

144



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CAUSAS MAS FRECUENTES DE PERDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN LA POBLACION INFANTIL QUE ASISTIO A LAS CLINICAS PERIFERICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA U.N.A.M. EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 1997 A MAYO DE 1998

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANA DENTISTA PRESENTA: MA^{RIA} ELIZABETH MENDEZ REYES

Vo. Bo. Hernandez

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN CARLOS HERNANDEZ GUERRERO

ASESORES: MTRA. MA. GLORIA HIROSE LOPEZ

C.D.M.O. PATRICIA CASILLAS LAVIN

ASESOR EN ESTADISTICA: M. en C. HAROLDO ELORZA PEREZ



MEXICO, D.F.

278516

ABRIL DEL 2000



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.

AGRADECIMIENTOS.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por permitirme realizar como profesionalista.

Gracias.

A la **Facultad de Odontología** por contribuir a mi formación como **Cirujano Dentista**.

Gracias.

A la **División de Estudios de Posgrado** y al **Laboratorio de Inmunología** por su valiosa colaboración en la realización de esta tesis.

Gracias.

Al **Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología** por todo el apoyo y dedicación que me brindaron.

Gracias.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Hipótesis.....	12
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Materiales y métodos.....	14
Recursos humanos.....	16
Recursos materiales.....	16
Métodos de registros de datos.....	16
Resultados.....	37
Discusión.....	46
Conclusiones.....	48
Bibliografía.....	49
Anexos:	
• Odontograma de registros.....	52
• Historia clínica.....	53
• Cuestionario.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS

Gráficas	Página
Gráfica 1.....	17
Gráficas 2 y 3.....	18
Gráficas 4 y 5.....	19
Gráficas 6 y 7.....	20
Gráficas 8 y 9.....	21
Gráficas 10 y 11.....	22
Gráficas 12 y 13.....	23
Gráficas 14 y 15.....	24
Gráficas 16 y 17.....	25
Gráficas 18 y 19.....	26
Gráficas 20 y 21.....	27
Gráficas 22 y 23.....	28
Gráficas 24 y 25.....	29
Gráficas 26 y 27.....	30
Gráficas 28 y 29.....	31
Gráficas 30 y 31.....	32
Gráficas 32 y 33.....	33
Gráficas 34 y 35.....	34
Gráficas 36 y 37.....	35
Gráficas 38 y 39.....	36
Tabla I.....	41
Tabla II.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICAS DE RESULTADOS

Gráficas de resultados	Página
Gráficas 40, 41 y 42.....	42
Gráficas 43 y 44.....	43
Gráficas 45, 46 y 47.....	44
Gráficas 48 y 49.....	45

RESUMEN

Este trabajo fue realizado con la finalidad de determinar las causas más frecuentes de pérdida de dientes primarios, encontrándose que las causas principales son la caries dental, traumatismos y otras causas no especificadas; así mismo se pudo valorar que los dientes que con mayor frecuencia se pierden son los incisivos centrales superiores y los primeros molares superiores e inferiores.

El estudio fue realizado en una población infantil de las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología U.N.A.M., tomando en consideración a pacientes que contaban con educación preescolar y primaria, con una edad comprendida entre 3 y 12 años tomando en cuenta ambos sexos. Para ello se valoraron historias clínicas obtenidas en dichas Clínicas Periféricas.

Este trabajo fue realizado y apoyado por el proyecto de CONACYT. No. 27615 M.

Los resultados obtenidos son: los dientes deciduos se pierden por caries, traumatismos y causas no especificadas, predominando el sexo masculino en un 60% y el femenino representando un 40% del total de pacientes. Se concluyó que los dientes que presentaron un mayor índice de pérdida fueron los incisivos y el primer molar superior, seguido del primer molar inferior.

Es importante cuidar la dentición primaria, porque sirve de guía para la segunda dentición y de este modo se previene la presencia de maloclusiones dentales.

INTRODUCCIÓN

Es preocupante la pérdida de los dientes de la primera dentición no solamente por la pérdida de la función, sino porque también aumenta la posibilidad de que otros dientes se mesialicen. Sería adecuado que al realizar un plan de tratamiento el odontólogo predijera las secuelas de todas las combinaciones posibles en la pérdida prematura de los dientes primarios, tomando en consideración las etapas y características del desarrollo dental. Por esta razón este estudio es una acumulación de reportes de casos en los cuales se proporcionaron una gran variedad de circunstancias sobre la importancia de la pérdida prematura de los dientes de la primera dentición.

En esta investigación se hablará acerca de las causas más frecuentes de la pérdida de dientes en la dentición infantil, como son: la caries y traumatismos, existiendo otras enfermedades dentales de gran frecuencia entre los niños, como la caries por alimentación infantil. Así mismo se mostrará cuales son las piezas afectadas con mayor frecuencia

La importancia de esta investigación radica en identificar una problemática y así poder evitar que los niños pierdan una o varias piezas dentales y esto los lleve por consecuencia a una maloclusión dental como el apiñamiento o la pérdida de espacio.

En la práctica odontológica debemos promover en forma óptima la Odontología Preventiva. Por esta razón se revisaron los expedientes de las Clínicas Periféricas de la FO, UNAM, obteniendo un interesante número de casos, los cuales mostraron una gran variedad de factores causales de la pérdida prematura de los dientes.

ANTECEDENTES

La pérdida prematura de dientes deciduos en cualquier niño, puede comprender una o varias piezas primarias anteriores y posteriores. Estas pérdidas pueden ser provocadas por diversas causas como son: traumatismos, caries y enfermedad periodontal. (1)

Otra de las causas de pérdida dental prematura por traumatismo suelen ser los accidentes automovilísticos, ya que al golpearse contra el parabrisas o tablero, los niños sufren lesiones dentarias en donde los dientes más afectados suelen ser los incisivos superiores. En el caso de los traumatismos graves, los dientes pueden perderse por reabsorción radicular patológica y degeneración pulpar. Una causa más es el maltrato a los niños. (2)

Es importante prevenir todas las posibles combinaciones que puede haber en las pérdidas prematuras de dientes primarios, considerando las diferentes etapas y características del desarrollo dental. (3)

La caries dental es una de las causas principales de pérdida de espacio, dando lugar a maloclusiones, debido a que se disminuye el diámetro mesiodistal del diente. (4)

Los factores ambientales son: hábitos orales, traumas dentales, pérdida precoz de dientes temporales y enfermedades crónicas severas durante la niñez. La presencia de apiñamiento primario, anomalías en la erupción, migración dental, hábitos orales, respiración bucal y postura anormal de la lengua puede perjudicar al mecanismo dentoalveolar y llevar de ese modo a la maloclusión. La mayoría de las veces el desarrollo de la maloclusión es causado por un mecanismo compensador dentoalveolar no funcional incompleto o deteriorado, más que por una verdadera discrepancia en la relación intermaxilar. (4)

Las pérdidas prematuras provocan el aumento en la prevalencia de maloclusiones por pérdida de espacio, además de efectos del crecimiento y el desarrollo en los patrones dentales. (5)

Generalmente se acepta que la pérdida prematura de los dientes deciduos se asocia con la maloclusión de los dientes permanentes; se ha reportado que los niños con pérdida prematura de los caninos y molares temporales requieren aproximadamente más de un tratamiento ortodóntico, que aquéllos que no han perdido los dientes primarios prematuramente. (6)

La pérdida de un segundo molar primario es particularmente grave, pues permite la migración mesial del primer molar permanente. Los principales elementos que modifican la magnitud de la migración mesial y distal de los dientes son: el grado de apiñamiento en el arco, el diente primario extraído, y la edad del paciente. Cuando los incisivos permanentes se desvían hacia distal invaden el espacio que se requiere para el canino permanente en ese cuadrante; como resultado, el canino o un premolar en el cuadrante se apiña fuera de la arcada. Por eso el apiñamiento y espaciamiento de la dentición dependen del espacio disponible en los arcos dentarios y del diámetro mesiodistal de los dientes (3)

La pérdida prematura de dientes temporales también es causa de apiñamiento dentoalveolar en la dentición permanente y depende de varios factores que son los siguientes: (3)

Región afectada: la migración mesial es más pronunciada después de la pérdida prematura del segundo molar superior temporal. (3)

Estadio de desarrollo: la pérdida de molares temporales antes de los 7 años de edad origina apiñamiento en la dentición permanente. (3)

Condiciones generales: cuanto más temprano sea el apiñamiento mayor será la pérdida de espacio. (3)

Si la desviación distal se presenta de un solo lado, después de la extracción unilateral de un diente primario, la coincidencia vertical de la línea media maxilar y mandibular se pierde y se desvía la línea media. (3)

Una línea media desviada nos indica desviación distal unilateral de incisivos permanentes, es un problema mayor porque produce apiñamiento asimétrico, que es más difícil corregir que el simétrico. (7)

La caries es una de las enfermedades dentales más importantes que pueden afligir a los infantes; la caries por alimentación infantil es una de las más dolorosas, serias y debilitantes. Se ha definido como un deterioro severo y desenfrenado, involucrando a los incisivos primarios seguidos de los molares superiores y raramente los incisivos inferiores. (8)

En la dentición primaria es común que a los tres años de edad de 25 a 65 % de los niños estén afectados por caries dental siendo la distribución en las superficies oclusales, vestibular - lingual y proximal de los primeros molares menos susceptibles a la caries oclusal debido a la falta de foseetas y fisuras profundas en comparación con los segundos molares primarios. (2)

El establecimiento temprano del *Streptococcus mutans* en la boca del lactante produce una mayor incidencia de caries. El consumo de azúcar en la niñez a temprana edad está ligado a los niveles de caries; los índices de dientes cariados y perdidos se correlacionan con ingestas de más de 95g/día, mientras que los índices inferiores se asocian con un consumo diario de azúcar menor de 50g. Está demostrado que los chupetes cubiertos de miel y otros endulzantes son perjudiciales para la dentición; otros factores que contribuyen al riesgo de caries son una higiene bucal deficiente, además de un nivel socioeconómico muy bajo y una mala nutrición. (9)

Otro factor causante de la pérdida de dientes es la extracción seriada. Dewel sugiere que el procedimiento denominado extracción seriada, debe ser ordenado y en una secuencia predeterminada de dientes temporales; éste se recomienda cuando las arcadas dentales son inadecuadas para los dientes en desarrollo, cuando hay una maloclusión grave de clase I, en niños con arcada insuficiente para el número de dientes. También se utiliza cuando hay un apiñamiento grave de los dientes anteriores y cuando la raíz del diente temporal tiene un tercio. (10)

Melsen estudió la relación entre las extracciones prematuras por caries en dientes de la primera dentición y su oclusión; 204 niños experimentaron pérdida prematura de dientes primarios y el autor concluyó que estas extracciones prematuras tienen un efecto importante en el desarrollo de la oclusión, provocando un incremento en la frecuencia de maloclusiones y la consecuente necesidad de tratamiento ortodóntico. (10).

