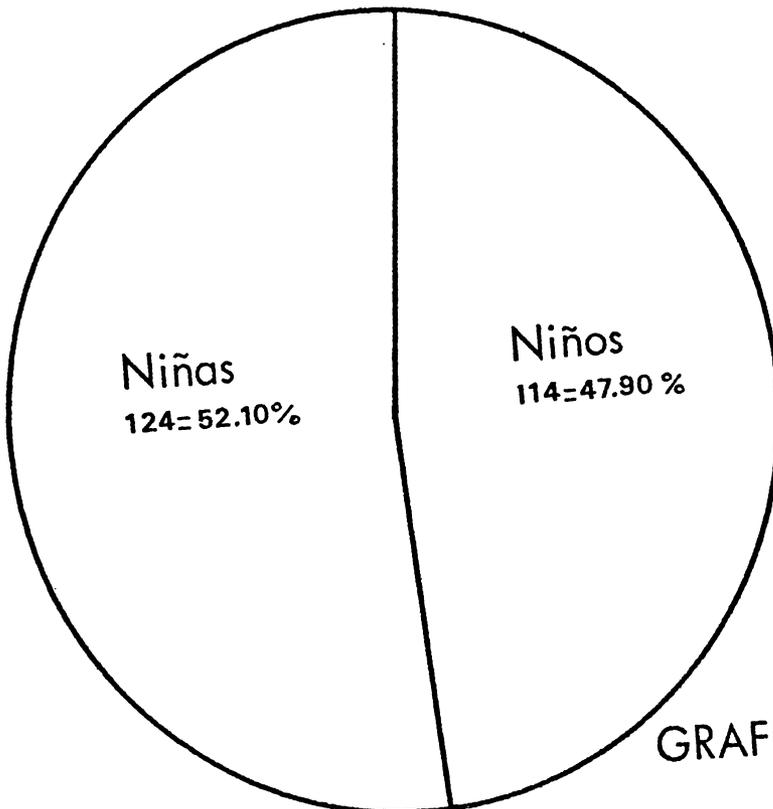
TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO
CON CORONA

Fluor:735



GRAFICA 13

Pulpectomía:238



GRAFICA 14

TABLA 9

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
1	101	93	194 40.95 %
2	73	81	154 32.50 %
3	39	27	66 13.90 %
4	16	13	29 6.10 %
5 ó más	14	17	31 6.55 %
			NIÑAS: 51.25 %
			NIÑOS: 48.75 %

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO
DE RESINAS

TABLA 10

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
1	132	119	251 60.50 %
2	56	37	93 22.40 %
3	19	17	36 8.70 %
4	7	2	9 2.15 %
5 ó más	15	11	26 6.25 %
			NIÑAS: 55.18 %
			NIÑOS: 44.82 %

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS A LOS QUE SE LES APLICÓ FLUOR

TABLA 11

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL	
1	70	72	142	79.80 %
2	16	6	22	12.35 %
3 ó más	6	8	14	7.85 %

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON PULPECTOMIA

TABLA 12

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL	
BANDA-ANSA	76	90	166	63.10 %
CORONA-ANSA	35	28	63	23.95 %
ZAPATILLA-DISTAL	20	14	34	12.95 %
				NIÑAS: 49.81 %
				NIÑOS: 50.19 %

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON MANTENEDORES DE ESPACIO UNILATERAL

TABLA 13

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
SUPERIOR	81	89	170 76.25 %
INFERIOR	21	23	44 19.75 %
FIJA	8	1	9 4.00 %
			NIÑAS: 49.33 % NIÑOS: 50.67 %

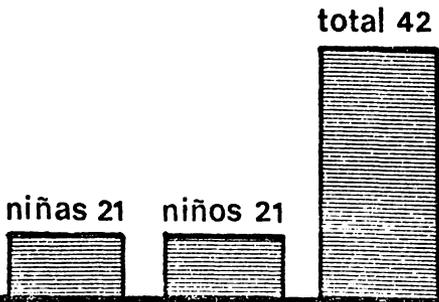
TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON DENTADURA

TABLA 14

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
FIJO	35	25	60
REMOVIBLE	16	9	25

