

161
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ANALISIS DE LA PERDIDA DENTAL, FRECUENCIA
Y CAUSA DE LA MISMA, EN PACIENTES DE 15 A
45 AÑOS DE EDAD EN AMBOS SEXOS DEL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1989 - 1992,
QUE ASISTIERON A CONSULTA DENTRO DE LA
CLINICA DE AZCAPOTZALCO.

T E S I S

Que para obtener el titulo de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

GABRIELA LARIOS MARTINEZ

AIDA VICTORIA VERA

U. B. a.
[Firma]

México, D.F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E

	NO.PAGINAS
CAPITULO I	
DEFINICION DE LA EXTRACCION DENTAL.....	4
CAPITULO II	
CAUSA DE LA EXTRACCION DENTAL.....	9
CAPITULO III	
EVALUACION DEL PACIENTE (HISTORIA CLINICA).....	19
CAPITULO IV	
ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE LA EXTRACCION DENTAL.(ESTADISTICA)	
4.1 INTRODUCCION.....	26
4.2 OBJETIVO.....	28
4.3 REVISION DE LA LITERATURA.....	29
4.4 MATERIAL Y METODOS.....	32
4.5 RESULTADOS.....	34
4.6 DISCUSION.....	48

INDICE

	NO. PAGINAS
CONCLUSIONES.....	50
RESUMEN.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52
APENDICE.....	55

INDICE DE GRAFICAS

NO. PAGINAS

GRAFICA 1	
PORCENTAJE DE ESTUDIO DE LAS PRIN- CIPALES CAUSAS DE PERDIDA DENTAL.....	37
GRAFICA 2	
CAUSAS DE PERDIDA DENTAL SEGUN EL SEXO	38
GRAFICA 3	
PERDIDA DENTAL REGISTRADA SEGUN EDAD Y SEXO.....	39
GRAFICA 4	
PERDIDA DENTAL DEBIDO A LA CARIES SEGUN EDAD Y SEXO.....	40
GRAFICA 5	
PERDIDA DENTAL DEBIDO A ENF. PERIO- DONTAL SEGUN EDAD Y SEXO.....	41

INDICE DE GRAFICAS

NO.PAGINAS

GRAFICA 6	
PERDIDA DENTAL DEBIDO A MAL POSICION SEGUN EDAD Y SEXO.....	42
GRAFICA 7	
PERDIDA DENTAL DEBIDO A PATOLOGIA PULPAR SEGUN EDAD Y SEXO.....	43
GRAFICA 8	
CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS DEBIDO A LA CARIES EN AMBOS SEXOS.....	44
GRAFICA 9	
CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS DEBIDO A LA ENF. PERIODONTAL EN AMBOS SEXOS.....	45
GRAFICA 10	
CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS DEBIDO A MAL POSICION EN AMBOS SEXOS.....	46

INDICE DE GRAFICAS

NO. PAGINAS

GRAFICA 11

**CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS
DEBIDO A PAT. PULPAR EN AMBOS SEXOS.....**

47

C A P I T U L O I

DEFINICION DE EXTRACCION DENTAL

La extracción dentaria, es una operación tan antigua como el mundo. Su edad se remonta a milenios antes de nuestra era. En los primeros tiempos debió realizarse por métodos brutales y agresivos. Se cree que la Historia de la Exodoncia se inició cinco o seis siglos antes de nuestra época.

La exodoncia era realizada por curanderos, practicones, sangradores, charlatanes, "sacamuelas" y barberos; los cuales contaban con un instrumental rústico y una técnica tan inopia propia de aquellos tiempos.

Evolución histórica por etapas y los principales hechos realizados por connotadas personalidades en diferentes lugares.

ESCULAPIO (siglo XIII A.C.).

Recomendó las extracciones dentarias cuando el dolor se hacía insoportable. Fue el inventor del odontogagum, instrumento de plomo utilizado para dichas extracciones.

HIPOCRATES (siglo XIII A.C.).

Fue el primero en estudiar la anatomía, patología y terapéutica de la boca

En su obra se describen los dientes, encías y maxilares, presenta observaciones sobre el tercer molar, al igual que

describe la etiología y patología de la caries dental y cómo calmar las odontalgias, con gargarismos o colutorios de pimienta y castoreo.

También reseña la costumbre de atar hilos de oro o seda a los dientes movedizos.

La extracción la considera como remedio heroico cuando fracasa la desecación de los dientes.

Recomienda masticatorios para cauterizar los abscesos y eliminar el dolor.

DIOCLES DE CARISTO (siglo XIII A.C.).

Basó su terapéutica en remedios vegetales como el cedro y el azafrán.

ERASISTRATO DE COS (siglo XIII A.C.).

Postuló que los dientes se deben conservar mientras sea posible.

CATON (siglo II y III A.C.).

Recomienda combatir el dolor de muelas con una mixtura hecha de col rizada.

CAYO PLINIO (Año 23 de nuestra era).

Se ocupa de la higiene y patología dental, recomienda remedios absurdos como comer una rata una vez al mes. También corta las encías con un huesecillo de dragón marino, para mitigar el dolor de dientes y muelas; pincha el diente dolorido con un hueso puntiagudo.

CELSE (Año 23 de nuestra era).

Inventó un instrumento llamado rizagra para la extracción dental y un espejo de boca o especillum.

LARGUS (Año 43 de nuestra era).

Da consejos muy acertados sobre la conservación y extracción de los dientes. Para la odontalgia aplica semillas de beleño envueltas en tela que se sumergían en aguas hirviendo.

CLAUDIO GALENO (Año 131 de nuestra era).

Amplia los escritos sobre anatomía, patología y terapéutica bucal. Clasifica los dientes en incisivos, caninos y molares.

Recomienda cataplasmas de harina de linaza o cebolla. Si persiste el dolor debe perforarse el diente con un trépano y en el orificio introduce los remedios apropiados.

Cuando la extracción se hace necesaria aplica una mezcla de vitreolo azul y vinagre fuerte, preserva los dientes vecinos con una capa de cera. Al cabo de una hora separa el diente que está móvil que se puede extraer fácilmente con pinzas o con los dedos.

No fue partidario del uso de forceps.

Durante los primeros siglos de la Era cristiana, la odontología lo mismo que la medicina y la cirugía evolucionaron muy poco. El ejercicio de la profesión estuvo casi relegado a esclavos, sangradores, barberos y

gente vulgar sin estudios que recomendaban remedios empíricos.

El arte dental se redujo al trabajo manual de las extracciones y a la construcción rudimentaria de aparatos protésicos

ABU-ALI-HUSAIN (Año 980 de nuestra era).

Describe aspectos anatómicos y fisiopatológicos dentales.

AMBROSIO PARE (Siglo XVI).

Introduce la implantación y reimplantación de dientes "in vivo", trata la caries a base de curaciones; obtiene su propio instrumental como abre bocas, gatillo y pelicano para extracciones.

ANDRES VESALIO (Año 1568).

Hace indicaciones interesantes sobre el último molar.

PETER FORCEST (AÑO 1568)

Recomienda para evitar el dolor luxación del diente en vez de extraerlo.

A. LOPEZ DE HINOJOSA (Año 1578).

Publicó una sección dedicada a las afecciones bucales.

FRANCISCO PELAEZ (Año 1795).

Estudia la fisiología de los dientes y sus enfermedades. Escribe un tratado sobre las enfermedades de la boca.

FELIX PEREZ ARROYO (Año 1799).

Describe los más precisos instrumentos como:

Descarnador - para despegar encía.

Pujadores - también llamados botadores.

Davier o gatillo - instrumento para extraer cualquier pieza o raíz.

Pinceta o dentuza - empleado para incisivos y caninos.

