



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

TESIS

TEMA:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO, EN EL COLEGIO "SAN VICENTE FERRER" DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA, DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR:

- José Francisco Masa Pinza.

DIRECTORA DE TESIS:

- DRA. MARLENE MORENO

Loja – Ecuador
2013

CERTIFICACIÓN:

Dra.

Marlene Moreno.

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO, EN EL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA, DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013**, elaborada por el Sr. José Francisco Masa Pinza portador de la cédula 1103607253, ha sido rigurosamente supervisada, revisada y corregida y sobre todo asesorada por mi persona en todo el desarrollo de la misma por lo que se autoriza la presentación de la misma ante el tribunal designado para el efecto.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marlene Moreno', is written over a horizontal dotted line. To the right of the signature is a vertical solid line.

DRA. MARLENE MORENO

AUTORIA

Yo, **José Francisco Masa Pinza**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-biblioteca Virtual

Autor José Francisco Masa Pinza

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José Francisco Masa Pinza', is written over a horizontal dotted line.

Cédula:

1103607253

Fecha:

22 de Noviembre del 2013

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA
CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, José Francisco Masa Pinza, declaro ser autor de la tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO, EN EL COLEGIO "SAN VICENTE FERRER" DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA, DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013"; como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 22 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

.....
Autor: JOSÉ FRANCISCO MASA PINZA

Cédula: 1103607253

Dirección: Ciudadela Fabiola, Ibarra y Ambato 05-53

Correo Electrónico: josefmasap@hotmail.com

Teléfono: 2578738 Celular: 0994454777

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Marlene Moreno

Tribunal de Grado: Dra. Libia Pineda López.

Dra. Zulema Castillo G.

Lic. Ángel Iñiguez G.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios por brindarme la salud y capacidad económica e intelectual para cumplir con mi meta trazada.

A mis padres Julio, Carmencita, mis hermanos Patricio, Roció, Geovanny, Hermanos Políticos, Tía Beatriz, Sobrinos y Familia, quienes me brindaron su apoyo incondicional en las buenas y en las malas y además constituyeron el pilar fundamental para el término de mi carrera.

A aquellas personas que contribuyeron directa o indirectamente con la construcción y término del presente trabajo investigativo.

FRANCISCO MASA

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento al personal docente y administrativo de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja por la oportunidad brindada de formarme en una carrera que me permitirá ser útil a la sociedad.

A los asesores Dr. José Procel y Dr. Leónidas Brito que conjuntamente con la Dra. Marlene Moreno me guiaron durante el desarrollo de este trabajo investigativo.

A las autoridades, personal docente y administrativo del Colegio: “San Vicente Ferrer” de la parroquia de Chuquiribamba, que acogieron este proyecto y brindaron las facilidades y su colaboración para llevar a cabo la realización de este trabajo.

Francisco Masa

1. TITULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO, EN EL COLEGIO "SAN VICENTE FERRER" DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA, DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las enfermedades bucodentales, en particular la caries dental y las periodontopatías, que afecta a los diferentes grupos etarios causando molestias locales, funcionales y estéticas con repercusión en la salud general.

La presente investigación tuvo como fin determinar la prevalencia de las patologías bucodentales e identificar los factores de riesgo en los Niños/as y adolescentes del Colegio “San Vicente Ferrer” de la parroquia Chuquiribamba del Cantón Loja.

Este estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, cuya población estudiada es de 195 niños/as y adolescentes, donde se realizó diagnósticos bucales y aplicación de encuestas sobre higiene oral y factores de riesgo.

Los resultados obtenidos fueron: la caries dental el 98.9% y la inflamación gingival el 96.3% son las patologías de mayor prevalencia, influenciadas por la incorrecta técnica de cepillado el 82.4%, la poca frecuencia de cepillado en un 43.1% y la escasa visita al odontólogo el 45.7%. Luego de haber realizado el estudio se puede concluir que existe un alto índice de alteraciones dentales, que influyen en el estado de salud de la población, afectando al desarrollo propio de la persona y de la comunidad. Por lo que se recomienda campañas de promoción y prevención oral, a la población de mayor riesgo.

Palabras claves: Caries, Factores de Riesgo, Inflamación Gingival.

SUMMARY

Oral diseases, including dental caries and periodontal diseases affecting different age groups causing local discomfort with functional and aesthetic impact on overall health.

This research was aimed to determine the prevalence of oral diseases and to identify risk factors in Children / College and adolescents "San Vicente Ferrer" in the parish of Canton Chuquiribamba Loja.

This study was quantitative, descriptive and transversal study whose population is 195 boys / girls and adolescents, where he performed oral diagnosis and application of oral hygiene surveys and risk factors.

The results were: dental caries, 98.9% and 96.3% gingival inflammation are the most prevalent diseases, influenced by improper brushing technique 82.4%, the infrequency of brushing in 43.1% and poor visit 45.7% dentist. After completing the study it can be concluded that there is a high rate of tooth disorder, affecting the health status of the population, affecting the proper development of the individual and the community. As recommended prevention advocacy and oral, the population most at risk.

Keywords: Caries, Risk Factors, Gingival Inflammation.

Lcda. Paola Elizabeth Seraquive Valarezo.

Traductora.

3. INTRODUCCIÓN

Los altos índices de caries dental, y enfermedad periodontal son considerados como las patologías de mayor prevalencia en la actualidad. Tienen como causas, la limitada promoción de salud oral, inadecuadas prácticas de higiene bucal, diferentes estilos de vida, falta de accesibilidad a servicios de salud, bajos recursos económicos, entre otras.

En la adolescencia temprana, 10 a 14 años, 12 dientes primarios se exfolian y otros tantos permanentes erupcionan. Con la aparición del segundo molar permanente a los 12 años queda completada la dentición permanente, Los terceros molares erupcionan en la adolescencia tardía de 18 a 20 años. Por tratarse de un grupo comprendido entre los 10 y 20 años, la atención de salud del adolescente debe incluir el amplio espectro de la odontología. Las medidas citadas con frecuencia entran en conflicto con el estilo de vida y las características propias del adolescente en esta etapa; ellos valoran el espacio de información cuando se les brinda talleres de educación para la salud realizados en forma multidisciplinaria los cuales deberían ser una práctica habitual en la programación escolar.¹

Un Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de Biofilm dental y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidencio que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión.²

A nivel local, en nuestra ciudad de Loja, se realizó el Macroproyecto denominado: “Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental en marcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de Salud N° 3 de la DPSL/MSP y de la Carrera de odontología, en el período 2007-2008”, donde se evidencia que “el

¹ La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente REVISTA DE SALUD PÚBLICA. Cléa A. Saliba-Garbin, Artênio J. Ispere-Garbin, Renato Moreira-Arcieri, Nemre A Saliba y Patricia E. Gonçalves. Volumen 11(2), Abril 2009 Recibido 17 Agosto 2008/Enviado para Modificación 2 Enero 2009/Aceptado 25 Febrero 2009. Disponible en:

• http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca_formato_vancouver.pdf

² Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normalización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. 2009

índice Ceo fue de 4,5 para los niñas y de 5,1 para los niños, en tanto que el índice de CPOD fue de 1,9 en los niñas y de 1,6 en las niños”.³

El presente trabajo investigativo: “DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO, EN EL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” DE LA PARROQUIA CHUQUIRIBAMBA, DEL CANTÓN LOJA AÑO 2013”; constituyó un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo y transversal, conformado por una muestra de 195 estudiantes que tiene por objetivos realizar un diagnóstico de estado de salud oral de los alumnos, e identificar los principales factores de riesgo y destacar la prevalencia de las principales patologías. Para la recolección de los datos se realizó el llenado de cada historia clínica y encuesta por cada alumno, y por medio de un pantoma se pedirá a los estudiantes que indiquen la forma en la que se realizan el cepillado de los dientes, la misma que será calificada como correcta e incorrecta. Los datos fueron analizados y tabulados para construir la información epidemiológica.

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo determinar que la patología de mayor prevalencia lo constituye la caries dental y la inflamación gingival, las mismas que están influenciadas por la incorrecta técnica de cepillado, la poca frecuencia de cepillado y la escasa visita al odontólogo.

³ Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud N° 3 de la DPSL/MSP” y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008

4. REVISIÓN DE LITERATURA.

CAPÍTULO I

1. DIAGNÓSTICO EN SALUD DENTAL

1.1 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud.⁴

1.2 CLASIFICACIÓN

Administrativo: Su propósito es evaluar la eficiencia de los recursos para causas inmediatas a la enfermedad.

Estratégico: identifica necesidades de estratos y establecer riesgos en situaciones de problemática en salud.

Ideológico: Propósito: Identificar procesos sociales buscando una estabilidad social.⁵

1.3 DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Este se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud.⁶

⁴ Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en : http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf

⁵ Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en : http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf

⁶ Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en : http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf

1.4 PATOLOGÍAS

1.4.1 LESIONES DE TEJIDOS DUROS

1.4.1.1 CARIES DENTAL



FOTO 1 CARIES RAMPANTE

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta.⁷

La caries dental se puede definir de diferentes maneras F.V. Domínguez la describe como la secuencia de un proceso de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios que evolucionan en forma progresiva e irreversible, que comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad.⁸

Existen otros factores relacionados con la caries dental entre estos tenemos:

Factores secundarios relacionados con la susceptibilidad:

- a) Resistencia dental, que incluye esmalte, dentina, flúor, factores genéticos y propiedades intrínsecas.
- b) Saliva, que incluye velocidad de flujo, taponamiento.



FOTO 2 SALIVA

⁷ Aguilar-Orozco N, Navarrete-Ayón K, Robles-Romero D, Aguilar-Orozco SH, Rojas-García A. Revista Odontológica Latinoamericana. [Versión Electrónica]. www.odontologia.uady.mx

⁸ BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 238

c) Alimentación, que incluye vitaminas y hormonas.



FOTO 3 PIRÁMIDE ALIMENTICA

Factores secundarios relacionados con la actividad:

- a) Adherencia, que involucra hábitos alimentarios, higiene bucal, dextranos y enzimas.
- b) Producción de ácido, que involucra ecología de la biopelícula o placa dental, interferencias bacterianas y comida azucarada.



FOTO 4 ACUMULACION DE BIOFILM DENTAL

c) Crecimiento microbiano, que involucra nutrientes, medicamentos y virulencia.⁹

También son importantes los factores socioeconómicos y culturales que no solo condicionan los hábitos dietéticos y de higiene oral sino además modulan la respuesta inmune en el ámbito de la cavidad bucal a través de la saliva y el exudado gingival.¹⁰



FOTO 5 CARIES DENTAL



FOTO 6 EVOLUCIÓN DE LA CARIES DENTAL

⁹ BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 249

¹⁰ BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 251

Factores predisponentes y atenuantes

Según Bhaskar, en la etiología de la caries existen factores predisponentes y atenuantes.¹¹

1. **Civilización y raza:** en ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez a causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta.
2. **Herencia:** existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible.
3. **Dieta:** el régimen alimentario, la forma y la adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y el avance de la caries.
4. **Composición química:** la presencia de pequeñas cantidades de ciertos elementos en el esmalte determina que éste se vuelva más resistente a la caries; entre estos elementos se encuentran el flúor, el estroncio etc.. La presencia de estos elementos en el agua de bebida durante la época de formación del esmalte puede tornarlo más resistente al ataque.
5. **Morfología dentaria:** las superficies oclusales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de las caries. La posición irregular, la presencia de diastemas, el apiñamiento y otros factores oclusales también facilitan el proceso. La actividad muscular de los labios, la lengua y los carrillos puede limitar el avance de la lesión al barrer mayor cantidad de biopelícula dental.
6. **Higiene bucal:** El uso de cepillo dental, hilo dental, u otros elementos reduce significativamente la frecuencia de esta lesión.
7. **Sistema inmunitario:** existe un factor inmunológico que interviene en la saliva humana y de muchos animales. Este factor es la inmunoglobulina A, que protege al organismo de ciertos ataques y que al recubrir a las bacterias de la biopelícula dental, posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad bucal.

¹¹ BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 249

8. **Flujo salival:** su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante la caries.
9. **Glándulas de secreción interna:** actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno y otros aspectos.
10. **Enfermedades sistémicas y estados carenciales:** favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno.¹²

Tipos de Caries

- Caries de esmalte.
 - Mancha blanca
 - Caries detenida
- Caries de la dentina.
- Caries de cemento y raíz
 - Activa o aguda

1.4.1.2 ALTERACIONES DE NÚMERO

Anodoncia Total y Parcial



FOTO 7 ANODONCIA

Anodoncia total es ausencia congénita de todos los dientes y la Anodoncia parcial: ausencia congénita de uno o más dientes.¹³

¹² BARRACOS Money. Odontología Operatoria. Cap. 8. Pág. 249

¹³ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214

La anodoncia total es un trastorno raro en el cual no hay dientes temporales ni permanentes. Aunque puede existir anodoncia total, la mayoría de los casos de displasia ectodérmica presentan algunos dientes de forma anómala y son habitualmente caninos y molares. La forma más frecuente de anodoncia es la anodoncia parcial, llamada también hipodoncia u oligodoncia, y que afecta a uno o más dientes. Aunque cualquier diente puede faltar congénitamente, algunos dientes tienden a faltar con más frecuencia que otros. Los dientes ausentes congénitamente con mayor frecuencia son los terceros molares, seguidos por los incisivos laterales y los segundos premolares superiores.¹⁴

Dientes supernumerarios



FOTO 8 SUPERNUMERARIOS

Dientes en exceso sobre el número normal. Aunque estos dientes pueden presentarse en cualquier localización, tienen predilección por ciertos sitios. Son mucho más frecuentes en el maxilar superior 90% que en la mandíbula 10%. El más frecuente es un diente supernumerario localizado entre los incisivos centrales del maxilar superior, que suele designarse como mesiodens seguido por los cuartos molares paramolares y los incisivos laterales. Los dientes supernumerarios más frecuentes en la mandíbula son los premolares, aunque también se observan a veces cuartos molares e incisivos. Un diente supernumerario puede parecerse al diente normal correspondiente o puede tener una conformación rudimentaria y cónica, con un parecido escaso o nulo a su homólogo normal.¹⁵

¹⁴ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 217

¹⁵ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214

1.4.1.3 ALTERACIONES DE FORMA

Taurodontismo



FOTO 9 TAURODONTISMO

El taurodontismo, que significa «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque también se afectan a veces los premolares. Pueden afectarse tanto los dientes temporales como los permanentes, pero la afectación de éstos parece ser más frecuente. El taurodontismo también puede presentarse en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down.¹⁶

Diente Invaginado



FOTO 10 DENS IN DENT

El diente invaginado, también llamado «dens in dente», es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del

¹⁶ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 246

maxilar superior. Una forma más leve de esta anomalía es relativamente frecuente y se caracteriza por la presencia de una fosita lingual profundamente invaginada que se extiende a distancias variables en la sustancia del diente durante el desarrollo. En su forma más extrema, la invaginación profunda lleva a una expansión bulbosa de la raíz afectada, y se ha denominado erróneamente «odontoma dilatado».¹⁷

Cúspides Supernumerarias



FOTO 11 CÚSPIDES SUPERNUMERARIAS

Los dientes presentan a veces cúspides adicionales o supernumerarias. El ejemplo más común de este fenómeno es la cúspide de Carabelli, la cual aparece típicamente sobre la superficie mesiolingual de los primeros molares permanentes del maxilar superior. Esta cúspide supernumeraria particular no suele presentar problemas clínicos y por ello se considera que representa sencillamente una variante de la normalidad.¹⁸

A veces, no obstante, ciertos dientes desarrollan cúspides supernumerarias que originan problemas clínicos y pueden necesitar tratamiento. Ejemplos de tales cúspides supernumerarias son el diente evaginado y las cúspides en garra.¹⁹

¹⁷ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 243

¹⁸ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244

¹⁹ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244

Diente Evaginado



FOTO 12 DIENTE EVAGINADO

Anomalía del desarrollo en la cual un área focal de la corona se proyecta hacia fuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional o una cúspide de forma anormal respecto a las cúspides existentes (cúspides en garra). El diente evaginado es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los premolares. La importancia clínica del diente evaginado consiste en que puede interferir en la erupción de dicho diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del diente.²⁰