Brin reporta que las extracciones prematuras pueden afectar el tiempo normal de erupción de los premolares, ya sea retardándolo o acelerándolo. (13)

Hartman menciona que una de las causas de extracción prematura de los segundos molares primarios se debe a la erupción ectópica del primer molar permanente, que da por resultado la resorción radicular del segundo molar primario y su exfoliación prematura. (11)

Hoffding registró una frecuencia del 90% de maloclusiones en un grupo de niños a los que se les había realizado extracciones prematuras y un 79.7% en un grupo en el que no hubo extracciones. (7)

En dicha investigación se demostró que la pérdida prematura de molares primarios tiene una influencia definitiva en la oclusión y el espacio de la dentición permanente. Además se encontró que los molares primarios inferiores se extraen tres veces más que los superiores. (7)

Por lo tanto lo más adecuado sería poder prevenir las secuelas de todas las posibles combinaciones de pérdidas prematuras de dientes primarios, considerando las diferentes etapas y características del desarrollo dental. (12)

McGregor concluyó que los premolares erupcionan más rápidamente en pacientes con infecciones periapicales en el área de la extracción del molar primario. (7)

Lautertein y otros, reportaron asimetría en los patrones de erupción de un grupo de 28 niños con molares primarios pulpotomizados. (7)

Aldo evaluó la erupción del diente y concluyó que la extracción prematura de los molares primarios podría acelerar la erupción del sucesor permanente. (13)

Poosen estudió 121 molares que se habían perdido prematuramente y concluyó que la erupción de los premolares se retrasa en niños que perdieron sus dientes primarios entre los 4 y 5 años. (13)

Uno de los factores más importantes en la prevención de la maloclusión es la conservación de los dientes temporales sanos hasta el momento de su exfoliación normal, ya que si se extraen precozmente pueden producirse ciertos problemas en el desarrollo de la dentición permanente. (14)

Por eso es importante conservar el espacio en estos casos. Cuando existe una oclusión normal en un principio y el examen radiográfico revela que no existe deficiencia en la longitud de la arcada, la extracción prematura de los molares deciduos debido a caries, puede causar maloclusión, salvo que utilice mantenedores de espacio. Por lo anterior, cuando se presenta pérdida de una o más unidades dentarias, puede haber desequilibrio e impedir que la naturaleza establezca una oclusión normal y sana. (11)

Para Antun y Marstrander el grado de cierre de espacio varía de persona a persona, y es difícil de predecir. Sin embargo, ellos observaron que es más pronunciado en la maxila que en la mandíbula, después de la pérdida del segundo molar primario. (15)

Los efectos de la pérdida precoz de la primera dentición varían según diversos factores, como son el espacio de la arcada y los efectos en las relaciones sagital, vertical y dentaria. Otros factores que influyen son: el momento en que se lleva a cabo la extracción, el número de dientes perdidos, la intercuspidadación, la función muscular y los hábitos orales existentes. (16)

Por lo general, la erupción de un diente permanente se retrasa cuando se extrae muy precozmente el diente primario y se acelera cuando la extracción se realiza en un momento más tardío o bien cuando ha habido destrucción ósea por encima del diente permanente. (17)

El Síndrome de Papillon-Lefevre (PLS) es relativamente raro; cuando se presenta puede haber pérdida ósea a los 2 años de edad. (18)

La pérdida ósea que caracteriza esta condición puede ser muy extensa, rápida y puede dar como resultado la pérdida de uno o varios dientes. (19)

Este síndrome presenta una herencia recesiva y autosomal, rasgos característicos como la hiperqueratosis de las palmas y de los pies, al igual que la pérdida dental. Hay dos agentes causales del PLS y parecen tener un defecto celular inmune involucrado, una disminución en la respuesta de fitohematoglutina por linfocitos o disminución de las funciones quimiostáticas o fagocíticas de los leucocitos, neutrófilos. (18)

Un típico caso del PLS se presenta en la encía inflamada y enrojecida marcada de un fuerte olor y profundas cavidades que exudan pus; está presente la movilidad que afecta a los dientes. (11)

En la periodontitis idiopática precoz, hay una pérdida espontánea del hueso alveolar y caída de los dientes, se ven involucradas ambas denticiones y hay una notoria gingivitis asociada. Estas observaciones por sí solas distinguen esta condición de la histiocitosis e hipofosfatasa, todas las pruebas de laboratorio suelen estar dentro de los límites normales. (6)

Se han reportado periodontitis familiares, lo que indica una pauta genética involucrando a los dientes. (6)

En la periodontitis juvenil o prepuberal, no es rara la pérdida ósea, se presenta un deterioro de hueso alveolar, la exposición de superficies radiculares y movilidad dentaria. Excepto en casos de enfermedad sistémica, el daño es irreversible y produce pérdida dental prematura. (5)

En la periodontitis prepuberal, no son frecuentes los reportes de extracciones dentarias en la dentición primaria. Sin embargo, el Dr. Page reporta cinco casos clínicos de periodontitis prepuberal que afectaron a la dentición primaria; sólo en uno de los casos reportó pérdida de hueso severo, decidiendo extraer los dientes. (20)

Virgin reporta que la presencia de enfermedades sistémicas relacionadas con el PLS, manifiesta destrucción periodontal crítica, dando como consecuencia la pérdida de dientes primarios y permanentes. (21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México es importante tomar conciencia acerca de las causas más frecuentes de pérdida de dientes deciduos ya que éstas ocasionan graves problemas para la población infantil.

Las estadísticas reflejan que a la edad de 6 años los niños presentan un CPO-D 0.46, de los cuales el 90% está cariado y el 5.5% presenta obturación. A los 12 años un niño promedio del D.F. presenta un CPO-D 4.1, del cual el 86% están cariados y el 5.8% están obturados; en el 5.3% de los casos la extracción está indicada y el 2.1% ya fue perdido.⁽²²⁾

Lo anterior demuestra la importancia de realizar estudios acerca de la pérdida de los dientes temporales, para evitar mal posiciones dentales en los niños y a su vez proteger la dentición permanente para lograr una buena oclusión.

JUSTIFICACIÓN

En la práctica odontológica se ha observado con gran preocupación que en la población infantil de México (niños de 3 a 12 años de edad), con un nivel económico y nutricional medio, se presenta con gran frecuencia pérdida de piezas dentarias. No solamente hablamos de una pieza dentaria por individuo, por lo general, son de 2 a 4 piezas dañadas, que antes de su pérdida ocasionan graves problemas de salud bucal, llevando esto a tratamientos dentales muy molestos para los pequeños, como son: pulpotomías, pulpectomías y extracciones, además de su alto costo que repercute en la economía familiar.

Estas pérdidas dentarias son muy frecuentes y de gran trascendencia, por lo que se consideró importante realizar una investigación retrospectiva para obtener, ampliar y actualizar información que nos resolviera las diferentes interrogantes.

En México son muy pocos los reportes de las pérdidas de dientes temporales en niños, así que por esta razón se llevó a cabo la presente investigación para poder abordar este tema y obtener más información.

HIPÓTESIS

Los principales factores que determinan la pérdida de dientes deciduos en la población infantil que asistió a las Clínicas Periféricas de la FO, UNAM, son la caries y los traumatismos.

TIPO DE ESTUDIO: Retrospectivo y descriptivo.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la frecuencia de las pérdidas dentales en los niños que asistieron a las Clínicas Periféricas, determinando las posibles causas, para poder determinar los factores condicionantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar la cantidad total de piezas dentarias perdidas en los pacientes que asistieron a las Clínicas Periféricas.

2.- Determinar la mayor frecuencia en pérdidas dentarias entre las arcadas superior e inferior.

3.- Determinar qué piezas dentarias son las más afectadas en la dentición temporal, en pacientes de 3 a 12 años que asistieron a las Clínicas Periféricas, por enfermedades dentales y traumatismos.

4.- Determinar en qué sexo predomina la pérdida de dientes primarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Para la presente investigación, se considero a *niños y niñas que asistieron a las siguientes Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología (U.N.A.M.), en el periodo de septiembre de 1997 a mayo de 1998:*

- a) Águilas.
- b) Xochimilco.
- c) Dr. José Salazar Ibarregui.
- d) Padiema.
- e) Milpa Alta.
- f) Venustiano Carranza.
- g) Dr. Víctor Díaz Pliego.
- h) Aragón.
- i) Naucalpan.
- j) Dr. Salomón Evelson G.

Por medio de una encuesta realizada en las Clínicas Periféricas en el período septiembre de 1997 a mayo de 1998, se establecieron los indicadores de clase social, para poder determinar los diferentes estatus sociales de la población a estudiar. (Anexos, I, II y III)

MUESTRA

Se revisó un total de 350 historias clínicas del turno matutino de las cuales sólo 97 presentaron las características de pérdida de dientes deciduos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A) Edad de 3 a 12 años.
- B) Pacientes que asistieron a las Clínicas Periféricas de la FO, UNAM, en el turno matutino.
- C) Niños aparentemente sanos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- A) Historias Clínicas incompletas.

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE DEPENDIENTE: Pérdida de dientes primarios

VARIABLE INDEPENDIENTE: Caries dental y traumatismos.

DEFINICION OPERATIVA:

- A) Caries Dental.- Lesión de una foseta, fisura o superficie lisa del diente que tenga un piso blando detectable, pérdida del soporte del esmalte o paredes reblandecidas.
- B) Pérdida de Dientes.- Es la ausencia de dientes en la boca.
- C) Traumatismo.- *Estado general particular creado por la acción de una violencia externa sobre nuestro organismo.*

RECURSOS HUMANOS

Este estudio se realizó en las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la tesista Ma. Elizabeth Méndez Reyes, en colaboración con el Laboratorio de *Inmunología*, el investigador Dr. Juan Carlos Hernández Guerrero, la asesoría de la C.D. M.O. Patricia Casillas Lavín y M. En C. Haroldo Elorza Pérez Tejada, que llevó a cabo el análisis estadístico del estudio.

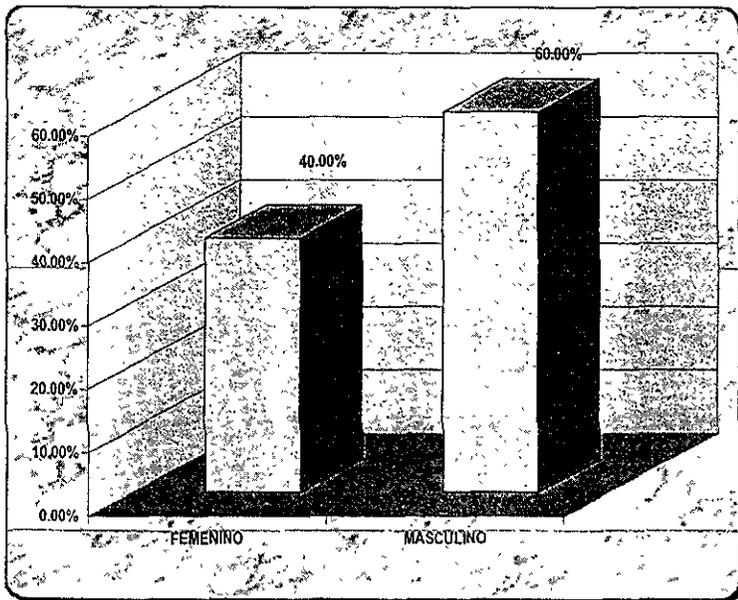
RECURSOS MATERIALES

- 1.- Expedientes de Odontopediatría en las diferentes Clínicas Periféricas.
- 2.- Papelería.
- 3.- Historia Clínica.

MÉTODOS DE REGISTROS DE DATOS

Se llevó a cabo una recolección directa de datos de Historias Clínicas y odontogramas de las Clínicas Periféricas de la FO, U.N.A.M.