Risagrán o tiraraíz - raíces profundas.

A mediados del siglo XIX, aparecen las doctrinas de Pasteur sobre asepsia y antisepsia.

ANTON TABBASCO (1845).

Publica el Tratado de Higiene Dental y el libro sobre extracciones dentales.

HORARIO WELLS (1844).

Implantó una nueva era en la cirugía general y la odontología al usar el óxido de nitrógeno como anestésico. El Dr. Wells decide experimentar en si mismo, haciendose extraer un tercer molar sano por el Dr. Riggs y administrando el gas el químico Dr. Colton.

Para el siglo XX en Francia, surgen tratados de estomatología.

Mucho se ha adelantado desde aquellos días. Hoy en día la exodoncia se realiza por principios quirúrgicos y técnicas actuales

Dentro de las ramas de la odontología y de la cirugía bucal, la Exodoncia (del latín: exodos: fuera: odontos: diente) término introducido por Winter en el lenguaje médico. Es la parte de la cirugía bucal que concierne a la extracción dentaria.

La exodoncia es la que se encarga de la EXTRACCION de los dientes que han perdido su función ya sea por procesos cariosos, parodontales, por tratamientos ortodónticos, protésicos y endodónticos que han fracasado. Unidos a los padecimientos anteriores se encuentran los traumatismos ocasionados por accidentes.

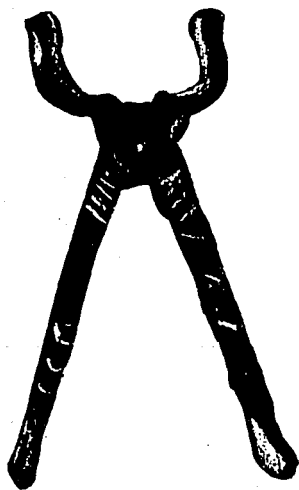
Extracción: del latín: extractio: acción y efecto de extraer.

Es el acto quirúrgico que se encarga de la avulsión o extracción del diente, por técnicas exodónticas de asepsia y antisepsia.

Es la extirpación total del diente sin dolor o de la raíz dental con el mínimo daño de los tejidos circundantes. A partir de este siglo muchos países han realizado meritorios esfuerzos para implantar los más modernos adelantos en la rama dental y ahora la exodoncia como parte integral de la odontología moderna ocupa ya el lugar que le corresponde.



Forceps
romano.



"Odontagra"
(Forceps griego).

C A P I T U L O II

CAUSA DE LA EXTRACCION DENTAL

No se debe subestimar la importancia de un diente; la extracción de éste no sólo es lamentable desde el punto de vista estético, sino también es porque los dientes son parte importante en la digestión y asimilación óptima de los alimentos.

A pesar de todo lo antes mencionado, en ocasiones hay que sacrificar dientes fisiológicamente sanos para beneficiar la masticación y prevenir la maloclusión, pero desgraciadamente la mayoría de los casos de extracción dental son efectuados debido a la presencia de enfermedades que no sólo impiden el uso adecuado para la masticación de los alimentos, sino que son focos de infección que atentan contra la salud.

Es imprescindible conocer los casos en los que está indicada la extracción dental y aquellos en los que no debe realizarse.

A continuación mencionaremos las indicaciones más frecuentes para la extracción dental:

- 1.- Afecciones dentarias.
 - a) Afecciones pulpares para las cuales no hubiera tratamiento conservador, (pólipo pulpar).

b) caries con necrosis pulpar, que no puedan ser tratadas;

c) Complicaciones de dichas caries.

2.- Afecciones del parodonto: Parodontosis que no puedan tratarse. Infección parodontal.

3.- Razones protésicas, estéticas, ortodónticas y radioterapia.

Dientes temporarios persistentes, dientes supernumerarios, dientes permanentes por razones protéticas u ortodónticas, cuya indicación de extracción será dada por el protesista u ortodoncista.

4.- Anomalías del sitio.

Retenciones y semirretenciones. Erupciones ectópicas.

5.- Accidentes de erupción en los terceros molares.

6.- En casos de maloclusión.

Donde exista erosión, abrasión y atricción.

7.- Defectos de desarrollo dental.

8.- Traumatismos

Dientes fracturados; fractura de corona, raíz, alveolo.

9.- Focos de infección.

Consideramos de gran importancia dar una definición más detallada de estas dos enfermedades que afectan a una gran parte de nuestra población:

CARIES:

Del latín: caries: podredumbre.

La caries dental es un proceso patológico de destrucción de los tejidos dentales causadas por microorganismos.

La caries es una enfermedad multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales:

- 1) El huésped (saliva y dientes).
- 2) La microflora.
- 3) El substrato (la dieta).

Además de estos tres factores se toma en cuenta el tiempo.

En la caries y en la periodontitis crónica, los agentes activos que se supone intervienen en el proceso patológico no son toxinas específicas sino metabolitos de bacterias inespecíficas.

Con respecto a la causa de la caries, Miller menciona que es producida por ácidos orgánicos que son los productos de fermentación de los carbohidratos metabolizados por las bacterias de la placa.

El PH decisivo para la cariogénesis es aproximadamente de 5.2.

Actualmente, se considera como principal microorganismo causante de la caries dental al *S. Mutans*, esto se deriva de los resultados de estudios

epidemiológicos realizados en humanos y de estudios de la patogenicidad en animales.

PERIODONTITIS:

El prefijo peri (en lugar de, para o paro) fue seleccionado para designar la región inmediatamente alrededor del diente. Por esto el término periodonto (peri-odonto, del griego, odous, odontos diente) fue aceptado como el término para designar los tejidos de revestimiento y periodontitis como el nombre general para las enfermedades inflamatorias que afectan a estos tejidos.

Se reconocieron dos lesiones inflamatorias: Gingivitis, que se definió como la lesión inflamatoria limitada a los tejidos de la encía marginal; y periodontitis, que fue el término aceptado para describir la lesión inflamatoria extensiva a los tejidos más profundos.

Periodontitis; etiología: Factores locales:

- 1.- Placa dentobacteriana.
- 2.- Mala técnica de cepillado.
- 3.- Restauraciones no adecuadas.
- 4.- Tratamiento de ortodoncia mal llevado.
- 5.- Caries.

Factores sistémicos:

- 1.- Diabetes.
- 2.- Alteraciones hormonales.

3.- Deficiencias nutricionales.

4.- Leucemia.

5.- Sífilis.

6.- Tuberculosis.

1.- Afecciones dentarias a) y b).

El tratamiento conservador dispone actualmente de métodos y tratamientos que disminuyen extraordinariamente el número de dientes que deben ser extraídos.

Por el adelanto logrado en el tratamiento de conductos radiculares, se han disminuído las indicaciones de la exodoncia y han quedado circunscritas a aquellos casos en que la inaccesibilidad del diente o de los conductos no permita aplicar las técnicas conservadoras; en caso de fracaso endodóntico.

Los dientes desvitalizados son focos posibles de infección. Los dientes desvitalizados negativos radiográficamente se extraen a veces como último recurso a petición del médico.

1.- Afección dentaria c).

Los dientes cariados sin probabilidad terapéutica se encuentran destruídos y el tejido sano no los soporta, por lo que ya no tienen fuerza para realizar su función.

2.- Afecciones del parodonto.

Parodontopatías no susceptibles a tratamiento como en los siguientes casos:

- En dientes que han perdido gran parte de su tejido de soporte óseo.

- Cuando los dientes multiradicales pierden tejido alveolar en sus bifurcaciones.

3.- Razones protéticas, estéticas, ortodónticas y radioterapia.

Los dientes temporarios persistentes deben ser extraídos, cuando la edad del paciente, de acuerdo con la cronología de la erupción dentaria, indican la necesidad de su eliminación para permitir la normal erupción del permanente.