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON EXPANSORES

Arco Palatino



GRAFICA 15

Trampa de Lengua



GRAFICA 16

Trampa de Dedo

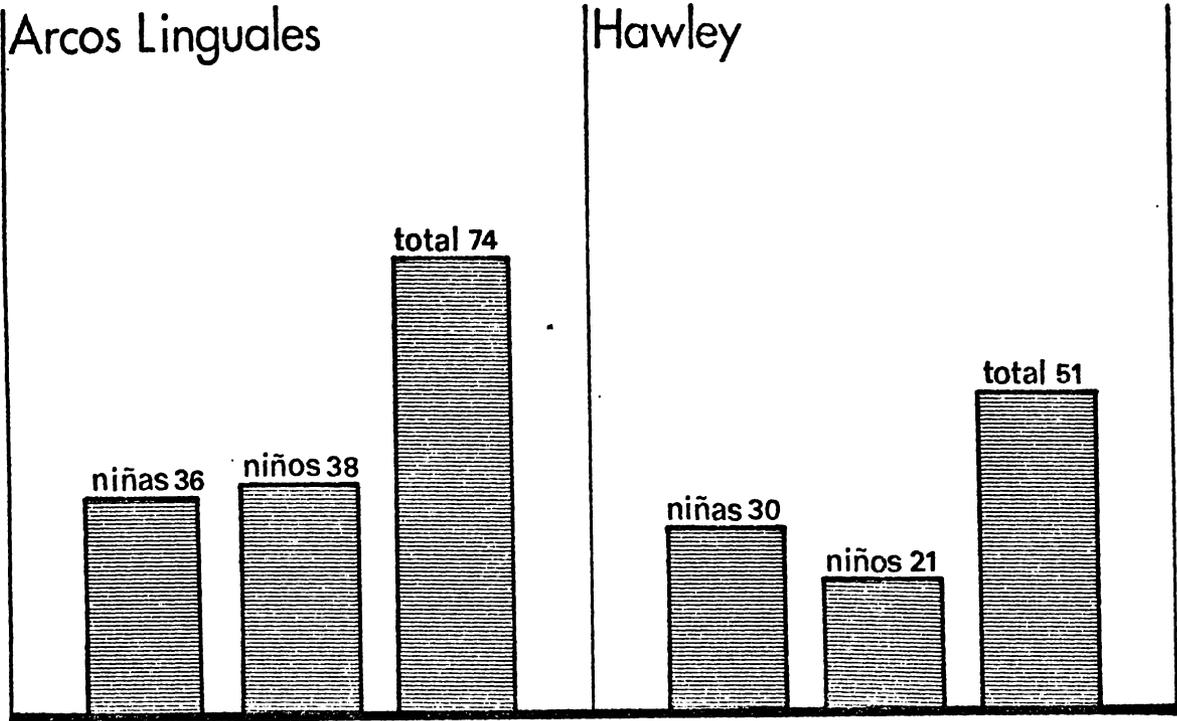