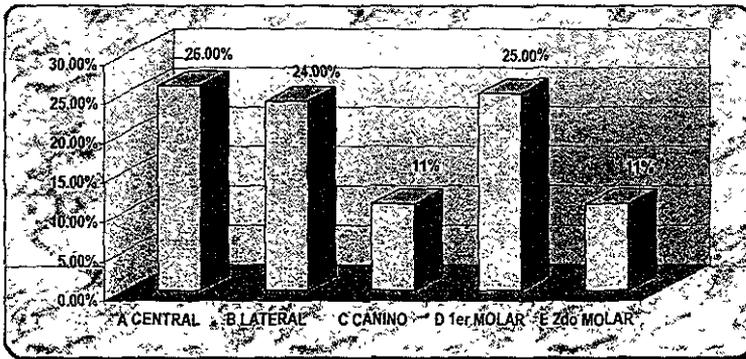
SEXO FEMENINO = 39 PACIENTES 40%
SEXO MASCULINO = 58 PACIENTES 60%
TOTAL = 97 PACIENTES 100%



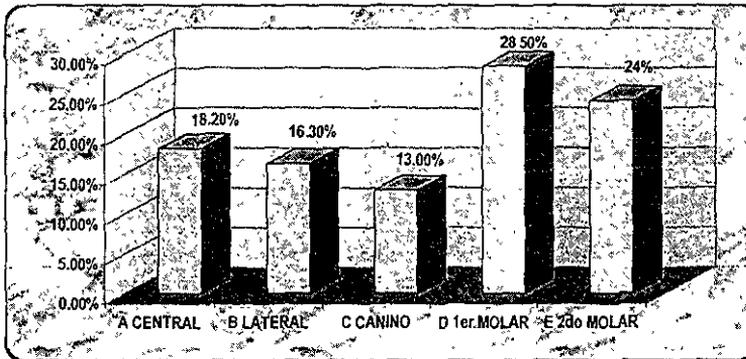
GRÁFICA 1 - TOTAL DE DIENTES PERDIDOS, SIENDO EL SEXO MASCULINO EL QUE PREDOMINA CON EL

60%.

GRÁFICA 2.
TOTAL DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS SUPERIORES.

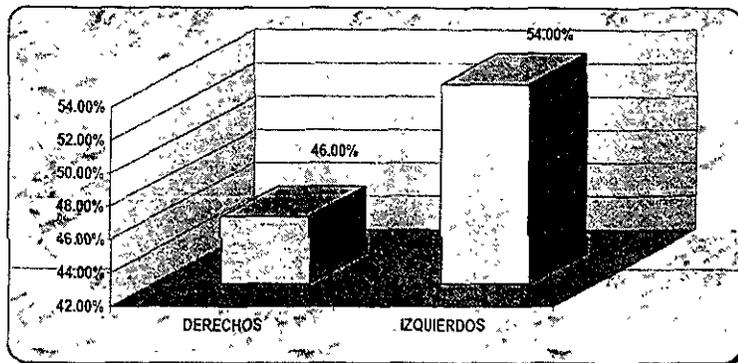
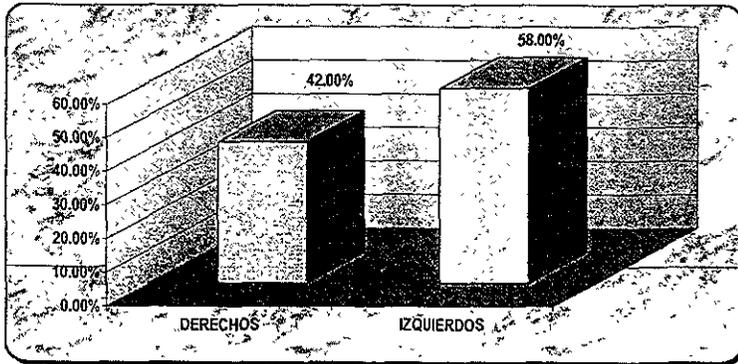


GRÁFICA 3.
TOTAL DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS INFERIORES.



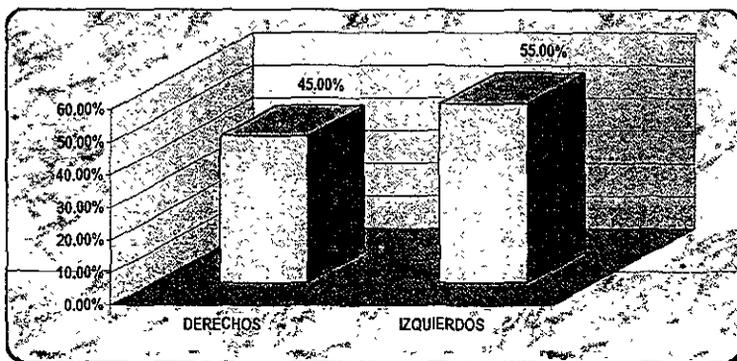
EN LAS GRÁFICAS 2 Y 3 COMPARAMOS EL TOTAL DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS, TANTO EN SUPERIORES COMO EN INFERIORES

GRÁFICAS 4 Y 5.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN AMBOS SEXOS
POR CUADRANTE SUPERIORES.

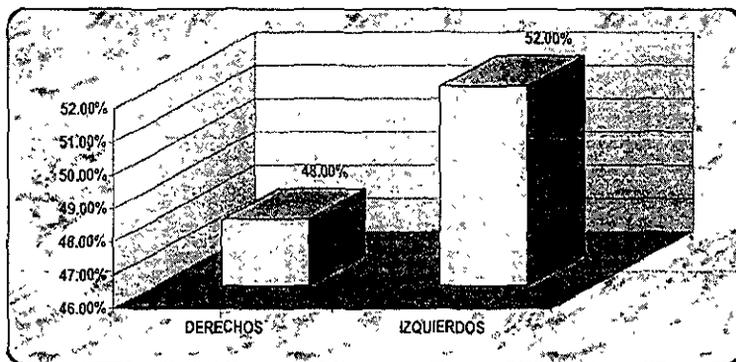


GRAFICAS 4 Y 5 EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA ES MAYOR EN EL CUADRANTE IZQUIERDO EN SUJETOS DE AMBOS SEXOS.

GRÁFICA 6.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS DEL LADO IZQUIERDO INFERIOR
EN EL SEXO MASCULINO.



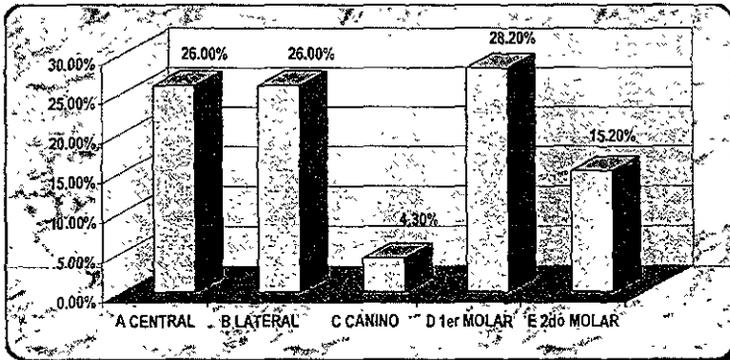
GRÁFICA 7.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS DEL LADO IZQUIERDO
INFERIOR EN EL SEXO FEMENINO.



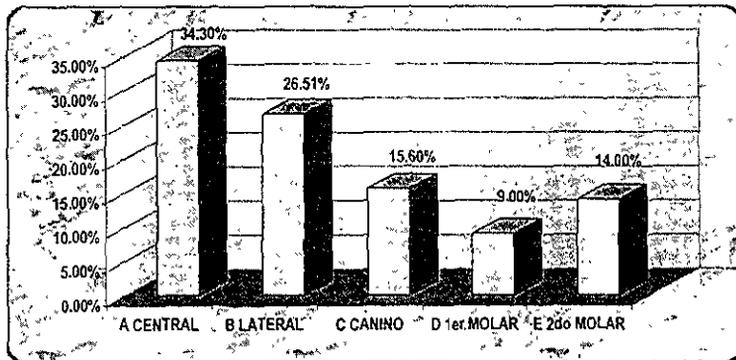
GRÁFICAS 6 Y 7, SE OBSERVA QUE EN EL SEXO FEMENINO EN EL LADO DERECHO, ES MENOR LA PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS QUE EN EL SEXO MASCULINO.

GRÁFICAS 8 Y 9.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN EL SEXO MASCULINO.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.



CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

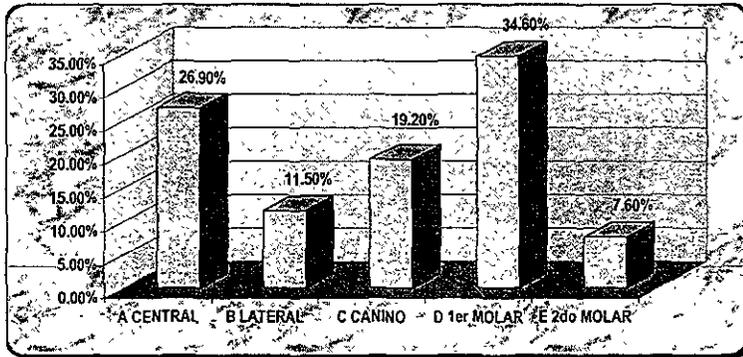


GRÁFICA 8 MUESTRA QUE EL DIENTE CON MENOS PÉRDIDA ES EL CANINO Y LA GRÁFICA 9 MUESTRA

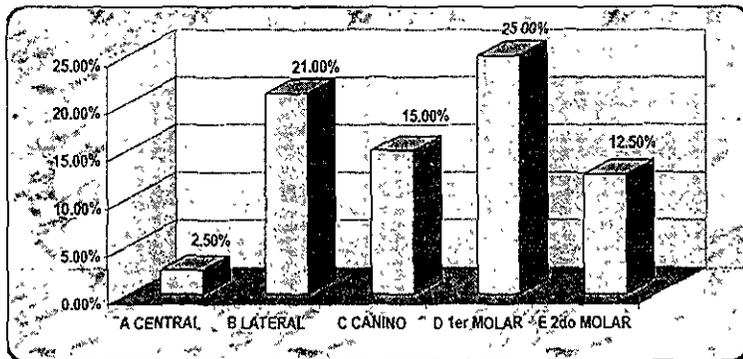
QUE LOS DIENTES QUE MÁS SE PIERDEN SON EL CENTRAL Y EL LATERAL

GRÁFICAS 10 Y 11.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN EL SEXO MASCULINO.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.

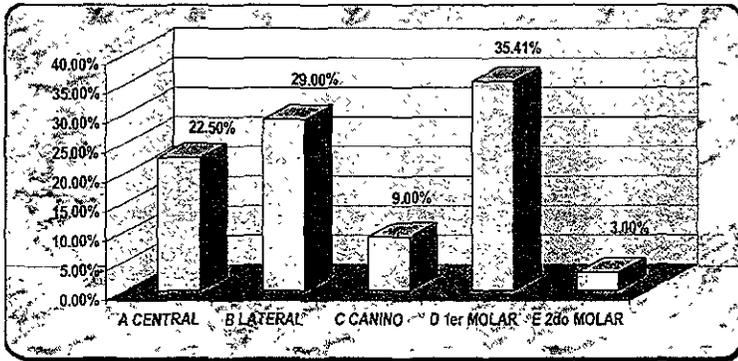


GRÁFICAS 10 Y 11, LOS DIENTES QUE MÁS SE PIERDEN EN EL SEXO MASCULINO SON A Y D DEL LADO

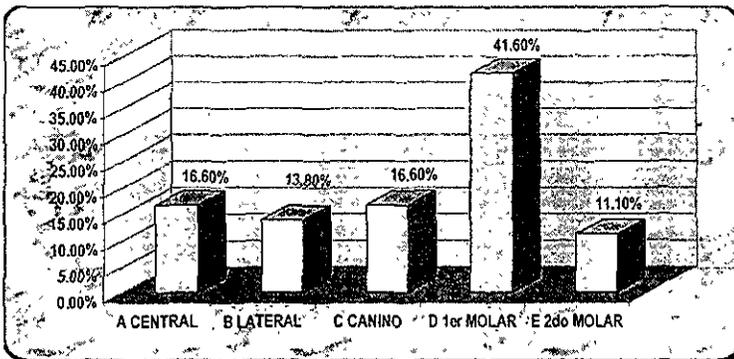
INFERIOR DERECHO Y EL B Y D DEL LADO INFERIOR IZQUIERDO

GRÁFICAS 12 Y 13.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN EL SEXO FEMENINO.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.



CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

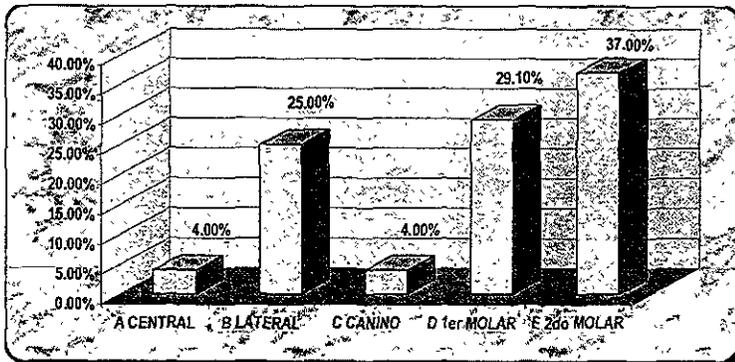


GRÁFICAS 12 Y 13, EN AMBOS CUADRANTES SUPERIOR DERECHO E IZQUIERDO EL DIENTE QUE

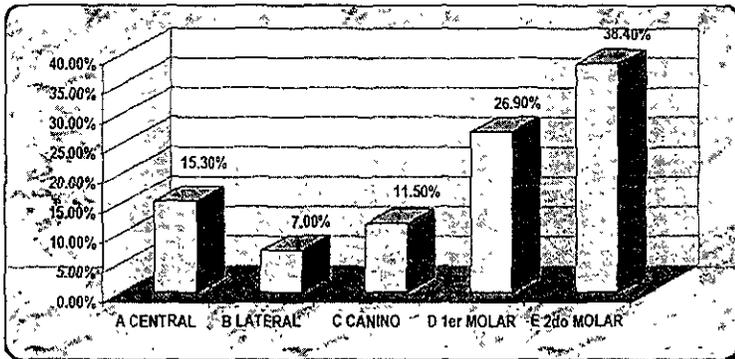
PRESENTA UNA MAYOR PÉRDIDA ES EL 1er MOLAR

GRÁFICAS 14 Y 15.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN EL SEXO FEMENINO.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



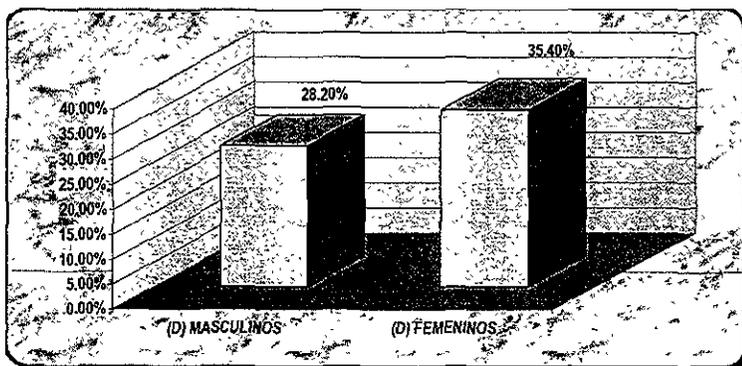
CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.



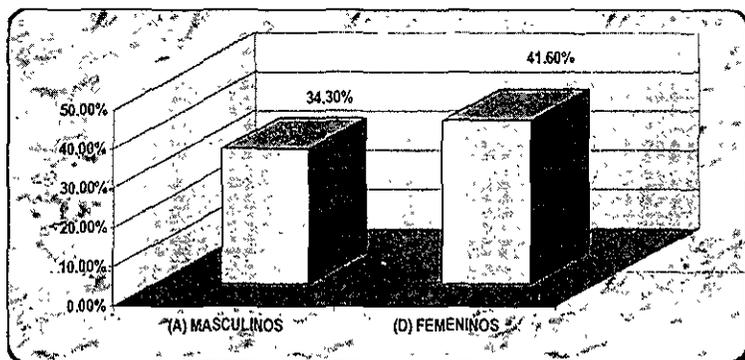
GRÁFICAS 14 Y 15, SE OBSERVA QUE LOS DIENTES E, D, B FEMENINOS INFERIORES DERECHOS, SE PIERDEN CON MAYOR FRECUENCIA AL IGUAL QUE EL D Y E FEMENINOS INFERIORES IZQUIERDOS. NÓTESE QUE A Y C INFERIORES DERECHOS CASI NO SE PIERDEN.

GRÁFICAS 16 Y 17.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN AMBOS SEXOS.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.



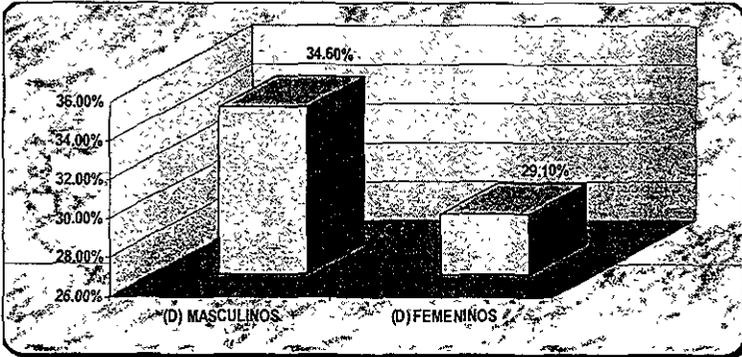
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.



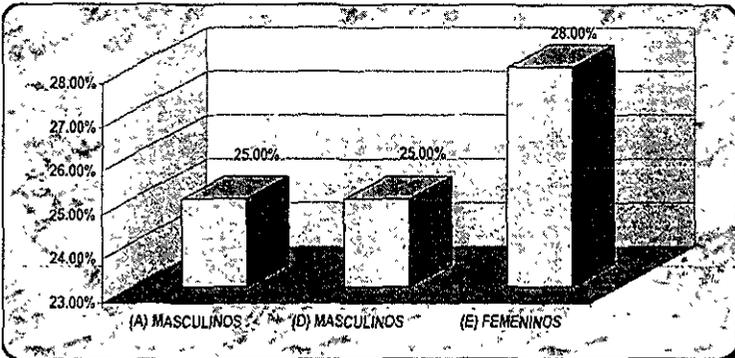
GRÁFICAS 16 Y 17, SE OBSERVA QUE EN AMBOS SEXOS EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO EL DIENTE QUE MAS SE PIERDE ES EL 1er MOLAR Y EN EL CUADRANTE IZQUIERDO ES EL CENTRAL Y 1er MOLAR.

GRÁFICAS 18 Y 19.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN AMBOS SEXOS.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



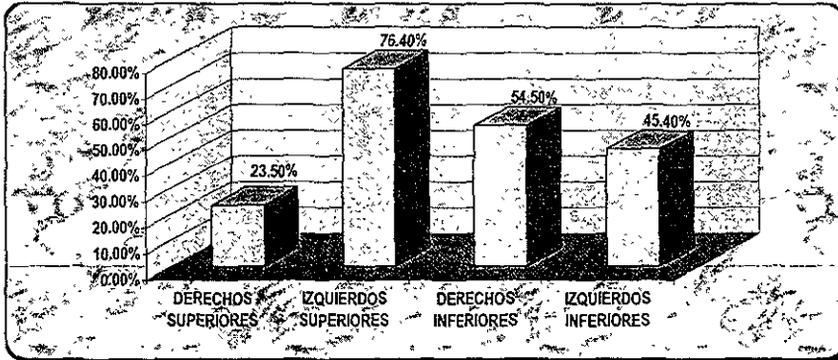
CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.



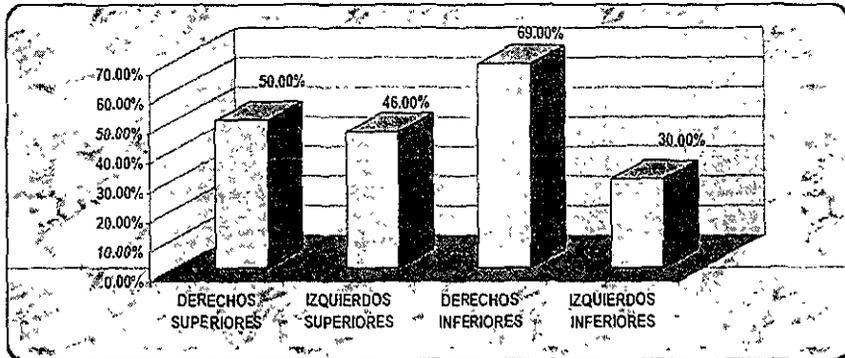
GRÁFICAS 18 Y 19. EL DIENTE QUE MÁS SE PIERDE ES EL 1er MOLAR, EN EL CUADRANTE INFERIOR DERECHO EN EL SEXO MASCULINO Y EN EL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO ES EL 2do MOLAR EN EL SEXO FEMENINO.

GRÁFICA 20 Y 21.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS DEL TOTAL A NIVEL PREESCOLAR
 EN AMBOS SEXOS.

SEXO MASCULINO.



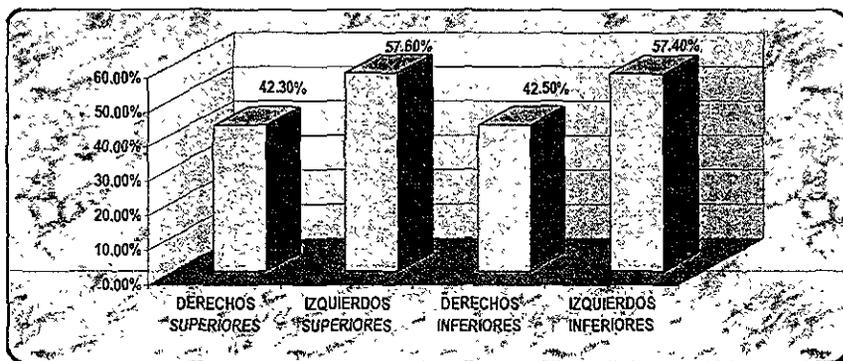
SEXO FEMENINO.



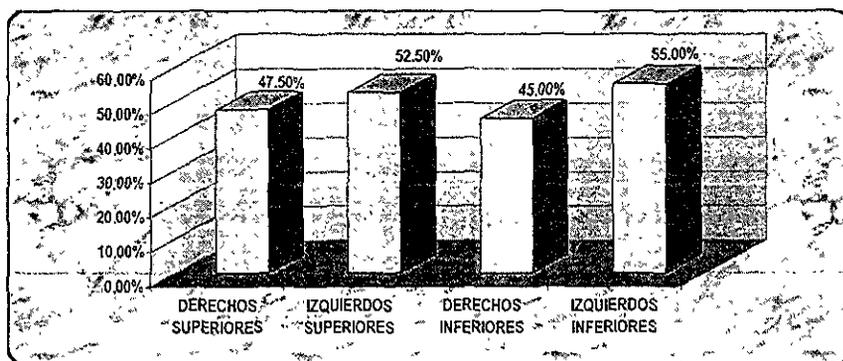
GRÁFICAS 20 Y 21, EN EL SEXO MASCULINO EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO PRESENTA MAYOR PÉRDIDA Y EN EL SEXO FEMENINO ES EL CUADRANTE DERECHO INFERIOR.