Cúspide en garra



FOTO 13 CUSPIDE EN GARRA

Se denomina cúspide en garra a una forma rara, pero clínicamente importante, de cúspide supernumeraria, que se observa típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior, debido a que su extraña forma se asemeja a la garra del águila. Esta cúspide anormal se origina en la porción del cíngulo del diente y suele extenderse hasta el borde incisivo como una

²⁰ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 244,245

proyección prominente de esmalte que le da una forma de T. A veces aparecen fositas linguales a ambos lados de la cúspide en garra, donde se une a la superficie lingual del diente. Si se presentan fositas linguales deben ser restauradas para prevenir la caries dental.²¹

Geminación



FOTO 14 GEMINACIÓN

La geminación es una anomalía del desarrollo que afecta principalmente a los dientes anteriores y que clínicamente se parece a otra anomalía conocida como fusión. Se caracteriza por la división parcial o «desdoblamiento» de un solo primordio dental, produciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular. La geminación puede afectar a las denticiones temporales ya las permanentes.²²

Fusión



FOTO 15 FUSIÓN

La fusión se define como la unión de dos primordios dentales normalmente separados. Esta alteración del desarrollo puede presentarse en la dentición temporal y en la permanente. Se ha descrito cierta tendencia hereditaria. La

²¹ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 41

²² BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 238

fusión puede ser completa o incompleta, y su magnitud variará según la etapa del desarrollo que el diente haya alcanzado en el momento de la fusión. Si la fusión se inicia antes de la calcificación, entonces la unión implicará todos los componentes del diente, incluyendo esmalte, dentina, cemento y pulpa. Si la unión empieza en una etapa más tardía del desarrollo del diente, entonces los dientes afectados pueden tener coronas separadas y la fusión puede estar limitada a las raíces. La fusión puede diferenciarse de la geminación contando los dientes del área. En caso de fusión, habrá un diente menos en la arcada dentaria.²³

1.4.1.4 ALTERACIONES DE ESTRUCTURA

ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE

Alteraciones adquiridas

Hipoplasia focal del esmalte



FOTO 16 HIPOPLASIA FOCAL DEL ESMALTE

La hipoplasia focal (o localizada) del esmalte que implica sólo uno o dos dientes es relativamente frecuente. Aunque la etiología suele ser oscura (idiopática), en algunos casos es evidente. Una forma común de hipoplasia focal del esmalte de etiología conocida es el «diente de Turner», que es consecuencia de inflamación o traumatismo localizados durante el desarrollo del diente. Según la gravedad de la lesión, la corona afectada puede tener un

²³ BEZERRA. Tratado de Odontopediatria. Cap 7. Tomo 1. Pág. 238

área de hipoplasia del esmalte relativamente lisa con áreas foveales o estar visiblemente deformada y presentar coloración amarillenta o marrón.²⁴

Hipoplasia generalizada del esmalte



FOTO 17 HIPOPLASIA GENERALIZADA

Los factores ambientales sistémicos de duración breve inhiben a los ameloblastos funcionantes en un período específico durante el desarrollo del diente y se manifiestan clínicamente como una línea horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte que corresponden a la etapa del desarrollo y a la duración de la agresión. Si la duración de la agresión ambiental es corta, la línea de hipoplasia es estrecha, mientras que una agresión prolongada produce una zona de hipoplasia más ancha y puede afectar a más dientes. Los dientes que se afectan más a menudo son los incisivos permanentes, los caninos y los primeros molares.²⁵

La hipoplasia del esmalte resultante de sífilis congénita afecta a los bordes cortantes de los incisivos permanentes ya las superficies masticatorias de los primeros molares permanentes. Los incisivos con muescas, «con forma de destornillador, se denominan «incisivos de Hutchinson», mientras que las superficies masticatorias globulosas de los primeros molares se denominan «molares en mora».²⁶

La hipoplasia del esmalte que es consecuencia de hipocalcemia secundaria a deficiencia de vitamina D suele ser del tipo foveal. Clínicamente es indistinguible de la hipoplasia del esmalte causada por enfermedades

²⁴ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53

²⁵ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53

²⁶ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 54,55

exantemáticas tales como sarampión, varicela y escarlatina, y por deficiencias de las vitaminas A y C.²⁷

Un ejemplo bien identificado de hipoplasia generalizada del esmalte inducida químicamente es la resultante de la ingestión de flúor. La hipoplasia del esmalte inducida por el flúor (moteado de flúor) suele ser apenas visible a niveles inferiores a 1,0 ppm en el agua de bebida. Con cantidades de flúor más altas en el agua de bebida, la hipoplasia del esmalte resultante se hace cada vez más evidente. El aumento de nivel de flúor interfiere con la función ameloblástica, lo cual afecta desfavorablemente tanto a la formación de la matriz del esmalte como a su calcificación. Clínicamente, el moteado mínimo por el flúor se manifiesta por una superficie del esmalte lisa con algunas manchas blanquecinas poco perceptibles; el moteado leve presenta una superficie del esmalte lisa con áreas blancas opacas; el moteado moderado a intenso muestra grados variables de formación de fositas evidentes y coloración marrón de la superficie del esmalte. En el moteado por fluoruro grave el esmalte es considerablemente más blando y más débil que el normal, con un consiguiente desgaste excesivo y rotura de las superficies incisivas y masticatorias; por ello las reparaciones convencionales son difíciles de conservar, independientemente del grado de moteado por flúor, los dientes afectados son en gran parte resistentes a la caries dental.²⁸

Amelogénesis imperfecta



FOTO 18 AMELOGENESIS IMPERFECTA

²⁷ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 55

²⁸ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 55

La amelogénesis imperfecta es un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios de la formación de esmalte que afectan a las denticiones primaria y permanente. Estos trastornos se limitan al esmalte; los demás componentes de los dientes son normales.²⁹

Tres tipos fundamentales de amelogénesis imperfecta se correlacionan con defectos en esas etapas:

1. **El tipo hipoplásico (focal o generalizado)**, el cual presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos;
2. **El tipo hipocalcificado**, que constituye una forma gravemente defectuosa de mineralización de la matriz del esmalte, y
3. **El tipo con hipomaduración**, que presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristalitas de esmalte inmaduro. Haciendo uso de este esquema básico en conjunción con criterios clínicos, histológicos y genéticos, Witkop y Sauk clasificaron los diversos tipos de amelogénesis imperfecta³⁰

Las características clínicas que siguen son útiles para diferenciar los tres tipos fundamentales de amelogénesis imperfecta.

5. **Tipo hipoplásico:** el esmalte no tiene el espesor normal en las áreas focales o generalizadas; la radio densidad del esmalte es mayor que la de la dentina.
5. **Tipo hipocalcificado:** el esmalte es de espesor normal, pero es blando y se elimina fácilmente con un instrumento romo; el esmalte es menos radio denso que la dentina.
5. **Tipo con hipomaduración:** el esmalte es de espesor normal, pero no de dureza y transparencia normales; el esmalte puede ser perforado con la punta de una sonda de exploración haciendo presión firme y puede ser separado de la dentina subyacente mediante rascado; la radio densidad del esmalte es aproximadamente la misma que la de la

²⁹ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 51

³⁰ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 52

dentina. La forma más leve de hipomaduración tiene una dureza normal y presenta manchas blancas opacas en los bordes incisivos de los dientes (dientes con gorro de nieve).³¹

ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DE LA DENTINA

Alteraciones hereditarias de la dentina

Hay dos tipos fundamentales de alteraciones hereditarias de la dentina:

Dentinogénesis imperfecta



FOTO 19 DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA

Defecto hereditario que consiste en dientes opalescentes por dentina formada irregularmente e hipomineralizada.

La dentinogénesis imperfecta (DI) es un trastorno heredado de la formación de dentina, que presenta generalmente una forma de transmisión autosómica dominante. Este trastorno se ha dividido en tres tipos: ³²

Tipo I: Dentinogénesis imperfecta que se presenta en pacientes que sufren osteogénesis imperfecta (OI), aunque no todos los pacientes con OI presentan DI. Aunque los dientes tienen el mismo color opalescente que el tipo II, los pacientes presentan a menudo otras características de la osteogénesis imperfecta, como cierto tono azulado en la esclerótica de los ojos.³³

³¹ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 53

³² BEZERRA. Tratado de Odontopediatría. Cap 7. Tomo 1. Pág. 233

³³ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59

Tipo II: Dentinogénesis imperfecta que no está asociada a osteogénesis imperfecta. Es dentina opalescente hereditaria.³⁴

Tipo III: Dentinogénesis imperfecta (tipo Brandywine), que es rara y se hereda como rasgo autosómico dominante, que aparece en un área racial aislada en el estado de Maryland. Clínicamente es la misma que el tipo I y el tipo II salvo que los pacientes presentan muchas exposiciones pulpares en la dentición temporal.³⁵

Clínica

En los tres tipos se afectan los dientes de ambas denticiones y presentan un aspecto clínico variable. Los dientes son opalescentes, con un color que oscila desde gris azulado a amarillento, pasando por tonos pardos. La dentina es anormalmente blanda, lo que proporciona un soporte funcional insuficiente al esmalte suprayacente. Aunque el esmalte es normal, se rompe o descascarilla con facilidad exponiendo la dentina masticatoria e incisiva. La dentina blanda expuesta suele sufrir un rápido e intenso desgaste funcional. A pesar de la exposición de la dentina, los dientes no son especialmente propensos a la caries dental.³⁶

1.4.1.5 FLUOROSIS



FOTO 20 FLUOROSIS DENTAL

“La fluorosis dental (fluorosis del esmalte) consiste en un defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte. Una vez que los ameloblastos han

³⁴ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 58,59

³⁵ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59

³⁶ SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 59

depositado la matriz orgánica del esmalte y este se ha mineralizado, la fluorosis ya no puede presentarse. La fluorosis dental constituye el riesgo principal vinculado con el empleo terapéutico de los fluoruros dentales.³⁷

Aparición clínica y subclínica de la fluorosis dental.

Clínicamente, las regiones hipomineralizadas fluoróticas son porciones de color blanco mate u opacas sobre la superficie dental, las cuales contrastan con la apariencia lustrosa del esmalte normal. Ya que el desarrollo dental se realiza de manera bilateral y simétrica, la fluorosis dental también presenta una distribución simétrica en la boca.³⁸

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte.

- En la variante más leve el color blanco mate afecta los bordes incisales o las cúspides de los dientes posteriores (recubrimiento de nieve). Las porciones blancas pueden variar desde unas cuantas vetas hasta manchas blancas ocasionadas. En algunos casos se observan estrías, o venas, delgadas e irregulares de color blanco opaco, especialmente en los incisivos maxilares.
- El grado siguiente de la afección consiste en manchas en forma de manojos de color desde café oscuro combinadas algunas de las coloraciones blancas y opacas ya mencionadas.
- En las variantes más intensas, las manchas van de un color café chocolate hasta casi negras.³⁹

En las variantes entre moderadas y graves de la fluorosis pueden presentarse cavidades discretas con un diámetro de 1 a 2 mm, o concluir varias. En la variante más intensa el contorno de la superficie del esmalte se altera por las fracturas del esmalte quebradizo y presenta una apariencia corroída. Las cavidades y demás irregularidades de la superficie se deben a las roturas pos eruptivas del esmalte poroso.⁴⁰

³⁷ HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 141

³⁸ HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 141

³⁹ HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 142

⁴⁰ HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 143

Por lo general, la fluorosis se diferencia de otros defectos del desarrollo del esmalte por el color del mismo, la distribución del estado en las superficies dentales y en los dientes afectados, así como la integridad o apariencia de la superficie del esmalte.⁴¹

Factores de riesgo de Fluorosis.

El uso impropio de los complementos dietéticos de fluoruro y la ingestión de la pasta dental fluorada por los preescolares pueden constituir los factores de riesgo cruciales en la fluorosis. Pendrys ha estimado que 78% de todos los casos de leves a moderados de fluorosis en los incisivos presentes en las comunidades con fluoración óptima del agua, podría explicarse por el empleo incorrecto de complementos de fluoruro o por la ingestión de la pasta dental fluorada.

Durante el cepillado dental los niños pueden tragar de 35 a 50% de fluoruro de los dentífricos. En el caso de los niños con edades de 3 a 6 años la ingestión diaria promedio de fluoruro del dentífrico varía de 0.1 a 0.4 mg por cepillado. Con este grado de ingestión el cepillado dos veces al día podría aportar casi la totalidad del requerimiento diario óptimo del fluoruro.⁴²

Cronometraje de la fluorosis dental.

Se ha informado que el período de susceptibilidad para la dentición permanente completa es de los 11 meses a los siete años “ventana de máxima susceptibilidad a la fluorosis” la ingestión excesiva de fluoruro no constituye un riesgo de fluorosis dental ya que para esta edad se han desarrollado por completo las coronas de todos los dientes permanente (excepto de los terceros molares).⁴³

⁴¹ HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 143,144

⁴² HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 145

⁴³ HARRIS Norman. GARCÍA-GODOY Franklin. Odontología preventiva primaria. Pág. 146

1.4.2 LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS

1.4.2.1 ENFERMEDAD DE LAS ENCIAS

Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa



FOTO 21 GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, y se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar. El inicio de este proceso es multifactorial, más de 40 componentes del fluido crevicular se han estudiado por su papel en la patogenia. En dentición temporal comienza con una inflamación del margen gingival que avanza en ocasiones hasta la encía insertada. Conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado.⁴⁴

Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos

(Medidas por hormonas esteroides)

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria con inflamación y eritemas graves.

La gingivitis de la pubertad es la exacerbación de la inflamación gingival por fluctuaciones hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana. Se suele estabilizar en una etapa tardía de la adolescencia. Cualquier factor local, como placa acumulada, caries, apiñamiento, respiración oral, erupción dental y/o aparatología ortodóncica, tienden a combinarse para agravar la gingivitis.

⁴⁴ Boj, J.R. Odontopediatría, capítulo 32, Páginas 367

El tratamiento es necesariamente de naturaleza local, mediante tartrectomía, si es preciso, e instrucciones de higiene oral.⁴⁵

Enfermedad gingival inducida por fármacos

Esta gingivitis se asocia a la ingesta terapéutica de antiepilépticos (fenitoína, hindantoina), inmunodepresores (ciclosporina A) y antagonistas de calcio (nifedipino, valproato sódico).

