



## CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Tesis de grado

Previo a la obtención del título de Odontóloga

Tema:

Factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en el SCS CAÑITAS del Cantón Sucre-Provincia de Manabí, en el periodo marzo- junio 2015.

Autora:

Ángela Lissette Barrezueta Véliz

Director de tesis:

Dr. César Burgos Morán Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador

2015

## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

Certifico que la egresada, Angela Lissette Barrezueta Véliz, ha culminado su tesis de grado, titulada Factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en el SCS CAÑITAS del Cantón Sucre-Provincia de Manabí en el periodo marzo- junio 2015. La misma ha sido realizada bajo mi dirección y asesoramiento.

Dr. César Burgos Morán Mg. Ge.

Director de tesis.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Los suscritos miembros del tribunal examinador de la tesis titulada Factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en el SCS CAÑITAS, del Cantón Sucre-Provincia de Manabí en el periodo marzo- junio 2015. Dicho trabajo es presentado y realizado por la egresada Ángela Lissette Barrezueta Véliz, quien ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la Carrera.

Dr. César Burgos Morán Mg. Ge.

Director de Tesis.

Odo. Celia Ponce Faula Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

Odo. Angélica Miranda Arce Mg. Gs.

Miembro del Tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

Manifiesto que la responsabilidad de la presente tesis, así como su estudio, argumento, análisis, resultados, propuestas, conclusiones y recomendaciones, pertenecen exclusivamente a su autora. Además cedo los derechos de autoría de la presente Tesis de Grado a la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Provincia de Manabí; República del Ecuador.

Angela Lissette Barrezueta Véliz.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco a dios por bendecirme y por guiarme siempre para llegar a obtener esta meta, por darme fuerzas para seguir adelante.

En especial mi mami Estela por apoyarme y brindarme todo su amor, por todo su esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida, sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión.

A mi segunda madre Ana y a todos mis familiares por ayudarme, apoyarme y por estar presentes dándome ánimo y confianza. A mi novio por estar conmigo en todo momento y apoyarme siempre.

Gracias a la universidad san Gregorio de Portoviejo y a los docentes por impartir sus conocimientos y ser una guía como profesional.

Al director de tesis el Dr. César Burgos por ser un importante aporte en el desarrollo de la tesis y por brindarme su disponibilidad y enseñanza al realizarla.

A mis compañeros y amigos por apoyarnos y permanecer unidos en la etapa de formación profesional.

Ángela Lissette Barrezueta Véliz

## **DEDICATORIA.**

Al concluir esta etapa importante en mi vida, quiero dedicar este trabajo:

Principalmente a dios quien supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante, él que en todo momento está conmigo.

A la persona más especial e incondicional mi mami Agueda Estela Barrezueta Véliz por ser el pilar de mi vida por su amor, apoyo, consejo, comprensión y por ayudarme con los recursos para poder estudiar, por su sacrificio tan inigualable para seguir adelante, por forma como una persona de buenos sentimientos valores y principios. Sus esfuerzos se han convertido en nuestro triunfo.

A mi segunda madre Ana Barrezueta Véliz por sus consejos, por su apoyo, cariño, ayuda, y sus sabias palabras que me ayudaron a seguir y a no derrumbarme jamás. A toda mi familia en especial a mis tíos Arnaldo, Alejandro, Dalton, a mis compadres y queridos ahijados Junior, Valeskita y Thiago a mis primos Carlos Miguel, Gonzalo, Edison que han sido como mis hermanos ya que han sido fuente de inspiración y superación para seguir adelante acompañándome para poderme realizar como profesional. A mi novio Iván Molina, quien me ha dado su apoyo constante y su amor incondicional acompañándome en cada paso que doy para que todo esto sea posible.

A mis seres especiales que están en el cielo mi abuelita Angelita, mis tíos Simón, Augusto y Avelina.

Ángela Lissette Barrezueta Véliz

## **RESUMEN.**

La presente investigación tiene como finalidad determinar la pérdida prematura de dientes temporales y los factores que lo influyen, entre los cuales tenemos la caries dental, los traumatismos, erupción precoz del permanente, hábito de succión digital.

La importancia del estudio radicó en determinar los factores que influyen en la pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años en el SCS Cañitas del Cantón Sucre-Provincia de Manabí.