GRÁFICA 22 Y 23.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PRIMARIA EN AMBOS SEXOS.

SEXO MASCULINO.



SEXO FEMENINO.

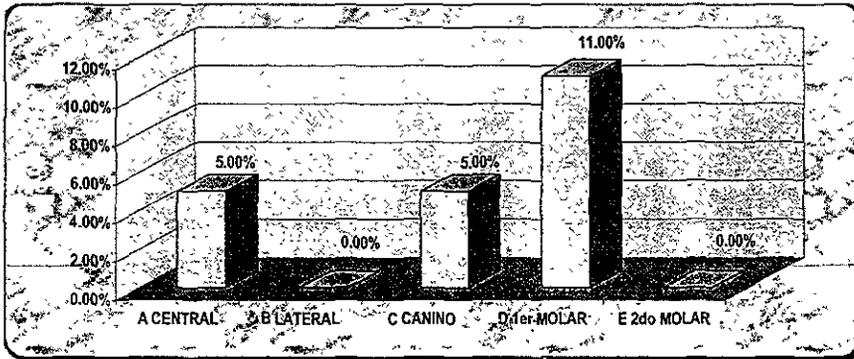


GRÁFICAS 22 Y 23. LOS CUADRANTES MÁS AFECTADOS EN EL SEXO MASCULINO SON EL SUPERIOR E INFERIOR

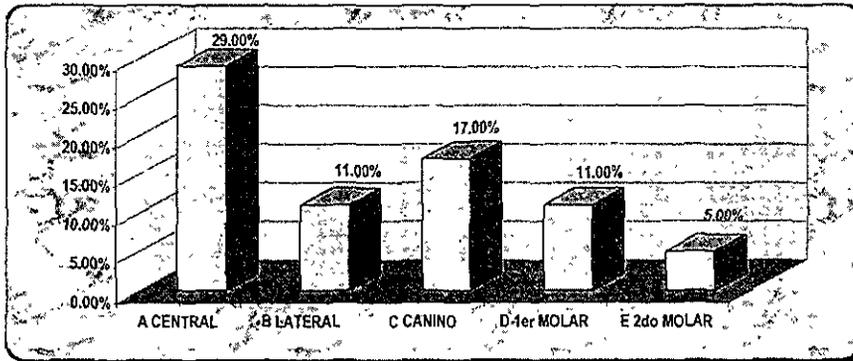
IZQUIERDOS Y EN EL SEXO FEMENINO SON LOS CUADRANTES SUPERIOR E INFERIOR IZQUIERDOS

GRÁFICA 24 Y 25.
PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS EN EL SEXO MASCULINO A NIVEL PREESCOLAR.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.

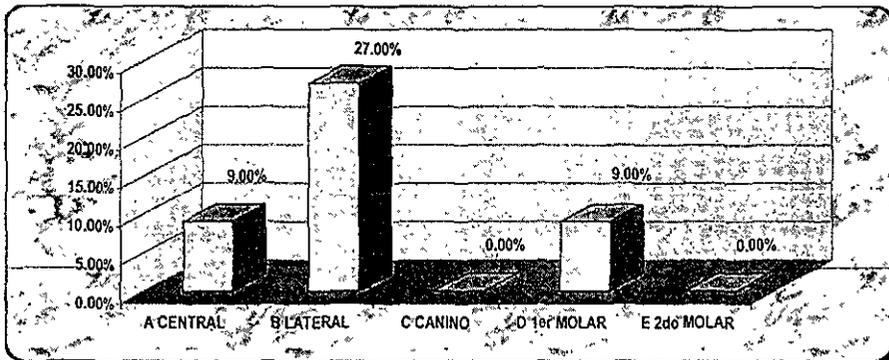
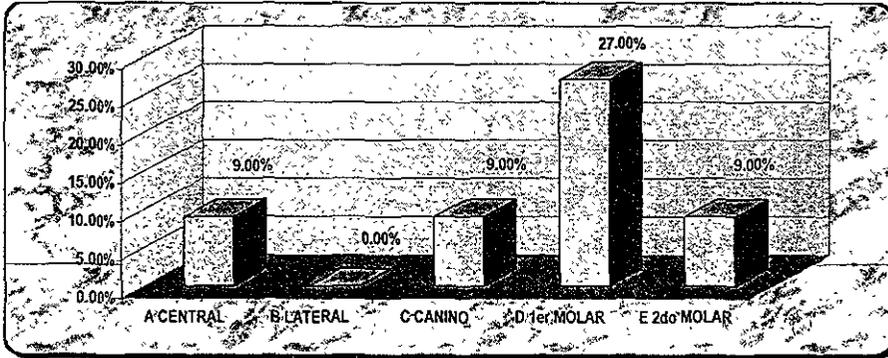


CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.



GRÁFICAS 24 Y 25, PODEMOS OBSERVAR QUE A NIVEL PREESCOLAR EN EL SEXO MASCULINO, EL DIENTE QUE MÁS SE PIERDE DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ES EL 1er MOLAR Y EN EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO ES EL CENTRAL.

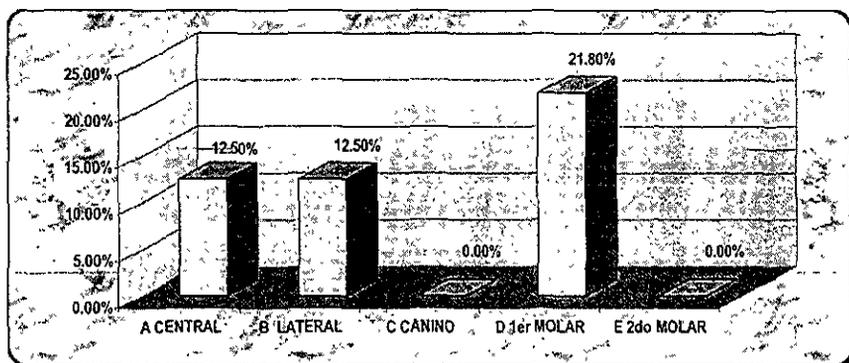
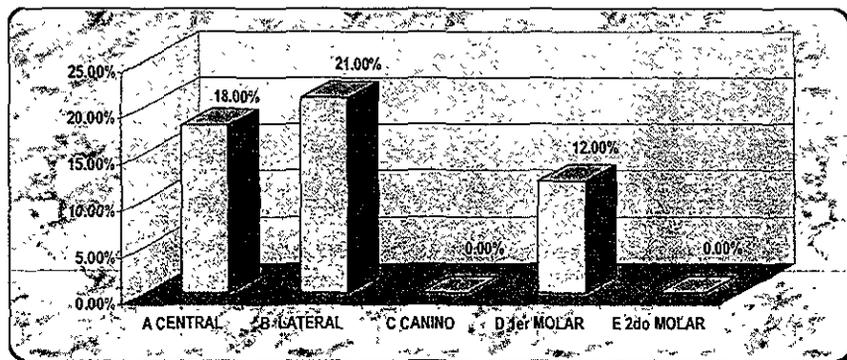
GRÁFICA 26 Y 27.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PREESCOLAR EN EL
SEXO MASCULINO.



GRÁFICAS 26 Y 27, AQUÍ SE MUESTRA QUE EN LOS PACIENTES MASCULINOS A NIVEL PREESCOLAR EL DIENTE CON MAYOR

PÉRDIDA ES EL 1er MOLAR INFERIOR DERECHO, Y EN EL INFERIOR IZQUIERDO ES EL LATERAL.

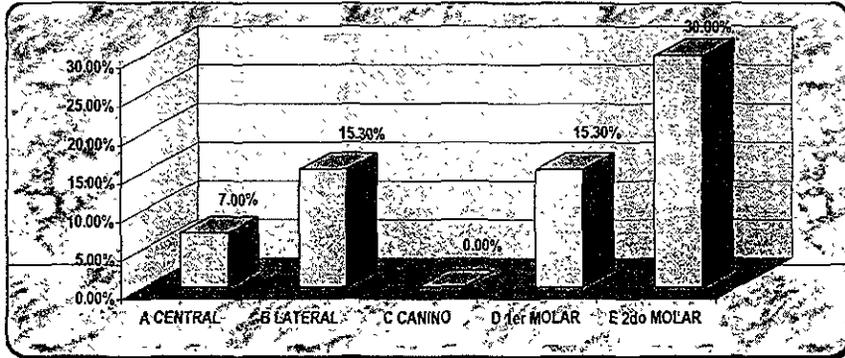
GRÁFICA 28 Y 29.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PREESCOLAR
 EN EL SEXO FEMENINO.



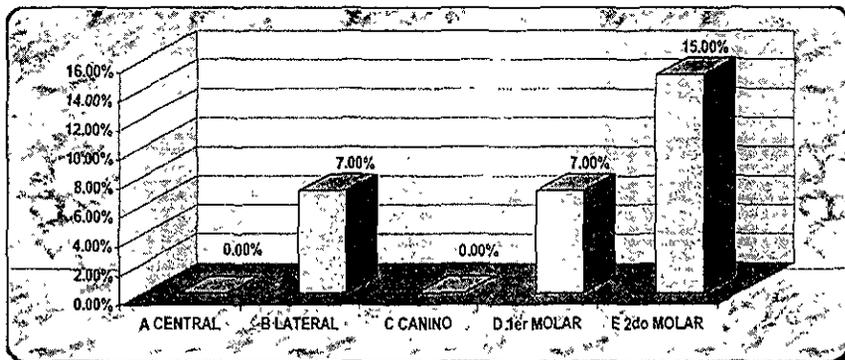
GRÁFICAS 28 Y 29, EL DIENTE CON MAYOR PÉRDIDA ES EL LATERAL SUPERIOR DERECHO Y EL 1er MOLAR CON EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

GRÁFICA 30 Y 31.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PREESCOLAR
 EN EL SEXO FEMENINO.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.