GRAFICA 17

Lip Bumper

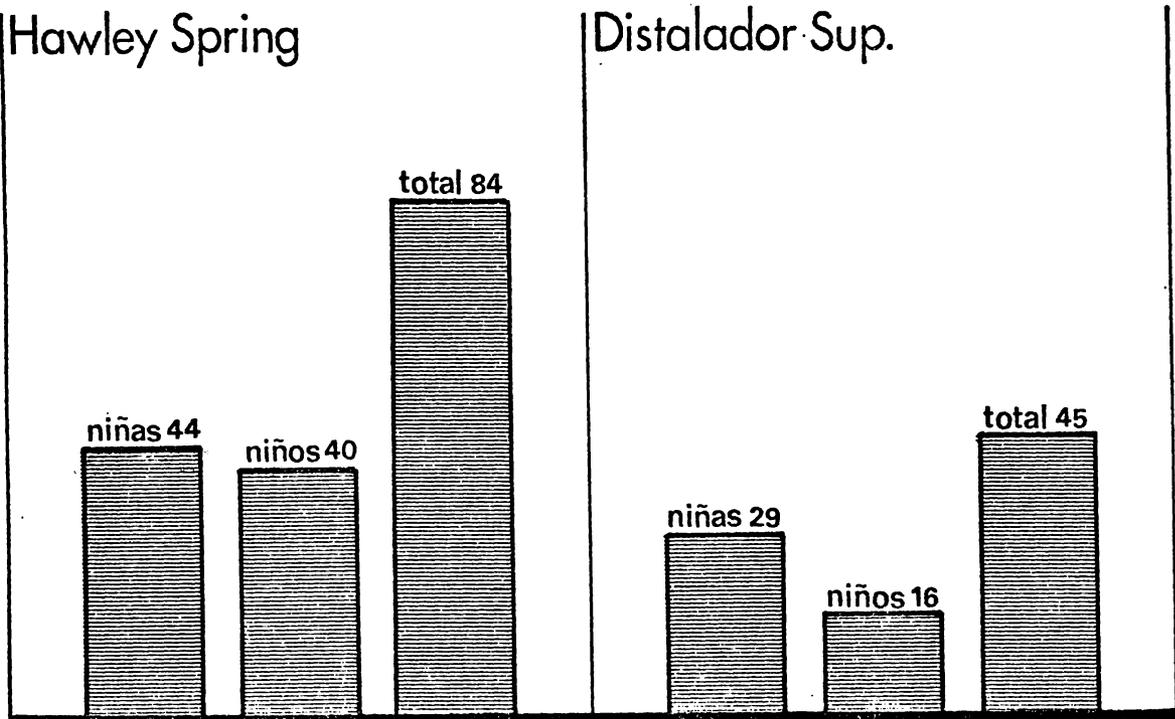


GRAFICA 18



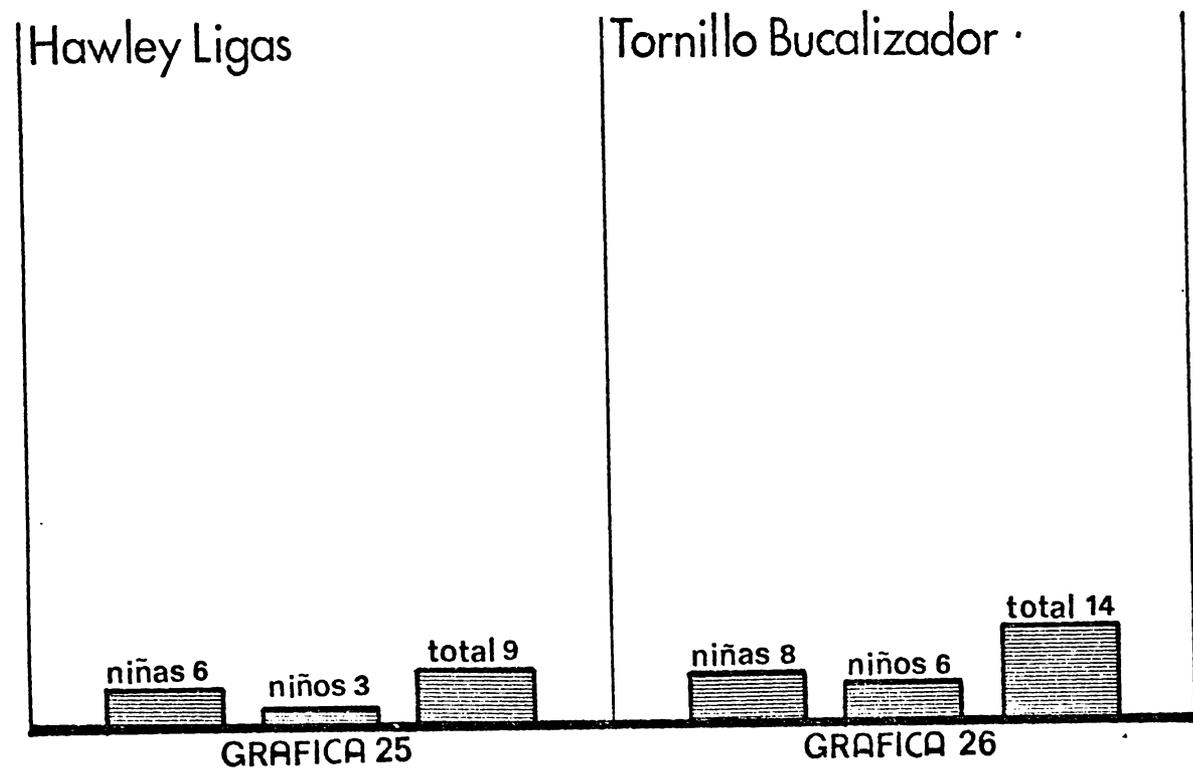
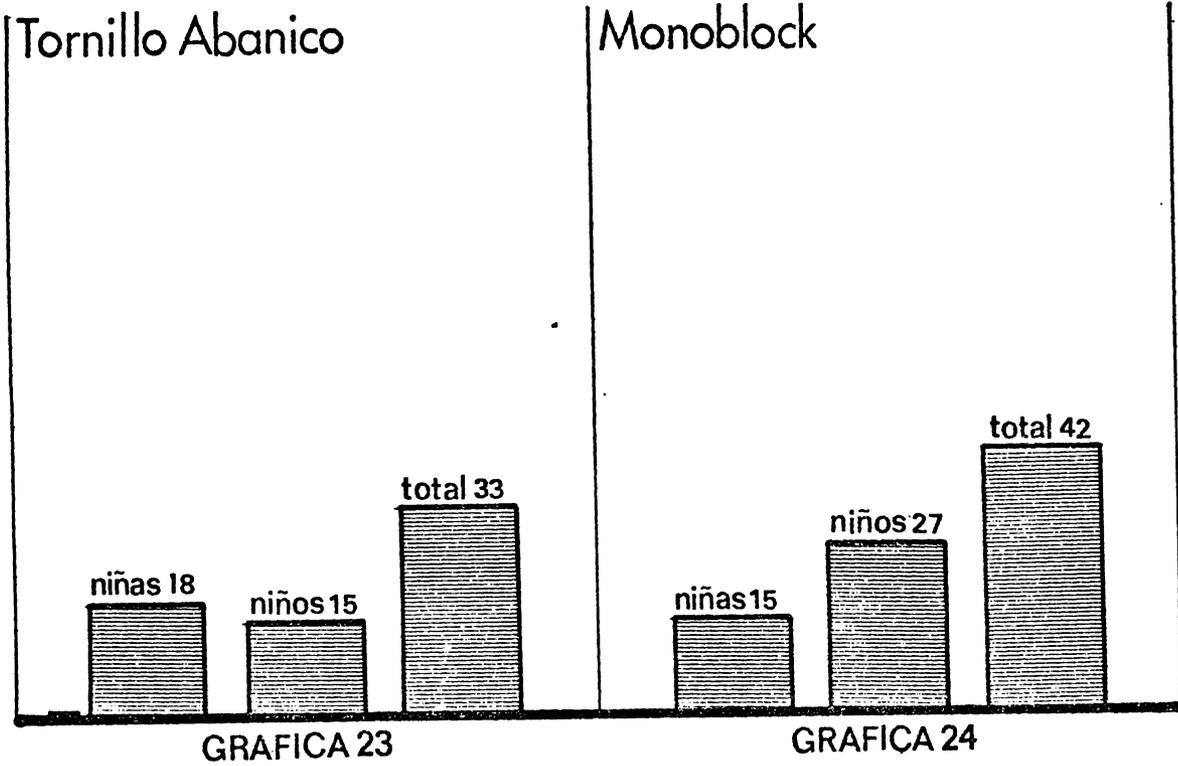
GRAFICA 19