Los dientes supernumerarios y ectópicos, que molestan estética y funcionalmente deben ser extraídos.

En ocasiones deben ser extraídos dientes sanos como parte de un plan global ortodóntico.

Dientes que van a interferir mecánicamente para efectuar una restauración protésica. En tal caso, podrá requerirse de la extracción de uno o más dientes para lograr el diseño o estabilidad de la prótesis bucal.

Como procedimiento inicial a un tratamiento de radioterapia estará indicada la extracción dentaria.

Los dientes en la "Línea de fuego" de radiación terapéutica planeada en un área cercana se extraen para que la

osteorradiación del hueso que sobrevenga no se complique por caries debidas a radiación, o por pulpas necróticas y sus secuelas.

4.- Anomalías del sitio.

Dientes retenidos, principalmente caninos y terceros molares en maxilar y mandíbula, cuya extracción es necesaria para evitar problemas mayores como: el recorrer o mover los dientes anteriores de su línea media, el producir apiñamiento, la resorción de la raíz de los dientes contiguos provocada por la presencia de éstos, pudiendo presentar infección en la región correspondiente a cada uno de ellos.

5.- Accidentes de erupción de los terceros molares.

Los accidentes de erupción indican la eliminación del diente causante (pericoronitis a repetición, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales).

6.- En casos de maloclusión donde exista erosión, abrasión y atricción.

En maloclusiones muy severas donde haya gran pérdida de material dental donde sea contraindicado el tratamiento convencional.

7.- Defectos de desarrollo dental.

En casos de presentarse defectos estructurales en el esmalte como lo es la amelogenesis imperfecta o

hipoplasias en grado avanzado, estará indicado un tratamiento radical.

8.- Traumatismos: Dientes fracturados.

Fractura de corona, raíz alveolo.

La extracción estará indicada en caso de fractura por accidente como golpes, caídas y mordidas a objetos duros o sólidos, fracturándose en ellos: la corona, el tercio medio de la raíz, el tercio apical, la unión del cuello y también frecuentemente lesionándose los tejidos parodontales, el alveolo, el maxilar y la mandíbula.

El trauma a los dientes o a la mandíbula causan la dislocación del diente de su alveolo.

Un accidente mayor causa fractura mandibular y en estas circunstancias casi siempre es necesario extraer el diente situado en la línea de la fractura.

9.- Focos de infección.

Esta indicada la extracción de dientes infectados que no puedan ser tratados en enfermedades que puedan relacionarse con una infección focal, como endocarditis, fiebre reumática y glomerulonefritis.

Se ha demostrado que se puede llegar a producir una bacteremia transitoria en los casos de frotar una encía inflamada y mover los dientes infectados o el simple hecho de presionar sobre ellos.

En 1935, Okell y Elliott, aislaron estreptococo Viridians en el torrente sanguíneo de los pacientes que sufrían enfermedades periodontales extensas, por lo cual concluyeron que durante la extracción de dientes infectados puede desarrollarse una bacteremia.

El manejo preventivo de estos pacientes, para realizar la extracción dental es la administración de antibióticos.

Después de haber revisado las causas de extracción dental pudimos estudiar que la frecuencia de la pérdida dental en nuestra población, es debida a caries y enfermedad periodontal, por lo que concluimos que una adecuada higiene dental es determinante en la salud de la cavidad oral, porque una limpieza dental eficaz puede prevenir la formación de placa dentobacteriana, que se acumula en la superficie de los dientes, siendo ésta el origen de las enfermedades dentales más comunes, las cuales propician la pérdida de las piezas dentales en niños y adultos.

Por lo tanto, la adecuada técnica de cepillado, aplicaciones de fluor y su revisión semestral con el cirujano dentista evitarán las extracciones dentales.

La educación odontológica y el poder adquisitivo de los pacientes son factores determinantes en la elección del

tratamiento a seguir por parte de la comunidad que requiere atención dental.

C A P I T U L O I I I

EVALUACION DEL PACIENTE (HISTORIA CLINICA)

Actualmente se considera a la extracción dental como un acto quirúrgico delicado porque puede poner en peligro la salud y aún la vida del paciente.

La extracción dental, es una intervención en la cual se debe poner todo el cuidado para lograr el éxito, así como el estudio del paciente, para evitar accidente durante la intervención o posteriores a éstas.

Realizar una buena evaluación preoperatoria nos conduce al éxito de la técnica de extracción; para evitar cualquier complicación que se pudiera presentar durante la intervención. El tiempo empleado en una valoración cuidadosa nunca es desperdiciado.

Antes de realizar la historia clínica se debe formar una impresión general del paciente; que aspecto presenta, desde que entra al consultorio, como es su marcha, como es su semblante, todo ésto debe ser registrado en el apartado de observaciones, de dicho documento.

La historia clínica tiene como propósito:

- Obtener datos para asegurarnos de que el tratamiento elegido no influirá en el estado general del paciente.

- Determinar la posible presencia de alguna enfermedad o aplicación de medicamentos que pueden entorpecer el pronóstico del paciente.
- Detectar enfermedades que necesiten un tratamiento especial.
- Conservar un archivo clínico al cual puede recurrirse cada vez que sea necesario.

La evaluación ideal para formular la historia clínica es aquella lo suficientemente completa y concisa para utilizarse en el trabajo diario. A partir del interrogatorio obtenemos información a cerca del paciente, pero sin que éste resulte demasiado largo y tedioso.

La Historia clínica presenta las siguientes divisiones:

- A) Datos de filiación del paciente.
 - B) Fuente de la historia clínica.
 - C) Enfermedad actual del paciente.
 - D) Antecedentes familiares.
 - E) Antecedentes personales.
 - F) Revisión de aparatos y sistemas.
 - G) Exámen físico.
 - H) Diagnóstico diferencial.
 - I) Plan de tratamiento.
 - J) Pronóstico.
- A) Datos de filiación del paciente.
- Apellidos y nombre completo.

- Fecha de nacimiento.
- Lugar de nacimiento y residencia habitual.
- Sexo y estado civil.
- Profesión y ocupación.
- Domicilio y teléfono.
- Nombre, domicilio y teléfono del médico familiar.

B) Fuente de la historia clínica.

Para obtener la información sobre el paciente se recurre:

- Al mismo paciente; a un pariente de éste o acompañante.
- A otras fuentes como el registro médico del paciente o a una carta de referencia médica.

C) Enfermedad actual del paciente.

Es la información que nos proporciona el paciente sobre los problemas por los cuales busca la atención del profesional.

- Inicio del problema.
- Orden en que se presentó.
- Manifestaciones.
- Tratamientos aplicados.
- Síntomas principales como son: localización del problema, magnitud o gravedad, inicio, duración, factores agravantes o de alivio y manifestaciones coexistentes.

D) Antecedentes familiares.

Son aquellas enfermedades que el paciente presenta hereditarias o bien ligadas al sexo.

Se hace un interrogatorio al paciente directa o indirectamente sobre los antecedentes patológicos de sus familiares:

Si existe o existió; enfermedades cardíacas, enfermedades cancerígenas, enfermedades pulmonares, diabetes, hemofilia, etc.

E) Antecedentes personales.

Se interroga al paciente sobre datos de interés médico; cualquiera de las siguientes enfermedades:

Diabetes, tuberculosis, enfermedades cardíacas, hipertensión, infarto, enfermedad renal, cáncer, artritis, anemia, cefaleas y enfermedad mental.

- Estado general con sus enfermedades de la infancia e inmunizaciones, sus enfermedades actuales, intervenciones quirúrgicas, lesiones, hospitalizaciones, medicamentos habituales, alergias, hábitos, transfusiones recibidas.