El fármaco que con más frecuencia puede causar alteración gingival en los niños son los anticonvulsivos. Los patrones de la hiperplasia gingival varía en un mismo individuo y entre los pacientes. El agrandamiento gingival suele comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento.⁴⁶

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Gingivectomía y gingivoplastia, acompañadas de programas preventivos de control de placa exhaustivos que intentan evitar la recidiva del problema, puesto que la medicación no es sustituible.⁴⁷

1.4.3 MALOCLUSIÓN

1.4.3.1 DENTICIÓN TEMPORAL

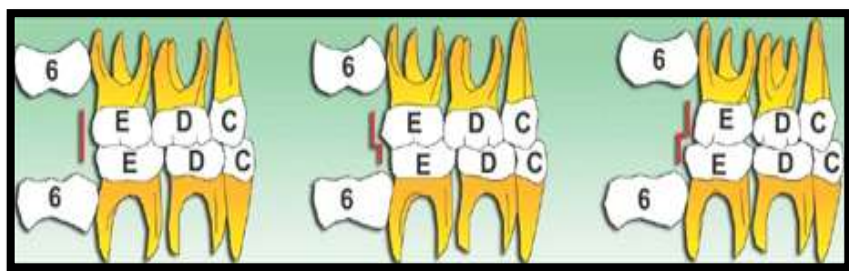


FOTO 22 DENTICIÓN TEMPORAL

Alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina los dientes comienzan a calcificarse. Para el momento del nacimiento encontramos la calcificación de los dientes primarios.⁴⁸

⁴⁵ Boj, J.R. Odontopediatría, capítulo 32, Páginas 367,368

⁴⁶ Boj, J.R. Odontopediatría, capítulo 32, Páginas 368,369

⁴⁷ Boj, J.R. Odontopediatría, capítulo 32, Páginas 369

⁴⁸ Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

Canut anota que el proceso de la erupción se realiza en tres períodos que se suceden ininterrumpidamente, y que corresponden a la salida de distintos grupos dentarios de la siguiente manera: en un primer grupo hacen erupción los centrales inferiores a los 6 meses, centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores. Al salir los dientes anteriores se produce cierto adelantamiento posicional en el patrón eruptivo, ellos hacen erupción en forma vertical y adelantándose hacia labial; permitiendo agrandar el arco ganando espacio para el alineamiento.⁴⁹

En un segundo grupo erupcionan los primeros molares hacia los 16 meses y a los 20 meses los caninos; el período de erupción es de 6 meses y le sigue un período silente de 4-6 meses. En ésta fase de desarrollo de la dentición primaria, la boca se prepara para el cambio de dieta líquida a sólida, el máximo crecimiento se concentra en la parte distal de la apófisis alveolar y así queda lista para la erupción de las piezas posteriores en el cual un tercer grupo hacen erupción con los cuatro segundos molares, que tardan unos 4 meses. Aproximadamente a los dos años y medio ya se debería haber completado la dentición primaria. Se considera dentro de los límites normales, que la dentición primaria se encuentra completa en cualquier momento comprendido entre los 2 a 3 años de edad cuando los segundos molares han alcanzado la oclusión. Sin embargo, debemos dejar claro que, la época de aparición de los dientes en la boca no es importante a menos que se desvíe mucho del promedio dado, sin embargo, el orden en que se efectúa la erupción sí lo es porque ayuda a determinar la posición de los dientes en el arco.⁵⁰

En general hay acuerdo en que los niños de un año de edad tengan seis a ocho dientes presentes y que la mayoría completan la primera dentición entre los dos y medio y tres años. A los fines de clasificar una oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales (relación anteroposterior) lo cual podríamos definir como: la relación mesiodistal entre

⁴⁹ Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

⁵⁰ Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica.⁵¹

- PLANO TERMINAL RECTO: Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.
- ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario
- ESCALON DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario.⁵²

1.4.3.2 DENTICIÓN MIXTA

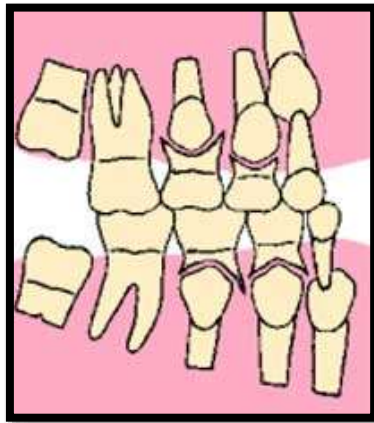


FOTO 23 DENTICIÓN MIXTA

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en la boca, de dientes temporales y permanentes, abarca de los seis hasta los doce años de edad.

Es un periodo de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en estos años debe realizarse una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva. Durante la dentición mixta

⁵¹ Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>

⁵² Dr. Luis Arturo, Planos terminales y escalones en dentición primaria y su relación con mal oclusiones en dentición permanente. Tipos y características de mal oclusión en dentición permanente.

se producen cambios oclusales de interés: el habitual plano terminal recto de la dentición temporal trae típicamente una relación cúspide a cúspide en los primeros molares permanentes, los que luego pueden alcanzar una relación de neutroclusión debido a:

- a) Corrimiento mesial tardío, por el ya explicado espacio libre de Nance.
- b) Por el espacio del primate que en la mandíbula está distal al canino.
- c) Mayor crecimiento y durante mayor tiempo, de la mandíbula con respecto al maxilar superior⁵³

1.4.3.3 DENTICIÓN PERMANENTE



FOTO 24 DENTICIÓN PERMANENTE

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión.⁵⁴

⁵⁴ Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9, pag 205

CLASE I DE ANGLE

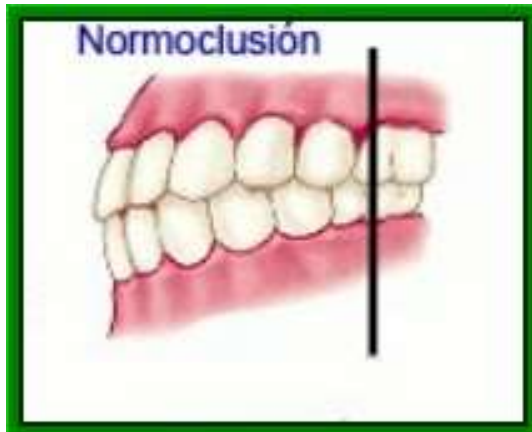


FOTO 25 CLASE I

La maloclusión de clase I se presenta cuando hay discrepancia dentolaveolar en el segmento anterior por insuficiencia del hueso alveolar para colocar correctamente todos los dientes. La relación esquelética y muscular generalmente es armoniosa.

CLASE II DE ANGLE



FOTO 26 CLASE II

La maloclusión de clase II es la desarmonía dento-esquelética más frecuente en la población y además la que más regularmente se presenta en la clínica pues su implicación estética preocupa a los pacientes y los hace acudir a consulta ortodóntica. Se produce como resultado de un retrognatismo mandibular y un prognatismo maxilar o una combinación de ambos. La característica que identifica esta maloclusión es la relación molar, en la cual la cúspide vestibular del primer molar inferior ocluye por distal de la cúspide mesiovestibular del

primer molar inferior. Según la posición de los incisivos la maloclusión clase II puede dividirse en dos clases división 1 y división 2. ⁵⁵

Maloclusión clase II división I

Se presenta un resalte incisivo aumentado con vestibuloversión de incisivos superiores e inferiores, pudiendo encontrarse estos dientes con apiñamiento, existe también un aumento de la sobremordida con una curva de Spee muy acentuada. Los arcos dentarios son muy estrechos en forma de V y la bóveda palatina profunda. La musculatura está completamente afectada, pues el perfil retrognático y el resalte incisivo exigen que los músculos faciales y la lengua adopten patrones anormales de contracción. Existe una pérdida de equilibrio muscular con un labio superior hipotónico y un labio inferior hipertónico.

Maloclusión clase II división II

Las únicas características comunes para ambos tipos de clase II son la distoclusión y el retrognatismo mandibular. Morfológicamente en esta maloclusión existe lingualización de incisivos centrales superiores con vestibularización de los laterales. Los incisivos inferiores también se encuentran lingualizados, lo que ocasiona una mordida profunda. ⁵⁶

CLASE III DE ANGLE



FOTO 27 CLASE III

⁵⁵ Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág. 214

⁵⁶ Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág. 215

La maloclusión de clase III se caracteriza por una posición adelantada de la dentición inferior en relación con la superior o de la mandíbula respecto al maxilar. En la cara visto de lado se observa un perfil cóncavo, visto frontalmente se observa un aumento del tercio inferior de la cara en sentido vertical, podemos observar mordida cruzada anterior, la mordida cruzada puede extenderse al sector posterior de forma unilateral o bilateral.⁵⁷

1.4.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES



FOTO 28 PERDIDA PREMAURA DE PIEZA 21

Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido. Otros autores se refieren a la pérdida prematura de un diente primario cuando esta se realiza antes del tiempo de exfoliación natural.

Pérdida prematura: se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.⁵⁸

Perdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco.⁵⁹

La pérdida de un molar primario en una etapa muy temprana retrasa la erupción del diente permanente. Mientras que, la pérdida prematura de un

⁵⁷ Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág 217

⁵⁸ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

⁵⁹ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

primer molar deciduo en una etapa tardía acelera la erupción del permanente y hace innecesaria la conservación de espacio. Un método exacto para evaluar la erupción retrasada o apresurada es examinar el grado de desarrollo radicular y el hueso alveolar que cubre el diente permanente que no ha brotado, por medio de radiografías panorámicas o periapicales. El diente sucedáneo empieza a erupcionar cuando ha concluido la primera mitad del desarrollo radicular. En términos de cobertura de hueso alveolar, es preciso prever que pasarán aproximadamente seis meses por cada milímetro de hueso que cubra al permanente. Si hay hueso que recubra la corona, puede predecirse fácilmente que la erupción no se producirá en varios meses. En estos casos es necesario la conservación del espacio, a menos que el diente erupcionan a los 6 meses o que haya espacio suficiente en el arco para que la reducción de 1 o 2 mm de espacio y no se ponga en riesgo la erupción del permanente.⁶⁰ Cuando existe falta general de espacio en ambas arcadas, los caninos frecuentemente son exfoliados antes de tiempo, y la naturaleza trata de proporcionar más espacio a los incisivos permanentes que ya han hecho erupción; la conservación de espacio puede resultar contraproducente para el paciente. Por el contrario 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 dientes primarios debido a caries puede causar una maloclusión, salvo que se utilicen mantenedores de espacio, La pérdida del primer o segundo molar deciduo, siempre es motivo de preocupación, aunque la oclusión sea normal. Pero si la exodoncia de los molares temporales ocurre después de los 5 años de edad habrá disminución en retardo de la erupción de los premolares. La extracción prematura del segundo molar deciduo causará, con toda seguridad, el desplazamiento mesial del primer molar permanente y atraparé los segundos premolares en erupción. Aun cuando hace erupción el segundo premolar, es desviado en sentido vestibular o lingual hasta una posición de maloclusión. Al desplazarse

⁶⁰ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

mesialmente el molar superior, con frecuencia gira, desplazándose la cúspide mesiovestibular en sentido lingual, lo que hace que el diente se incline.⁶¹

1.4.5 MORDIDA ABIERTA



FOTO 29 MORDIDA ABIERTA

“Sobremordida vertical negativa. En otras palabras, con los dientes posteriores situados en una intercuspidadación máxima, los dientes anteriores opuestos no se entrecruzan, ni siquiera contactan entre sí. Esta relación anterior se denomina mordida abierta anterior. En una persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular.

1.4.6 MORDIDA PROFUNDA



FOTO 30 MORDIDA PROFUNDA

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infradesarrollada (relación molar de clase II), los dientes anteriores

⁶¹Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares.”⁶²

1.4.7 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FOTO 31 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

La mordida cruzada anterior se ha definido como una maloclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. La Mordida Cruzada Anterior de carácter Funcional, es también denominada Pseudo Clase III, y puede ser causada por contactos prematuros que conducen a una posición más adelantada de la mandíbula en la máxima intercuspidad dentaria. La Mordida Cruzada Anterior Esquelética está asociada a una discrepancia en el tamaño o posición del maxilar superior con respecto a la mandíbula o viceversa, se puede dar que la Clase III esquelética se presente a causa de:

- Maxilar en buena posición, mandíbula protruida.
- Maxilar retruido, mandíbula en buena posición.
- Maxilar retruido, mandíbula protruida”⁶³

⁶² OKESON Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones Temporomandibulares. Pág. 85

⁶³ GONZALEZ P. Gabriela, MORERO F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica]. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws

1.4.8 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR



FOTO 32 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

“La mordida cruzada posterior (MCP) se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior. Esta condición puede estar asociada a un compromiso esquelético, y/o, presentar inclinaciones dento-alveolares inadecuadas. Además, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidad habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional (MCUPF). La MCUPF puede originarse a partir de la respiración bucal, resultando un paladar estrecho por la deficiencia de crecimiento maxilar. Entre los principales hábitos se destaca la succión digital y de chupón, que altera el "mecanismo del buccinador" localizándose la lengua en una posición más inferior, ampliando transversalmente las estructuras mandibulares. Las pérdidas precoces, la retención prolongada de dientes deciduos también pueden establecer una MCUPF.”⁶⁴

1.4.9 MORDIDA BIS A BIS



FOTO 33 MORDIDA BIS A BIS

⁶⁴APARECIDO C. Osmar, y COLB. Acta Odontológica Venezolana.[Versión Electrónica]. Mordida Cruzada Posterior. Corrección Y Consideraciones. ISSN: 0001-6365

En una mordida bis a bis los bordes de los dientes incisivos y los puntos de los dientes molares se tocan borde a bores o cúspide contra cúspide de tal forma que se desgastan mutuamente.⁶⁵

1.4.10 HÁBITOS

1.4.10.1 SUCCIÓN DIGITAL



FOTO 34 SUCCIÓN DIGITAL

“El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, aunque debido a la prontitud con que se inicia no se aprecia, ya que suele terminar a los 3 o 4 años de edad.

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores.

Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión.”⁶⁶

Efectos bucales del hábito de succión digital:

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.

⁶⁵ BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col. Odontopediatria, pág. 380-381

⁶⁶ BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col. Odontopediatria, pág. 380-381

- Prognatismo alveolar superior.
- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada⁶⁷

1.4.10.2 RESPIRACIÓN BUCAL



FOTO 35 PALADAR EN FORMA DE V

”La respiración bucal ha sido siempre asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.

En los casos más extremos, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal produciría cambios esqueléticos y dentarios que afectarán a la cara del individuo, que se volverá más larga y su incompetencia labial, al

⁶⁷ GONZÁLEZ María, GUIDA Gianfranco, HERRERA Diana, Quiros Oscar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica]. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

presentar un labio superior corto por elevación de la base de la nariz, ofreciendo con su punta levantada una visión frontal de las narinas.⁶⁸



FOTO 36 FACIE DEL RESPIRADOR BUCAL

1.4.10.3 DEGLUSIÓN ATÍPICA



FOTO 37 DEGLUSIÓN ATÍPICA

“Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.”⁶⁹

Consecuencias de la deglución atípica:

⁶⁸ ⁶⁸ GONZÁLESZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

⁶⁹ GONZÁLESZ P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores
- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertonicidad de la borda del mentón⁷⁰

1.4.10.4 INTERPOSICIÓN LINGUAL



FOTO 38 INTERPOSICIÓN LINGUAL SECTOR ANTERIOR

“La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.⁷¹

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria”⁷²

“La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

70 GONZÁLES P. Gabriela, Morrero F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia [versión electrónica]. Mordida Abierta Anterior. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823

⁷¹ AGURTO Pamela, DÍAZ M. Rodrigo. CADIZ D. Olga. BOBENRIETH Fernando. Revista Chilena de Pediatría [Versión Electrónica]. Vol.70 n.6 Santiago Nov.1999

⁷²AGURTO Pamela, DÍAZ M. Rodrigo. CADIZ D. Olga. BOBENRIETH Fernando. Revista Chilena de Pediatría [Versión Electrónica]. Vol.70 n.6 Santiago Nov.1999

- ✓ Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
- ✓ Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión)
- ✓ Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.”⁷³

⁷³ LUGO Carmen, TOYO Irasema. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "[Versión Electrónica] "Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones.".Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,18/10/2013

CAPITULO II

2. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD BUCODENTAL.

2.1. CONCEPTO DE RIESGO

“Es la probabilidad de que un hecho ocurra. En otras palabras, es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Por tanto, la probabilidad de consecuencias adversas aumenta en presencia de una o más características o factores determinantes de dichas consecuencias. El riesgo se enfoca con fines preventivos cuando se emprenden acciones para evitar o reducir una probabilidad conocida, como la enfermedad, el accidente o la muerte.”⁷⁴

2.2 FACTORES DE RIESGO

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el factor de riesgo: ... es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Por su parte, John M. Last considera que el término “*factor de riesgo*” se usa con tres connotaciones distintas:

Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Por ejemplo, existen estudios que han demostrado que el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo a edad reproductiva temprana o tardía, los abortos previos y la desnutrición son factores de riesgo universales, y estas características aumentan la probabilidad de patología perinatal. La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar daño a la salud. ”⁷⁵

⁷⁴ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva primaria. Página 211

⁷⁵ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva primaria. Págs. 211- 212

“Los factores de riesgo pueden ser:

6. Biológicos: Por ejemplo, ciertos grupos de edad, entre otros.
6. Ambientales: Incluye abastecimiento deficiente de agua potable, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, entre otros
6. De comportamiento: Por ejemplo, fumar.
6. Relacionados con la atención a la salud: Entre ellos, la calidad deficiente de la atención y cobertura insuficiente.
6. Socioculturales: Por ejemplo, mala educación.
6. Económicos: Aquí se incluyen bajos ingresos.⁷⁶

2.3 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD ENFERMEDAD ORAL

2.3.1 FACTORES LOCALES

Los factores locales son:

- **Hábitos de higiene bucal**

“El propósito de la higiene oral consiste en evitar la enfermedad dental mediante la disminución de las acumulaciones de placa y la facilitación de la circulación en tejido blando.”⁷⁷

“Las medidas de higiene oral necesarias dependen del tamaño de los espacios interdentales, la posición y morfología dentales, el estado periodontal y la presencia de prótesis dentales, así como de las habilidades individuales y motivación del paciente.”⁷⁸

Cepillado:

Es una técnica mecánica para el control de placa supragingival de las superficies dentarias cuyo “propósito es retirar la placa dental de los dientes, incluso del surco gingival, con la menor lesión a los dientes y a las estructuras vecinas.”⁷⁹

⁷⁶ HARRIS, Norman. GARCÍA – GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 102.

