

**PATOLOGIA ORAL EN PRE-ESCOLARES
DE COMUNIDADES RURALES**

por

C.D. ANGELES LETICIA MONDRAGON DEL VALLE

**MONDRAGON
DEL VALLE
ANGELES
PATRICIA**

TESIS



TESIS

1984

K(1) UNAM



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

**Presentada como requisito para obtener el Grado de
Maestría en 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.

PATOLOGIA ORAL EN PRE-ESCOLARES
DE COMUNIDADES RURALES



C.D. M.O. Laura Elena Valencia Carrasco

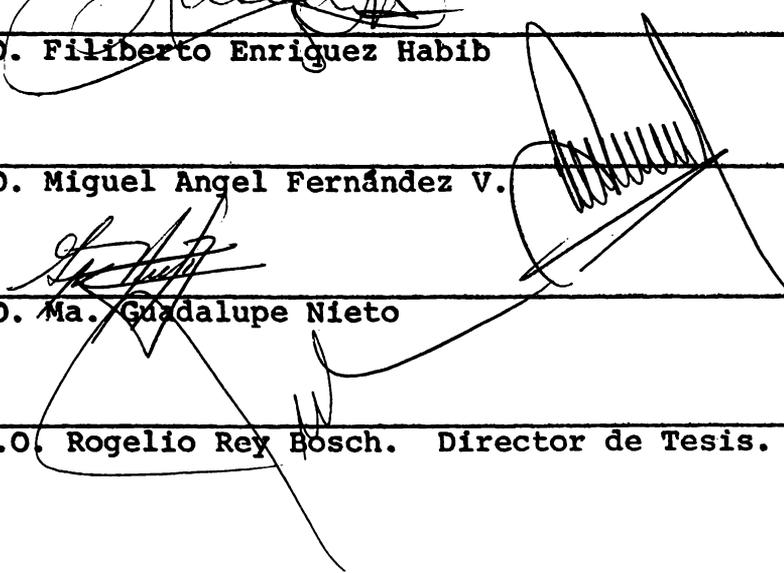


C.D. M.O. Filiberto Enriquez Habib

C.D. M.O. Miguel Angel Fernández V.



C.D. M.O. Ma. Guadalupe Nieto



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

RECONOCIMIENTOS

A mis padres Sr. Juan Manuel Mondragón Tovar, Sra. Ma. de los Angeles del V. de Mondragón por su apoyo, estímulo y confianza en todos los momentos de mi vida.

A mis hermanos, en especial Alejandra por el gran cariño que siempre me ha demostrado.

A mi esposo Dr. Manuel Bravo P. por su interés, apoyo y - ayuda en la realización del presente trabajo.

A mis hijos Leticia, Manuel y Fátima.

Al Dr. Rogelio Rey B. por la oportunidad que me brindó de - presentar este trabajo.

A la Dra. Laura Elena Valencia por su inapreciable ayuda en la elaboración de esta tesis.

TABLE DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	1
REVISION DE LA LITERATURA	9
MATERIALES Y METODOS	21
RESULTADOS	31
DISCUSION	43
SUMARIO	46
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	51
APENDICE	54
CURRICULUM VITAE	55

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

A medida que nuestra civilización evoluciona, se observan adelantos cada vez más significativos que nos reportan un constante y palpable bienestar a la comunidad. Esos adelantos los podemos observar en todos los órdenes, tanto en el aspecto cultural, como en el técnico y científico, incluyendo el amplio campo de la Medicina, donde en las últimas décadas, se han originado una serie de - descubrimientos realmente asombrosos que han venido a generar un cambio radical en el tratamiento de ciertas enfermedades, las cuales todavía hace algunos años resultaban de grave pronóstico.

Aunado al desarrollo de la Medicina, el campo de la Odontología también ha formado parte importante en el avance que se ha logrado gracias a la investigación, tenacidad y espíritu de lucha, tanto de Científicos como de Odontólogos, que han dejado pasar los mejores años de su vida dedicados por completo a lograr establecer un tratamiento adecuado para cada una de la enfermedades que se pueden manifestar en la cavidad bucal.

Debemos señalar que el adelanto que se ha generado-

en la Odontología es tan extraordinario, que en la actualidad se pueden llevar a cabo tratamientos buco-dentales tan avanzados que todavía hace algunos años, resultaban meramente utópicos por no encontrarles la solución adecuada y que ahora se pueden realizar con toda efectividad.

Dentro del importante cambio que se está gestando en la Odontología moderna, cabe hacer notar que posiblemente el área de Prevención en nuestro medio sea la que se ha visto relegada y que definitivamente es en ésta donde requiere de una mayor atención por parte tanto de los Cirujanos Dentistas en el ejercicio de su profesión, así como de las diferentes instituciones de salud que existen en nuestro país, ya que nuestra función de servicio, información y motivación, se encuentra completamente alejada de la comunidad, lo cual se traduce en un problema muy importante, el cual requiere de una atención inmediata y de constante co-participación con todos los pacientes para de esta manera mantenerlos constantemente informados acerca de la forma de prevenir los padecimientos bucales, ya que desgraciadamente en la mayoría de los casos, se cura más que se previene.

Considero que la mejor manera de acercarnos tanto a los padres de familia, así como a los maestros y niños - que acuden a los diversos centros de bienestar social, - incluyendo algunos Colegios y Escuelas en donde se reciben niños de escasa edad, es impartiendo pláticas, conferencias y seminarios acerca de la importancia del aspecto nutricional, el cuidado de la salud buco-dental, así como las visitas periódicas al Consultorio Dental para - detectar de manera oportuna las alteraciones que se presenten, así como el erradicamiento de hábitos que resulten nocivos para el niño.

Al realizar este estudio, se pretende llegar a conocer a fondo los problemas que más frecuentemente aquejan a niños en edad pre-escolar, esto es de los 2 a los 5 años, tales como caries, caries rampante por síndrome de mamila y hábitos diversos como son el de succión digital, labial, morder objetos diversos, presentar problemas de bruxismo, onicofagia, etc., los cuales pueden ser detectados y corregidos oportunamente si se promueve con toda eficiencia una campaña tendiente a brindar a los padres de familia una asesoría adecuada acerca de los diferentes factores dietéticos, técnicas de cepillado más adecuadas,

teniendo en cuenta la edad del niño, aplicaciones periódicas de fluoruros y revisión cada seis meses; esto aunado a la colaboración que brinden los maestros una vez - que hayan tenido pleno conocimiento previo, se traducirá en una fuente de información constante, la cual llevada en forma inteligente e ininterrumpida al niño, le recordará la importancia que requiere su higiene bucal.

"IMPORTANCIA DEL ESTUDIO"

A través de la variada información que recibimos tanto de algunos países como de Centros de Investigación de México, acerca de la etiología de los diferentes trastornos buco-dentales que podemos encontrar en niños, nos podemos percatar de la gran importancia que reviste para nosotros, el contar con los antecedentes suficientes que nos permiten valorar de una manera más positiva el enfoque "preventivo" el cual es tan importante, ya que la prevención desde el punto de vista bucodental, no consiste únicamente de "cepillarse los dientes 3 veces al día", sino que reúne una serie de conceptos, los cuales deben ser informados a la comunidad para que sean valorados debidamente y darles la importancia que merecen.

En primer término, cabe hacer notar que uno de los factores más importantes es el nutricional, ya que mediante el control de éste, podemos erradicar un sinúmero de padecimientos.

Respecto a este punto, debemos de empezar a informar a los padres de familia los diferentes contenidos de las leches en polvo, ya que para nosotros, la mejor es aque -

lla que contiene menor cantidad de carbohidratos, sin importar determinada marca comercial, ya que el primer problema al que nos enfrentamos, es el conocido como "Síndrome de mamila", el cual es causado directamente por la gran cantidad de azúcares que se le están administrando al niño constantemente en el biberón por espacios prolongados de tiempo, (muchas veces hasta después de los 4 años). Aunado a esto, y cuando el pequeño empieza a crecer, nos encontramos en muchas ocasiones que la dieta del niño es llevada en forma inconveniente, ya que éste come únicamente lo que se le antoja en un momento determinado, sin detenerse a pensar los padres, si tal o cual satisfactor alimenticio reúne los elementos nutritivos necesarios para ir logrando un desarrollo armónico en el niño. Este hecho es de gran importancia, ya que en la actualidad y debido a los medios masivos de comunicación existentes se llega a informar de manera excesiva acerca de variados productos alimenticios, (los cuales generalmente entran a formar parte del grupo de las golosinas), que ejercen una influencia asombrosa en el niño, la cual inmediatamente le genera un deseo inquebrantable de consumir esta golosina.