F) Revisión de aparatos y sistemas.

Se interroga al paciente en forma habitual si sufre síntomas que sean susceptibles de indicar alguna enfermedad de los sistemas cardiovascular, renal, digestivo, respiratorio o de algún órgano del cuerpo.

G) Exámen físico.

Es la intervención del Cirujano dentista en el propio diagnóstico, este examen es tanto general como odontológico, aquí se incluyen exámenes de laboratorio y gabinete en caso de ser necesarios. Se debe formar una impresión general del paciente, del tamaño de su boca, así como de sus maxilares, si presenta alguna asimetría facial; o algún tipo de patología. Se hace una valoración completa de cavidad oral, tomando en cuenta:

Labios, lengua, carrillos, piso de boca, paladar, itsmo de las fauces, piezas dentarias.

Debe contemplarse la limpieza bucal del paciente y la eficiencia de su higiene. De ser necesario y de preferencia hay que realizarle una profilaxis cuidadosa antes de la extracción, especialmente en bocas donde exista un gran acúmulo de tártaro dental para evitar que el proceso de cicatrización se retarde debido a una infección.

Debemos tener por costumbre antes de realizar una extracción tomar una radiografía preoperatoria, ésta nos ayudará a formular un plan de tratamiento adecuado.

La radiografía nos revelará las posibles dificultades que se pueden presentar durante la extracción ya sea por:

- Fracturas de tablas ósea o raíces por alguna dilaceración radicular.
- Fracturas de raíces por hipercementosis.

- Fracturas de raíces por una mala técnica empleada en la extracción.
- Alguna iatrogenia causada por desconocimiento de la cercanía de una o más raíces con el seno maxilar o con los nervios dentario inferior o mentoniano.
- En dientes en donde existe mayor fragilidad después de haber sido tratados endodónticamente.
- Después de un traumatismo en donde la fractura este presente ya sea de la raíz o del hueso alveolar.

H) Diagnóstico diferencial.

Es la recolección de todos los datos que muestran un cuadro general del paciente y que llevará a buscar otros síntomas, signos o pruebas de laboratorio para ir desplazando a algunas enfermedades y confirmando otras hasta llegar al diagnóstico correcto.

I) Plan de tratamiento.

Procedimiento terapéutico que nos lleva a restablecer la salud integral del individuo; aplicando el tratamiento adecuado para la curación de una enfermedad o corrección de algún problema funcional.

J) Pronóstico.

A través del plan de tratamiento es la opinión que da el Cirujano dentista a los probables resultados finales de

un padecimiento, así como a las posibilidades de recuperación de la salud médico dental.

CAPITULO IV
ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE LA EXTRACCION
DENTAL.
(ESTADISTICA).

INTRODUCCION

Para realizar la extracción dental, se debe llevar a cabo un interrogatorio, un examen clínico y radiográfico para poder establecer un diagnóstico certero y así realizar un tratamiento adecuado de manera rápida y eficaz.

Antes de iniciar cualquier tratamiento es de vital importancia conocer el origen del padecimiento, su evolución, hasta el momento en que se presenta, preguntar qué, cómo, cuándo, dónde y porqué, así como basarnos en métodos de diagnóstico, como radiografías periapicales, interproximales u oclusales.

Para comenzar cualquier tratamiento sea cual fuere, se debe saber si el paciente se encuentra bajo observación médica o está tomando medicamento y si alguna vez ha experimentado reacción alérgica.

Debido a la frecuencia con que se presentan las extracciones dentales en nuestra comunidad, nos motivó a estudiar concienzudamente las causas que la originan.

Por otro lado, tomando en cuenta que la Clínica Periférica de Azcapotzalco de la Facultad de Odontología

de la Universidad Nacional Autónoma de México, ofrece sus servicios odontológicos a un gran número de pacientes, en los cuales se presenta un alto índice de pérdida dental; ésto nos llamó la atención conocer cuales son los factores que la originan.

OBJETIVO

El objetivo de esta Investigación es determinar las causas de extracción dental; para realizar una comparación con otras investigaciones hechas en años anteriores en otros países para poder conocer si la causa más frecuente de pérdida dental en nuestro país es similar a otros lugares.

REVISION DE LITERATURA

Kamberos y Cols. (1989), en la Clinica de Exodoncia de la Universidad de Atenas. realizaron la investigación clínica del análisis de la frecuencia y causa de pérdida dental de 59,253 dientes permanentes extraídos en un periodo de diez años (1978-1987) de 35,830 de la población de Grecia, 15,260 fueron hombres y 20,570 fueron mujeres. En conclusión, los resultados fueron, en dientes posteriores mandibulares fue 60.45%, en dientes posteriores maxilares fue 55.58%; en incisivos centrales maxilares 9.32% y en incisivos laterales maxilares 8.87%; en caninos mandibulares fue 3.15%.

La caries y el problema periodontal fueron los responsables del 83.27% de las extracciones dentales independientemente del sexo y la edad.

La caries fue la causa más frecuente hasta antes de los 40 años de edad en un 79.26% y después de esta edad encontramos el problema periodontal como mayor causa de extracción en un 43.47%.

Ahora bien, según Jeafar y Cols. (1989) nos dicen que la caries y el problema periodontal son la razón más frecuente de extracción dental en muchos países. El propósito de su estudio fue conocer que piezas fueron las que más frecuentemente se extrajeron con relación a la

edad; esta alta proporción de extracciones debido a la recurrencia de la caries entre 21 a 30 años, mientras que la periodontitis ocurre entre los 41 y 50 años de edad. De acuerdo al estudio, la caries se presenta en mayor proporción involucrando los dientes posteriores, en particular primer molar permanente.

En la enfermedad periodontal, sin embargo, se encuentran afectados principalmente los dientes anteriores más que en los posteriores. Esto es más marcado en mandíbula más que en maxila.

Tenemos que Szabo y Cols. (1991) realizaron un estudio para determinar la razón de la extracción dental, dicho estudio fue realizado en el año de 1986 mediante cuestionarios que fueron proporcionados a 115 dentistas, los datos fueron recopilados en un mes. Se obtuvo que de 7978 pacientes atendidos, el 64% perdió sus dientes por caries, seguido en un 25.1% por problemas periodontales. La principal causa de pérdida dental fue la caries por un tratamiento fuera de tiempo. El gran número de extracciones dentales revela un inadecuado servicio dental en Hungría.

En otro artículo, Stephens y Cols. (1991) nos describen que en Canada se realizó un estudio para determinar la razón de las extracciones dentales en una población de 999 pacientes en un rango de 14 a 91 años de edad.

Se obtuvo por resultado que la principal causa de extracción fue la caries en un 63%, seguida de la enfermedad periodontal en un 34%.

En la Universidad de Malasia, Razak y Cols. (1989) llevaron a cabo 2765 extracciones de dientes permanentes en un período de seis meses. El presente estudio mostró que la caries dental en un 67.4% es la causa principal de la extracción, seguida por enfermedad periodontal en un 17.6%.

La caries se encuentra como la más alta proporción de extracciones, abajo de los 50 años de edad, mientras que la enfermedad periodontal llega a ser el mayor factor más allá de esta edad. La más alta frecuencia de extracciones fue entre la edades de 21 a 30 años.

MATERIAL Y METODOS

En la clínica periférica de Azcapotzalco, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se llevó a cabo un estudio retrospectivo, transversal, en donde se revisaron 600 expedientes de adolescentes y adultos mexicanos de ambos sexos (15 a 45 años de edad), durante los años de 1989, 1990, 1991 y 1992.

Se consideraron además de la edad y el sexo las siguientes variables: causa de la extracción dental y pieza(s) extraída(s).