Para obtener esta información se realizó una ficha de observación a 146 niños del SCS Cañitas y una encuesta dirigida a los padres para conocer las causas de la pérdida, por lo cual se pudo evidenciar que existen 68 niños con pérdida de dientes temporales con un 46,58% es más frecuente en el sexo femenino y que la principal causa es la caries dental con un 66.18% lo cual origina la pérdida prematura de dientes temporales.

Palabras claves: dientes temporales, pérdida prematura y caries.

## **ABSTRACT.**

The present research has as purpose to determine the premature loss of temporary teeth and the factors that influence it. Among them we have the dental caries, the traumatism, precocious eruption of the permanent one, habit of digital suction.

The importance of the study took root in determining the factors that influence in the premature loss of temporary teeth in children from 4 to 8 years in the SCS Cañitas of the Canton Sucre Manabí's - province.

To obtain this information a card of observation was realized to 146 children of the SCS Cañitas and a survey directed to parents to know the reasons of the loss. The results showed that there are 68 children with loss of temporary teeth with 46.58 %. It is more frequent in the feminine sex and the principal reason is the dental caries with 66.18 % which originates the premature loss of temporary teeth.

Key words: temporary teeth, premature loss and caries.



## ÍNDICE.

Portada	
Certificación del director de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	1

### Capítulo I.

1. Problematización .....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema .....	2
1.4. Preguntas de investigación .....	4
1.5. Delimitación de la investigación.....	5

1.6. Justificación.....	6
1.7. Objetivo .....	7
1.7.1. Objetivo general.....	7
1.7.2. Objetivos específicos.....	7

## Capítulo II

2. Marco teórico.....	8
2.1. Dientes Temporales.....	8
2.2. Tiempo de erupción de dientes .....	9
2.3. Cronología.....	10
2.4. Cronología de pérdida de dientes temporales .....	11
2.5. Proceso de sustitución de la dentición temporal .....	12
2.6. Funciones de la dentición temporal .....	14
2.7. Características morfológicas generales.....	14
2.8. Pérdida prematura de los dientes deciduos .....	16
2.9. Características funcionales de la dentición temporal.....	20
2.10. El período de dentición mixta.....	21
2.11. Causas de la pérdida prematura de dientes deciduos.....	23

2.11.1. Caries dental.....	23
2.11.2. Traumatismos.....	28
2.11.3. Erupción precoz del diente permanente .....	29
2.11.4. Hábito de succión digital.....	31
2.12. Indicaciones para la exodoncia de dientes primarios .....	35
2.13. Pérdida de dos o más molares primarios.....	36
2.14. Pérdida total de dientes primarios.....	36
2.16. Unidad de observación y análisis.....	37
2.18. Variables.....	37

### Capítulo III

3. Marco metodológico .....	38
3.1. Modalidad de la investigación.....	38
3.1. Tipo de investigación .....	38
3.2. Métodos .....	38
3.3. Técnicas .....	39
3.4. Instrumentos .....	39
3.5. Población y muestra .....	40

3.6.	Recolección de la información .....	40
3.7.	Procesamiento de la información .....	40
3.8.	Ética .....	41

#### Capítulo IV

4.	Análisis e interpretación de resultados .....	42
----	---	----

#### Capítulo V

5.	Conclusiones y recomendaciones .....	52
5.1.	Conclusiones .....	52
5.2.	Recomendaciones .....	54

#### Capítulo VI

6.	Propuesta .....	54
6.1.1.	Periodo de ejecución .....	54
6.1.2.	Descripción de los beneficiarios .....	54
6.1.3.	Ubicación sectorial y física .....	54
6.2.	Introducción .....	54
6.3.	Justificación .....	55

6.4.	Objetivos.....	56
6.4.1.	Objetivo general.....	56
6.4.2.	Objetivos específicos.....	56
6.5.	Actividades.....	57
6.6.	Humanos.....	58
6.6.1.	Técnicos.....	58
6.6.2.	Materiales.....	58
6.6.3.	Fuentes de financiamiento.....	59
	Anexos.....	60

## Bibliografía

## INTRODUCCIÓN.

La dentición se desarrolla en dos tipos la temporal, decidua o primaria y la permanente o secundaria. La dentición temporal debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio, mantienen el espacio que necesitaran los dientes permanentes para hacer erupción. Más frecuente y grave es la pérdida prematura de dientes temporales, que es una causa fundamental que ocasiona en el futuro, la pérdida del equilibrio dentario.