Como segundo factor tenemos el de higiene buco-den

tal adecuada, el cual consiste en orientar a los padres acerca del tipo de cepillado que se debe llevar a cabo - en los niños, ya que cuando el niño todavía es pequeño, la madre debe adoptar la técnica y postura más adecuada para limpiarle los dientes de manera efectiva y rápida - para que el niño no se desespere. Por este medio estamos logrando dos hechos fundamentales: el primero, que el niño tenga una buena salud bucal, y el segundo, ir motivándole el hábito del cepillado después de los alimentos, para que a medida que vaya creciendo, sea él con la debida inspección de sus padres, el que se cepille sus dientes.

El tercer factor, está encaminado a lograr que los padres lleven a sus hijos a consulta periódica con el Cirujano Dentista, con el objeto de estar revisando la boca del niño para prevenir malos hábitos, efectuarle sus aplicaciones de fluoruro, o corregir de manera oportuna cualquier alteración que se manifieste.

El hecho de estar efectuando este estudio, espero - me permita conocer a fondo los problemas que con mayor - frecuencia se pueden presentar en la población infantil;

a la vez que deseo aportar los siguientes resultados para colaborar con todas aquellas personas que actualmente encuentranse dedicadas a promover la salud dental de la población, para en forma conjunta, proporcionarles toda la ayuda necesaria y la solución más adecuada para cada caso en particular.

" REVISION DE LA LITERATURA "

A pesar de los adelantos en la ciencia aún no se han comprendido totalmente los factores responsables de la erupción de los dientes. La cronología de la dentición humana, principia con la erupción del incisivo central inferior, aproximadamente a los 6 meses de edad, y termina en la dentición primaria con la erupción del segundo molar superior, hacia los 24 meses de edad del niño. En la dentición primaria, el proceso carioso sigue un esquema determinado, principia con los molares inferiores, posteriormente con los molares superiores e incisivos centrales y laterales superiores. Los incisivos anteriores inferiores, se ven poco afectados por caries. Esta diferencia sin duda está relacionada con diferencias morfológicas. El segundo molar primario, generalmente tiene fisuras y fosetas más profundas, lo que favorece la acción cariogénica. La caries proximal, tanto en el sector anterior como en el posterior, no suele producirse si no existe contacto dental. (3)

Las alteraciones Morfológicas que pueden influir en el desarrollo de una oclusión normal son:

1.- Dientes supernumerarios.- Son aquellos que exce-

den al número normal de dientes que constituyen la arcada dentaria.

- 2.- **Macrodoncia.**- Son dientes de tamaño excedido - que no encuentran un acomodo en la cavidad bucal por sus dimensiones exageradas.
- 3.- **Microdoncia.**- Son dientes pequeños en todas sus dimensiones encontradas en la cavidad bucal en la dentición permanente, aunque también los podemos encontrar en la dentición temporal.
- 4.- **Diente Fusionado.**- La fusión representa una unión de los dientes, ya sean primarios o permanentes que evolucionaron independientemente. Radiográficamente se puede observar que la fusión está limitada a coronas y raíces.
- 5.- **Diente Anquilosado.**- Es aquel que se encuentra fuertemente fusionado al hueso alveolar.
- 6.- **Diente Geminado.**- Se presente clínicamente como una corona bífica con una sola raíz. La corona suele ser más ancha en sentido mesio-distal de lo normal con un surco superficial que se extiende desde el borde incisal hasta la región cervical.
- 7.- **Diente en Malposición.**- Es aquel que no ocupa -

su lugar en posición correcta dentro de la arca
da dentaria.

- 8.- Diente Impactado o Incluido.- Es aquel que no ha hecho su aparición en la cavidad bucal más allá de la época considerada como normal para su erupción por diferentes causas, tales como: Desarrollo anormal del diente, falta de crecimiento y desarrollo tanto maxilar como mandibular, mala posición del gérmen dentario, falta de espacio en el sitio que le corresponde fisiológicamente, y presencia de quistes y tumores circunvecinos.
- 9.- Dens in Dente.- Se considera como diente dentro de un diente. Puede producirse en dientes tanto primarios como permanentes. La presencia de un "Dens in Dente", se puede sospechar cuando se observan las fosas linguales muy profundas en dichos dientes.
- 10.- Odontoma.- Se considera Odontoma, a una proliferación anormal de células del órgano adamantino que pueden dar por resultado un tumor odontógeno. Puede ser el resultado de una formación continua de gérmenes de dientes temporales o

permanentes, o el resultado de una proliferación anormal de las células del germen dental, en cuyo caso, el odontoma reemplaza al diente normal.

- 11.- Hipoplasia Dental.- Se considera como un desarrollo defectuoso incompleto o imperfecto de un diente. (3)

Entre las alteraciones estructurales de los dientes encontramos:

- 1.- Amelogénesis Imperfecta.- Es un estado hereditario causado por la diferenciación imperfecta de los ameloblastos y se caracteriza por el color pardo del diente.
- 2.- Dentinogénesis Imperfecta.- Se trasmite como rasgo autosómico dominante, el cual afecta a los dientes temporales y permanentes, presentándolos de un color opalescente pardorrojizo, el cual es característico.
- 3.- Displasia Dentinaria.- Se considera como una anomalía del desarrollo. Los dientes temporales carecen esencialmente de esmalte, la dentina se muestra lisa muy abrasionada y posee un color pardo rojizo.

4.- Cálculos Pulpares.- Es una concreción anormal de calcio que se forma en la cavidad pulpar.

Las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar en los bebés ha sido relacionada con un amamantamiento demasiado rápido (por medio del biberón) o con un estado tensional exagerado durante el acto de lactancia. (3)

El hábito de la succión digital debe ser estudiada en forma aparte de cual sea el dedo preferencial en la succión, esto es por los efectos psicológicos que pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad o simplemente un deseo del niño de llamar la atención cuando se siente marginado o demasiado consentido. (4)

La alimentación prolongada con mamila, más allá de la época habitual del destete e incorporación de alimentos sólidos, puede generar caries irrestricta temprana, lo cual dará un aspecto clínico de caries por "Síndrome de mamila" en los dientes anteriores superiores, primeros molares de ambos maxilares y caninos inferiores. Los incisivos infe-

riores no suelen estar afectados. (3)

La succión labial, conduce a un overjet sagital aumentado entre los incisivos, puesto que la acción de fuerzas recíprocas inclina a los incisivos superiores hacia labial y los incisivos inferiores hacia lingual. (2)

La mordida abierta anterior localizada, a menudo con oclusión posterior normal, es característica del tipo simple de hábito de proyección lingual. (3)

Los sonidos defectuosos en el "Ceceo" son S y Z. Sigmatismos es un término empleado para el fonema S.J.L.M. - TRIM, marcó 18 formas diferentes de "Ceceo" por el uso del Alfabeto fonético internacional. (1)

Los respiradores bucales, parecen tener una elevada incidencia de maloclusiones. Las causas pueden ser: tabique nasal desviado, cornetes agrandados, inflamación crónica y congestión de la mucosa naso-faríngea, alergia, hipertrofia adenoidea, inflamación e hipertrofia de las amígdalas o un hábito de succión. El Síndrome de Respiración Bucal típico, se caracteriza por la contracción de la denta-

dura superior, labioversión de los dientes anteriores superiores, apiñamiento de los dientes anteriores en ambas arcadas, hipertrofia, resequedad y cuarteadura del labio inferior, hipotonicidad y aparente acortamiento del labio superior y sobre mordida frecuentemente marcada. La relación de molares puede ser del tipo de neutroclusión o de distoclusión. (4)

Otro hábito observado en niños es el bruxismo, o sea, frotarse los dientes entre sí. Generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. Las causas exactas del bruxismo no han sido aclaradas satisfactoriamente hasta la fecha, aunque se piensa en una base emocional en aquellos niños muy nerviosos e irritables. El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como Corea, Epilepsia y Meningitis, así como también en trastornos gastrointestinales. (4)

La mordedura de uñas (onicofagia), se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias de importancia.- La maloclusión asociada con este hábito, probablemente sea de naturaleza más localizada que la que

se observa con algunos otros hábitos de presión. Los niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia que el hábito en sí, el cual pasa a ser un síntoma de su problema básico.⁽⁴⁾

I.- El Dr. John C. Greene, establece un efectivo programa de prevención de Odontopediatría, ya que manifiesta que los niños son más fácilmente manejables que los adultos, además afirma que los niños deben cosechar grandes beneficios en el caso de su salud dental por parte de la enseñanza constante que les brinden los adultos.

Anteriormente se calculaban las medidas preventivas de largo alcance, sin embargo, debemos de considerar las necesidades actuales. Aquí también, los niños pueden tener un fuerte y legítimo derecho para recibir nuestra atención.