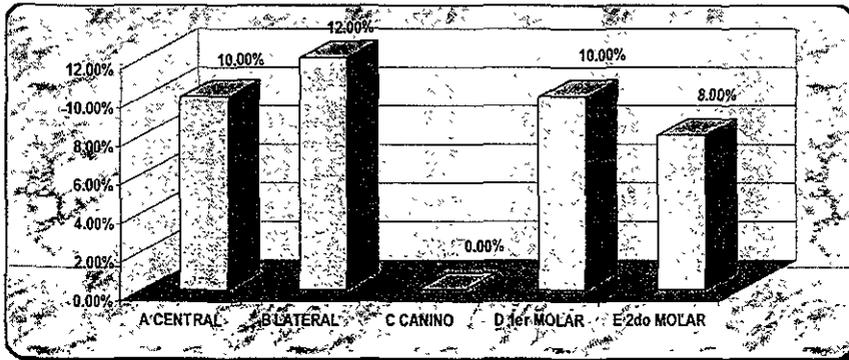
GRÁFICAS 30 Y 31, EL 2do MOLAR INFERIOR DERECHO Y EL INFERIOR IZQUIERDO SON LOS QUE MÁS SE PIERDEN EN EL

SEXO FEMENINO

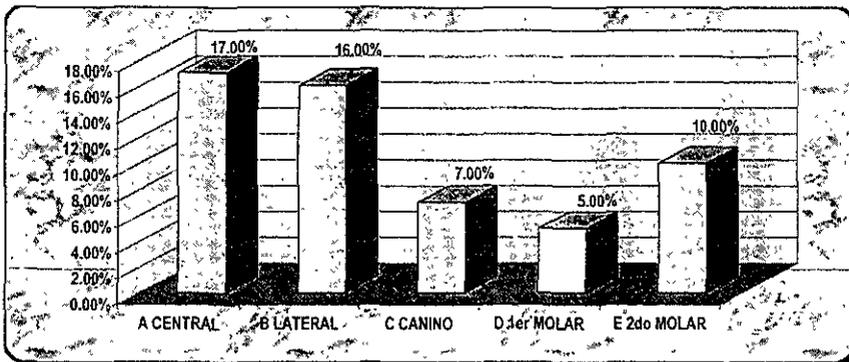
GRÁFICAS 32 Y 33.

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PRIMARIA EN EL SEXO MASCULINO

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.



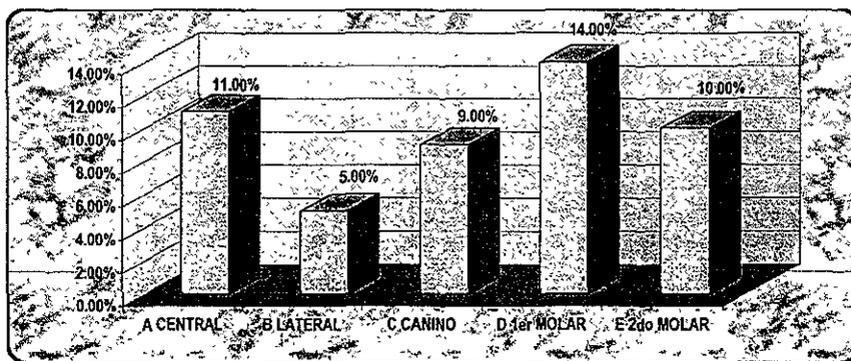
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.



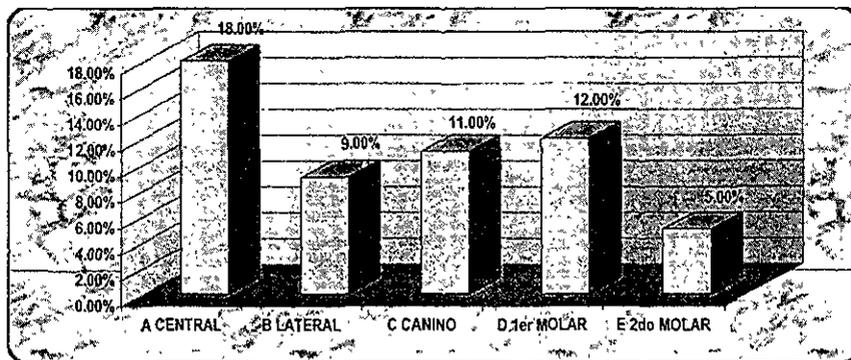
GRÁFICAS 32 Y 33, EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO NO SE PRESENTÓ PÉRDIDA DEL CANINO.

GRÁFICAS 34 Y 35.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PRIMARIA EN EL SEXO MASCULINO

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.

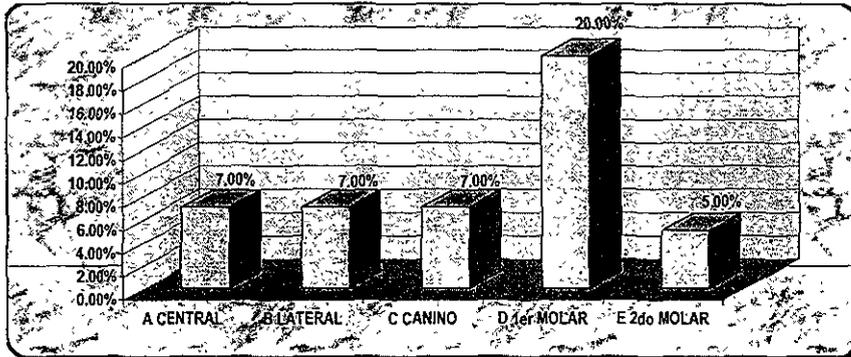


GRÁFICAS 34 Y 35, LOS DIENTES QUE PRESENTAN MAYOR PORCENTAJE DE PÉRDIDA EN EL CUADRANTE INFERIOR

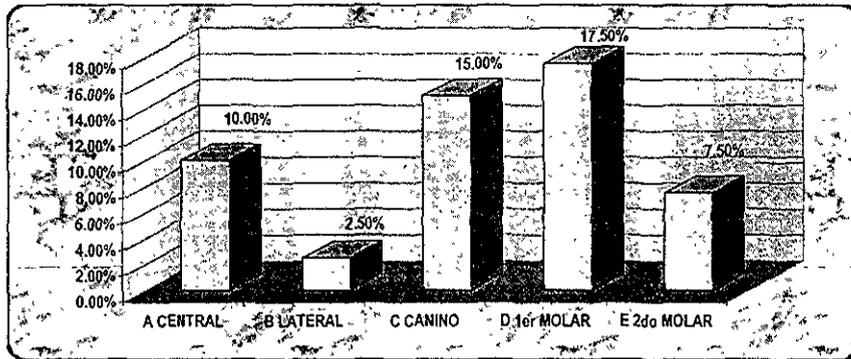
DERECHO ES EL 1er MOLAR, EN EL INFERIOR IZQUIERDO ES EL CENTRAL

GRÁFICAS 36 Y 37.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PRIMARIA EN EL SEXO FEMENINO.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.



CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

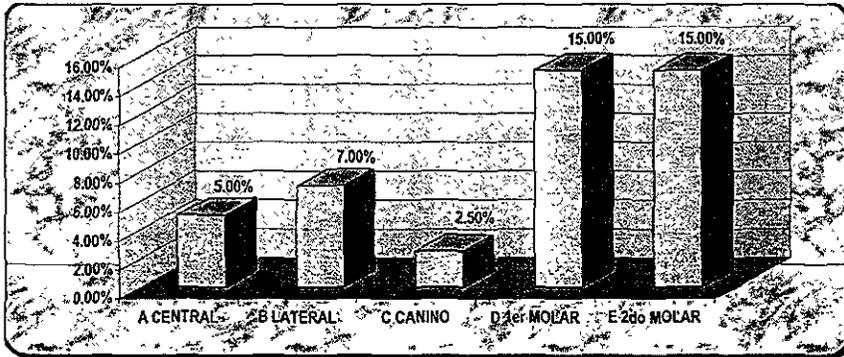


GRÁFICAS 36 Y 37, EL DIENTE CON MAYOR PÉRDIDA ES EL 1er MOLAR SUPERIOR DERECHO Y EN EL IZQUIERDO EL

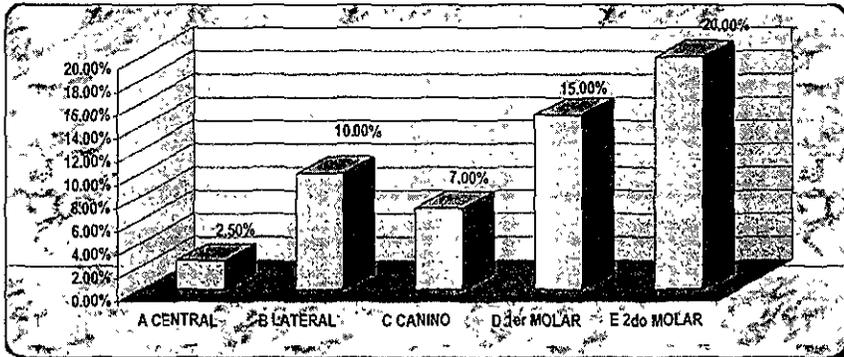
CANINO Y EL 1er MOLAR.

GRÁFICA 38 Y 39.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS A NIVEL PRIMARIA EN EL SEXO FEMENINO.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.



GRÁFICAS 38 Y 39 . LOS DIENTES CON MENOR PÉRDIDA SON. EL CANINO INFERIOR DERECHO Y EL CENTRAL

RESULTADOS

Se obtuvieron los resultados de los dientes que con mayor frecuencia se pierden por causas como: caries dental, traumatismos y causas no especificadas.

Del total de la pérdida de dientes superiores que fueron 165, de los incisivos centrales 27 fueron por caries que equivale a un 57%, 10 por traumatismo que corresponde a un 21% y los otros 10 por causas no especificadas, que también equivale a un 21%.

De los laterales 23 fueron por caries y corresponde a un 53%, 10 laterales por traumatismo igual al 23% y 10 laterales por causas no especificadas que es el 23%.

Diez caninos se perdieron por caries y equivalen a un 47%, 5 caninos por traumatismo que corresponde al 23% y 6 caninos por causas no especificadas igual al 28%.

Veintitrés primeros molares se perdieron por caries y equivalen al 51%, con respecto al traumatismo no hubo pérdida, y veintidós primeros molares son por causas no especificadas que corresponde al 48%.

Once segundos molares se perdieron por caries correspondiendo a un 52%, por traumatismo no hay pérdida y en relación a causas no especificadas fueron 11 y equivalen al 47%.

En relación a los resultados con respecto a los inferiores, en total 118 fueron los que se perdieron.

En el central inferior, 10 se perdieron por caries y equivalen a un 50%, por traumatismos no hay pérdida y por causas no especificadas se perdieron 10 centrales equivalentes al 50%.

En relación a los laterales que se perdieron por caries corresponde al 50%, y en el rubro de traumatismos no se presenta pérdida.

En los caninos se perdieron 7 por caries que equivale al 50%; por traumatismo no hubo pérdida.

En los primeros molares se perdieron 21 equivalentes al 67%; por traumatismo 0%.

En los segundos molares 15 se perdieron por caries con un porcentaje equivalente al 60%, por traumatismos no se presentaron pérdidas.

Los resultados en relación a las gráficas del total de pérdida de dientes fue, que el sexo masculino predominó con un 60% mientras que el 40% restante está representado por el sexo femenino.

Se hizo la comparación de cada diente del total de pérdida de dientes superiores obteniendo lo siguiente: el central con un 25%, el lateral con un 24% y el 1er molar con un 25%, y en los inferiores se obtuvo el 1er molar con 25%, y el 2do molar con 24.

Se compararon los cuadrantes superiores de niños y niñas y el masculino con un 58% y el femenino con un 54% y en los cuadrantes inferiores el masculino con un 55% y el femenino con un 52%.

También se hizo la comparación por diente en la arcada superior de los niños teniendo como resultado que el diente "A" se pierde con un 26%, el "B" con un 26% y el "D" con un 28% y en los inferiores el "A" con un 34%, el "B" con un 26%. En relación en inferiores derechos el "A" con el 26.9% y el "D" con el 34%, en los izquierdos el "B" con el 21% y "D" con un 25%.

Con relación al cuadrante superior derecho de las niñas, el diente lateral se presentó con un 29% y el 1er molar con un 35.4% y en el cuadrante izquierdo fue el 1er molar con un 41.6%, con respecto al cuadrante inferior derecho los dientes que tuvieron pérdida fueron el 1er molar con el 29%, seguido del 2do molar con el 37% y en el cuadrante inferior izquierdo fue el 1er molar con un 26%, seguido del 2do molar con el 38%.