De los 600 pacientes atendidos tenemos, un total de 1214 piezas extraídas, en donde se encontró que las principales causas de pérdida dental fueron: caries (416 casos); enfermedad periodontal (102 casos); mal posición (75 casos) y patología pulpar (7 casos). La clasificación antes mencionada fue hecha para facilitar la obtención de resultados y estandarizar los datos obtenidos. De esta manera los dientes con gran destrucción y sin posibilidades de tratamiento fueron englobados en caries. De la misma manera, erupción ectópica, indicación protética u ortodoncica se consideró dentro del grupo de mal posición.

Dentro del grupo de patología pulpar abarcamos granulomas, quistes, polipos pulpares y fracasos endodónticos.

RESULTADOS

De los 600 pacientes valorados en este estudio, 425 fueron del sexo femenino (71.0%) y 175 del sexo masculino (29.0%). Contaban con una edad que iba de los 15 a 45 años de edad, con una media de 30 años.

Los resultados obtenidos: de los 600 pacientes atendidos 416 (69.3%) tuvieron pérdida dental por caries en donde 288 (48.0%) fueron mujeres y 128 (21.3%) fueron hombres; 102 (17.0%) tuvieron pérdida dental por enfermedad periodontal, en donde 73 (12.1%) fueron del sexo femenino y 29 (4.8%) fueron del sexo masculino. Por mal posición hubo pérdida dental en 75 (12.5%) pacientes, 60 (10.0%) fueron mujeres y 15 (2.5%) fueron hombres. Por último en patología pulpar 7 (1.2%) pacientes atendidos, en donde 4 (0.7%) fueron mujeres y 3 (0.5%) fueron hombres. (Gráfica 1 y 2).

En relación a la edad más frecuente de pérdida dental en el sexo femenino no tomando en cuenta la causa tenemos que el grupo más afectado fue el de 36-45 años de edad, contando con un total de 206 (48.5%) pacientes; le sigue el grupo de 26-35 años de edad con 124 (29.1%) pacientes y por último el grupo de 15-25 años de edad con 95 (22.4%) pacientes. Con respecto al sexo masculino el grupo que más pérdida dental presentó fue el de 36-45

años de edad con 75 (43.0%) pacientes, en segundo lugar el grupo de 15-25 con 68 (38.8%) pacientes y por último el grupo de 26-35 años de edad con 32 (18.2%) pacientes. (Gráfica 3).

De acuerdo a la mayor pérdida dental registrada por caries encontramos que el grupo más afectado fue el de 36-45 años de edad en el sexo femenino en un 41.7% (120 pacientes) en comparación al sexo masculino que el grupo que más pérdida dental registró por caries fue el de 15-25 años de edad con 45.3% (58 pacientes). (Gráfica 4).

Comparando con la pérdida dental por enfermedad periodontal se encontró que el grupo más afectado en ambos sexos fue el de 36-45 años de edad. El sexo femenino mostró 59 casos (80.8%) y el sexo masculino con 23 casos (79.3%) (Gráfica 5).

Analizando la (Gráfica 6) tenemos que los pacientes que mayor pérdida dental presentaron por mal posición fue el grupo femenino en el rango de 36-45 años de edad con un total de 26 casos (43.3%); en cambio los pacientes masculinos de la misma edad (36-45 años) tenemos que fue el grupo que menos piezas dentales perdió por dicha causa, 4 casos (26.6%) (Gráfica 6).

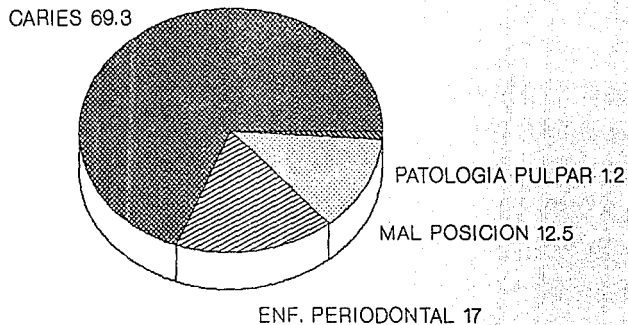
Por último la enfermedad que menos pérdida dental causó fue la patología pulpar en donde se registraron tan sólo 7 casos en ambos sexos. (Gráfica 7).

El total de piezas dentales extraídas en ambos sexos fueron 1214, en donde por caries se perdieron 761 piezas dentales la pieza que más frecuentemente se extrajo por dicha causa fueron los primeros molares permanentes, tanto maxilares como mandibulares (Gráfica 8); por enfermedad periodontal se reportaron afectadas 327 piezas dentales en donde encontramos el mayor porcentaje de pérdida dental en los dientes anteriores (central, lateral y canino) tanto superiores como inferiores en ambos lados (Gráfica 9).

La mal posición causó pérdida dental de 113 piezas, en donde a los dientes que más dañó fueron a los terceros molares superiores derechos con 35 dientes extraídos, seguidos de los terceros molares superiores izquierdos con 31 piezas perdidas; respecto a los terceros molares inferiores se perdieron 22 dientes en el lado derecho y 18 dientes en el lado izquierdo. (Gráfica 10).

Por último en la patología pulpar tenemos reportados tan sólo 13 pérdidas dentales, se puede observar (Gráfica 11) que la pieza que más se perdió por dicha causa fue el primer molar inferior izquierdo (3 dientes) siguiéndole el primer molar inferior derecho (2 dientes). En lo que se refiere a la patología pulpar se observó que no es una causa que reporte gran pérdida dental.

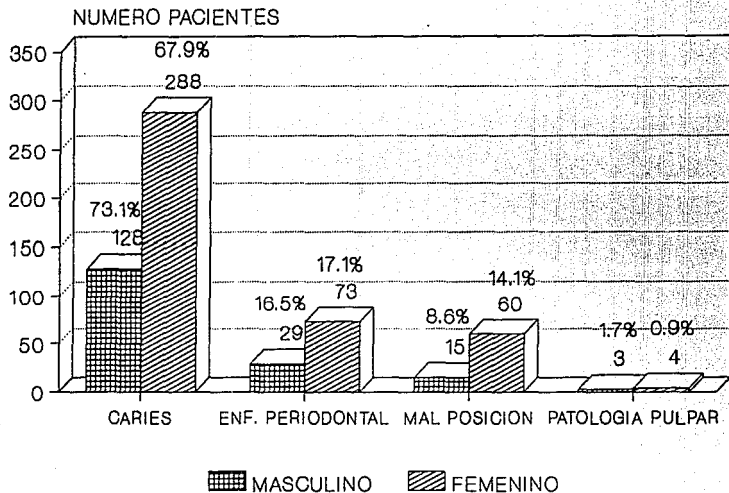
PORCENTAJE DE ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE PERDIDA DENTAL