Se mencionó al principio de estas investigaciones, las manifestaciones de trastornos parodontales en niños muy pequeños, los cuales eran moderados en principio, pero que resultaron irreversibles en cuanto a destrucción se refiere en niños. Estos da

tos, fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Nutrición de los Estados Unidos de Norteamérica.

El resultado final de la discusión, fue centrado en un control de caries, mediante la incorporación de un adecuado regimen alimenticio, además de un programa tendiente a ofrecer un cuidado natural en la prevención de problemas parodontales.

II.- Los Doctores Kenneth D. Snawder y W. Edward González Jr., llevaron a cabo un estudio clínico en niños que presentaron severos problemas de caries por "Síndrome de mamila". Las edades fluctuaban entre 12 y 36 meses de edad.

Muchos dentistas consideran sin esperanza el restaurar los dientes deteriorados por este trastorno a edades tempranas. Desafortunadamente, la caries rampante es muy común hoy en día, siendo los dientes anteriores superiores los más comunmente afectados. Aún cuando muchos profesionales están contra el tratamiento, lo importante es detener el proceso carioso oportunamente, ya que de avanzar indiscriminadamente éste, redundará en un difícil y costoso -

tratamiento futuro.

Anteriormente la solución consistía en remover de la cavidad bucal los dientes involucrados en este trastorno, sin embargo, ahora se está reconociendo la importancia de preservar la integridad de la dentición primaria hasta que tenga el tiempo necesario y apropiado para ser exfoliada cada pieza dentaria, ya que son de sobra conocidas las consecuencias de la pérdida prematura, lo cual ocasiona un severo impacto en la salud dental del pequeño.

III.- El Dr. Joseph Z. Anaise, en su estudio sobre la remoción de la placa bacteriana por medio del cepillado, determinó que generalmente es aceptado que la placa bacteriana es un factor etiológico importante en el desarrollo de trastornos parodontales. Estudios clínicos demostraron que la prevalencia de los trastornos parodontales pueden ser reducidos - considerablemente removiendo la placa dental mediante una buena higiene oral.

El propósito del presente estudio, fue determinar - cual de las 4 técnicas conocidas, (Giratoria, - - - Charters, Método Barrido o fregado horizontal y Téc

nica de Stillman modificada), daba mejor resultado y era mayormente manejada por los pacientes.

Las conclusiones a las que llegó, no significaron realmente una diferencia entre la técnica de - - - Stillman modificada y la circular o giratoria.

Definitivamente, el método de Charters fue considerado como el menos efectivo. (5)

IV.- El Dr. Peter F. Infante, estudió los efectos que ocasiona el hábito de succión de pulgar en el desarrollo de la arcada anterior, dependiendo del estado socioeconómico, edad, sexo y raza del niño.

La frecuencia del hábito fue significativamente mayor en niñas que en niños.

El descubrimiento de la succión, estuvo significativamente relacionado con la mordida cruzada posterior lingual y una manifiesta maloclusión clase - II. (7)

V.- El Dr. Robert L. Frigoletto, investigó la caries rampante provocada por el "Síndrome de mamila", en niños cuyas edades fluctuaban entre los 1.5 y los 3 años de edad.

Una medida que él utilizó, fue revisar la literatura relacionada con las investigaciones que se han efectuado por parte de un grupo de investigadores, los cuales llegaron a la conclusión de que utilizando las diferentes formas que hay para aplicación - de flúor, ayudar a reducir notablemente la caries dental de estos pacientes, debido en gran parte a la remineralización e inhibición de la acción enzimática de la bacteria resultante en este Síndrome.⁽⁸⁾

VI.- Los Doctores Gary J. Dilley, Leonard G. Koerber y James R. Roche, sostienen la tesis de ayudar a los pacientes a mantener en buena salud los tejidos - blandos orales. Prácticamente cada niño, tiene algún grado de inflamación gingival.

La relación exacta entre los efectos de las frutas cítricas componentes y la salud gingival, no está completamente clara.⁽⁹⁾

" MATERIALES Y METODOS "

Para poder determinar el índice de los padecimientos bucales en niños de 2 a 5 años, es necesario efectuar un estudio en el cual queden integrados tanto niños como niñas.

Para esto es necesaria una Historia Clínica en la cual se anotará el nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento y lugar de nacimiento.

En un diagrama dentario se anotarán las piezas dentarias presentes, ausentes y aquellas que presentan una lesión cariosa o cualquier tipo de anomalía que altere su integridad.

Una vez que se haya marcado el diagrama, a continuación se enumera una lista en la cual se anotarán todos los datos que se requieren para formar el presente título, los cuales son:

- 1.- Número de dientes presentes en la boca del niño.
- 2.- Dientes afectados por procesos cariosos.
- 3.- Alteraciones morfológicas.

- 4.- Alteraciones estructurales.
- 5.- Presencia del hábito de succión.
- 6.- Qué dedo de preferencia se succiona.
- 7.- Si tiene hábito de chupón o mamila.
- 8.- Si tiene hábito de succión labial.
- 9.- Si tiene hábito de succión de carrillos.
- 10.- Si presenta hábito de lengua proctáctil.
- 11.- Si tiene hábito de ceceo.
- 12.- Si es respirador bucal.
- 13.- Si presenta problemas de bruxismo.
- 14.- Si presenta problemas de onicofagia.
- 15.- Si es mordedor de objetos diversos (tales como trapos, juguetes diversos etc.)
- 16.- Si presenta hábitos de posición.

En la parte final de la historia, se anotará el estado general del niño y también se le preguntará si ha acudido en alguna ocasión con un Cirujano Dentista.

Como primer punto, se anotan todos los datos personales del niño, debiendo anotar la fecha exacta de nacimiento del niño, para que no haya inexactitud en los resultados, ya que se pretende incluir únicamente niños -

que cursen entre los 2 y los 5 años de edad. El sexo - también es de importancia, ya que se pretende incluir - a 100 niños y 100 niñas.

El interrogatorio del estado general, está supeditado a la salud que presenta el niño, para determinar - si cursa o no algún tratamiento médico debido a algún - padecimiento.

Los datos que serán anotados en el diagrama dentario serán los siguientes:

- a).- Se trazará una línea transversal en color - - azul en un espacio destinado para ella, la - cual nos indicará las piezas que se encuen - tran presentes en la boca del niño. Si la lí - nea no es trazada, puede deberse a que la pie - za no haya hecho erupción.
- b).- Las piezas dentarias con alteraciones cario - sas, serán marcadas con color rojo, debiendo anotar en el diagrama la extensión cariosa ha - cia donde se manifiesta si es que la hay.
- c).- Las piezas ausentes, ya sea por falta de erup - ción retardada o por extracción o exfoliación

prematura, serán encerradas en un triángulo de color azul.

A partir de que se ha llenado el diagrama, en el listado inferior se anotarán:

- 1.- El número de dientes que se encuentran presentes en la boca del niño en el momento de estar efectuando la inspección en el niño.
- 2.- El número de dientes que se encuentran afectados por procesos cariosos; esto es con el fin de determinar cual o cuáles son las piezas dentarias más comunmente afectadas.
- 3.- Las alteraciones morfológicas que se pueden presentar, tales como: a).- Dientes supernumerarios, b).- Macrodoncia, c).- Microdoncia, d).- Diente fusionado, e).- Diente anquilosado, f).- Diente geminado, g).- Diente en mala posición impactado o incluido, h).- Dens in dente, i).- Odontoma, j).- Hipoplasia dental, etc, las cuales se derivan de un determinado proceso patológico
- 4.- Las alteraciones estructurales, tales como: a).- Amelogénesis imperfecta, b).- Dentino -

génesis imperfecta, c).- Displasia dentina -
ria, d).- Cálculos pulpares, etc. Indepen --
dientemente de las derivadas de un traumatis-
mo, caries extensa, caries rampante o cual -
quier tipo de hábito.

- 5.- El hábito de succión digital, inspeccionando
cual es el dedo predominante en la succión, -
para determinar la alteración que esté provo-
cando, ya que la succión del dedo pulgar, nos
va a ocasionar una concavidad muy significativ
va en el paladar, con la resultante mordida -
abierta anterior, malposición de la lengua, -
músculos que la rodean y mandíbula por consi-
guiente. La succión del dedo índice, nos ocas
siona aparte de la mordida abierta anterior,
una separación considerable de los dientes ant
teriores superiores, deformación de la arcada
superior, mandíbula y músculos que la rodean.
- 6.- Detectar si el niño sigue utilizando el chu -
pón, ya que un punto de orientación muy import
tante para los padres, consiste en informarle
todos los trastornos que se pueden ocasionar
en la dentición permanente por el sólo hecho

de mantener el chupón en la boca por espacios prolongados de tiempo.