GRAFICA 20



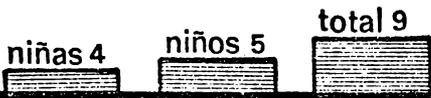
GRAFICA 21

GRAFICA 22



Pistas

Distalador Inf.



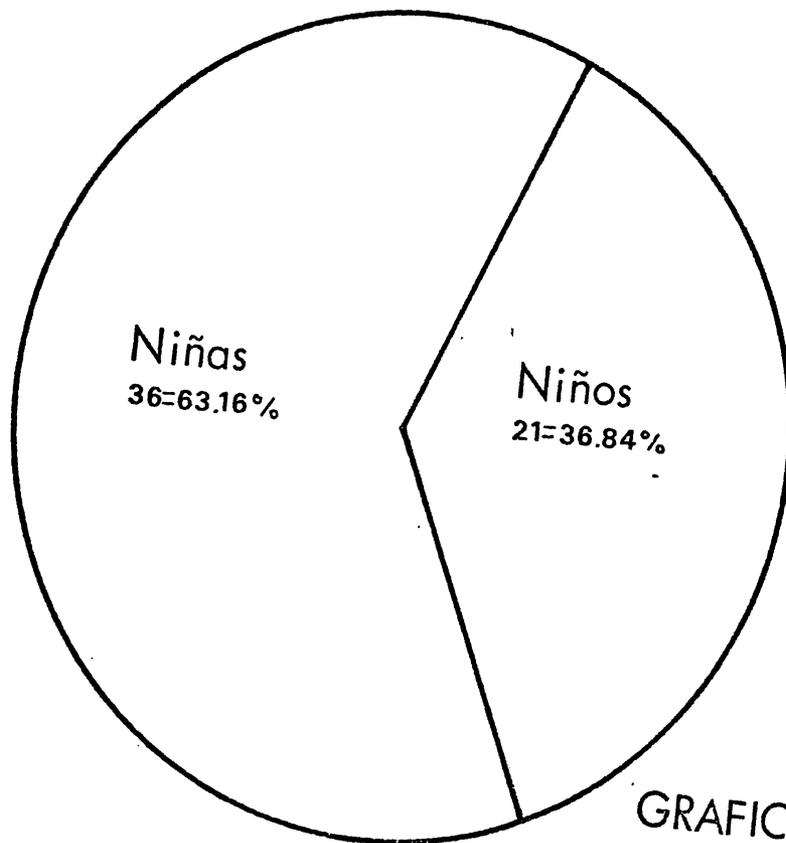
GRAFICA 27



GRAFICA 28

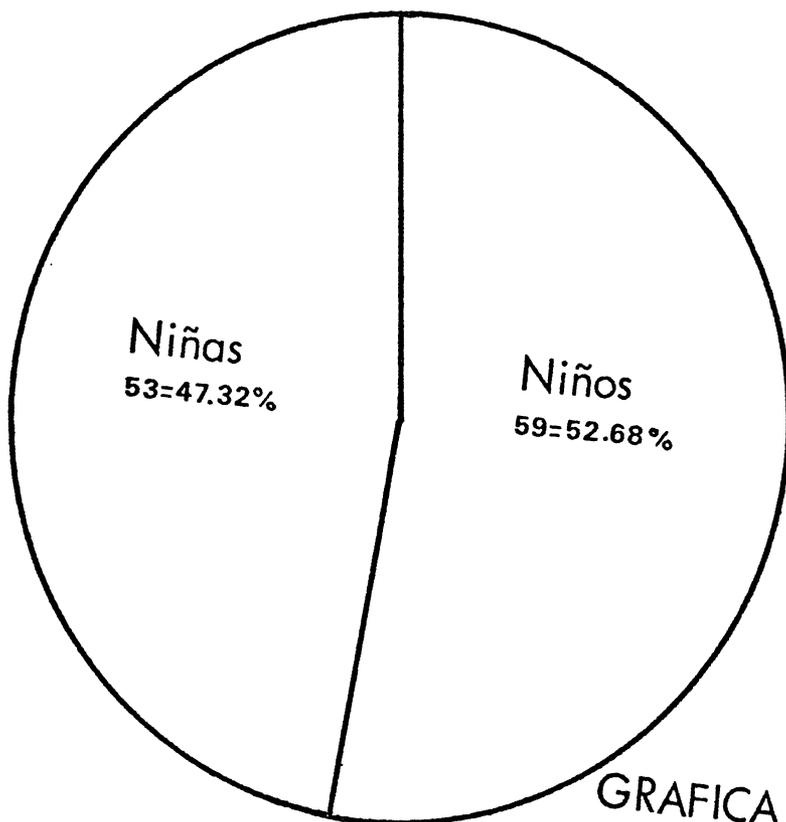
TABLA 15

APARATOS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
HAWLEY CON SPRING	44	40	84
DISTALADOR SUP.	29	16	45
HAWLEY	30	21	51
ABANICO	18	15	33
MONOBLOCK	15	27	42
HAWLEY LIGAS	6	3	9
HAWLEY BUCALIZADOR	8	6	4
PISTAS	4	5	9
FERULA	1	1	2
TUKAT	1	0	1