TODAS LAS EDADES AMBOS SEXOS

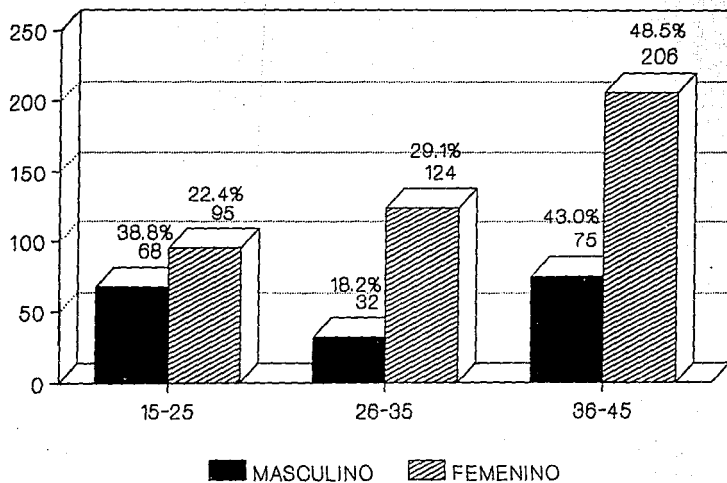
GRAFICA 1

CAUSAS DE PERDIDA DENTAL SEGUN EL SEXO



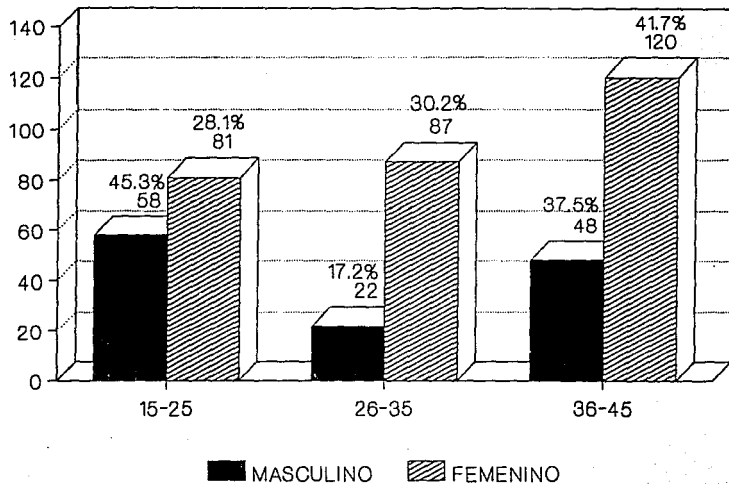
GRAFICA 2

PERDIDA DENTAL REGISTRADA SEGUN EDAD Y SEXO



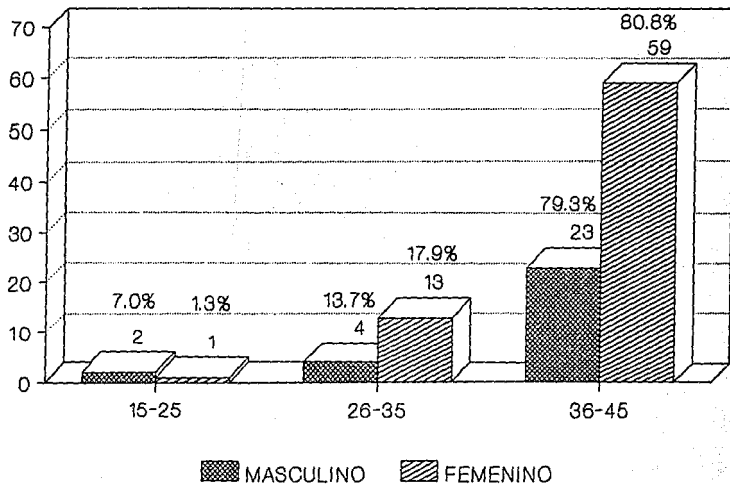
GRAFICA 3

PERDIDA DENTAL DEBIDO A LA CARIES SEGUN EDAD Y SEXO



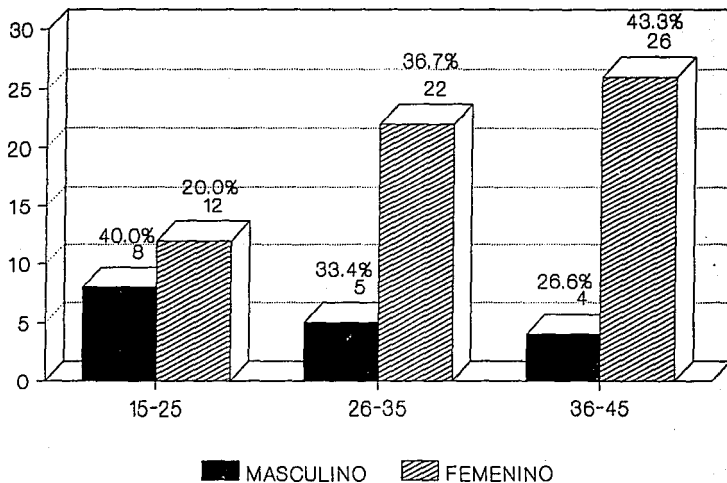
GRAFICA 4

PERDIDA DENTAL DEBIDO A ENF. PERIODONTAL SEGUN EDAD Y SEXO



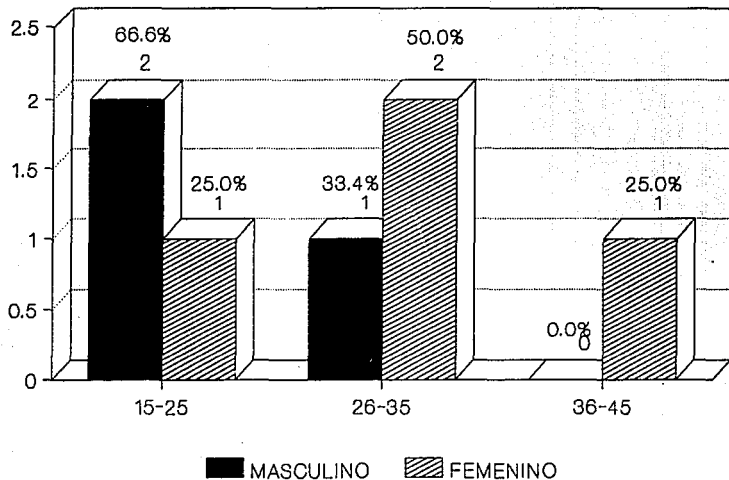
GRAFICA 6

PERDIDA DENTAL DEBIDO A MAL POSICION SEGUN EDAD Y SEXO



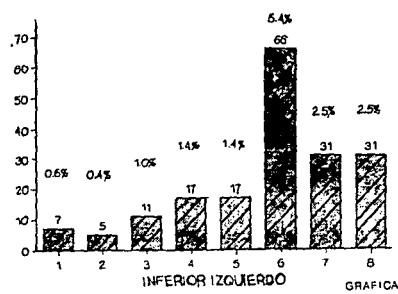
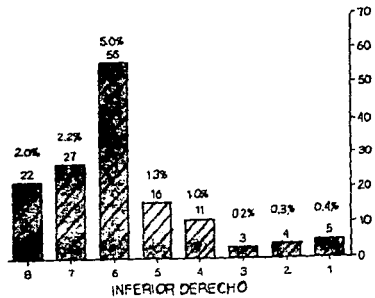
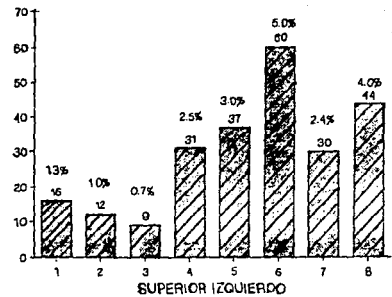
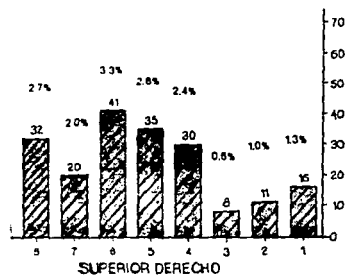
GRAFICA 6

PERDIDA DENTAL DEBIDO A PATOLOGIA PULPAR SEGUN EDAD Y SEXO



GRAFICA 7

CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS DEBIDO A LA CARIES EN AMBOS SEXOS