7.- Investigar si el niño sigue siendo alimentado con biberón después de los 12 (doce) meses de edad, ya que una de las principales causas de pérdida de piezas dentarias por caries rampante, es debida principalmente a que el niño en su alimentación cotidiana, le administran en el biberón alimentos con gran cantidad de carbohidratos, los cuales al permanecer demasiado tiempo en contacto con las piezas dentarias (sobre todo durante la noche), van a ir provocando una agresión directa al esmalte por la acción de los azúcares, lo cual al irlo debilitando se traducirá en una vía de propagación exagerada que con el tiempo alterará la estructura de este tejido que cubre a las piezas dentarias en su superficie coronaria, siendo los dientes anteriores superiores los más comunmente afectados. Es lo que conocemos como "Síndrome de Mamila".

8.- Observar los labios, para detectar si el niño tiene el hábito de succión. Este hábito pue-

de aparecer sólo, o bien lo podemos encontrar asociado al de succión de pulgar. En la mayoría de los casos, el labio inferior es el implicado, aunque no se descarta la posibilidad de que pueda ser el superior el que elija el niño para estarlo succionando. El hecho de mantener el niño el labio repetidamente por debajo de los dientes superiores, trae como consecuencia una proyección anterior de los mismos, lo cual ocasiona la formación de una mordida abierta y una intrusión de los incisivos inferiores. Además, la succión labial constante, va a ocasionar una resequedad del labio implicado que llega a ocasionar una descamación del mismo.

- 9.- La succión de carrillos, también trae como consecuencia alteraciones que pueden degenerar en la formación de constantes ulceraciones de los mismos, los cuales aparte de las molestias que ocasionan, al ulcerarse pueden ser la puerta de entrada de microorganismos tanto de la flora microbiana bucal como del medio ambiente, lo cual llega a ocasionarle

serios trastornos al niño.

10.- El hábito de lengua proctáctil, también reviste gran importancia para nosotros, ya que el niño al estar accionando constantemente la lengua - en forma protrusiva va a ocasionar una hipertrofia muscular lingual que le va a provocar - un crecimiento exagerado, lo cual va a repercutir en las piezas dentarias anteriores por la constante presión ejercida, lo cual va a degenerar en una mordida abierta anterior y desequilibrio armónico de los órganos dentarios - dentro de la arcada.

11.- El hábito de "ceceo", puede tener una variada etiología, ya que la acción de "cecesar", puede producirse al pronunciar la consonante "C" ante las vocales "E", "I" o la consonante "Z". En ocasiones, también puede deberse a la presencia de un frenillo lingual exagerado, el cual impide al niño articular correctamente - las palabras. Cuando después de estudiar estas posibles causas, no atribuímos el problema a ninguna de ellas, estamos ante la posibilidad de creer que el hábito sólo puede ser circuns-

tancial, dependiendo del trato que el niño reciba en su casa, ya que un niño que es consentido en exceso, tiende a llamar la atención - de los mayores hablando de esta manera.

- 12.- Cuando nos encontramos frente a un "respira - dor bucal", trataremos de encontrar el origen de su padecimiento para valorar si está den - tro de nuestro campo, o es de la competencia de un especialista en Otorrinolaringología.
- 13.- En el caso de que nos toque detectar a un ni - ño con problemas de bruxismo, se tratará de - estudiar la etiología del padecimiento para - ofrecerle el tratamiento adecuado.
- 14.- En forma similar, se estudiará al niño que a - costumbra comerse las uñas, ya que en varia - das ocasiones tiene que ser valorado a fondo para proporcionarle el tratamiento tendiente a ayudarlo a que supere este tipo de hábito.
- 15.- Merece también mención, el niño que tiene la costumbre de morder objetos de naturaleza diversa, (tales como un pañal en la noche para poder dormir, o cualquier otro tipo de obje - to), ya que en ocasiones, nos estamos enfrenu

tando a un problema que se encuentra muy alejado de nuestro campo, en cuyo caso, merece la atención más especializada de un profesional dedicado a problemas de conducta.

16.- En cuanto a los hábitos de posición que presenta el niño, éstos llegan a ser transitorios y de escasa duración, motivo por el cual no merecen realmente una atención especial de parte nuestra.

Es necesario valor el estado general que presenta el niño, ya que una de nuestras principales funciones para integrar el presente estudio, está encaminada a detectar si el niño normalmente está alejado de problemas que requieran atención médica constante, independientemente de informarnos acerca de su ingesta, frecuencia y nivel de vida del niño.

" RESULTADOS "

Los resultados que se obtuvieron durante los trabajos de encuesta e inspección efectuados con niños y niñas de las edades que previamente se mencionaron en el capítulo de métodos y procedimientos, nos permitió ordenarlos en 5 grupos diferentes, de acuerdo a los estratos socio-económicos de la población que estuvieron representados. El estudio se realizó de acuerdo a los lineamientos trazados durante el inicio del presente estudio, efectuando una Historia Clínica individual, asentando en ella todos los datos concernientes a lograr el fin deseado, los cuales en el momento de efectuar el cómputo final riguroso, nos permitieron obtener un análisis más exacto acerca de la problemática de salud buco-dental de la población infantil estudiada, la cual estuvo integrada por 100 niños y 100 niñas, cuyas edades fluctuaron entre los 2.0 años y los 5.0 años.

El muestreo se obtuvo de 200 niños representativos a los cuales se les integró en el cuestionario elaborado con tal fin.

Las respuestas al amplio interrogatorio contenido en las mencionadas historias y los datos obtenidos, se presentan adjuntos a través de tablas e histogramas de

frecuencia los cuales serán explicados a continuación:

En la Tabla No. 1, podemos observar las frecuencias absolutas y relativas de las edades de los niños y niñas del volumen total.

Al observar la Tabla No. 1, en el total de pacientes observados, se aprecia un mayor volumen de niños entre los 3 años y los 3 años 4 meses, siendo menor el volumen de niños entre 2 años y 2 años 4 meses. En niñas, el mayor volumen se encontró entre los 3 años y los 3 años 4 meses, y el menor entre los 2 años y los 2 años 4 meses.

El presente estudio se realizó en dos comunidades rurales pertenecientes al Municipio de Hixquilucan, Edo. de México, donde el nivel socio-económico de la población es bajo.

En la Tabla No. 2, se observan las frecuencias absolutas y relativas de las edades de los niños y niñas que fueron estudiados en la primera comunidad. En este grupo representativo, el mayor volumen se observó en -

tre los niños que cursaban entre los 3 años 5 meses y los 3 años 9 meses, siendo el menor entre los 3 años y los 2 años 4 meses. En niñas, el mayor volumen se encontró entre los 3 años 5 meses y los 3 años 9 meses, siendo el menor entre los 2 años y los 2 años 4 meses.

En la Tabla No. 3, se observan las frecuencias absolutas y relativas de las edades de los niños y niñas que fueron observados en la segunda comunidad. En este grupo, el mayor volumen de niños se observó entre los 3 años y los 3 años 4 meses, siendo el menor entre los 2 años y 2 años 4 meses, 4 años y 4 años 4 meses, 4 años 5 meses a 4 años 9 meses y 5 años a 5 años 4 meses, en donde no se registró ningún paciente. En niñas, el mayor volumen se encontró entre los 3 años y los 3 años 4 meses, siendo el menor volumen entre los 2 años y los 2 años 4 meses, 4 años a 4 años 4 meses, 4 años 5 meses a 4 años 9 meses y 5 años a 5 años 4 meses, en donde no se encontró ningún paciente.

" PRIMERA COMUNIDAD "NIÑOS

Con 21 dientes,	1 paciente
Con 20 dientes,	16 pacientes
Con 19 dientes,	-- no hubo
Con 18 dientes,	3 pacientes
(1) de 3.6 años.	(1) de 4.5 años
(1) de 4.9 años.	
Con 17 dientes,	1 paciente
Con 16 dientes,	2 pacientes
(1) de 4.2 años.	(1) de 4.3 años
Con 11 dientes,	1 paciente
Con 6 dientes,	1 paciente

NIÑAS

Con 20 dientes,	11 pacientes
Con 19 dientes,	2 pacientes
(1) de 3.4 años.	(1) de 3.6 años
Con 18 dientes,	2 pacientes
(1) de 4.11 años.	(1) de 5 años
Con 17 dientes	2 pacientes
(1) de 3.1 años.	(1) de 3.9 años
Con 16 dientes,	6 pacientes
(1) de 2.8 años.	(1) de 2.9 años
(1) de 3.9 años.	(1) de 4.8 años
(2) de 5 años.	