Se comparó el sexo masculino con el femenino y se obtuvo que en el femenino el diente con más pérdida fue el 1er molar superior derecho con un 35% y en el lado izquierdo superior fue también el 1er molar con un 41%. En el cuadrante inferior derecho es el 1er molar del sexo masculino con un 34.6% y con respecto al inferior es el 2do molar del sexo femenino con un 28% de pérdida.

Se hizo también una comparación a nivel preescolar en el sexo masculino y femenino por cuadrante donde se obtuvo, que en el cuadrante superior izquierdo del sexo masculino el porcentaje fue del 76% y en el sexo femenino en el cuadrante derecho inferior fue del 69%.

A nivel primaria los cuadrantes con mayor pérdida fueron: el superior izquierdo con el 57% y el inferior izquierdo con un 57%.

Se compararon los cuadrantes por cada diente (central, lateral y canino) y a nivel preescolar en el sexo masculino en el cuadrante superior derecho, el que presentó más pérdida es el 1er molar, y en el cuadrante superior izquierdo fue el central con un 29%. En el sexo femenino el diente con mayor pérdida fue el lateral con 21% y en el cuadrante superior izquierdo es el 1er molar con un porcentaje del 21.8%.

En relación con los niños de nivel primaria, se llevó a cabo el mismo procedimiento que a nivel preescolar y los resultados que se obtuvieron fueron:

En el sexo masculino, en el cuadrante superior derecho, el que presentó mayor pérdida fue el lateral, con un 12% y en el cuadrante superior izquierdo, fueron el central con un 17% seguido del lateral con el 16%. En los cuadrantes inferiores derechos, fue el 1er molar con un 14% y en los izquierdos, el central con un 18%.

En cambio en el sexo femenino, en el cuadrante superior derecho es el 1er molar con un 20% y en el inferior izquierdo también es el 1er molar, pero con un porcentaje de 17.5%. En tanto en el cuadrante inferior derecho, el diente con más pérdida es el 1er molar con un 15% al igual que el 2do molar y del cuadrante inferior izquierdo, es el 2do molar con el 20% y el primer molar con un 15% de pérdida.

T A B L A I

Resultados de pérdidas de dientes deciduos en arcadas superiores por diferentes causas.

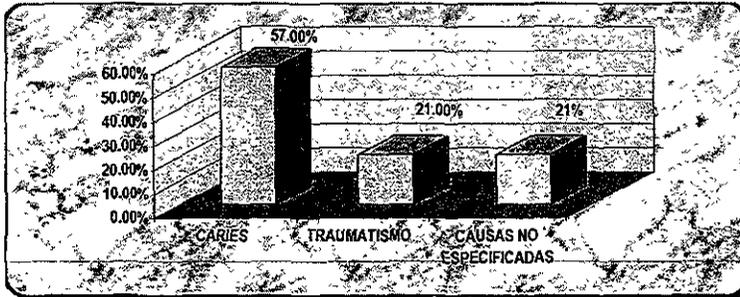
	CARIES	TRAUMATISMO	CAUSAS NO ESPECIFICADAS
A = 47	27	10	10
B = 43	23	10	10
C = 21	10	5	6
D = 43	23	0	22
E = 21	11	0	11

T A B L A II

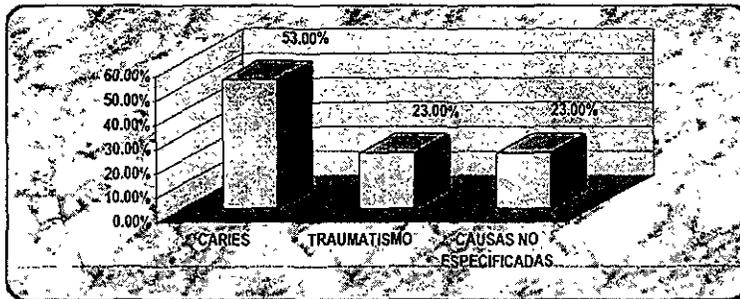
Resultados de pérdidas de dientes deciduos en arcadas inferiores por diferentes causas.

	CARIES	TRAUMATISMO	CAUSAS NO ESPECIFICADAS
A = 20	10	0	10
B = 18	9	0	9
C = 14	7	0	7
D = 31	21	0	10
E = 25	15	0	10

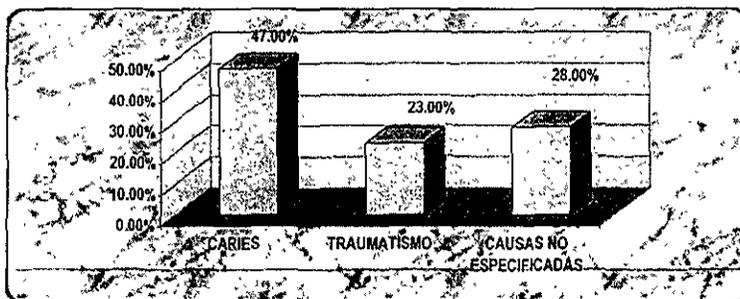
GRÁFICA 40.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DIENTE CENTRAL SUPERIOR POR
DIFERENTES CAUSAS



GRÁFICA 41.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DIENTE LATERAL SUPERIOR POR
DIFERENTES CAUSAS



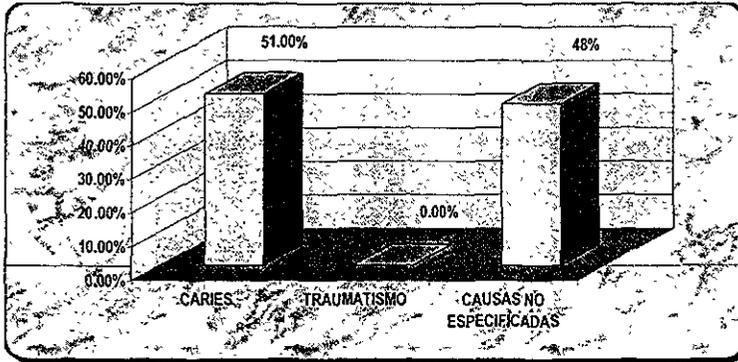
GRÁFICA 42.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DIENTE CANINO SUPERIOR POR
DIFERENTES CAUSAS



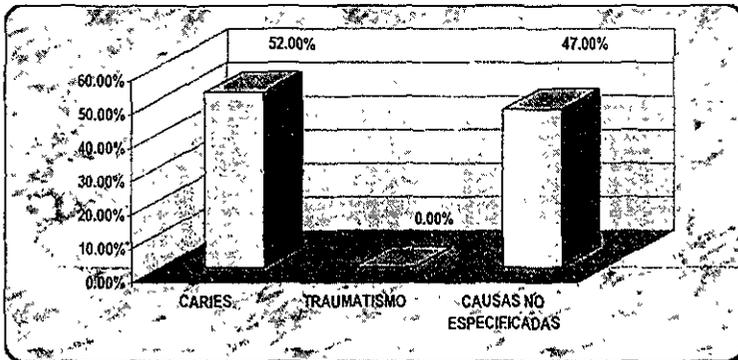
GRÁFICAS 40, 41 Y 42. SE MUESTRA EL PORCENTAJE DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA DE

DIENTES SUPERIORES.

GRÁFICA 43.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL 1er MOLAR SUPERIOR POR
DIFERENTES CAUSAS.

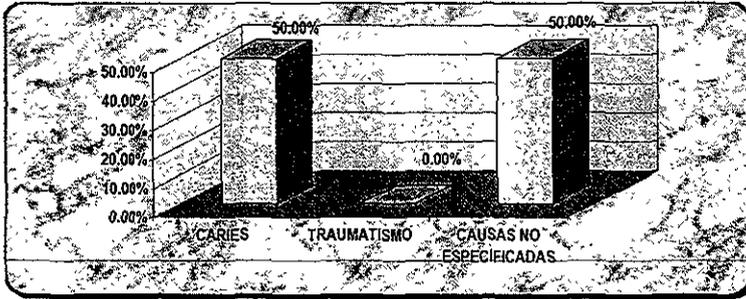


GRÁFICA 44.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL 2do MOLAR SUPERIOR POR
DIFERENTES CAUSAS.

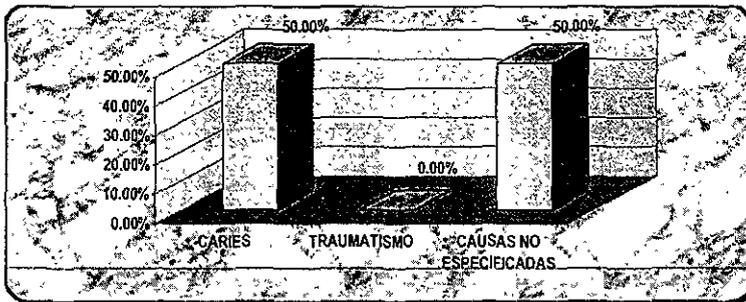


GRÁFICAS 43 Y 44, SE MUESTRA EL PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE PÉRDIDA DE DIENTES DECIDUOS

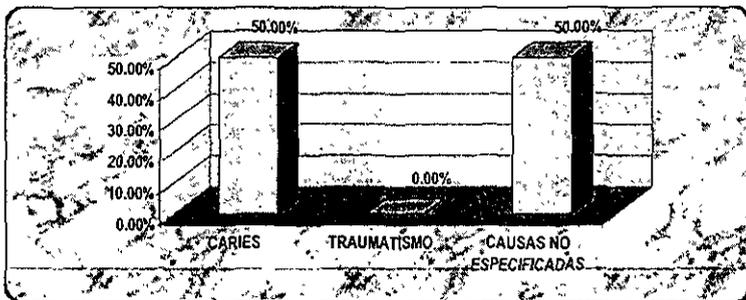
GRÁFICA 45.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DIENTE CENTRAL POR
 DIFERENTES CAUSAS.



GRÁFICA 46.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DIENTE LATERAL INFERIOR POR
 DIFERENTES CAUSAS.

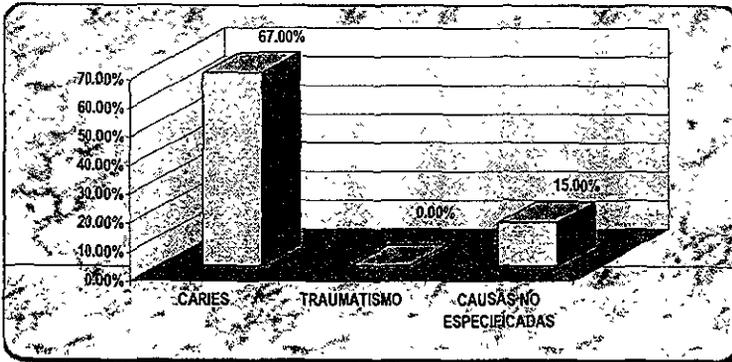


GRÁFICA 47.
 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DIENTE CANINO INFERIOR POR
 DIFERENTES CAUSAS.