⁷⁷ HARRIS, Norman. GARCÍA – GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 102.

⁷⁸ BIM

⁷⁹ HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 77.

Diseño del cepillo:

“Hoy en día se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nilón, con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave y con un cabezal adaptado al tamaño de la dentición, un mango de la longitud y anchura suficientes para manejarlo con seguridad. En cuanto a la periodicidad de recambio del cepillo dental, se encuentran recomendaciones en la bibliografía que oscila entre los 2,5 y los 6 meses.”⁸⁰

Técnica de cepillado:

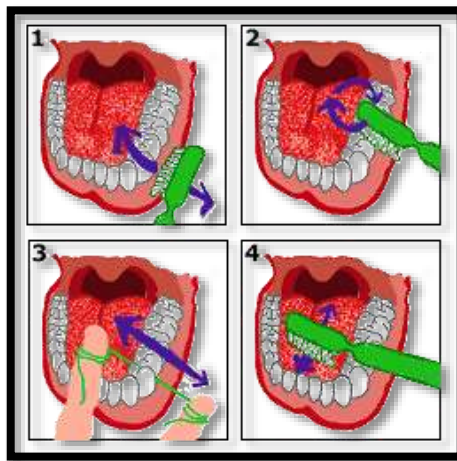


FOTO 39 TECNICA DE CEPILLADO

Los estudios científicos no demuestran que un método de cepillado sea claramente superior a todos los demás.”⁸¹

“No obstante, las técnicas recomendadas habitualmente son las siguientes: en los niños y adolescentes la técnica de barrido horizontal, debido al hecho de que es la más fácil, teniendo siempre en cuenta que no se debe realizar un cepillado demasiado enérgico ni olvidar las caras oclusales. En los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día, ya que el niño carece de la destreza manual adecuada. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, que está diseñada para conseguir la higiene del surco gingival. En la técnica de Bass, el cepillo se coloca formando un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes,

⁸⁰ CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 72.

⁸¹ CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 72.

introduciendo suavemente la cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10 – 15 segundos por área; a continuación puede desplazarse el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares y linguales. Las caras oclusales se limpian mediante movimientos anteroposteriores.⁸²

Frecuencia y duración del cepillado:

En general, se considera que con un cepillado cuidadoso cada 12 o 24 horas es posible mantener una buena salud gingival, pero un cepillado frecuente con dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de la caries dental. En cuanto a la duración del cepillado, la mayoría de las personas se cepillan durante un tiempo inferior a los 30 segundos. Estudios realizados en niños y adolescentes han demostrado que, al aumentar el tiempo de cepillado, aumenta la eliminación de la placa, aunque la mayor parte de la placa se elimina en los primeros 60 segundos.”⁸³

Control de la placa interproximal



FOTO 40 CONTROL DE PLACA DENTAL

“Con el cepillado dental convencional no se suele conseguir la eliminación total de la placa bacteriana de los espacios interproximales, cuya higiene es necesaria para la prevención de las enfermedades periodontales y la caries en las personas muy susceptibles.”⁸⁴

⁸² HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 77.

⁸³ CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 72 – 73.

⁸⁴ CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 74- 75.

En los individuos con espacios interdentarios cerrados la forma habitual para la eliminación de la placa interproximal es el uso de la seda dental. La seda dental está formada por varios filamentos que se despliegan al contacto con la superficie del diente aumentando el área de contacto.”⁸⁵

“Se encuentran sedas dentales comercializadas en diferentes formas: hilo dental, cinta dental, encerada, sin encerar, cada una de ellas para un uso concreto. La seda dental se utilizara introduciéndola con suavidad entre los dientes, deslizándola luego hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestibulolingual. Una vez limpia la superficie interproximal de un diente, se mueve la seda dental sobre la papila interdentaria y se repite el proceso con el diente adyacente. Cuando los espacios interdentarios están abiertos debido a la pérdida de soporte periodontal o a diastemas, el método de elección para la higiene interproximal son los cepillos interproximales de diferentes formas y tamaños.”⁸⁶

- **Motivación del paciente y su medio familiar**

“El apoyo de la familia para el cumplimiento de medidas propuestas es muy importante”⁸⁷ “para orientar en la formación, instrucción y motivación del individuo para realizar un adecuado control personal de la placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica para la revisión profesional.”⁸⁸

- **Experiencia anterior**

“Si bien no siempre es un indicador satisfactorio, debido al carácter multifactorial de las causas, de no mediar el establecimiento de medidas para su control, si es un poderoso elemento de predicción del desarrollo futuro de la enfermedad.”⁸⁹

⁸⁵ CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 74- 75.

⁸⁶ CUENCA, Emili. MANAU, Carolina. SERRA, Lluís. Odontología preventiva y comunitaria. Página 75.

⁸⁷ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 213.

⁸⁸ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 274.

⁸⁹ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 213.

- **Azúcar y Dieta**

“Para que las bacterias vivan en la placa dental deben disponer de los mismos almidones, monosacáridos, ácidos grasos, vitaminas y minerales requeridos por todos los organismos vivos.⁹⁰

Debido a que estos nutrimentos también los necesitan las células del cuerpo, la comida ingerida por el huésped o la que aparece más tarde en la saliva en forma metabolizada, proporciona los nutrimentos adecuados para la supervivencia y reproducción bacteriana.⁹¹

El azúcar y los productos azucarados de la dieta del huésped, incrementan notablemente la producción de ácidos bacterianos. Estas liberaciones de productos ácidos finales y de otras toxinas constituyen los factores principales en el inicio y progresión de la caries y la gingivitis. La ingestión total de carbohidratos refinados, son la frecuencia de la ingestión y la consistencia de los alimentos azucarados. La ingestión intermitente pero continua de carbohidratos refinados causa una exposición constante de los dientes a los ácidos bacterianos. Por tanto, si el objetivo es disminuir la incidencia de caries, deben considerarse los tres factores: la ingestión total de azúcar, la frecuencia de ingestión y la consistencia de los alimentos potencialmente cariogénos.”⁹²

- **Características dentales**

“Rasgos anatómicos (surcos profundos), mal formaciones (hipoplasias), mal posiciones, cavitaciones o reconstrucciones inadecuadas que favorecen la retención de placa bacteriana y restos alimentarios, etcétera.

- **Tiempo de erupción**

De los 0 hasta los 24 meses post – erupción dental se considera que hay mayor riesgo de caries por la importancia de la maduración post – eruptiva, por la mayor acumulación de la placa dentobacteriana y por la presencia de pseudobolsas.

⁹⁰ HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 8.

⁹¹ HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 8.

⁹² HARRIS, Norman. GARCÍA- GODOY, Franklin. Odontología preventiva primaria. Página 8.

- **Características salivales**

Flujo y viscosidad son elementos de defensa.

- **Aparatos**

Pueden ocasionar retención de placa bacteriana e interfieren con la higiene correcta.

- **Controles periódicos**

Atención odontológica, Control de la evolución, evaluación del riesgo actual y determinación de medidas de mantenimiento.”⁹³

2.3.2 FACTORES GENERALES

“Los factores generales son:

- **Socioeconómicos**

Calidad de vida: vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial

- **Ambientales**

El abastecimiento inadecuado de agua potable es factor de riesgo. Si la madre es reservorio de streptococcus mutans influye en la infección temprana de los hijos.

- **Culturales**

Escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres (uso del biberón, ingesta de azúcares, etc.)

- **Biológicos**

Rasgos genéticos (discapacidades), enfermedades sistémicas tratadas con medicamentos que alteran el flujo salival (por ejemplo: xerostomía), estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes. Con respecto a la edad, la caries es más frecuente durante la niñez y la adolescencia, y la enfermedad periodontal es más peligrosa durante la erupción dental y la adolescencia.”⁹⁴

⁹³ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 213

⁹⁴ HIGASHIDA, Bertha. Odontología preventiva. Página 212

CAPITULO III

3. CHUQUIRIBAMBA

3.1 HISTORIA



FOTO 41 CALLES DE CHUQUIRIBAMBA



FOTO 42 PARQUE DE CHUQUIRIBAMBA

“Antes de la llegada de los incas, toda esta comarca estaba habitada por los Chucum-Bambas, grupos de indígenas dispersos, unos en el sector de Guayllas, (actualmente Tesalia), otros en la actual parroquia de Chantaco y unos terceros por los alrededores del actual Chuquiribamba. Además existían grupos indígenas menores, ubicados en Saracapa, Huiñacapa, Casachir, Jalacapa, entre otros.

Vivía en Chantaco un cacique de apellido Caraguay, en Chuquiribamba el cacique Sinche y Guayllas el cacique Pinta. Cierta ocasión en una reunión realizada en Chantaco, Caraguay propuso realizar una caminata desde cualquier punto, donde ellos residían, llevando consigo un gallo, y que en su recorrido, en donde cante este, sería el lugar elegido para la fundación del pueblo.”⁹⁵

“Se dice que la propuesta fue aceptada. Inmediatamente señalaron el lugar, el día y la hora desde donde debían iniciar la caminata.

Al día siguiente uno de ellos tomo entre sus manos un gallo de regular tamaño y peso, lo metió en su alforja, dejando al descubierto su cabeza y echo al hombro; y tras él le siguieron todos los invitados, a este singular acontecimiento y emprendieron la caminata de acuerdo a lo convenido, desde Chantaco hacia el norte. Entonando canticos, oraciones a sus Dioses rituales especiales, en espera de la sorpresa que en cualquier momento les dé el gallo, pasaron por los sitios de Cumbe, Calucay, Pordel,

⁹⁵ PUCHA, Eduardo. Chuquiribamba, semillero de músicos. Página 95.

Tanguminio y Quizán; mas ocurre que cuando estaban cerca de la laguna de los Chuquiris, el gallo canto una vez, a lo que todos sorprendidos, en completo silencio, se limitaron solamente a verse las caras; y el gallo como muy emocionado aleteando algunas veces nuevamente canto. Como el compromiso era así, finalmente aceptaron, ya que según dicen, ellos gentes muy seria y su palabra era ley. Pasado el acontecimiento, se abrazaron, cantaron y danzaron muy alegres, luego cortaron un árbol de arayan y colocaron un poste muy grande señalando el lugar donde posteriormente se levantaría el pueblo de Chuquiribamba.”⁹⁶

3.2 COLEGIO



FOTO 43 ESTUDIANTES DEL COLEGIO CHUQUIRIBAMBA

⁹⁶ PUCHA, Eduardo. Chuquiribamba, semillero de músicos. Página 95 - 96

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo **Cuantitativo** ya que se determinó porcentualmente el estado de salud bucodental de los alumnos del “Colegio San Vicente Ferrer” de la parroquia Chuquiribamba; de tipo **Descriptivo** porque nos ayudó a determinar la situación de las variables; y de tipo **Transversal** porque permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

El Área de estudio constituyó la Parroquia Chuquiribamba del cantón Loja. La muestra fueron los alumnos del nivel básico y bachillerato del “Colegio San Vicente Ferrer” conformando un número de 195 alumnos.

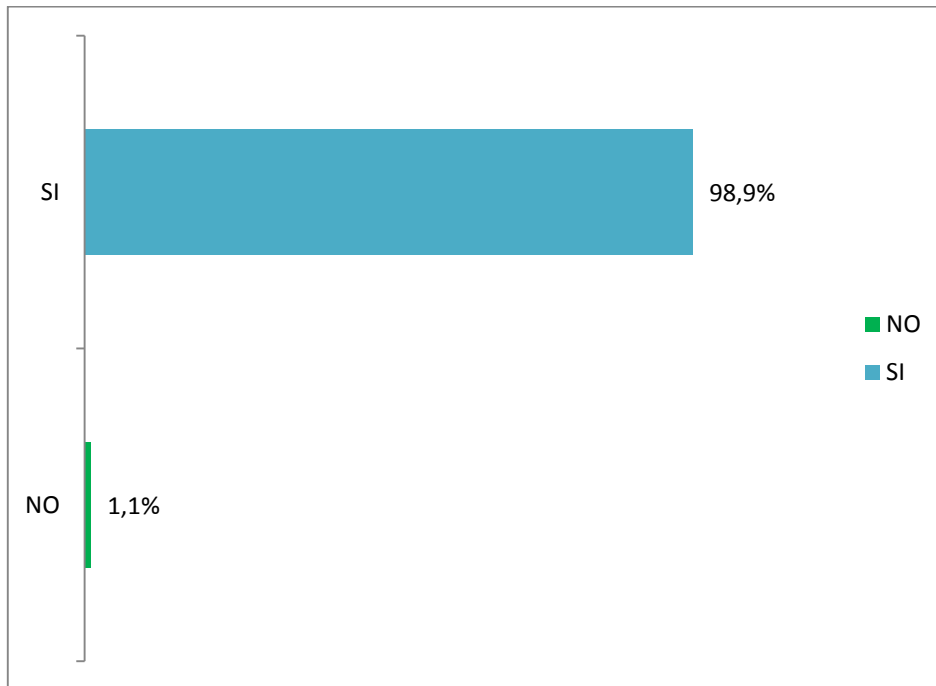
Dentro de los criterios de inclusión se encuentran los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, y como criterios de exclusión los estudiantes que no colaboraron y no asistieron. Los instrumentos fueron la historia clínica odontológica, y la encuesta. Dentro del procedimiento una vez obtenida la autorización por parte de la directora de la institución, se procedió a realizar las actividades de: diagnóstico y llenado de la encuesta a cada alumno, además se preguntó la forma de cepillado y por medio de un pantoma se le explicó cómo sería la forma correcta, se dio charlas de salud oral y se concluyó con la entrega de pastas y cepillos. Todos estos procedimientos fueron avalados mediante evidencias fotográficas.

Los datos se ingresaron diariamente en un cuadro base prediseñado de Microsoft Excel; y posteriormente, se elaboró los gráficos en barra y columnas para el respectivo análisis. Los indicadores utilizados para la caries fueron el índice de dientes permanentes cariados perdidos y obturados (CPOD) y el índice de dientes deciduos cariados, extracción indicada y obturados (ceo); mientras que para la higiene oral, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), en base a los resultados se formuló conclusiones y recomendaciones y finalmente se elaboró el trabajo final.