" SEGUNDA COMUNIDAD "NIÑOS

Con 20 dientes,	20 pacientes
Con 19 dientes,	1 paciente
Con 18 dientes,	3 pacientes
(1) de 2.11 años.	(2) de 3.3 años
Con 16 dientes,	1 paciente.
(1) de 2.10 años	

NIÑAS

Con 20 dientes,	19 pacientes
Con 19 dientes,	1 paciente
Con 18 dientes,	2 pacientes
(1) de 2.9 años.	(1) de 3.4 años
Con 17 dientes,	2 pacientes
(1) de 2.10 años.	(1) de 2.11 años
Con 16 dientes,	1 paciente
(1) de 2.9 años.	

Cabe hacer notar que, uno de los hábitos más encontrados lo fue sin duda el de "Síndrome de mamila", ya que el presente estudio nos ayudó a constatar la frecuencia de este hábito considerado como nocivo en el niño.

De acuerdo al estudio general, el hábito de Sín -

drome de Mamila se presentó en 20 niños de la población total estudiada, representando así el 8%. En niñas de la población total estudiada, se presentaron 22, representando así un porcentaje de 8.80%.

El resultado obtenido dividido por grupos es de la siguiente manera:

" PRIMERA COMUNIDAD "

NIÑOS

1 de 3 años 5 meses.
 1 de 3 años 10 meses.
 1 de 4 años 2 meses.
 1 de 4 años 3 meses.
 1 de 4 años 9 meses.
 1 de 4 años 10 meses.
 Arrojando un total de 6 niños.

NIÑAS

1 de 2 años 8 meses.
 1 de 2 años 9 meses.
 1 de 3 años.
 1 de 3 años 1 mes.
 1 de 3 años 6 meses.
 2 de 3 años 9 meses.
 1 de 4 años 3 meses.
 1 de 4 años 8 meses.
 2 de 5 años.
 Arrojando un total de 11 niñas.

El resultado obtenido por el presente estudio, de acuerdo a las piezas que más comunmente se encontraron afectadas por procesos cariosos de manera general es - como sigue:

CUADRANTE SUPERIOR DEL LADO IZQUIERDO

1°el D = 76
2°el A = 67
3°el E = 61
4°el B = 45
5°el C = 25

CUADRANTE SUPERIOR DEL LADO DERECHO

1°el D = 75
2°el A = 67
3°el E = 61
4°el B = 41
5°el C = 18

CUADRANTE INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO

1°el E = 111
2°el D = 104
3°el A = 18
4°el B = 13
5°el C = 11

CUADRANTE INFERIOR DEL LADO DERECHO

1°el E = 110
2°el D = 105
3°el A = 19
4°el C = 15
5°el B = 12

El resultado nos provee un hecho verídico que estamos detectando, el cual es palpable y requiere de un estudio concienzudo para brindarle a la población infantil una atención más adecuada, sobre todo más enfocada a las comunidades que se encuentran en las zonas aledañas al Distrito Federal, las cuales se ven marginadas y carentes de toda participación en los Centros de Bienestar Social.

Es muy importante hacer notar, que uno de los principales problemas emanados por estos resultados, es el de orientación y motivación constante a las personas que habitan comunidades o que forman parte de un nivel socioeconómico bajo.

A continuación se presentan unos cuadros en los que se pueden apreciar de manera general y especial por clasificaciones anteriores, las estructuras dentarias que se encuentran más afectadas por caries en la población que se tomó como muestreo con el fin de efectuar el presente estudio, el cual nos hará palpar de una manera clara el estado real de salud buco-dental de la población estudiada.

" TOTAL DE DIENTES AFECTADOS POR CARIES EN LOS
 NIÑOS OBSERVADOS EN EL ESTUDIO "

<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>		<u>TOTAL</u>
CUADRANTE SUP. IZQ.		CUADRANTE SUP. IZQ.		
A	31	A	36 =	67
B	22	B	23 =	45
C	13	C	12 =	25
D	41	D	35 =	76
E	28	E	33 =	61
CUADRANTE SUP. DER.		CUADRANTE SUP. DER.		
A	35	A	32 =	67
B	23	B	18 =	41
C	11	C	7 =	18
D	38	D	37 =	75
E	25	E	36 =	61
CUADRANTE INF. IZQ.		CUADRANTE INF. IZQ.		
A	12	A	6 =	18
B	10	B	3 =	13
C	7	C	4 =	11
D	54	D	50 =	104
E	52	E	59 =	111
CUADRANTE INF. DER.		CUADRANTE INF. DER.		
A	12	A	7 =	19
B	9	B	3 =	12
C	8	C	7 =	15
D	57	D	48 =	105
E	50	E	60 =	110

"DIENTES MAS OBSERVADOS AFECTADOS CON CARIES
EN PACIENTES DE LA PRIMERA COMUNIDAD"

<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>	
CUADRANTE SUP. IZQ.		CUADRANTE SUP. IZQ.	
A	10	A	10
B	11	B	10
C	8	C	8
D	20	D	18
E	14	E	13
CUADRANTE SUP. DER.		CUADRANTE SUP. DER.	
A	12	A	7
B	10	B	5
C	8	C	2
D	17	D	15
E	13	E	15
CUADRANTE INF. IZQ.		CUADRANTE INF. IZQ.	
A	9	A	3
B	8	B	2
C	6	C	1
D	19	D	12
E	18	E	17
CUADRANTE INF. DER.		CUADRANTE INF. DER.	
A	9	A	3
B	6	B	1
C	6	C	4
D	20	D	13
E	18	E	16
	<hr/>		<hr/>
	242 TOTAL		175 TOTAL

" DIENTES AFECTADOS POR CARIES DE PACIENTES
DE LA SEGUNDA COMUNIDAD "

<u>NIÑOS</u>		<u>NIÑAS</u>	
CUADRANTE SUP. IZQ.		CUADRANTE SUP. IZQ.	
A	1	A	3
B	1	B	1
C	0	C	0
D	2	D	5
E	1	E	2
CUADRANTE SUP. DER.		CUADRANTE SUP. DER.	
A	1	A	3
B	2	B	1
C	0	C	0
D	2	D	2
E	1	E	4
CUADRANTE INF. IZQ.		CUADRANTE INF. IZQ.	
A	0	A	0
B	0	B	0
C	0	C	0
D	9	D	9
E	5	E	9
CUADRANTE INF. DER.		CUADRANTE INF. DER.	
A	0	A	0
B	0	B	0
C	0	C	0
D	10	D	11
E	6	E	9
	41 TOTAL		59 TOTAL

Otro hábito encontrado en los niños que fueron estudiados fue el de Succión Digital, presentándose en un total de 23 pacientes de los cuales se encontraron 6 niños y 17 niñas. El estudio aportó la conclusión siguiente:

"PACIENTES DE LA PRIMERA COMUNIDAD"

Se observaron un total de 3 niños:

1 niño con succión de pulgar e índice y;

2 niños con succión de pulgar.

En niñas se observaron 4 casos:

2 niñas con succión de pulgar e índice.

1 niña con succión de pulgar y;

1 niña con succión de índice y medio.

"PACIENTES DE LA SEGUNDA COMUNIDAD"

Unicamente se observaron 4 niñas con succión de pulgar.

TABLA DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE EDADES
PRIMERA COMUNIDAD RURAL

EDAD		TOTAL DE PACIENTES		N I Ñ O S		N I Ñ A S	
INF.	SUP.	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS
2.0	2.4	5	5.0	2	4.0	3	6.0
2.5	2.9	7	7.0	5	10.0	2	4.0
3.0	3.4	15	15.0	7	14.0	8	16.0
3.5	3.9	22	22.0	8	16.0	14	28.0
4.0	4.4	19	19.0	13	26.0	6	12.0
4.5	4.9	19	19.0	9	18.0	10	20.0
5.0	5.4	13	13.0	6	12.0	7	14.0
TOTAL		100	100.0 %	50	100.0 %	50	100.0 %

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE EDADES
PRIMERA COMUNIDAD RURAL