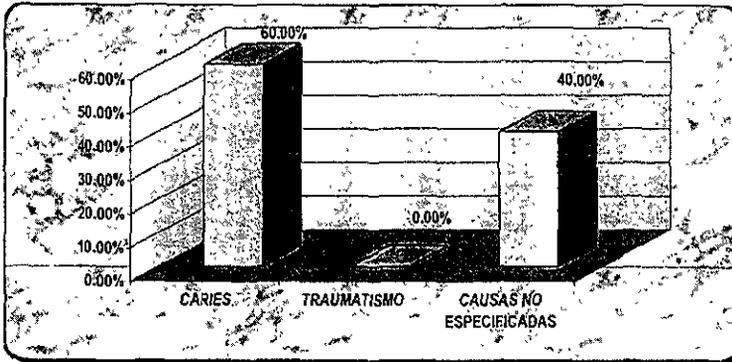


GRÁFICAS 45, 46 Y 47, SE MUESTRA EL PORCENTAJE EN DIENTES INFERIORES Y LA CAUSA QUE OCASIONA SU PÉRDIDA

GRÁFICA 48.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL 1er MOLAR POR
DIFERENTES CAUSAS.



GRÁFICA 49.
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL 2do MOLAR POR
DIFERENTES CAUSAS.



GRÁFICAS 48 Y 49, AQUÍ SE OBSERVA EL PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE PÉRDIDA DE DIENTES.

DISCUSIÓN

Desafortunadamente, no existe información adecuada sobre la pérdida prematura de dientes temporales en México; la mayoría de los estudios disponibles han evaluado a la caries dental como una de las principales causas de pérdida de dientes. En México la población rebasa los 90 millones de habitantes de los cuales aproximadamente 34 millones son niños entre 3 y 15 años de edad que presentan pérdida de dientes deciduos. (22)

En el Distrito Federal, los niños de 6 años tienen un CPO de 0.46 de los cuales el 90% está cariado y el 5.5% presenta obturación. A los doce años de edad, un niño promedio del D.F. tiene un CPO - D de 4.1, del cual el 86% de los dientes están cariados y el 5.8% obturados; en 5.3% de los casos la extracción está indicada y el 2.1% ya fue perdido. Por eso es de gran importancia tener estudios acerca de la pérdida de dientes temporales para poder evitar malposiciones dentales en niños. (22)

En comparación con generaciones anteriores, la gente ahora vive más tiempo y conserva sus dientes naturales, este progreso puede atribuirse a las medidas preventivas que los profesionales de la Odontología y el público adoptan como parte de los servicios de la salud bucodental. Una de las máximas prioridades de la Odontología es conservar una buena estructura dental, a través de medidas preventivas y tratamiento temprano. (22)

Las principales enfermedades bucodentales (la caries dental y la gingivitis) son infecciones crónicas, que pueden producirse cuando existen ciertos factores en el medio bucodental. Afortunadamente muchos de esos factores pueden controlarse con un mayor cuidado personal, reduciendo los riesgos y recibiendo atención profesional apropiada. (23)

Las caries por lactancia, es provocada por la exposición prolongada de los dientes del bebé a líquidos azucarados, destruyendo sus dientes. Ésto ocurre cuando los padres o las personas que cuidan al niño permiten que se duerma con un biberón que contiene leche. Alimentos como leche y jugos de frutas, poseen ácidos que pueden producir caries. (24)

En los niños mexicanos la caries dental es la enfermedad bucal más común, a pesar de los programas que se han establecido en la Secretaría de Salud. (24)

Es por eso que debe de tenerse especial cuidado en la primera dentición, ya que si hay pérdida, el diente contiguo puede desplazarse y ocupar parte del espacio del diente permanente y provocar una maloclusión. (24)

En este estudio aproximadamente un 85% de los niños presentaron caries en las caras oclusales donde se presentan fosetas y surcos. Los dientes más afectados fueron el central, lateral, 1er molar superior y el 1er molar inferior.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluye que el sexo masculino es el que presenta mayor pérdida de dientes con un 60%, y el sexo *femenino sólo con un 40%*. Se concluye que los dientes que presentan mayor pérdida son los incisivos superiores, el 1er molar superior y el 1er molar inferior.

En relación a los niños de nivel preescolar, se compararon los cuadrantes superiores con los inferiores de niños y niñas, obteniendo que en el sexo masculino se perdieron más en el *cuadrante izquierdo superior* y en el sexo *femenino en el cuadrante inferior derecho*. Con respecto a los niños de primaria, el cuadrante más afectado fue en el sexo masculino: el superior izquierdo y en el sexo femenino, el izquierdo inferior.

Los dientes que presentaron un mayor índice de pérdida por *caries dental, traumatismos y causas no especificadas* fueron los incisivos centrales superiores y el 1er molar superior; en el cuadrante inferior fue el 1er molar.

Es por eso que la primera dentición es muy importante y se debe cuidar ya que sirve como guía para la segunda dentición. El odontólogo y los estudiantes de la carrera de Odontología, deben educar a los padres de familia y a los niños para así poder evitar pérdidas tempranas de dientes deciduos y evitar así una maloclusión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Finn B. Sidney. *Odontología Pediátrica*. edit. Interamericana, 4a edición, México 1983.
- 2.- Page R. Bowen T. Alman, L. Wadesteen, E. Ochs, H. Mackenzie. P. Obsterg S. Engel, L. Williams, B. Prepuberal periodontitis I. Definition of a clinical disease entity. *J. Periodontal*. 54 (5) 257-271, 1983.
- 3.- Loevy, T. Hannelore. The effect of primary tooth extraction on the eruption of succedaneous premolars. *JADA*: 118: 175-18, 1989.
- 4.- Graber, T. M. *Ortodoncia, Teoría y Práctica*, 3ª Ed. Editorial Interamericana, México 1988.
- 5.- Hoffding, J.Y. Kisting, E. Premature loss of primary teeth Part II The *especific effects on occlusion and space in the permanent dentition*. *J. Dent Child*; 45: 284 - 287, 1978.
- 6.- Pinkham J.R. *Odontología Pediátrica*. edit. Interamericana McGraw Hill, 1 era Edición, México 1991.
- 7.- Hoffding, J.Y. Kisting, E. Premature loss of primary teeth Parte I *It's overall effect on occlusion and space in the permanent dentition*. *J. Dent Child*; 45: 279 - 283, 1978.
- 8.- Barber Thomas. *Odontología Pediátrica*, edit. Manual Moderno, México 1985.
- 9.- Brice, M. Darla. *The Etiology, Treatment and Prevention of Nursing Canes*. *Compendium*; 17 (1): 92-103, 1996.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 10.- Melsen B. The influence of the extractions, caries cause on the development of malocclusion and need for orthodontic, J. Dean; 15: 63-164, 1982.
- 11.- Hartman, C.A. Treatment for ectopically erupted permanent molars. ASCD J. Dent Child; 49 (2): 150-153, 1984.
- 12.- Johnsen, Danid. Space observation following loss of the mandibular first primary molars in Mixed Dentition. Journal J. of Dentistry for Children; 24-27, 1980.
- 13.- McDonald. Ralph, Avery David R. Odontología Pediátrica y del Adolescente, 6a Edición, edit. Doyma libros, España 1995.
- 14.- Moyers, et al. Manual de Ortodoncia, Editorial Médica Panamericana, 4ª Ed. Buenos Aires, Argentina, 1992.
- 15.- Baab, D.A, Page RC, Ebersole JL, Williams BL and Scott CR: Laboratory studies of a family manifesting premature exfoliation of deciduous teeth. J Clin Periodontal; 13: 677-683, 1986.
- 16.- Brin, I. and Koyoumdjisky - Kaye. The Influence of premature extractions of primary molars on the ultimate root length of their permanent sucesors. J. Den Res; 60(6): 962-965, 1981.
- 17.- Magnusson B.O., Göran Koch, Suen Pulsen. Odontología Pediátrica. edit. Salvat. Editores S.A. pp 369, España 1985.
- 18.- Glenwrigth, H. D. and Rock, W.P. Papillon - Lefevre syndrome. A discussion of etiology and case report Br. Dent J; 168 (27): 27-29, 1990.

- 19.- Braham Raymond. *Odontología Pediátrica*, edit. Médica Panamericana, Argentina 1984, pp 246-330.
- 20.- Wynnw, E. Susan, Aldred J. Michael, Bartold Mark P. Hereditary gingival fibromatosis associated with hearing loss and supernumerary teeth - a New Syndrome *J. Periodontal*: 66: 75 - 798 1995.
- 21.- Virgin S. Baghdad, B. Papillon - Lefevre Syndrome ASCD, *J. Dent Child*; 49 (2): 123 - 125, 1982.
- 22.- Maupomé, G.C., y Cols. Prevalencia de caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. *Salud Pública de México* 1993; 35: 357 - 367.
- 23.- Adlaw R.J, Rock W.P. *Manual de Odontopediatría* 3a edición Interamericana, México 1994.
- 24.- Irigoyen, M. y Cols. Dental caries status of young children in a suburban community of México city. *Community Denorl Epidemid.* 1986; 306-9.

**REGISTRO DE LOS DIENTES PRIMARIOS PERDIDOS
CLÍNICAS PERIFÉRICAS DE LA FO. UNAM**

(FAVOR DE CIRCULAR)		ODONTOGRAMA ANEXO I										
DIENTES PERDIDOS		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
CARIES		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
OBTURACIONES		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
RESTAURACIONES		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U.N.A.M.
HISTORIA CLINICA

ANEXO 1F

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____
Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
Domicilio _____ Tel. _____
Escuela _____ Grado _____
Padre _____ Ocupación _____
Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
Madre _____ Ocupación _____
Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
Hermano(as) Nombres y edades _____

Acompañante o responsable del tratamiento _____
Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
Razón _____
Intervenciones quirúrgicas padecidas _____
Medicamentos que toma regularmente _____
Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferna	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Lechres eruptivas	() _____
Cardiopatías	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____		
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____		
Enfermedad Hepática	() _____	Paperas	() _____		
Trastornos del lenguaje	() _____	Pohomelus	() _____		

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () Si () No
¿Tiene dificultades en la Escuela? () Si () No
Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Observaciones: _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M.

2000 3

EXAMEN DENTAL

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Color: Rojo...Caries y otras Patosis | Azul...Restauraciones |
| Rojo y Azul...Caries Secundaria | Triángulo Azul...Ausente (Extracción o Exfoliación) |
| Triángulo Rojo...Ausente (Congénito) | Cuadrado... Sin Erupcionar |
| Flechas...Inclinación del Diente | Flechas...Giroversión de Diente |
| (← →) | (↑ ↓) |
| | (()) |

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

- Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)
- Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (e) Cervical Solamente (ce)
- Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEX)
- Movilidad en el Diente (MV)
- Inflamación Gingival (PMA)
- Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos, blandos, labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

ANEXO III

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: Años _____ Meses _____

Dirección: _____

Nombre de la escuela a la que asiste el niño: _____

Grado: _____

Nombre del padre _____

Nombre de la madre _____

Escolaridad de los padres:

Padre: _____

Madre: _____

Ocupación de los padres:

Padre: _____

Madre: _____

¿Cuánto Gana?:

Salario mínimo: _____

Superior al salario mínimo: _____

Tipo de casa que habita:

Propia: _____

De un familiar: _____

Rentada: _____

Tipo de vivienda: Cemento _____ Lámina _____ Otro _____

Tipo de pintura o terminado que existe en la casa:

Vinilica _____ Esmalte _____ Otro _____

¿Cuenta con todos sus Servicios Públicos? Si _____ No _____

¿Cuáles? Luz _____ teléfono _____ agua _____ drenaje _____ Pavimentación _____ y/o baño

¿Con cuántas habitaciones cuenta? _____

¿Cuántas personas la habitan? _____

¿Cuántas personas duermen en cada habitación? _____