6. RESULTADOS

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRÁFICA N.- 1 PRESENCIA DE CARIES EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

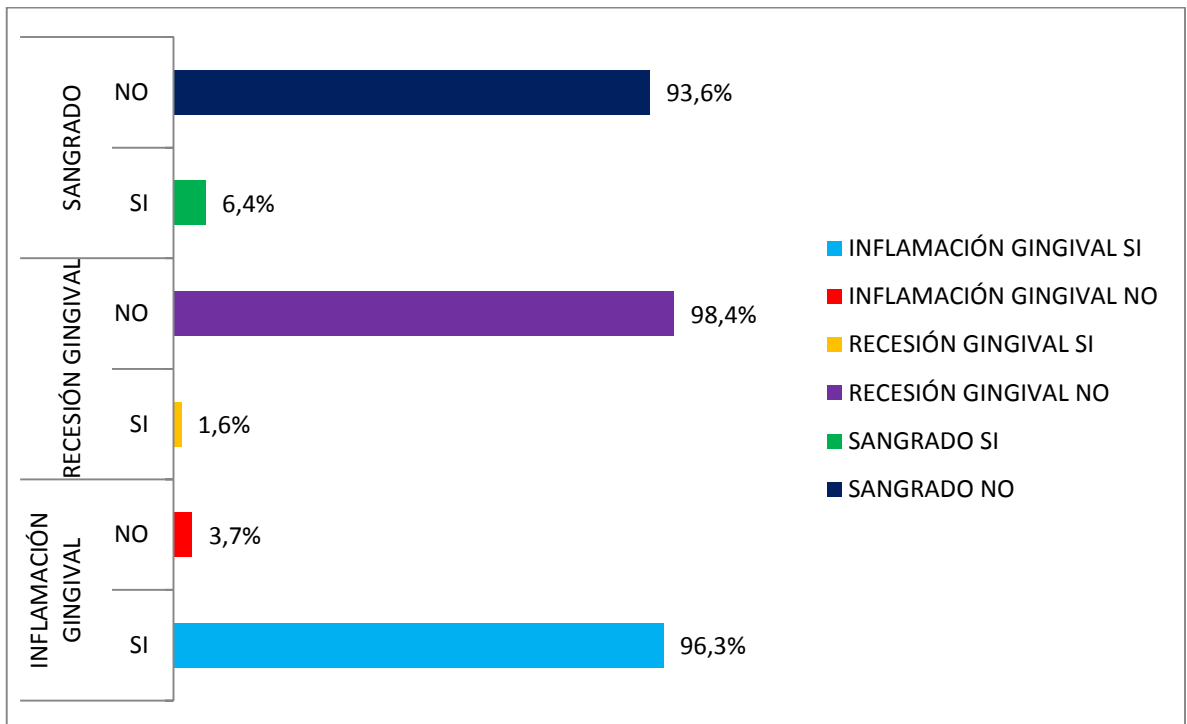


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos podemos apreciar que el 98,9% de los pacientes estudiados presentaron caries dental, y el 1.1% no la padecen.

GRÁFICA N.- 2 ALTERACIONES GINGIVALES EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

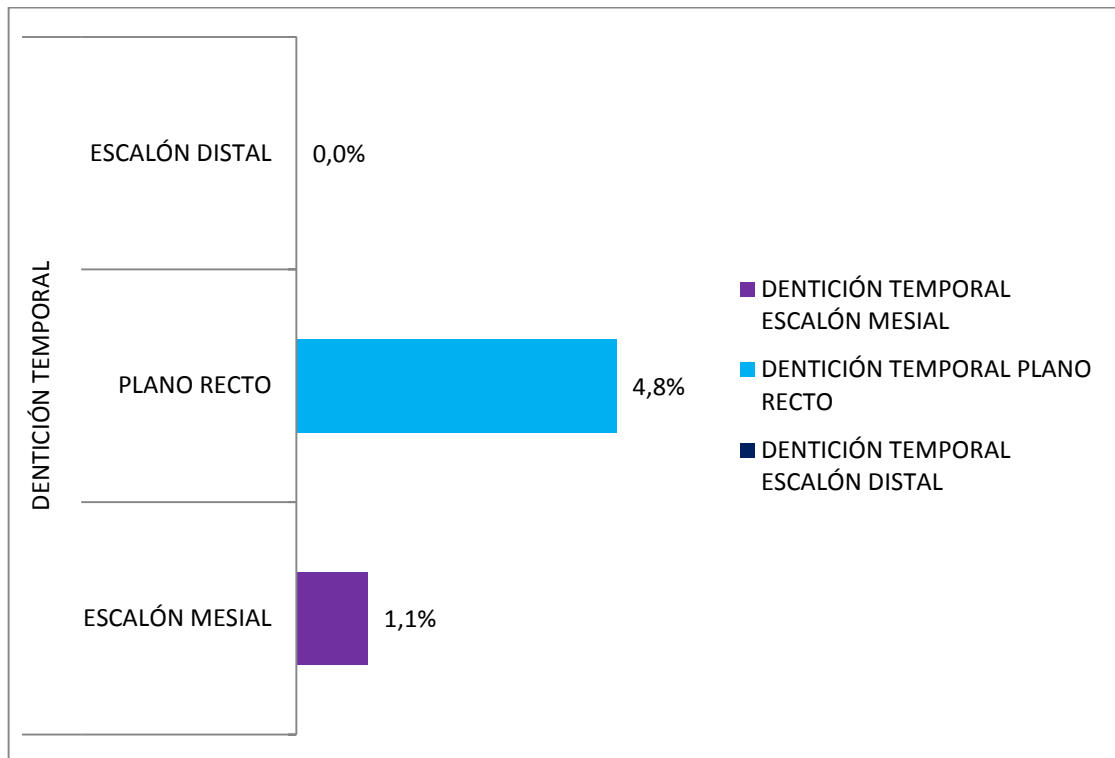


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Luego de haber analizado el estado gingival del grupo de estudiantes examinados, se puede observar en la gráfica que el mayor porcentaje de estudiantes presentaron inflamación gingival en un 96,3%, sangrado el 6,4%; y recesión gingival en un 1,6%.

GRÁFICA N.- 3 RELACIÓN MOLAR EN DENTICIÓN TEMPORAL EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

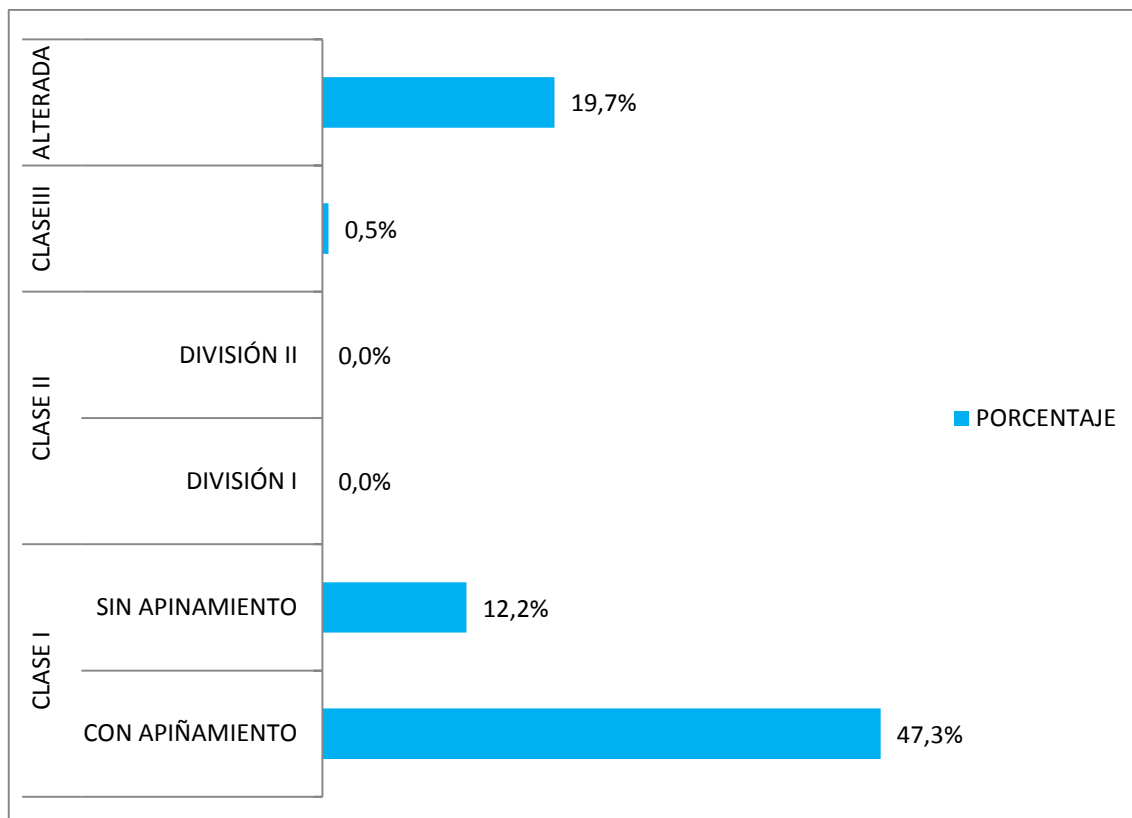


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica podemos ver que el 4.8% de los pacientes estudiados presentaron plano terminal recto, el 1.1% presentaron escalón mesial, y no se encontró ningún caso de escalón distal.

GRÁFICA N.- 4 OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE (CLAVE DE ANGLE) EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

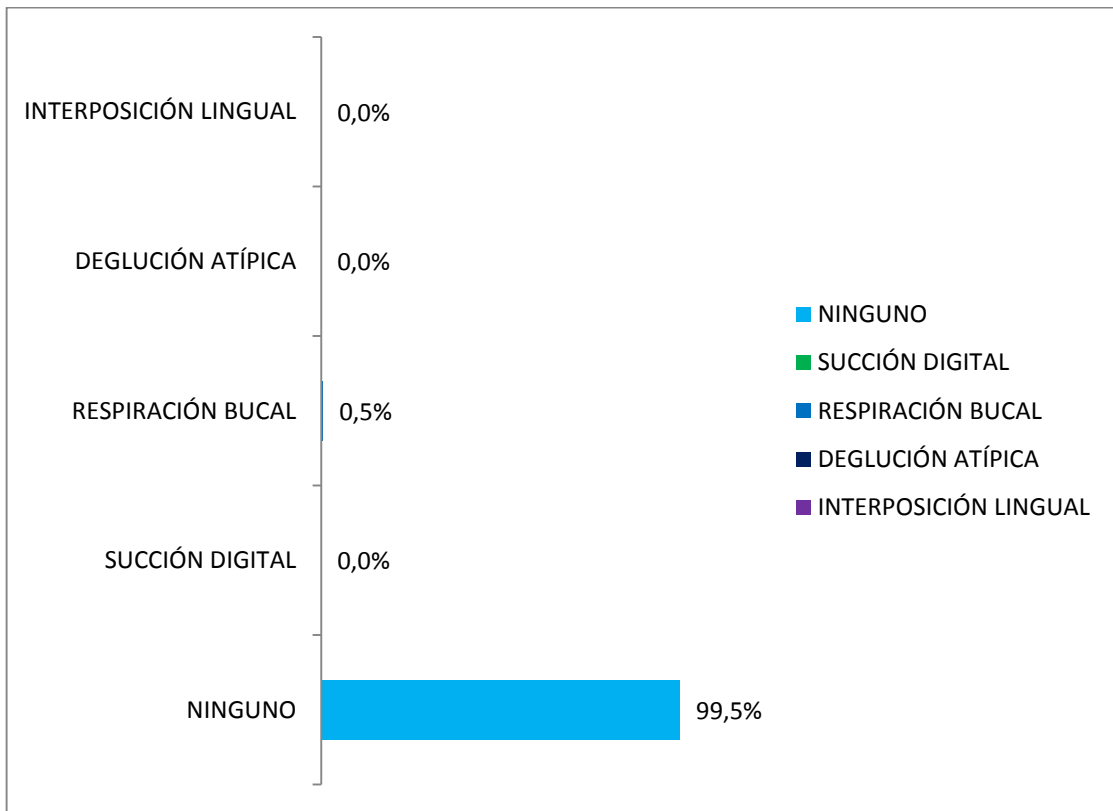


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

De la población investigada el 12,2% correspondió a una oclusión clase I sin apiñamiento, el 47,3% a una oclusión clase I con apiñamiento, el 0,5% tuvo oclusión clase III y el 19,7% de la población presentó la oclusión alterada.

GRÁFICA N.- 5 HÁBITOS EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

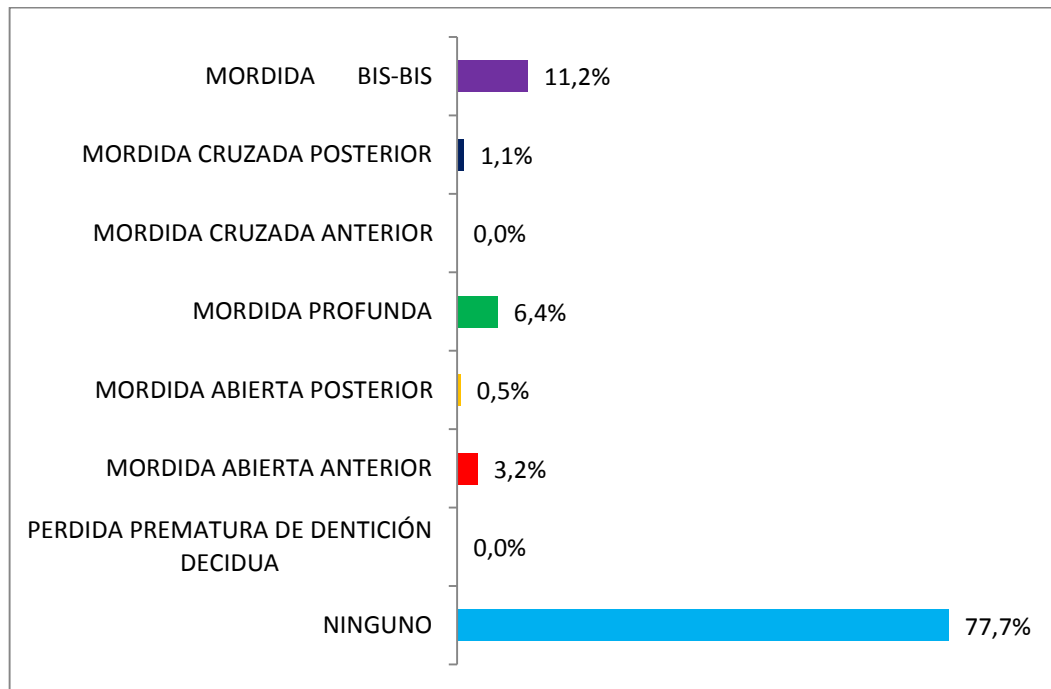


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Realizado el diagnóstico de los alumnos, se puede observar que casi la totalidad examinada no presento hábitos, a excepción de un 0,5% que hace referencia al paciente con el hábito de respiración bucal.

GRÁFICA N.- 6 ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

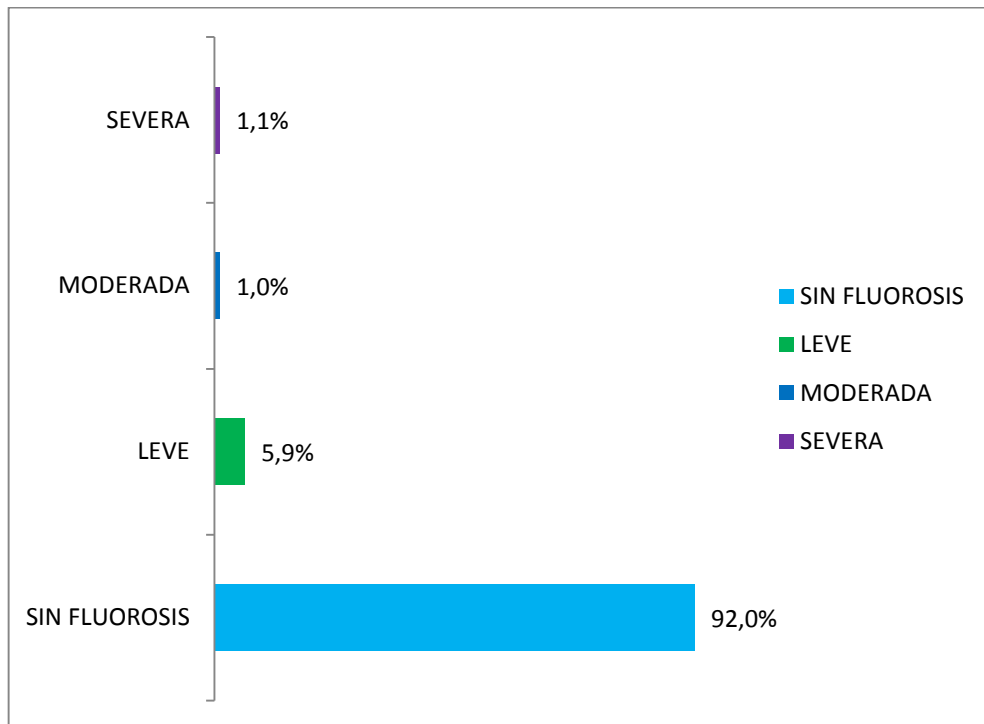


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Luego de analizar a los estudiantes y de haber solicitado que ocluyan en máxima intercuspidad se pudo observar que el 0,5% mostró mordida abierta posterior, el 3,2% mostró mordida abierta anterior, el 1,1% tuvo mordida cruzada posterior, el 11,2% tuvo mordida Bis a Bis, el 6.4% presentó mordida profunda, y el 77.7% no presentó ningún tipo de estas patologías.