La odontología ha cambiado mucho sus procedimientos y técnicas, la prevención ocupa un lugar predominante en la actualidad, es por eso que es indispensable educar a las comunidades en la prevención y mantenimiento de los dientes temporales, ya que son muy importantes para la salud oral de los niños.

Esta información fue importante realizarla para obtener datos estadísticos acerca de los factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en los niños de 4 a 8 años en el SCS Cañitas del cantón Sucre-Provincia de Manabí, determinando que en las niñas fue mayor la pérdida prematura con un 54,41% y la caries ocupó un 66.18% siendo el factor que prevalece en la pérdida prematura de los dientes temporales, el segundo molar inferior fue la pieza que mayormente se perdió con un 25%. Se elaboró una propuesta para poder mejorar esta problemática y prevenir las pérdidas prematuras de los dientes temporales.

# **CAPÍTULO I.**

## **1. Problematización.**

### **1.1. Tema.**

Factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en SCS CAÑITAS del Cantón Sucre - Provincia de Manabí en el periodo marzo- junio 2015.

### **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años?

### **1.3. Planteamiento del problema**

En referencia al tema se planteará lo que sostiene la OMS menciona en un artículo citado por Medina-Solís y Col<sup>1</sup> (2001), puedo citar que:

Los criterios de evaluación utilizados para el diagnóstico de caries dental, fueron el índice ceod (Organización Mundial de la Salud) y según el "Criterio de magnitud de la lesión cariosa" (CMLC). Se consideró como diente perdido (caso) a la ausencia total del órgano dental o cuando la severidad de caries correspondió al grado 4 del CMLC, esto es cuando el diente presentó pérdida de más de 2/3 partes de la corona clínica o en la presencia de restos radiculares. Los patrones de caries se registraron de la siguiente manera: 1) solamente patrón anterior, 2) solamente patrón posterior y 3) combinación de patrón anterior-posterior. (¶ 10).

---

<sup>1</sup>Medina Solis y Col "2001" "Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche", Consultado el (4/10/2014) disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3644/1/13%20Carla%20Denisse%20Juez%20Medina.pdf>

Medina-Solís y Col en su investigación<sup>2</sup> realizada en México en el año 2001, se plantearon como objetivo determinar la prevalencia de la pérdida de dientes y los patrones de caries en niños preescolares de una comunidad suburbana de Campeche, México. Obtuvieron los siguientes resultados: 13 (11.9%) de los 109 sujetos tuvieron 34 (1.7%) dientes perdidos de un total de 2041 piezas temporales examinadas. Los dientes perdidos con mayor frecuencia fueron los segundos molares inferiores.

Marín y Pacheco (2000)<sup>3</sup>, en un estudio realizado en Nicaragua en 1998-2000 mencionan que sus objetivos de investigación fueron:

Estipular la frecuencia de extracciones prematuras de los molares temporales según edad y sexo; y según la causa por edad y sexo, por último conocer los molares extraídos más frecuentemente de forma precoz, donde obtuvieron unos resultados del 86.96% en comparación con 13,04% de extracciones a tiempo, con referencia a la edad donde predominó la extracción prematura fue a los 9 años con 40%, seguido de los 8 años con 27,50%, 7 años con 17,50%, 6 años con 10% y 5 años con 5%. Con relación al género el mayor porcentaje fue para el masculino con 55%, mientras que el femenino obtuvo 45%, la procedencia más frecuente de las extracciones prematuras fue la caries con un 55%. (¶11).

Investigando los estudios<sup>4</sup> realizados en Venezuela por Clemente K y Col en el año 2000-2001 quienes refieren una investigación de tipo documental donde se presentan 3 casos clínicos; se plantearon como objetivos determinar causa, identificar consecuencias y medidas terapéuticas de la pérdida prematura de dientes primarios.

---

<sup>2</sup>Medina Solis y Col (2001). "Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche", Consultado el (4/10/2014) disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3644/1/13%20Carla%20Denisse%20Juez%20Medina.pdf>

<sup>3</sup>Marín y Pacheco (2000) estudios realizados en Nicaragua Titulado: Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la clínica UAM. Consultado (4/10/2014) disponible en <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp>

<sup>4</sup>Clemente K y Col (2000 - 2001). "Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones" consultado el (18/10/2014) en <http://www.dsace.uce.edu.ec/bitstream/813/4/T-UCE-0015-21.pdf>



En un estudio de grado de Ramírez H. (2012)<sup>5</sup> realizado en Ecuador – Manabí, a niños y niñas de 1ero. A 5to. Año de básica se encontró que un 68% presentaban pérdida prematura del diente temporal, que en ambos géneros la pérdida era en similar porcentaje y que la principal causa de la misma se debía a la caries dental, además que el principal diente perdido eran los molares.