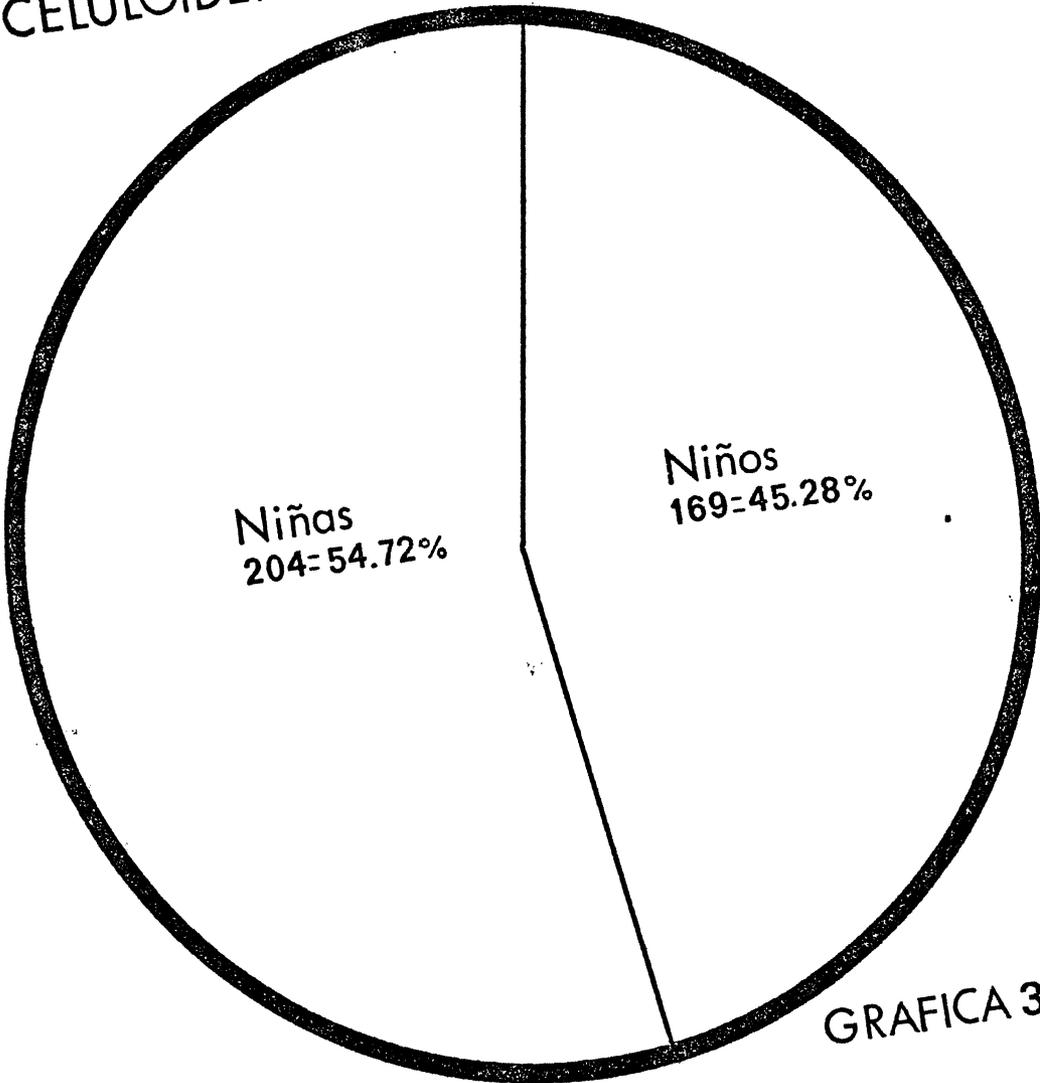
GRAFICA 29

Corona de Acero Cromo VE: 112



GRAFICA 30

CELULOIDE: 373



GRAFICA 31

TABLA 16

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
1	16	14	30 50.85 %
2	8	7	15 25.45 %
3	5	1	6 10.15 %
4 ó más	1	7	8 13.55 %
			NIÑAS: 50.85 % NIÑOS: 49.15 %

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO
DE CORONAS DE ACERO CROMO V.E.

TABLA 17

	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
1	31	40	71 39.45 %
2	30	32	62 34.45 %
3	9	11	20 11.10 %
4	9	14	23 12.80 %
5 ó más	2	2	4 2.20 %

TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NECESITARON TRATAMIENTO
CON CORONAS DE CELULOIDE

D I S C U S I O N

El total de la población fue de 2342 pacientes, pero solamente se realizaron tratamientos en 1786 pacientes, por lo cual este número se tomó como base de la muestra. De los 556 pacientes con expediente pero sin tratamiento, algunos no requerían ningún tipo de tratamiento, otros no lo aceptaban porque se llevaba mucho tiempo y la mayoría por cuestiones económicas.