**GRÁFICA N.- 7 FLUOROSIS DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DEL
COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.**

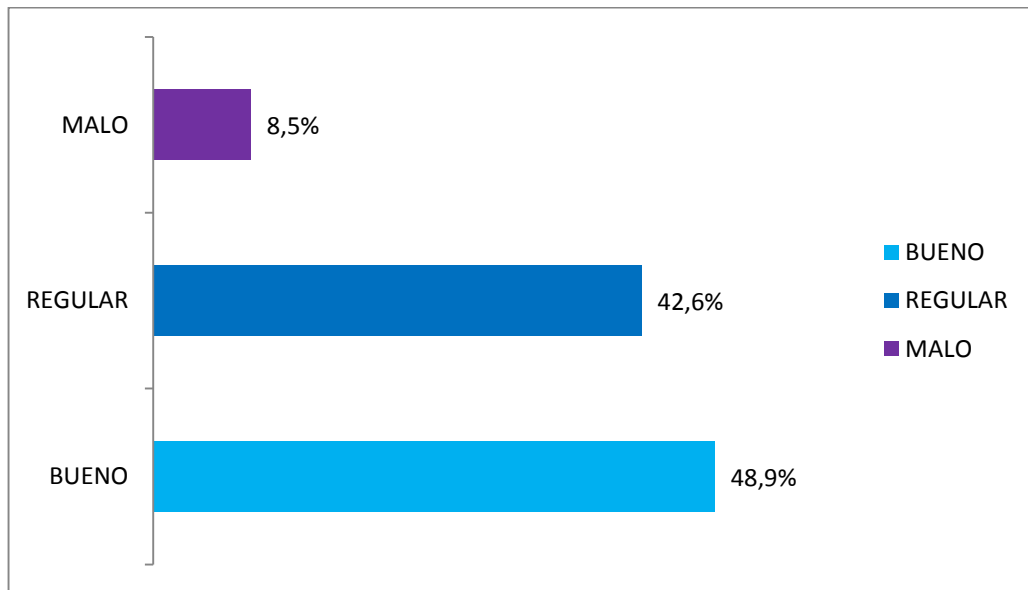


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Al analizar a cada uno de los estudiantes las pigmentaciones en las piezas dentales se evidencia Fluorosis dental en un 5,9% correspondiendo a tipo leve, el 1,0% presentó fluorosis moderada, el 1,1% tuvo fluorosis severa y el 92,0% no presentó ningún tipo de fluorosis.

GRÁFICA N.- 8 INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.



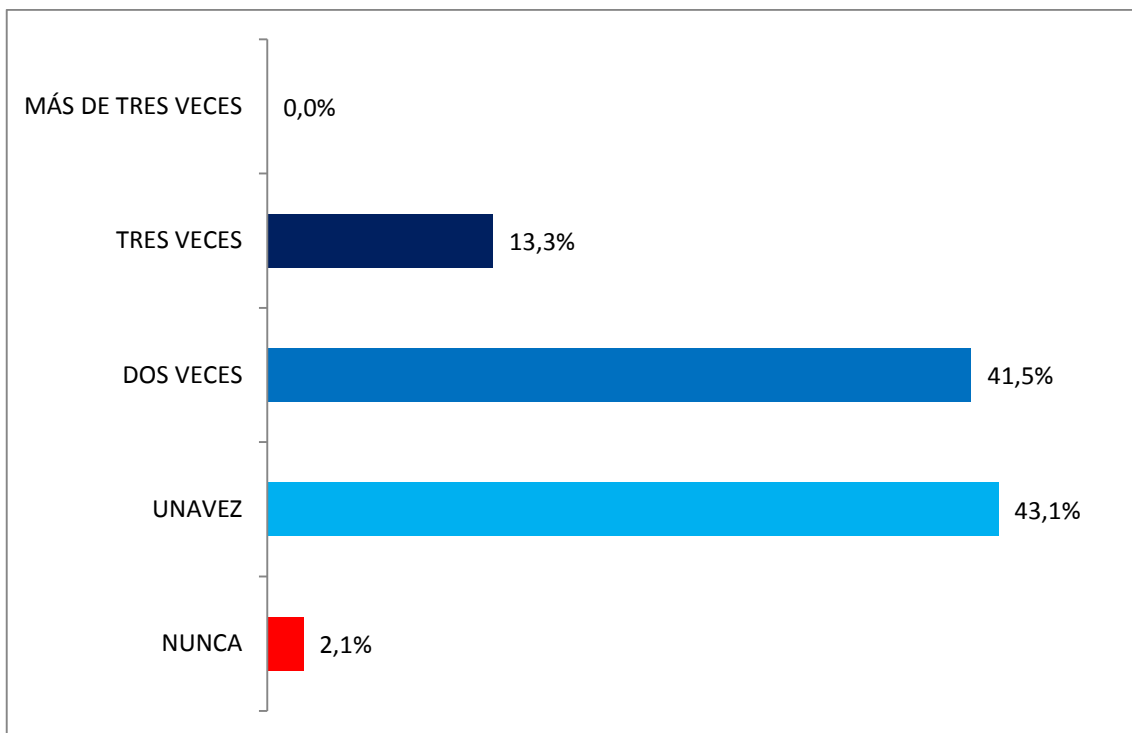
FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Examinados los estudiantes el 48,9% presentaron un Índice de higiene calificado como “bueno”, un 42,6% presentaron un Índice de higiene calificado como “regular” y un 8,5% presentaron un Índice de higiene calificado como “malo”.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ENCUESTA

GRÁFICA N.- 9 FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL EN EL DÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

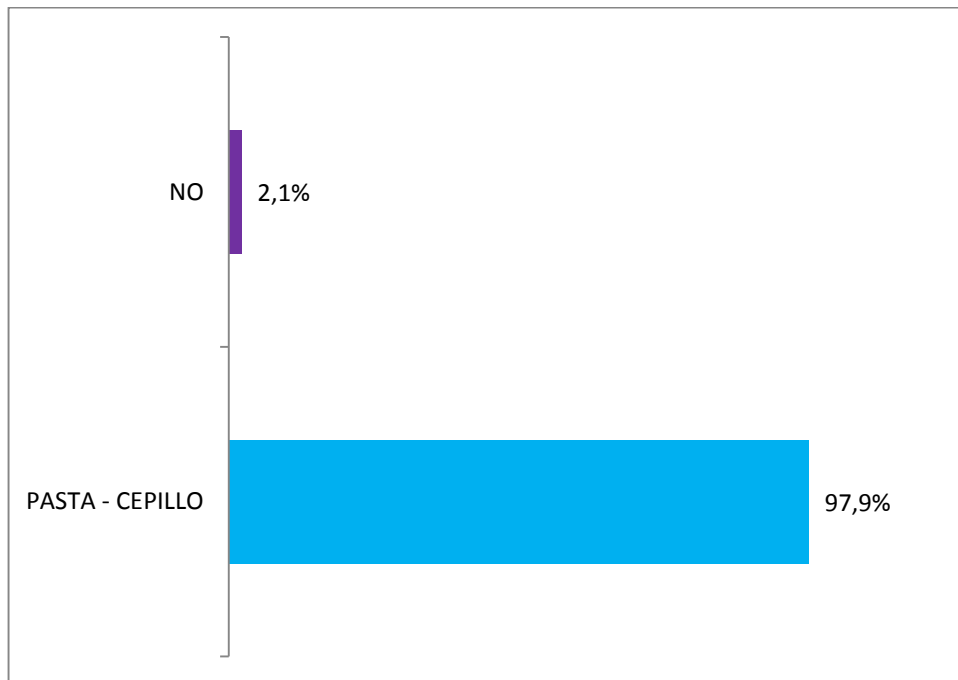


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos en la encuesta se observa que el 43,1% se cepillan los dientes una vez al día, el 41,5% de la población estudiada se cepilla 2 veces al día, y el 13.3% tres veces al día. Es importante señalar que el 2,1% de esta población no se cepilla nunca los dientes.

GRÁFICA N.- 10 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL POR LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

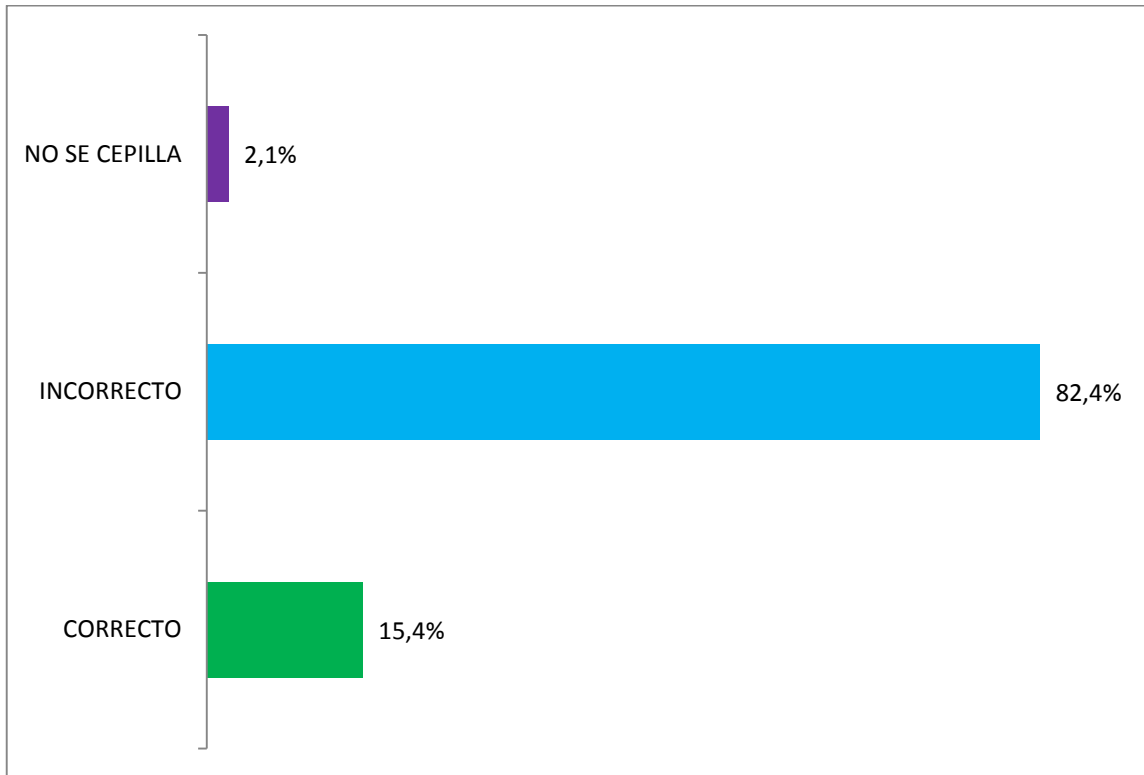


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Luego de haber aplicado la encuesta a los estudiantes se pudo constatar que la mayoría de los estudiantes en un 97,9% utiliza para su higiene oral los elementos básicos de aseo, tales como pasta y cepillo dental y el 2,1% no utiliza ningún elemento por que no se cepillan los dientes.

GRÁFICA N.- 11 TÉCNICA DE CEPILLADO UTILIZADA POR LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

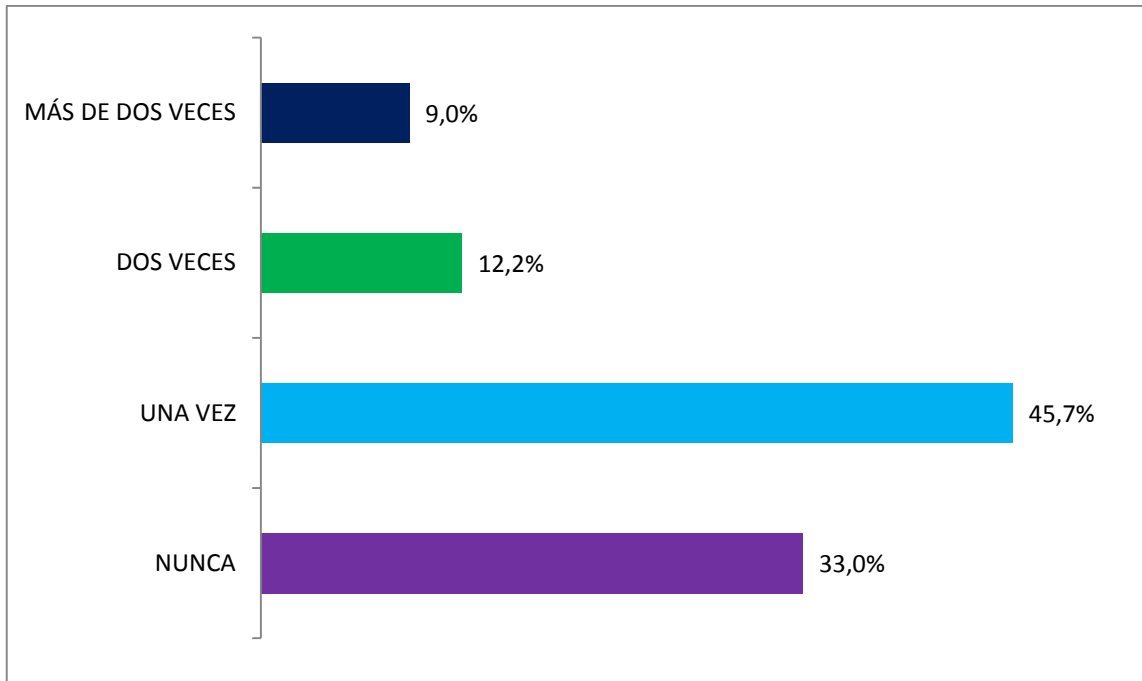


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Luego de entregar el pantoma y el cepillo a cada uno de los estudiantes y haber evaluado la forma del cepillado, la gráfica nos indica que la mayor parte la población en un porcentaje del 82,4% utilizaron una técnica de cepillado considerada como incorrecta, el 15,4% utiliza una técnica de cepillado correcta, y el 2,1% no se cepilla los dientes.

**GRÁFICA N.- 12 FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTÓLOGO EN EL AÑO
POR LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO
2013.**

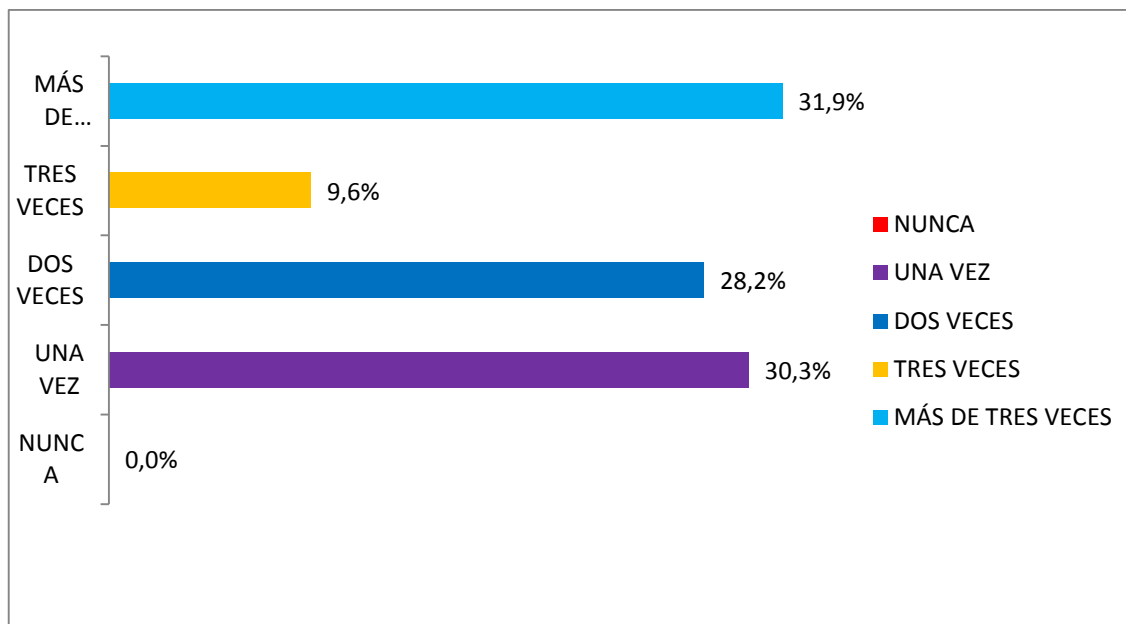


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Al analizar las encuestas aplicadas a cada uno de los alumnos, la gráfica nos indica que el 45,7% nos indicó que ha visitado al profesional odontólogo “una vez al año”, siendo esta la mínima recomendada, el 12,2% acude al odontólogo dos veces al año, el 9,0% acude más de dos veces al año, y el 33,0% no acude al odontólogo.