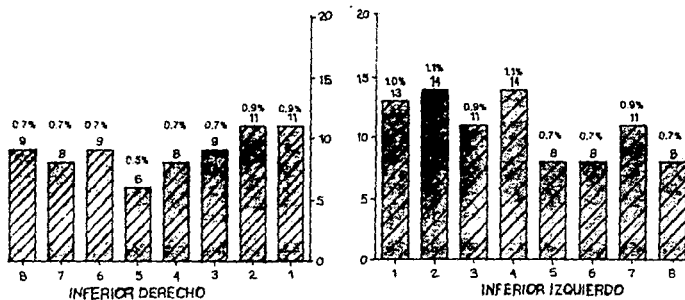
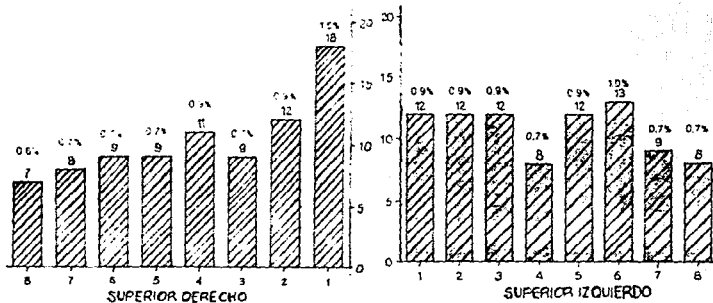


PIEZAS DENTALES

GRAFICA B

CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS
DEBIDO A ENF. PERIODONTAL EN AMBOS SEXO

65

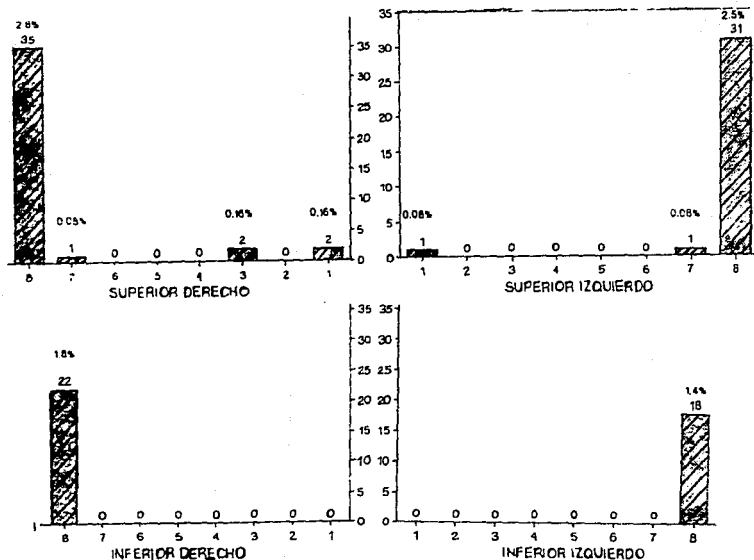


PIEZAS DENTALES

GRAFICA 9

CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS
DEBIDO A MAL POSICION EN AMBOS SEXOS

46

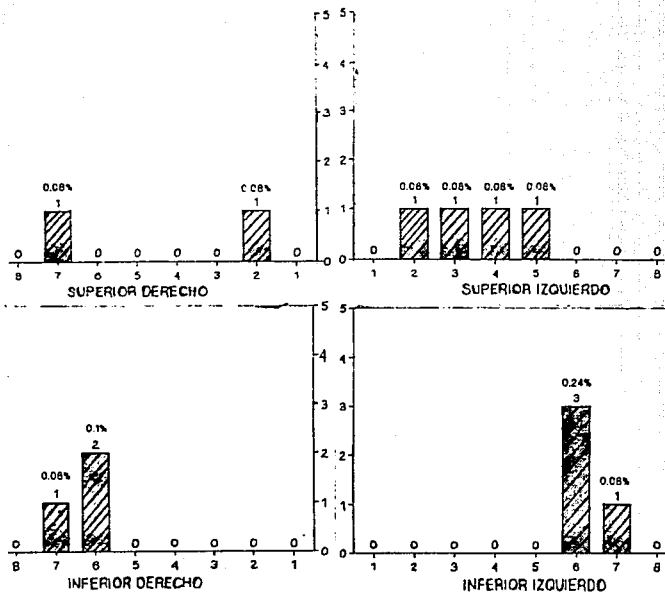


▨ PIEZAS DENTALES

GRAFICA 10

CANTIDAD DE PIEZAS DENTALES PERDIDAS
DEBIDO A PATOLOGIA PULPAR AMBOS SEXOS

47



■ PIEZAS DENTALES

GRAFICA 11

DISCUSION

Una vez analizados los resultados del presente estudio podemos concluir que las principales causas de pérdida dental fueron la caries (69.3%) y la enfermedad periodontal (17.0%) en donde el sexo que más predominó en todos los casos fue el femenino con un 70.8% del total de pacientes. La edad que con mayor frecuencia se presentó fue de 36-45 años.

Las piezas dentales que más se perdieron debido a la caries fueron los primeros molares permanentes tanto superiores como inferiores; en cambio por enfermedad periodontal las piezas más afectadas fueron los dientes anteriores (central, lateral y canino) de maxilar y mandíbula, ambos lados.

De los resultados encontrados en el estudio, tenemos que no existen diferencias significativas con los estudios realizados en otros países así tenemos que Kamberos y Cols. (1989) encontró que las principales causas de pérdida dental en la población de Atenas fueron debidas a la caries y a la enfermedad peridontal en un 83.27%, en donde predominó el sexo femenino.

Ahora bien Razak y Cols. (1989) nos dió a conocer en su estudio realizado en Malasia que la causa principal de extracción fue la caries en un 67.4%, seguida por la

enfermedad periodontal en un 17.6%. La más alta frecuencia de extracciones fue entre las edades de 21 a 30 años.

Después de haber realizado este estudio consideramos, que la importancia de los trabajos de investigación es significativa en la odontología mexicana, para comparar estos resultados con la de otros países y para conocer nuestra realidad y las posibilidades de acción sobre ella.

CONCLUSIONES

Con éste estudio concluimos que al igual que en otros países la causa más frecuente de pérdida dental es debido a la caries en más de un 50%; y que no existen diferencias significativas en relación al sexo; ya que hay mayor prevalencia de pérdida dental en el sexo femenino.

Por otra parte, es importante hacer notar que en nuestra población existe una mayor pérdida dental en pacientes de edad adulta (36-45), con respecto a otros estudios donde nos encontramos que existe pérdida dental a menor edad, donde nos indican que los grupos que reportan mayor número de extracciones fueron de 21 a 30 años; con lo cual pensamos, que esa diferencia de edades que existe en la pérdida dental en nuestra población con respecto a otros países puede estar dada por factores hereditarios, nutricionales, ambientales, económicos y educacionales.

Finalmente, para poder dar una posible explicación a dicho problema se pone a consideración el estudio de los factores más a fondo.

RESUMEN

En nuestro estudio clínico realizamos una investigación con análisis estadísticos en donde surge la inquietud por conocer las causas más frecuentes de pérdida dental dentro de una parte de nuestra población.

Para poder realizar este estudio comparativo, se revisaron los archivos clínicos que se encuentran en la Clínica Periférica de Azcapotzalco (Facultad de Odontología, UNAM), comprendiendo un periodo de cuatro años (1989-1992) donde se consideraron las variables de sexo, edad, causa de la extracción dental y pieza involucrada. Se tomaron en cuenta un total de 600 pacientes que fueron atendidos dentro de dicha clínica.

Con los resultados obtenidos en la investigación, se pudo llegar a realizar una comparación con estudios previos efectuados en otros países, en resumen, tenemos que en nuestra población al igual que en otros países las principales causas de pérdida dental son debidas a la caries y a la enfermedad periodontal.

BIBLIOGRAFIA

Cardenas de la Peña, E. TERMINOLOGIA MEDICA, Centro Editorial, S.A.; México, 1971. 337 pp.