A pesar de que fue mayor el número de niñas examinadas, no se observaron diferencias importantes en los tratamientos, -- con relación al sexo.

El tratamiento más frecuente fue el de la restauración con amalgama, esto nos muestra una incidencia de caries muy alta en los niños mexicanos y nos recuerda la importancia de la dentición temporal y mixta. La estructura anatómica de un diente temporal y de un diente permanente no es igual, y por lo tanto, la preparación de las cavidades son diferentes. De éste tratamiento odontopediátrico, el cirujano dentista de práctica general debe observar ésta característica.

El segundo tratamiento más frecuente fue el de las extracciones; las indicaciones para éstas fueron muy variadas. El grupo de edad más afectado por este tipo de tratamiento fue el de los siete años, cuando el paciente se encuentra en dentición mixta. He aquí su importancia para un buen diagnóstico y tratamiento multidisciplinario [3].

El tercer tratamiento más frecuente fue el de las coronas de acero cromo. Según Albers J.H., el 50% de los tratamientos ortodóncicos está directa o indirectamente asociado con la pérdida prematura de los molares temporales, cuando el pronóstico de otro tipo de material se pone en duda [1]. Esta situación puede mejorarse restaurando los molares temporales con coronas preformadas de acero inoxidable. Todo esto nos indica la importancia de las coronas de acero cromo como tratamiento odontopediátrico.

La importancia de las resinas como tratamiento odontopediátrico es notorio, sobre todo por su estética. Estas se utilizaron tanto en dientes temporales como en permanentes. 14 dientes permanentes fracturados fueron restaurados con resina y pins, indicándonos su gran utilidad.

Entre los tratamientos pulpares, las pulpotomías fueron las más frecuentes. Según Boevé éste tratamiento previene muchos problemas posteriores y desde el punto de vista clínico generalmente son exitosas [4]. El gran número de pulpotomías realizadas en este grupo de niños indica el cuidado que se tiene en una clínica odontopediátrica de salvar los dientes temporales.

Las aplicaciones de flúor, son una medida odontopediátrica preventiva, por lo que este tratamiento debería ser más utilizado.

Un tratamiento realizado para la restauración estética - de dientes anteriores son las coronas de celuloide, con las cuales se obtienen resultados superiores a los logrados con métodos de restauración más convencionales [2].

Según Artun J., los mantenedores de espacio son necesarios cuando hay pérdida prematura de dientes temporales, sobre todo en la zona posterior [1]. Entre los mantenedores de espacio unilaterales más utilizados están el mantenedor de Banda y Ansa, de Corona y Ansa y de Zapatilla Distal. Estos mantenedores de espacio unilaterales posteriores han dado muy buenos resulta-

dos y tienen gran importancia dentro de la odontopediatría, como lo demuestra el estudio.

Este estudio también demuestra que existieron bastantes tratamientos de pulpectomía que fueron realizados tanto en dientes temporales como en dientes permanentes juvenes. Este es un tratamiento que el odontopediatra debe saber realizar porque a un endodoncista se le puede dificultar el manejo del niño.

El índice de tratamientos con dentadura fue alto, su uso en odontopediatría es importante por su función estética y por evitar problemas ortodóncicos posteriores. Se le considera un tratamiento odontopediátrico especializado y el grupo de edad en el que más se utilizan es a los 5 años.

Las incrustaciones no fueron frecuentes, solamente se realizaron 161 incrustaciones; esto se debe a que no se utilizan en dientes temporales y a que los primeros molares empiezan su erupción aproximadamente a los 6 años y en caso de que la caries ataque a estos molares, la destrucción no sería en un tiempo corto.

No se realizaron muchas aplicaciones de Nitrato de Plata Amoniacal, esto se debe, probablemente, a que su uso es exclusivo en dientes temporales, en niños de difícil manejo y la estética es desfavorable, sin embargo, esto no disminuye su importancia como tratamiento odontopediátrico.

Los tratamientos con coronas de acero cromo con ventana estética no fueron tan comunes como las coronas de acero cromo - posteriores. Este tratamiento se realiza en dientes temporales - por el odontopediatra lográndose una restauración resistente y a la vez estética. El Cirujano Dentista de práctica general debería de tomarlo en cuenta.

Entre los aparatos ortodóncicos interceptivos, los más - utilizados fueron los Expansores Palatinos y las Placas Hawley - con Spring. Estos últimos para vestibulizar uno o más dientes anteriores.

Entre los aparatos ortodóncicos preventivos menos utilizados se encontraron el Arco Lingual y el Arco Palatino, que se utilizan en la dentición mixta y que previenen futuros problemas ortodóncicos.

Los tratamientos con ortodoncia fija no fueron significativos, en comparación con los tratamientos de ortodoncia interceptiva con aparatos removibles. Ya que, generalmente la ortodoncia fija es un tratamiento poco utilizado en niños.