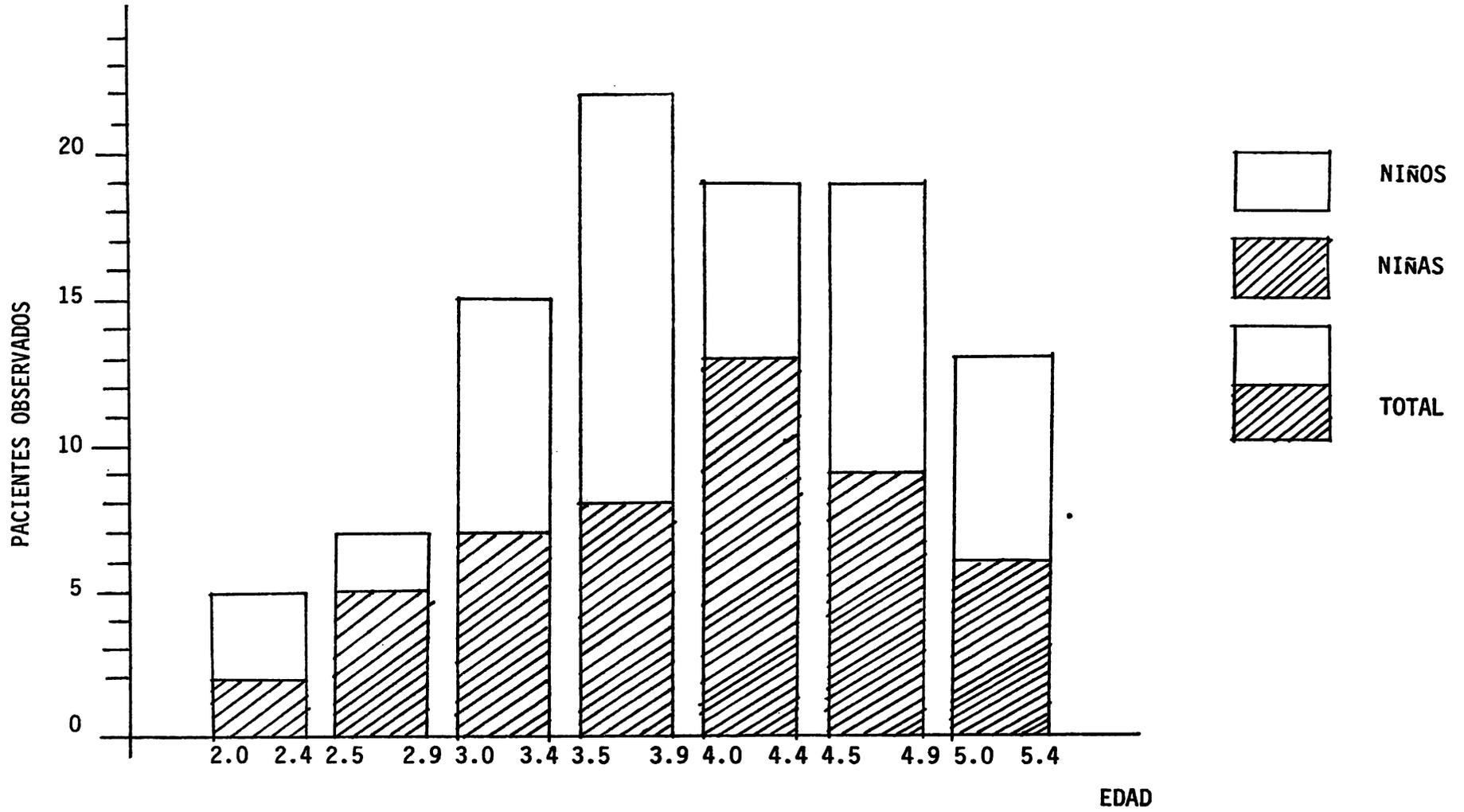


TABLA DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE EDADES
SEGUNDA COMUNIDAD RURAL

EDAD		TOTAL DE PACIENTES		N I Ñ O S		N I Ñ A S	
INF.	SUP.	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS
2.0	2.4	5	5.0	3	6.0	2	4.0
2.5	2.9	10	10.0	5	10.0	5	10.0
3.0	3.4	15	15.0	9	18.0	6	12.0
3.5	3.0	17	17.0	7	14.0	10	20.0
4.0	4.4	19	19.0	11	22.0	8	16.0
4.5	4.9	13	13.0	6	12.0	7	14.0
5.0	5.4	21	21.0	9	18.0	12	24.0
	TOTAL	100	100.0 %	50	100.0 %	50	100.0 %

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE EDADES
SEGUNDA COMUNIDAD

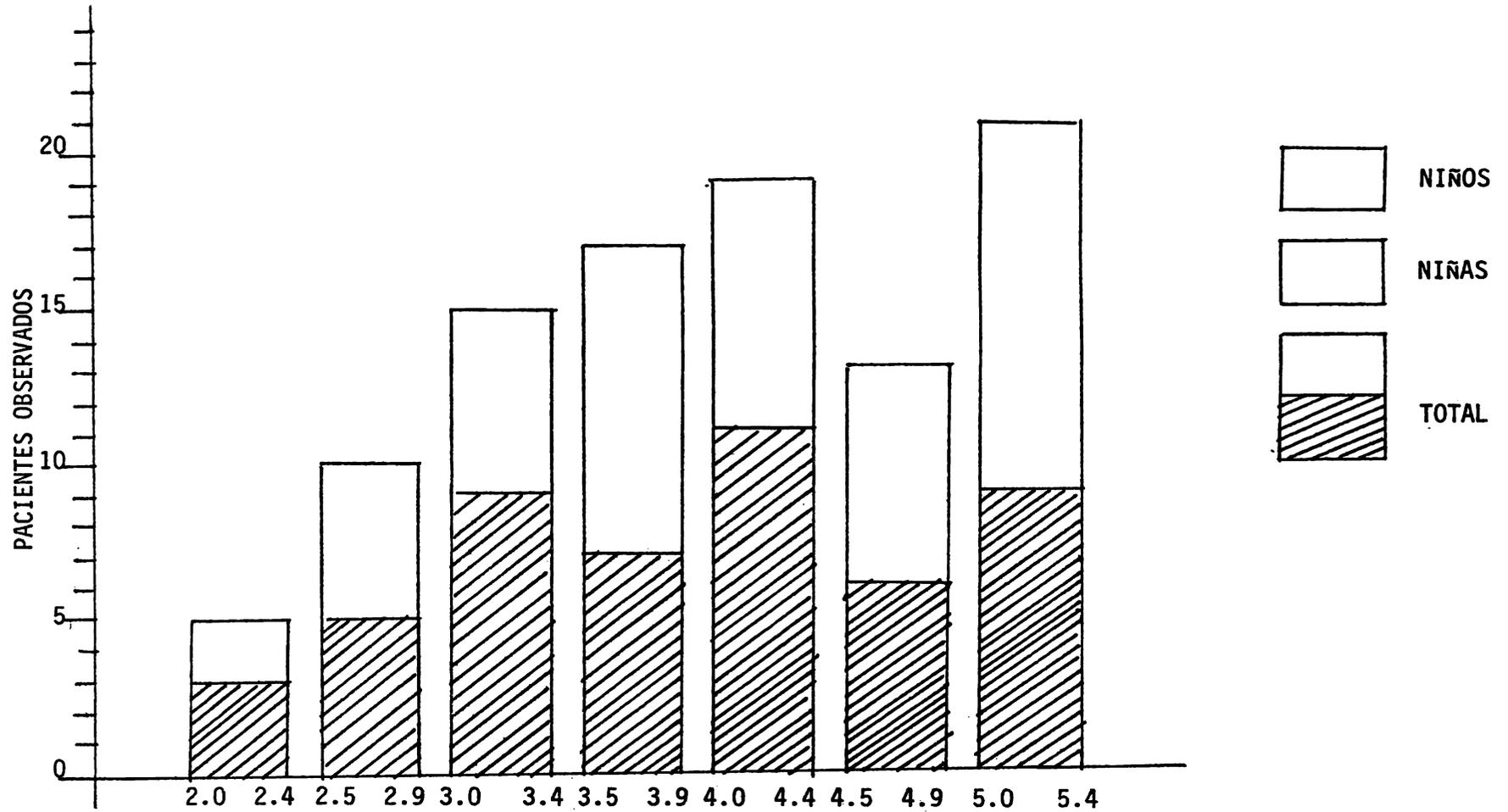


TABLA DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE EDADES

GENERAL DE TODOS LOS PACIENTES

EDAD		TOTAL DE PACIENTES		N I Ñ O S		N I Ñ A S	
INF.	SUP.	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS
2.0	2.4.	10	5.0	5	5.0	5	5.0
2.5	2.9	17	8.5	10	10.0	7	7.0
3.0	3.4	30	15.0	16	16.0	14	14.0
3.5	3.9	39	19.5	15	15.0	24	24.0
4.0	4.4	38	19.0	24	24.0	14	14.0
4.5	4.9	32	16.0	15	15.0	17	17.0
5.0	5.4	34	17.0	15	15.0	19	19.0
TOTAL		200	100.0 %	100	100.0 %	100	100.0 %

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS
DE EDADES.
TOTAL DE PACIENTES OBSERVADOS