Drown, L.J; Oliver, R.C; Loe. II. DISEASES FROM DENTAL MORTALITY, PREVALENCE, SEVERITY AND EXTENTION; ROLE IN TOOTH MORTALITY. J. Periodontal, 1989, Jul 60(7), p. 363-70.

Gamiz Matuk A.L. BIOESTADISTICA. Ed. Fco. Mendez Cervantes, México, 1982, 250 pp.

García Pelayo, R. y Gross. PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO, Ed. Larousse, México, 1991. 1663 pp.

Gómez Aranda, J. REGISTRO DE MORBILIDAD ESTOMATOLOGICA, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C, México 1984. 300 pp.

González Becerra, G. MANUAL DE EXODONCIA, Ciudad Universitaria, México, 1990. p. 6-13; 24-32.

Hover, J.N.; MC DERMOTT, R.C; Cinger, D.L; Neufeld. D. TOOTH LOSS IN A SELECTED POPULATION IN OASKATOON. J. Can. Dent. Assoc; 1989, Jul; 55 (7); p., 551-4.

Howe, Geoffrey L. LA EXTRACCION DENTAL. Ed. Manual Moderno, México, 1977. p. 1, 4-12.

Jeafar N; Razak, I A, Nor, C.M. TRENDS IN TOOTH LOSS DUE TO CARIES AND PERIODONTAL DISEASE BY TOOTH TYPE. Singapore Dent J; 1989, DEC; 14 (1); p. 37-41.

Kamberos, S; Kolokoudias, M; Staviou C; Vagenas, N; Fragis kos. F. FREQUENCY AND CAUSES OF EXTRACTION OF PERMANENT TEETH A TEN YEAR 1978-1987, CLINICOSTATISTICAL INVESTIGATION. Odontostomatol-Proodos; 1989, Oct-43 (5); p. 423-33.

Kruger, G. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. Ed. Interamericana, México, 1978, 4a. ed. p. 38-42.

Laskin, M.D. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL. Ed. Panamericana, México, 1987, p. 13-16.

Newbrun, E. CARIOLOGIA. Ed. Limusa, México, 1984, p. 39-43.

Newman, H. LA PLACA DENTAL. Ed. El Manual Moderno, México, 1984; p. 14-19.

Pastori, E.J. EXODONCIA CON BOTADORES. Ed. Mundi, Argentina, 1977, p. 6-11.

Pey, S. y Ruíz C.J. DICCIONARIO DE SINONIMOS Y CONTRARIOS. Ed. Teide, México, 1984; 527 pp.

Razak, A.I, Jaafar N; Mat Nor C. THE CAUSES OF TOOTH MORTALITY OF PERMANENT TEETH IN MALAYSIAN POPULATION; J. Ir Dent Assoc.; 1989; 35(1); p. 37-41.

Ries Centeno, G.A. CIRUGIA BUCAL. Ed. El ateneo, Buenos Aires, 1987, 9a. ed.; p. 139, 153-154.

Ring, M.E. HISTORIA ILUSTRADA DE LA ODONTOLOGIA. Ed. Doyma S.A., Barcelona, España, 1989. p. 39, 46.

Schluger, S. ENFERMEDAD PERIODONTAL. (FENOMENO BASICO, MANEJO CLINICO, INTERRELACIONES OCLUSALES Y RESTAURADORAS); Ed. CECSA, México, 1984; p. 82-85.

Stephens, R.G; Kogon, G.L; Jarvis, A.M. A STUDY OF THE REASONS FOR TOOTH EXTRACTION IN A CANADIAN POPULATION SAMPLE. J. Can-Dent-Assoc; 1991, Jun; 57 (6); p. 501-4.

Szabo, J; Szabo I; Kiralyfalvi, L. SURVEY OF REASONS FOR TOOTH EXTRACTION IN THE FRAMEWORK OF GOVERNMENT SPONSORED DENTISTRY. Fogory-Sz; 1991 Jun-Jul; 84 (6-7); p. 161-6.

APENDICE



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1.- DATOS GENERALES:

Nombre _____ Edad _____
Origen _____ Estado Civil _____
Ocupación _____ Dirección _____

Motivo de la Consulta _____

2.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Hábitos _____
Alimentación _____
Vivienda _____
Intervenciones Quirúrgicas _____

3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades propias de la niñez padecidas _____

Alguna enfermedad que padezca desde la infancia _____

Sensibilidad a alimentos ó medicamentos _____

4.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

Diabetes _____
Hemofilia _____

5.- PADECIMIENTO ACTUAL:

6.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Digestivo: _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

7/232

EXAMEN CLINICO SERVICIO DE ADMISION

admisión

Expediente No. _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Lugar de nacimiento _____ Clasificación _____

Examen solicitado por
Corregir una condición anormal.
Alivio de una molestia.
Emergencia.

Motivo de la Consulta

Padecimiento actual (fecha de iniciación, primeros síntomas, evolución, terapéutica, causa probable)

Estado bucal (labios, región jugual, paladar y velo, piso de la boca, lengua. Mucosa bucal en general, ganglios linfáticos).

Articulación temporomandibular _____

Oclusión _____

Maxilares y mandíbula (padecimientos infecciosos, traumáticos, congénitos, neoplásicos).

Región gingival (color, forma, consistencia, volumen, atrofia e hipertrofia, pigmentaciones, tártaro dentario, encías sangrantes, exudado, dolor, bolsas parodontales).

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
HISTORIA CLINICA INTEGRAL
CLINICA PERIFERICA ATZCAPOZALCO

FICHA DE IDENTIFICACION			FOLIO No.		
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	EDAD	SEXO F M	FECHA
DOMICILIO			TEL. PART.	CLASIFICACION	
NOMBRE DEL MEDICO PARTICULAR			TELEFONO DEL MEDICO PARTICULAR		

MOTIVO DE LA CONSULTA

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

ANTECEDENTES

OBSERVACIONES. _____

TABAQUISMO. _____

ALCOHOLISMO _____

FARMACOS (NOMBRE, CANTIDAD Y FRECUENCIA) _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

a) ENFERMEDADES (PROPIAS DE LA INFANCIA, DEGENERATIVAS, NEOPLASICAS, ENDOCRINAS, ETC.) _____

b) QUIRURGICAS _____

c) TRAUMATICAS _____

d) TRANSFUSIONALES _____

e) ALERGICOS _____

f) GINECO-OBSTETRICOS _____

INTERROGATORIO POR APARATOS

DIGESTIVO _____

RESPIRATORIO _____

CARDIOVASCULAR _____

GENITO-URINARIO _____

HEMATICO Y LINFATICO _____

ENDOCRINO _____

NEUROLOGICO _____

MUSCULO ESQUELETICO _____

PIEL Y FANERAS _____



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

A quien corresponda:

Por medio de la presente me permito informar a usted que las pasantes de Cirujano Dentista.

- Larios Martínez Gabriela N.cta. 8959238-4
- Victoria Vera Aída N.cta. 8759107-5

Realizaron el estudio: Análisis de la pérdida dental , frecuencia y causa de la misma, en pacientes de 15 a 45 años de edad en ambos sexos del --- periodo comprendido entre 1989-1992, que asistieron a consulta dentro de la clínica de Azcapotzalco. En los archivos de esta clínica a partir del -- mes de Noviembre'92 al mes de Febrero'93 y que se encuentra completamente terminado.

Situación que se hace constar para los fines que a las interesadas convengan.

A los 17 días del mes de Febrero de 1993

Atentamente

C.D. Ramón Rodríguez Juárez
Jefe de enseñanza
C.Periferica de Azcapotzalco
Turno matutino