La utilidad de las Placas Hamley es muy variada, aunque no fue muy frecuente. Se utilizan en odontopediatría sobre todo como retenedores después de un tratamiento ortodóncico y para movimientos menores de los dientes.

Los Aparatos Hawley con Distalador Superiores, son utilizados para recuperar el espacio en la zona posterior, cuando el paciente está en dentición mixta y se le considera un tratamiento odontopediátrico. Aunque no fue muy frecuente su utilización, su importancia como aparato ortodóncico interceptivo es mucha.

Se colocaron 42 Aparatos Monoblock, que se pueden utilizar desde la dentición temporal para corregir problemas miofuncionales que afectan al hueso en su crecimiento, a pesar de ser un número relativamente bajo, fue importante su utilización sobre todo al considerar que las indicaciones y su construcción no son del conocimiento de un Dentista General. Este tipo de altera

ciones de no ser interceptada a tiempo puede requerir un tratamiento ortodóncico o aún quirúrgico en el futuro.

La Placa Hawley con Tornillo de Abanico es un aparato ortodóncico interceptivo removible usado en odontopediatría, cuya frecuencia no fue alta, debido a sus indicaciones específicas.

Los hábitos pueden causar mucho daño al modificar la estructura ósea del paciente, sobre todo porque los niños están en desarrollo y crecimiento, debido a esto, los aditamentos utilizados en odontopediatría para eliminar estos hábitos son muy importantes, el más frecuentemente utilizado fue la Trampa de Dedo, - en segundo lugar la Trampa de Lengua y por último la Trampa de Labio.

Entre los tratamientos ortodóncicos interceptivos menos utilizados se encontraron la Placa Hawley con Tornillo Bucalizador, la Placa Hawley con Ligas, la Placa Distalizadora Inferior y la Placa de Tukat. El bajo número de estos no les resta importancia, ya que su indicación es específica.

Únicamente se colocaron 2 Férulas para inmovilizar dientes, esto se debe a que a pesar del gran número de traumatismos que sufren los niños, los padres no lo llevan a tiempo con el odontopediatra, resolviéndose el problema de forma más drástica.

R E S U M E N

En la revisión de 2342 expedientes; en 1786 se realizaron tratamientos. Se hicieron: 3783 Amalgamas, 2555 Extracciones, 2263 Coronas de Acero Cromo en Dientes Posteriores, 1008 Resinas, 898 Pulpotomías, 735 Aplicaciones de Flúor, 373 Coronas de Celuloide, 263 Mantenedores de Espacio Unilaterales, 238 Pulpotomías, 223 Dentaduras, 161 Incrustaciones, 122 Aplicaciones de Nitrato de Plata Amoniacal, 112 Coronas de Acero Cromo con Ventana Estética, 85 Expansores Palatinos, 84 Hawley con Spring, 74 Arcos Linguales, 57 Tratamientos con Ortodoncia Fija, 51 Placas Hawley, 45 Hawley Distaladores, 42 Arcos Palatinos, 42 Monoblocks, 33 Hawley con Tornillo de Abanico, 22 Trampas de Dedo, 14 Hawley Bucalizador, 9 Hawley con Ligas, 9 Trampas de Lengua, 9 Aparatos de Pistas, 6 Distaladores Inferiores, 4 Trampas de Labio, 2 Férulas y 1 Aparato de Tukat.

No se observó ninguna diferencia marcada en cuanto al sexo, y en cuanto a edades, dependió del tratamiento que se hizo.

S U M M A R Y

A total of 2342 charts were revised and treatment was - applied to 1787 of them. 3783 Amalgam restorations were applied, 2555 Extractions were performed, 2263 Steel Crowns were applied on Posterior Teeth, Composite Resins on 1008 teeth, Pulpotomies on 898, Fluoride applications 735 times, Pedo-Form Strip Crowns to 373 teeth, Unilateral Space Maintainers in 263 cases, Pulpectomies to 238 teeth, Dentures in 223 cases, Inlays in 161 teeth, Amoniacal Silver Nitrate Applications to 122, Steel Crowns with - Composite Labial Windows in Anterior Teeth in 112, Palatal Expansion Appliances to 85, Hawley Appliances with Springs to 84, - Lingual Arches to 74, Fixed Orthodontic Treatments to 57, Simple Hawley Appliances to 51, Superior Hawley Appliances with Distalizing Jackscrews to 45, Palatal Arches to 42, Monobloc Appliances 42, Hawley Appliances with Fanscrews to 33, Thumb Sucking Appliances to 22, Vestibulizing Hawley Appliances to 14, Hawley Appliances with Elastics to 9, Tongue Thrust Appliances to 9, 9 Appliances for correcting the Mandibular Position, Inferior Hawley Appliances with Distalizing Loops to 6, Lip Bumpers in 4, Composite Splints in 2 and 1 Tukat Appliance.

No sex difference was found in this search and as to age it depended on the type of treatment applies.

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

De los 1786 pacientes tratados, notamos que la diferencia en cuanto al sexo no fue importante, a pesar de que fueron más niñas que niños. El hecho de que hayan sido más niñas se debe, probablemente, a que los padres se preocupan más por la estética femenina.