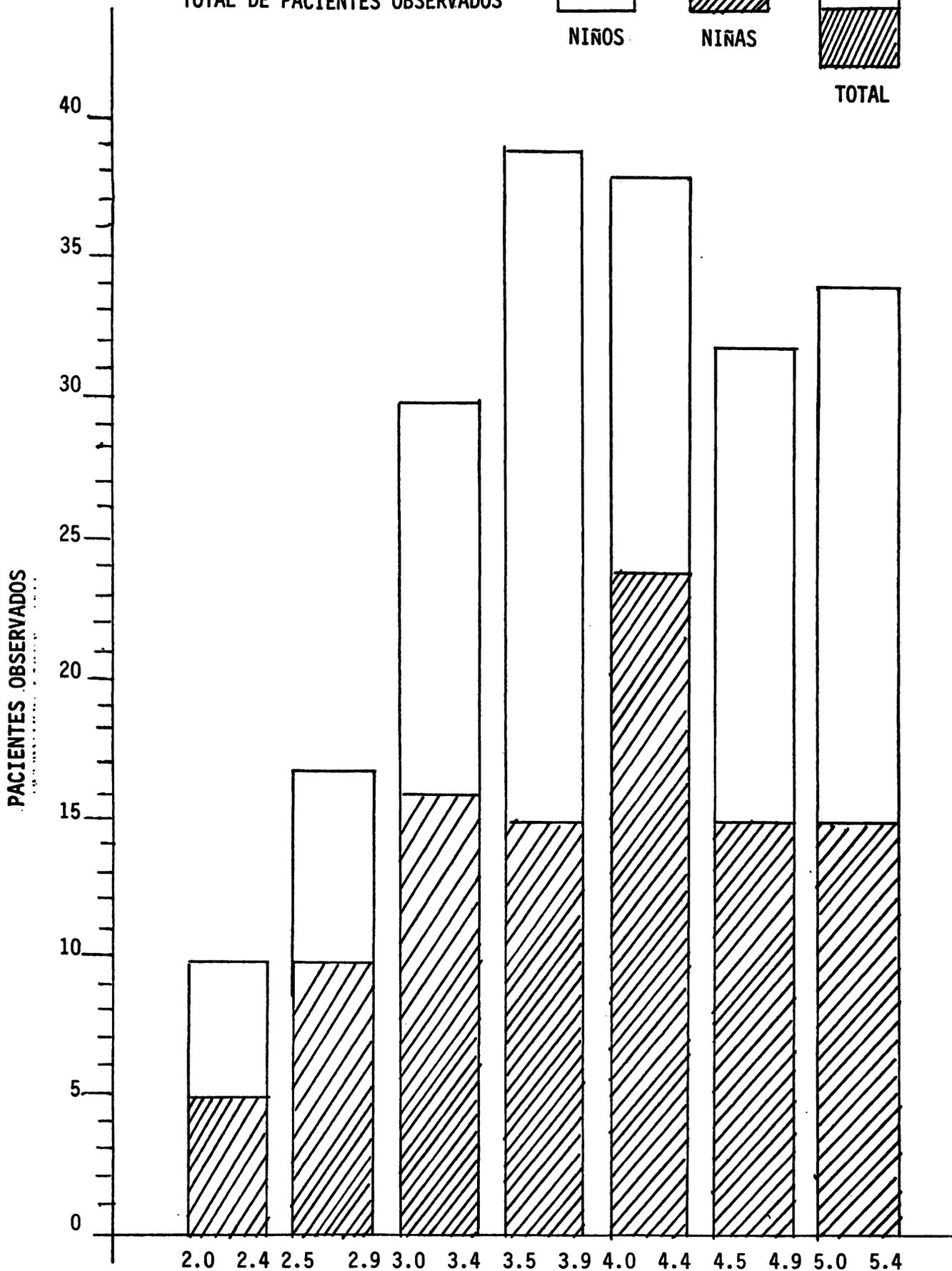
NIÑOS



NIÑAS



TOTAL



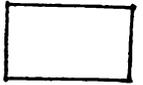
**TABLA DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS
DE NUMERO DE DIENTES**

NO. DE DIENTES	TOTAL DE PACIENTES		N I Ñ O S		N I Ñ A S	
	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS
6	3	1.5	1	1.0	2	2.0
11	6	3.0	1	1.0	5	5.0
15	9	4.5	2	2.0	7	7.0
16	21	10.5	6	6.0	15	15.0
17	18	9.0	12	12.0	6	6.0
18	17	8.5	9	9.0	8	8.0
19	8	4.0	5	5.0	3	3.0
20	115	57.5	62	62.0	53	53.0
21	3	1.5	2	2.0	1	1.0
TOTAL	200	100.0 %	100	100.0 %	100	100.0 %

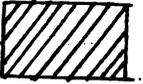
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE NUMERO DE DIENTES

FRECUENCIA DE DIENTES PRESENTES

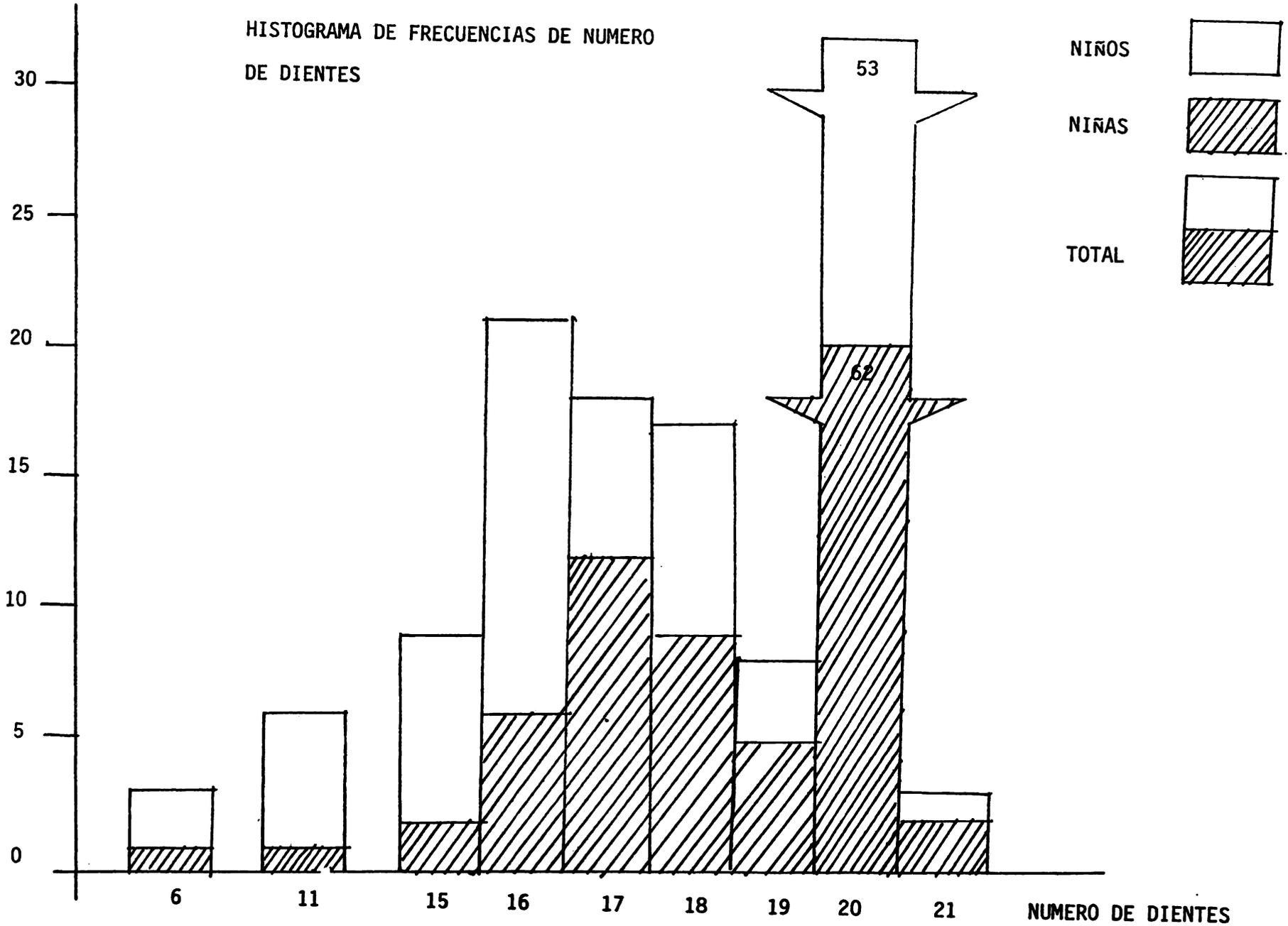
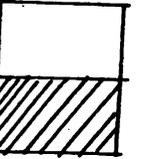
NIÑOS



NIÑAS



TOTAL



" DISCUSION "

Tomando en consideración que el mayor volumen de niños y niñas observados durante el presente estudio se encontró entre los 3 años y los 3 años 4 meses, representando en niños un 26% del total de la población estudiada y en niñas un 25.2% del total de la población estudiada, podemos destacar que a esta edad es cuando ya tenemos los 20 dientes presentes en la boca del niño, lo cual nos va a permitir establecer que los padecimientos bucales tales como: caries, hábito de succión, digital, síndrome de mamila, etc, se generan a partir de esta edad, lo que nos permite realizar de una manera general el enfoque preventivo una vez que el niño tiene sus 20 dientes presentes.