**GRÁFICA N.- 13 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS
CARIOGÉNICOS AL DÍA POR LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN
VICENTE FERRER” AÑO 2013.**



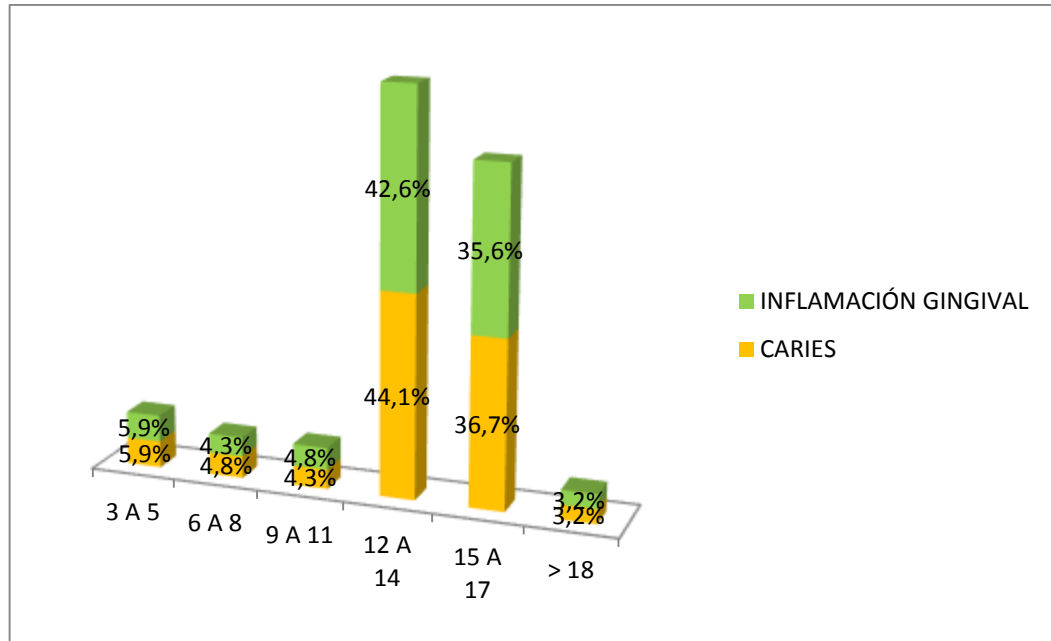
FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

Luego de haber preguntado acerca del consumo de alimentos cariogénicos a los estudiantes encuestados, el 31,9% manifestó que consumía más de tres veces al día, el 9,6% tres veces al día, el 28,2% dos veces al día y el 30,3% consume una vez al día.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICA N.- 14 RELACIÓN EDAD – CARIES - INFLAMACIÓN GINGIVAL DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.



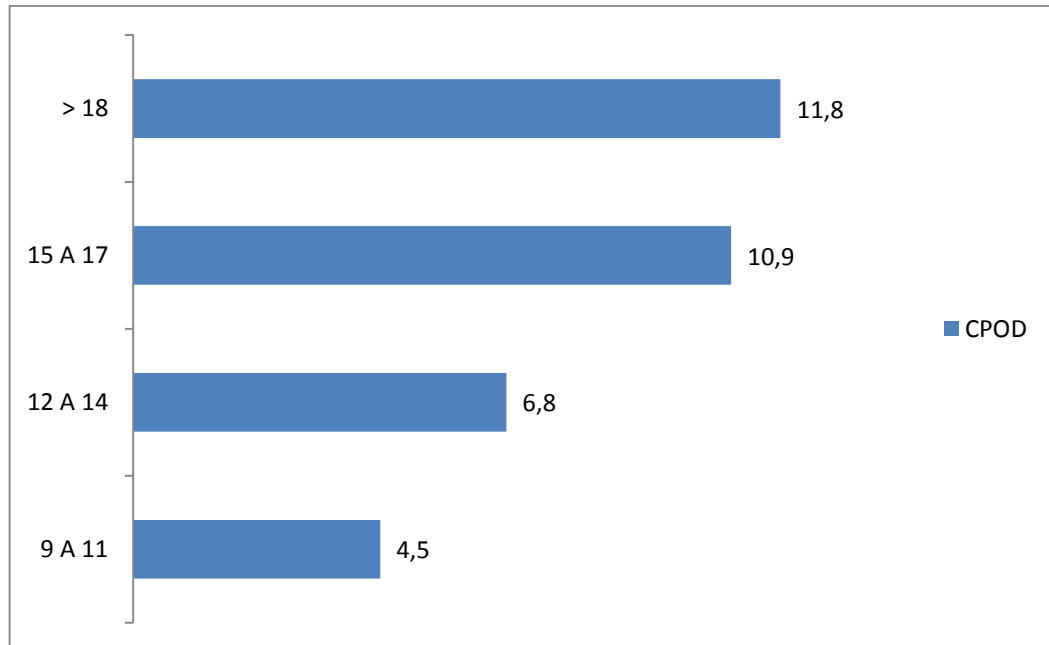
FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer

AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

En este gráfico, observamos que de los alumnos examinados la edad más afectada por caries dental e inflamación gingival es de 12 a 14 años con el 44,1% y el 42,6% respectivamente, y la edad menos afectada es la de mayor a 18 años con el 3,2% de caries y el 3,2% de inflamación gingival.

**GRÁFICA N.- 15 RELACIÓN DE EDAD – ÍNDICE DE DIENTES
PERMANENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS (CPOD) DE LOS
ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.**

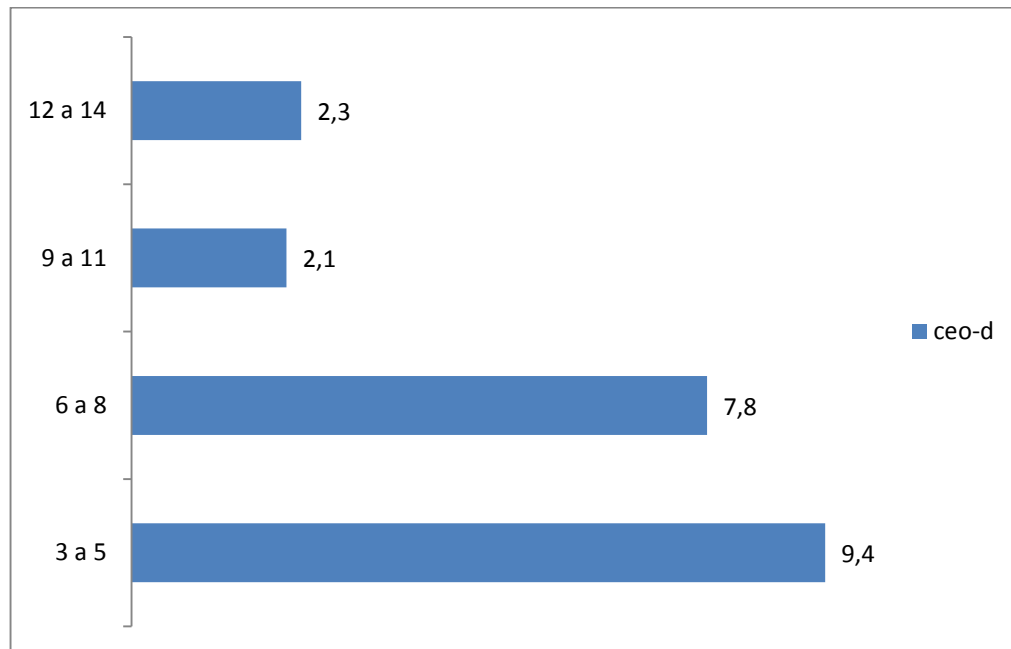


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente gráfica se puede apreciar que los pacientes de 9 a 11 años tuvieron un índice de 4,5; los de 12 a 14 años un valor de 6,8; los de 15 a 17 tuvieron un índice de 10,9 y los mayores de 18 años tuvieron un índice de 11,8 que se consideran como un nivel alto de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente (CPOD).

GRÁFICA N.- 16 RELACIÓN DE EDAD – ÍNDICE DE DIENTES DECIDUOS CARIADOS, EXTRACCIÓN INDICADA Y OBTURADOS (Ceo-d) DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.

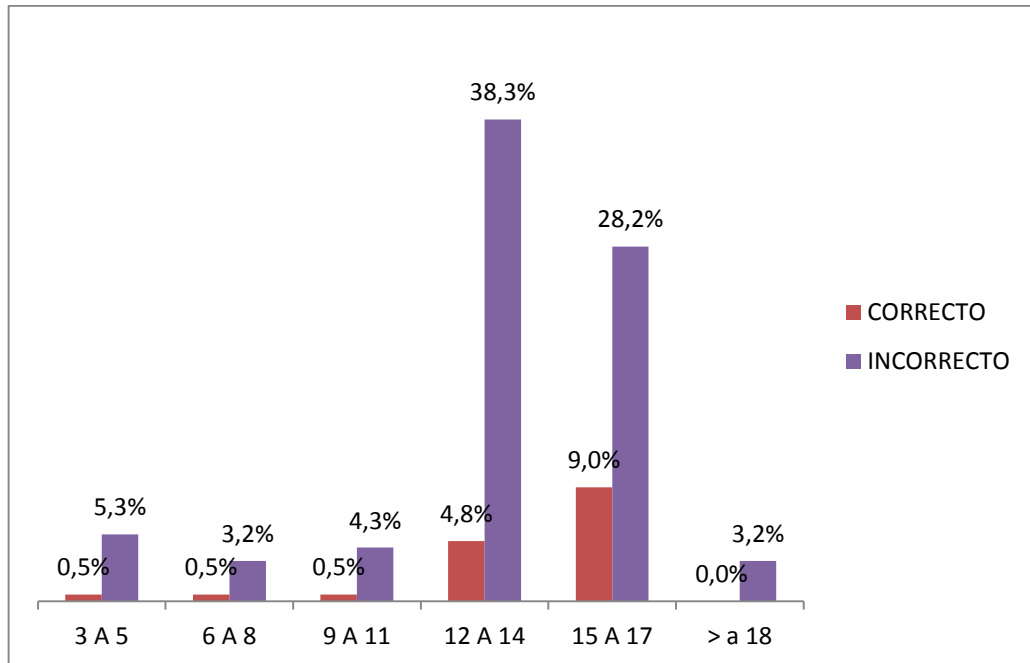


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se puede observar que los niños de 3 a 5 años presentan un índice de 9,4 que equivale a un nivel muy alto, los de 6 a 8 años de edad presentan un valor de 7,8 que es nivel alto, los de 9 a 11 años presentaron un índice de 2,1 que se considera como nivel bajo, y los de 12 a 14 años un valor de 2,3 que es considerado como bajo de dientes cariados, extracción indicada y obturados en la dentición decidua.

**GRÁFICA N.- 17 RELACIÓN DE LA EDAD CON LA TÉCNICA DE
CEPILLADO DENTAL DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN
VICENTE FERRER” AÑO 2013.**

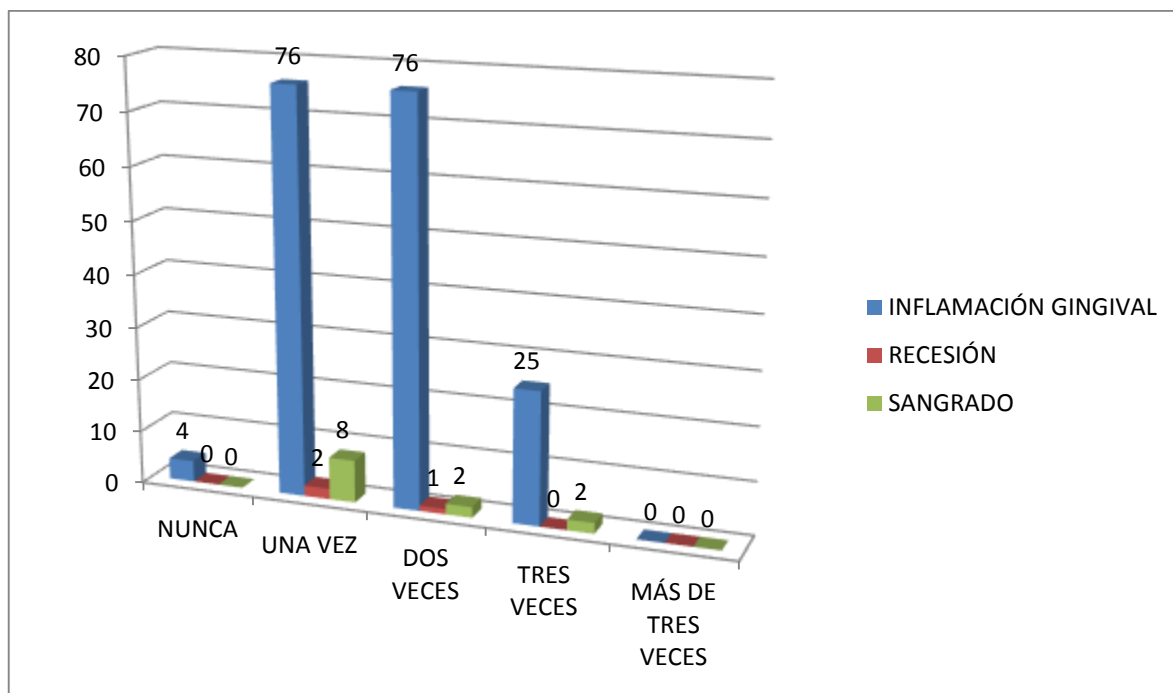


FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

De los alumnos investigados en la edad de 3 a 5 años el 0,5% utiliza una técnica de cepillado correcta, el 5,3% utiliza una técnica incorrecta; en la edad de 6 a 8 años el 0,5% utiliza una técnica de cepillado correcta, el 3,2% utiliza una técnica incorrecta; en la edad de 9 a 11 años el 0,5% utiliza una técnica de cepillado correcta, el 4,3% utiliza una técnica incorrecta; en la edad de 12 a 14 años el 4,8% utiliza una técnica de cepillado correcta, el 38,3% utiliza una técnica incorrecta; en la edad de 15 a 17 años el 9,0% utiliza una técnica de cepillado correcta, el 28,2% utiliza una técnica incorrecta y en la edad mayor a 18 años el 3,2% utiliza una técnica de cepillado incorrecta.

GRAFICA N.- 18 RELACIÓN INFLAMACIÓN, RECESIÓN Y SANGRADO GINGIVAL CON LA TÉCNICA DE CEPILLADO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER” AÑO 2013.



FUENTE: Estudiantes del Colegio San Vicente Ferrer
AUTOR: José Francisco Masa Pinza

INTERPRETACIÓN:

La presente gráfica estadística indica que 76 pacientes que se cepillan una vez presentan inflamación gingival, 8 pacientes presentan sangrado, 2 pacientes presentan recesión gingival; mientras que 76 pacientes que se cepillan dos veces presentan inflamación gingival, 2 pacientes presentan sangrado, y 1 paciente presenta recesión gingival, en tanto que 25 pacientes que se cepillan tres veces presentan inflamación gingival, 2 pacientes presentan sangrado y 2 pacientes que nunca se cepillan presenta inflamación gingival. Datos que pueden relacionarse con una técnica de cepillado horizontal, ineficiente y de tipo traumático para los tejidos periodontales.