De los 31 tratamientos diferentes que se realizaron, sólo en 6, el porcentaje fue mayor en niños y por muy poca diferencia.

La edad en que predominaron los tratamientos dependió del tipo de tratamiento.

Los tratamientos odontopediátricos más frecuentes fueron los operatorios, después los preventivos, los ortodóncicos preventivos y por último los ortodóncicos interceptivos.

Los tratamientos que predominaron fueron: amalgamas, extracciones, coronas de acero cromo en dientes posteriores, resinas y pulpotomías, de aquí se concluye que el principal problema que afecta a los niños mexicanos es la caries.

Otro tratamiento que predominó fue la aplicación tópica de flúor, la cual es un preventivo que debería de haber sido el tratamiento más utilizado.

Los tratamientos que mostraron una incidencia relativamente alta fueron las coronas de celuloide y las pulpectomías.

Los tratamientos operatorios menos comunes fueron: incrustaciones, aplicaciones de nitrato de plata amoniacal y las coronas de acero cromo con ventana estética en dientes anteriores.

Dentro de los tratamientos ortodóncicos preventivos que tuvieron una incidencia alta están los mantenedores de banda y ansa, de corona y ansa, de zapatilla distal y las dentaduras. Los que tuvieron una incidencia baja fueron los los arcos linguales y los arcos palatinos. Estos tratamientos son muy importantes al evitarle a los niños problemas ortodóncicos posteriores.

En los tratamientos ortodóncicos interceptivos, los más utilizados fueron los expansores palatinos y las hawley con -

spring.

La ortodoncia fija en comparación con los tratamientos de ortodoncia interceptiva con aparatos removibles, no fue significativa.

Otros tratamientos ortodóncicos interceptivos fueron: - placas de hawley, hawley distalador superior, monoblock, hawley con tornillo de abanico, trampa de dedo, hawley bucalizados, - hawley con ligas, trampa de lengua, pistas, trampa de labio, - distalador inferior y aparato de tukat.

Únicamente se colocaron 2 férulas y esto se debe a que a pesar del gran número de traumatismos que sufren los niños, - los padres no los llevan a tiempo con el odontopediatra, teniendo que resolver el problema en forma más drástica.

El principal problema que afecta a los niños, es la caries, por lo tanto, debería de haber más tratamientos preventivos, el manejo del niño influye en los tratamientos. Los tratamientos ortodóncicos preventivos aunque no fueron tan frecuentes como los operatorios tienen una gran importancia. Los trata

mientos menos comunes, pero no por eso menos importantes, fueron los ortodóncicos interceptivos, de los cuales encontramos 14 aparatos diferentes, porque cada uno tiene sus indicaciones específicas.

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

1). Albers Johann H.

El empleo de coronas preformadas de acero inoxidable en odontopediatría.

Quinta esencia en español.

Volúmen 4. Número 5. P. 435-441. [1982].

2). Artun J.

Clinical efficiency of two different types of direct. Bonded space maintainers.

ASOC J. Dent. Child.

Volúmen 50. Número 3. P. 197-204. [1983].

3). Becker A.

Interdisciplinary treatment of multiple unerupted supernumerary teeth.

Am J. Orthod.

Volúmen 81. Número 5. P. 417-422. [1982].

4). Boeve C.

Formocresol Pulpotomy in primary molars: A long term Radiographic evaluation.

ASDC J. Dent. Child.

Volúmen 49. Número 3. P. 191-196. [1982].

5). Carroll C. E.

Pressure - Appliance therapy following premature loss of primary molars.

ASDC J. Dent. Child.

Volúmen 49. Número 5. P. 347-351. [1982].

6). Croll T. P.

Prevention of gingival submergence of fixed unilateral space maintainers.

ASDC J. Dent. Child.

Volúmen 49. Número 1. P. 48-51. [1982].

7). Durr D. P.

A study of plaque accumulation and gingival health surrounding

stainless steel crowns.

Volúmen 49. Número 5. P. 343-346. [1982].

ASDC J. Dent. Child.

8). Fortier J. P.

L' obturation préventive des puits et fissures: résines ou
amalgame d' argent la méthode de Hyatt est-elle perimée.

Actual Odontoestomatol [Paris].

Volúmen 4. Número 1. P. 291-304. [1983].

9). García-Godoy F.

Correction of ectopically erupting maxillary permanent first
molars.

J. Am Dent. Assoc.

Volúmen 105. Número 2. P. 244-246. [1982].

10). Inoue N.

Influence of tooth-to-denture-base discrepancy on space --
closure following premature. Loss of deciduos teeth.

Am J. Orthod.

Volúmen 83. Número 5. P. 428-434. [1983].

11). Psaltis G.L.

An appliance for space maintenance and molar guidance.

ASDC J. Dent. Child.

Volúmen 49. Número 5. P. 357-358. [1982].

12). Weiss A.I.

Coronas de resinas compuestas para restaurar dientes temporales anteriores.

Quintaesencia en español.

Volúmen 2. Número 8. P. 51-52. [1980].

13). Snawder K.D.

Manual de Odontopediatría Clínica.

Editorial Labor, S.A. Barcelona. P. 127-155. [1982].