Salvo en aquellos niños que todavía a los 3 años con 3 meses no contaban con todos sus dientes erupcionados, podemos establecer que a partir de este tiempo tomando como límite absoluto los pacientes que presentaron menor número de dientes, fueron sometidos a tratamiento dental de tipo mutilante, el patrón se ajusta en parte a lo establecido en la tabla de Logan, ligeramente modificada por Mc Cally Schour, en donde observamos

la fecha límite de 24 meses para la erupción de los se
gundos molares.

De acuerdo también a lo establecido por el Dr. -
Ralph E. Mc Donald referente a la alimentación con bi-
berón, el mencionado Dr. propone erradicar por comple-
to su uso después de los 6 meses, o sea antes de cum-
plir el año, ya que después de los 12 meses de edad, -
le va a provocar lesiones tempranas en dientes anterio-
res superiores preferentemente, primeros y segundos mo
lares en ambas arcadas, caninos inferiores, sin afec-
tar a los incisivos inferiores. En el presente estu-
dio, este concepto quedó de manifiesto en la mayoría -
de pacientes que fueron observados con este Síndrome,
ya que a partir de los 2 años, los niños que lo presen-
taban ya tenían una gran cantidad de dientes con proce-
sos cariosos instaurados y otros habían sufrido extra^c
ciones prematuras, ya que el problema no pudo ser erra-
dicado a tiempo y los pacientes no contaron con infor-
mación y atención dental apropiada.

Los pacientes con bajos recursos económicos pre-
sentaron un alto índice de caries, alteraciones pulpa-

res y por consecuencia gran destrucción anatómica y funcional.

También se pudo palpar que los dientes posteriores del segmento inferior incluyendo los dos cuadrantes, son los que resultaron más comunmente afectados por caries, lo cual está íntimamente relacionado con el factor nutritivo de la población a diferentes niveles, lo cual es producto del gran consumo de golosinas en los niños de estas edades.

" SUMARIO "

La revisión de la literatura tanto de libros como de revistas y publicaciones de autores de los Estados Unidos, nos permitió estudiar y comparar todos aquellos conceptos de importancia, los cuales tenían que venir a formar parte de la base para estructurar el presente estudio pero en nuestra población.

Esto se logró mediante la realización de 200 historias clínicas individuales, 100 niños y 100 niñas, con diferente nivel socioeconómico, lo cual permitió al observador elegir un método acorde con las condiciones del trabajo, desechando así lo que no se consideraba de importancia para lograr definir el estado real de salud de nuestra población.

Una vez obtenidos los resultados, se procedió a ordenarlos, clasificarlos y revisarlos de manera objetiva para determinar cuál o cuáles son los padecimientos que más frecuentemente podemos encontrar.

Los resultados estadísticos se presentan por medio de tablas de frecuencias, histogramas, etc., para

poder observar de una manera más clara todos aquellos - datos que nos permitan tener idea del problema que existe en nuestro medio.

Definitivamente no podemos llevar a cabo ningún tipo de comparación con estudios de otros países, ya que nuestra problemática actual nos sitúa en desventaja hacia los habitantes de países más desarrollados que el - nuestro.

Dentro de la Revisión de la Literatura, se mencionan en la Historia Clínica, base del estudio, una serie de alteraciones tanto morfológicas como estructurales, las cuales forman parte de los padecimientos buco-dentales que podemos encontrar en niños, pero que no se les dió demasiada importancia debido a que la mayoría de - ellos para ser detectados, se tiene que someter al niño a estudios radiográficos y de otra índole, aún así, se encontraron casos aislados de hipoplasia dental en 4 niños, hubo 2 pacientes con dientes supérnumerarios y un sólo paciente con un diente geminado.

" CONCLUSIONES "

- 1.- Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos motivan de manera determinante a prestar un mejor servicio en aquellas comunidades alejadas de los Centros de Bienestar Social.
- 2.- La ausencia de dientes en los niños objeto del presente estudio estuvo más balanceada hacia aquellos que los habían perdido por falta de atención dental oportuna, asociada a pérdida prematura por el uso del biberón más allá de los 3 años.
- 3.- El mayor índice de dientes afectados por procesos cariosos fue determinante para la población con un nivel socioeconómico más bajo.
- 4.- Las extracciones masivas de que fueron objeto algunos pacientes se debió a la falta de atención dental y a que fueron atendidos en Instituciones en donde no se ofrece ningún tratamiento del tipo conservador de los dientes con caries avanzada.
- 5.- El problema fundamental en cuanto a mala higiene bucal se debe a que los padres de familia que viven en las comunidades, no quieren darse cuenta de los graves trastornos que le ocasionan a sus

hijos los dientes en mal estado.

- 6.- El mayor número de niños con Síndrome de Mamila, - fue encontrado en pacientes de la Primera Comuni - dad 6 niños y 11 niñas.
- 7.- De acuerdo a la recopilación general de datos, el Síndrome de Mamila se presentó en 20 niños de la población total estudiada, representando así el - 8.0%. En niñas se encontraron 22 casos en la po - blación total, lo cual nos da un 8.80%.
En niños de la Primera Comunidad se observó un - - 1.2%.
En niñas de la Primera Comunidad se observó un - - 2.2%.
En niños de la Segunda Comunidad se observó un 0%.
En niñas de la Segunda Comunidad se observó un - - .4%
- 8.- El total de dientes afectados por procesos cario-- sos, fue mayor en niños que en niñas de la pobla - ción total estudiada.
En 100 niños, se encontraron 539 dientes careados.
- 9.- El hábito de succión digital, se presentó en un to - tal de 23 pacientes de toda la población estudiada encontrándose presente en 6 niños y 17 niñas, dan-

do por resultado un porcentaje total de 9.2%, el cual corresponde en un 2.4% a los niños y de un 6.8% para las niñas.

" BIBLIOGRAFIA "

- 1.- Finn Sidney B.
"Odontología Pediátrica"
Edit. Interamericana, 4a. edición, Abril de 1977.

- 2.- Hotz, Rudolf P.
"Odontología para el niño y el adolescente"
Edit. Mundi, 2a. Edición, 1977.

- 3.- Mc Donald Ralph E.
"Odontología para el niño y el Adolescente"
Edit. Mundi, 2a. Edición 1975.

- 4.- Moyers Robert E.
"Manual de Ortodoncia"
Edit. Mundi, 1976,

- 5.- The Case for Preventive Periodontics
* Journal de la Asociación de Dentistas para niños
U.S.A.
Mayo - Junio de 1975.

6.- An Epidemiologic Study of Finger Habits in Preschool Children, as Related to Malocclusion, Socioeconomic - Status, Race, Sex and Size of Community.

* Peter F. Infante, D.D.S. Dr. pH

Journal de la Asociación de Dentistas para niños,
U.S.A.

Enero - Febrero de 1976.

7.- Simplified Treatment of Bottle Baby Syndrome

* Robert L. Frigoletto, D.D.S. MSC.D.

Journal de la Asociación de Dentistas para niños, -
U.S.A.

Marzo - Abril de 1976.

8.- The Effects of a Dietary Supplement of Fresh Oranges on The Oral Health of Children.

* Gary J. Dilley, D.D.S., M.S.

* Leonard G. Koerber, Ed. D.

* James R. Roche, D.D.S.

Journal de la Asociación de Dentistas para niños, -
U.S.A.

Enero - Febrero de 1977,

9.- Fluoride Uptake by Human Enamel from two Methods -
of Topical Application.

* Helga E. Ehudin, Zahnarzt. Certificate in - - -
Pedodontics.

* Narendar N. Soni B.D.S., M.S.M.S.D.

Journal de la Asociación de Dentistas para niños, -
U.S.A.

Mayo - Junio de 1977.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

" HISTORIA CLINICA "

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar en donde se -
efectuó el presente estudio: _____

EXAMEN GENERAL

Goza el niño de buena salud? _____ Está sometido a tratamiento
Médico _____

DIAGRAMA DENTARIO

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1.- No. de dientes _____ | 2.- Dientes cariados _____ |
| 3.- Alt. Morfológicas _____ | 4.- Alt. Estructurales _____ |
| 5.- Hábito de Succión _____ | 6.- Qué dedo de pref. _____ |
| 6.- Hábito de chupón _____ | 8.- Hábito de mamila _____ |
| 9.- Succión labial _____ | 10.- Suc. de carrillos _____ |
| 11.- Lengua Proctáctil _____ | 12.- Hábito de Ceceo _____ |