7. DISCUSIÓN.

La mayoría de enfermedades incluso las bucales no tienen etiología clara o causa conocida, pero conocemos factores de riesgo que conjugados, son los responsables de la aparición y desarrollo de las mismas.

Los factores de riesgo, son características que le confieren al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteraciones de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías⁹⁷ lo que se confirma con los resultados encontrados en este estudio donde el 98,9% tiene afectación de caries dental y en un 96,3% presencia de inflamación gingival y sangrado de un 6,4%.

Al analizar otros estudios sobre caries dental en niños encontramos un estudio sobre la Prevalencia de caries en escolares de 6 a 12 años realizado en Nicaragua, cuyo resultado fue 72,6% presencia de caries⁹⁸ igualmente elevada que en nuestro estudio, pero en un estudio realizado en la Habana Cuba, donde se analizaban los Factores de riesgo asociados con la caries dental en los niños encontramos que el 80% de la población examinada se encuentra libre de caries y el 20% que presenta esta patología, hay como factores de riesgo incidentes la higiene bucal deficiente y dieta cariogénica⁹⁹.

Al referirnos a los indicadores de caries dental, se empleó los que indican la historia anterior y actual de caries dental, donde para la dentición permanente se aplicó el índice cariados, perdidos y obturados (CPO – D) y para la dentición decidua el índice de cariados, extracción indicada y obturados (ceo – d).

También en un Estudio epidemiológico de salud bucal en la población de 12 años del área VIII de salud de Cienfuegos¹⁰⁰ encontramos un índice de CPO –

⁹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Centro de Prensa, Disponible en :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

⁹⁸ Disponible en <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911105747853?via=sd&cc=y>

⁹⁹ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000200006&script=sci_arttext

¹⁰⁰ <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/273/510>

D de 2,45 correspondiente al rango de muy bajo mientras que en nuestro índice se encontró en el rango de Alto.

La población examinada en este estudio, presenta maloclusión dental desglosándose en la dentición permanente en un 73,9% clase I y 0,5% clase III observando similares resultados en un estudio realizado en Venezuela donde se analizaba la prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos, cuyos resultados son el 41,5% presentan Clase I, seguido por 17,5% para la Clase II y un 14% para la Clase III¹⁰¹, lo que demuestra que el predominio de mal oclusión en la población infantil.

En México se llevó a cabo un estudio sobre “ Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres “¹⁰² donde la prevalencia de gingivitis en los escolares fue menor a lo esperado debido a la frecuencia de la higiene bucal en los escolares que no permitían el establecimiento y desarrollo de la enfermedad gingival, en cambio en este estudio encontramos que pese a la variedad de frecuencia de cepillado se presentó en la mayoría inflamación gingival conjuntamente con sangrado pero el índice de Higiene Oral Simplificado se encuentra en la escala bueno, a pesar de que a la inspección clínica se observen signos de inflamación gingival; esto es probablemente porque la población estudiada no presentaba cálculo dental, factor utilizado conjuntamente con el grado de presencia de placa dentobacteriana para la obtención del IHOS. Además en un porcentaje de 8,5% encontramos un nivel de IHOS Malo, debido a que no realizaban la higienización de su cavidad oral.

¹⁰¹ **MEDINA Carolina**, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICO, Disponible en:

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>

¹⁰² PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN UN GRUPO DE ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE HIGIENE ORAL Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL DEMOSTRADO POR SUS MADRES, **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.61 n.1 México feb. 2004**
Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext&tlng=es

8. CONCLUSIONES:

- Se concluye que las patologías encontradas en los estudiantes examinados, es un 98,9% fue la caries dental, inflamación gingival en un 96,3%, maloclusiones en un 67.5% y Fluorosis dental en un 8,0%.
- Se concluye que los principales factores de riesgo que conllevan a la elevada prevalencia de caries dental, lo determina la ingesta de alimentos cariogénicos en un 31,9%, la práctica de una técnica de cepillado considerada como incorrecta en un 82.4% ya que fue calificada como deficiente y traumática, una deficiente higiene oral y falta de asistencia a la consulta odontológica en un 33,0%.
- Luego de haber examinado a los estudiantes del Colegio “San Vicente Ferrer” podemos concluir que la salud bucodental de la población se encuentra afectada, debido a muchos factores que de forma negativa afectan en la salud oral; tales como la falta de educación bucodental, ausencia de promoción y prevención oral, así como también el poco interés y/o conocimiento acerca de la importancia que tiene el aseo bucodental como factor determinante para diferentes enfermedades del organismo en general.

9. RECOMENDACIONES.

Se recomienda ejecutar las siguientes acciones:

- ✓ Al personal odontológico del subcentro de salud “Chuquiribamba”, del Ministerio de Salud debe mantener y ejecutar los programas de educación, prevención, rehabilitación y fomento de la salud bucal orientado no solo a los niños/as y adolescentes, además a sus padres y representantes, informándoles sobre la importancia de mantener el mayor tiempo posible en boca los dientes deciduos y permanentes para prevenir posteriores alteraciones funcionales, fonéticas y estéticas.
- ✓ A los docentes que refuercen conocimientos e impartan charlas a los representantes y alumnos que tienen bajo su responsabilidad sobre la importancia de conservación de las piezas dentales e higiene bucal para el correcto desarrollo físico, emocional y psicológico de los niños/as y adolescentes.
- ✓ A los padres que supervisen la ingesta diaria de azúcares entre comidas y la frecuencia de la higiene oral para evitar el apareamiento de caries dental y de otras patologías orales que pueden comprometer la salud oral y general.
- ✓ Incentivar a los padres de familia que la visita al odontólogo es de vital importancia para el cuidado adecuado de la cavidad oral de cada uno de sus hijos es por eso que se lo debe realizar 3 veces al año, por motivos de prevención y no solamente cuando exista dolor.

10. BIBLIOGRAFIA


1. Aguilar-Orozco N, Navarrete-Ayón K, Robles-Romero D, Aguilar-Orozco SH, Rojas-García A. Revista Odontológica Latinoamericana. [Versión Electrónica]. www.odontologia.uady.mx
2. AGURTO Pamela, DÍAZ M. Rodrigo. CADIZ D. Olga. BOBENRIETH Fernando. Revista Chilena de Pediatría [Versión Electrónica]. Vol.70 n.6 Santiago Nov.1999
3. APARECIDO C. Osmar, y COLB. Acta Odontológica Venezolana.[Versión Electrónica]. Mordida Cruzada Posterior. Corrección Y Consideraciones. ISSN: 0001-6365
4. BARRANCOS MOONEY, Julio. *Operatoria Dental*. Buenos Aires. 4 Edición. (2006). Editorial Panamericana. Cap. 8. Pág. 238, 249 y 251
5. BEZERRA. Tratado de Odontopediatría. Cap 7. Tomo 1. Pág. 214, 217, 233, 238, 243, 244 y 245
6. BOJ. J, CATALÁ.M. Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32, pág 367, 368, 369, 380 y 381
7. Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9.Pág. 205, 213, 214, 215, 217 y 214
8. CUENCA, Emili y BACA Pilar; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3 Edición. Editorial. Masson. Pág.72, 73, 74, 75 y 77
9. Diagnóstico de Servicios de salud MSP MD. Juan Pablo Villa Barragán encontrado en :
http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf
10. Dr. Luis Arturo, Planos terminales y escalones en dentición primaria y su relación con mal oclusiones en dentición permanente. Tipos y características de mal oclusión en dentición permanente.
11. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Disponible en :
<http://.loja.gob.ec/contenido/chuquiribamba>
12. GONZALEZ P. Gabriela, MORERO F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica] .Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws

13. GONZÁLEZ María, GUIDA Gianfranco, HERRERA Diana, Quiros Oscar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Versión Electrónica]. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823
14. HARRIS, Norman. GARCÍA F. Odontología preventiva primaria. Segunda edición. (2005). Editorial Manual moderno México. Pág. 8, 77, 102, 14, 1, 142, 143, 144, 145 y 146
15. HIGASHIDA, Bertha, (2000), Odontología preventiva primaria. Página 211, 212, 213
16. La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente REVISTA DE SALUD PÚBLICA. Cléa A. Saliba-Garbin, y COLB. Volumen 11(2), Abril 2009 Recibido 17 Agosto 2008/Enviado para Modificación 2 Enero 2009/Aceptado 25 Febrero 2009. Disponible en:
http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/biblioteca/012-biblioteca_formato_vancouver.pdf
17. LUGO Carmen, TOYO Irasema. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "[Versión Electrónica] "Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones. ".Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, 18/10/2013
18. Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.
Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
19. Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar y sus familias, mediante la atención integral bucodental enmarcada en los factores: socioeconómicos, culturales y ambiental del Área de afluencia del Hospital Universitario de Motupe del Área de salud Nro 3 de la DPSL/MSP" y de la carrera de odontología, en el período 2007-2008
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización del Sistema Nacional de Salud. Área de Salud Bucal. Normas y Procedimientos de Atención Bucal. Primer Nivel. 2009
21. OKESON Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones Temporomandibulares. Pág. 85

22. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria
"Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
23. SHAFER W. Tratado de Patología Bucal. Sección I. Pág. 5, 41, 51, 52,
53, 54, 55, 56, 58, 59

11 ANEXOS

➤ ANEXO Nº 1 ENCUESTA

 "UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA" N° de hoja:

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLÓGIA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____
Parroquia:
Nombre de la institución:
Nombre del Alumno:
Género: F () M ()

Edad del Alumno (a):
Año de educación:


2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?
Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()
- ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?
Cepillo ()
Pasta dental ()
Hilo dental ()
Enjuague bucal ()
- ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. utiliza?
Correcto () Incorrecto ()
- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?
Si () No ()
- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?
Nunca ()
Una vez al año ()
Dos veces al año ()
Más de dos veces al año ()

3. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, cojas) con que frecuencia consume en un día?

Nunca ()
Una vez ()
Dos veces ()
Tres veces ()
Más de tres veces ()

Validación de Especialista Tannya Valarezo
COORDINADOR DE CARRERA DE ODONTOLÓGIA



➤ ANEXO Nº 2 HISTORIA CLÍNICA

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DATOS GENERALES:
 Nombres y Apellidos.....
 Sexo.....
 Edad.....

Parroquia.....
 Grado o curso.....
 Establecimiento.....

PATOLOGÍAS

1. CARIES Si () No ()

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES
 Alteraciones de número ()
 Alteraciones de forma ()
 Alteraciones de estructura ()

2. INFLAMACIÓN GINGIVAL Si () No ()
 Recesión gingival Si () No ()
 Sangrado Si () No ()

3. MALOCLUSIÓN
 Dentición temporal
 • Escalón mesial ()
 • Plano terminal recto ()
 • Escalón distal ()

Dentición permanente

Clase I ()	Con apiñamiento ()
	Sin apiñamiento ()
Clase II ()	Subdivisión I ()
	Subdivisión II ()
Clase III ()	

ALTERADA ()

4. FLUOROSIS DENTAL
 Sin fluorosis ()
 Leve ()
 Moderada ()
 Severa ()

5. HÁBITOS Ninguno ()
 Succión digital ()
 Respiración bucal ()
 Deglución atípica ()
 Interposición lingual ()

6. PATOLOGÍAS Ninguna ()
 Pérdida prematura de dentición decidua ()
 Mordida abierta anterior ()
 Mordida abierta posterior ()
 Mordida profunda ()
 Mordida cruzada anterior ()
 Mordida cruzada posterior ()
 Mordida bis a bis

ODONTOGRAMA

Ceo:c.....e.....o.....
 CPOD: C.....P.....O.....D.....

Validación de la Historia Clínica por el Especialista Tanny Valarezo
 COORDINADOR DE SALUD BUCAL Y DE ODONTOLOGÍA

➤ **ANEXO Nº 3 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE PATOLOGÍAS**

ANEXO Nº 3.1 PACIENTE CON CARIES DENTAL



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.2 PACIENTE CON CARIES DENTAL EN MOLARES



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.3 PACIENTE CON FLUOROSIS LEVE



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.4 PACIENTE CON FLUOROSIS MODERADA



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.5 PACIENTE CON FLUOROSIS SEVERA



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.6 PACIENTE CON INFLAMACIÓN, RECESIÓN GINGIVAL Y SANGRADO



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.7 PACIENTE CON OCLUSIÓN CLASE I CON APIÑAMIENTO



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.8 PACIENTE CON OCLUSIÓN CLASE III



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

**ANEXO Nº 3.9 PACIENTE CON OCLUSIÓN ALTERADA POR
AUSENCIA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.10 PACIENTE CON MORDIDA BIS – BIS



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.11 PACIENTE CON MORDIDA ABIERTA POSTERIOR



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.12 PACIENTE CON MORDIDA ANTERIOR



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.13 PACIENTE CON MORDIDA PROFUNDA



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.14 PACIENTE CON PLACA BACTERIANA Y CALCULO DENTAL



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.15 PACIENTE CON HABITO (RESPIRADOR BUCAL)



ANEXO Nº 3.15.1 FOTO DE FRENTE



ANEXO Nº 3.15.2 FOTO DE PERFIL

**ANEXO Nº 3.15.3 FOTO DIENTES ANTERIORES SUPERIORES
VESTIBULARIZADOS**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

ANEXO Nº 3.15.4 FOTO PALADAR EN FORMA V



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

➤ **ANEXO Nº 4 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LLENADO HISTORIA CLÍNICA (DIAGNÓSTICO) Y ENCUESTA**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

➤ **ANEXO Nº 5 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE CHARLAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

➤ **ANEXO Nº 6 NIÑO INDICANDO TÉCNICA DE CEPILLADO**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

➤ **ANEXO Nº 7 EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

➤ **ANEXO Nº 8 COLEGIO SAN VICENTE FERRER**



FUENTE: COLEGIO "SAN VICENTE FERRER"

➤ ANEXO N° 9 SOLICITUD DIRIGIDA A LA DIRECTORA DE COLEGIO
ANEXO 9.1 SOLICITUD PARA EL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER ”

Loja, 7 de Octubre del 2013

Hna. Lida Jumbo
RECTORA DEL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER”

De mis consideraciones:

Permitame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Yo Tannya Valarezo, coordinadora de la carrera de Odontología, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a José Francisco Masa Pinza con número de cedula 103607253 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: “**Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013.**”

Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.

Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Dra. Tannya Valarezo

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA



José F. Masa Pinza

EGRESADO

➤ ANEXO N° 10 CERTIFICADO EMITIDO POR LA DIRECTORA DEL COLEGIO.

ANEXO 10.1 CERTIFICADO EMITIDO POR EL COLEGIO “SAN VICENTE FERRER”

 **COLEGIO DE BACHILLERATO “SAN VICENTE FERRER”**
Chuquiribamba – Loja – Ecuador
Telefax: 2580326

Oficio 033- CSVF
Chuquiribamba, 07 de Octubre de 2013

Dra. Tannya Valarezo.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Ciudad.-

De mi especial consideración:

A nombre de la comunidad educativa del Colegio de Bachillerato “San Vicente Ferrer” de la Parroquia Chuquiribamba, Cantón y Provincia de Loja, reciba un fraterno saludo de Paz y Bien.

Dando contestación al oficio sin número del 7 de Octubre de 2013 en la cual solicitan la autorización para que el Egdo. en Odontología José Francisco Masa Pinza realice el diagnóstico bucal a los estudiantes de nuestro centro educativo, analizado el beneficio que brindaría a la comunidad educativa, se autoriza para que el mencionado Estudiante realice la investigación y su tesis de grado.

Deseándole el mejor de los éxitos, me suscribo.

Atentamente,

Hna. Lida Jumber C.
RECTORA



➤ **ANEXO N° 11 GLOSARIO**

- **Biofilm:** Placa Bacteriana Dental
- **DPSL/ MSP:** Dirección Provincial de Salud de Loja / Ministerio de Salud Publica
- **CPOD:** Dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.
- **Ceo-d:** Dientes deciduos cariados, extracción indicada y obturados.
- **IHOS:** Índice de higiene oral simplificado

12 ÍNDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TEMA.....	7
RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISION DE LA LITERATURA.....	12
CAPITULO II.....	47
CAPITULO III.....	54
MATERIALES Y METODOS.....	56
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	57
DISCUSIÓN.....	75
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	82
ÍNDICE.....	95