Hay que resaltar que en el Cantón Sucre, sitio Cañitas no se han realizado estudios acerca de la pérdida de dientes temporales y los factores que lo influyen.

#### **1.4. Preguntas de investigación**

¿Qué porcentaje de piezas dentarias se pierden por caries?

¿Qué porcentaje de piezas dentarias se pierden por traumatismos?

¿Qué porcentaje de piezas dentarias se pierden por erupción precoz del permanente?

¿Qué porcentajes de piezas dentales se pierden por chuparse el dedo?

---

<sup>5</sup> Ramírez H. (2012). Tesis Análisis de las causas que ocasionan la pérdida prematura de dientes deciduos de los estudiantes de 1ero a 5to año de básica del Centro de Educación Básica Cecilia Velásquez Murillo de la ciudad de Jipijapa. República del Ecuador.

## **1.5. Delimitación de la investigación**

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Odontología

Aspecto: Pérdida prematura de dientes temporales

Delimitación espacial: La investigación se realizó en el Subcentro de Salud Cañitas de la Parroquia Charapotó del Cantón Sucre.

Delimitación temporal: La investigación se desarrolló en el periodo septiembre 2014 - julio 2015.

## **1.6. Justificación.**

La pérdida prematura de los dientes temporales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población, siendo la caries uno de los principales problemas bucales de la población y posiblemente un causante de la pérdida temprana de los dientes temporales.

Cuando existen pérdidas tempranas esto causa acortamiento de la longitud de arco por la mesialización del diente posterior, distalización del anterior al espacio edéntulo, extrusión del antagonista; prematuros tratamientos protésicos; vicios perniciosos de la lengua.

Es de gran importancia realizar este estudio ya que se quiere identificar el porcentaje de los niños con pérdidas dentales prematuras por la edad y el sexo y establecer que pieza dentaria ha sido pérdida prematuramente conociendo cual es la causa más común que origina su pérdida.

Esta investigación fue viable porque se contó con el apoyo del personal del área de Odontología y del director del SCS Cañitas además de la universidad San Gregorio de Portoviejo que apoyó el estudio a realizarse. Fue factible esta investigación porque existió colaboración de los padres o tutores para llevar al subcentro de salud Cañitas a los niños que fueron atendidos ya que fueron los beneficiarios en el estudio realizado ya que se les aplicó un examen clínico odontológico y se observó las piezas dentarias que han perdido prematuramente. De los resultados que se obtuvieron producto de la

investigación se aplicaron soluciones para evitar o mejorar la pérdida dental prematura.

## **1.7. Objetivos.**

### **1.7.1. Objetivo general**

Establecer los factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años.

### **1.7.2. Objetivos específicos**

Identificar el porcentaje de los niños con pérdidas prematuras de dientes temporales por edad y género.

Identificar cuáles son las piezas perdidas prematuramente en los niños.

Identificar el factor prevalente en la pérdida prematura de los dientes temporales.

## CAPÍTULO II.

### 2. Marco Teórico

#### 2.1. Dientes Temporales.

Los dientes temporales se distinguen de los permanentes por los llamados caracteres de la dentición.

Analizando la obra de Tafur A. (2010, p25)<sup>6</sup>, puedo citar que:

La dentición temporal, decidua, primaria o como popularmente se conoce “dientes de leche”, tienen un periodo de vida relativamente corto, hasta que se exfolian (o se mudan) para ser reemplazados por los permanentes. Los dientes comienzan a erupcionar desde el sexto mes de vida. Generalmente los primeros que aparecen son los incisivos centrales inferiores. El proceso de salida de los dientes finaliza casi cuando se cumple el primer año de vida, es ahí cuando los niños ya tienen ocho dientes: cuatro incisivos superiores y cuatro inferiores<sup>7</sup>.

Luego de aparecen los molares y también los caninos, además es muy probable que a los 30 meses finalice el proceso de erupción dental en los niños, aunque los tiempos no son exactos y varían de un niño a otro. Es necesario mencionar que, la erupción de los dientes permanentes se da en dos etapas: la primera, suele ser desde los seis años aproximadamente, saldrán los primeros molares definitivos y se cambiarán los ocho incisivos tanto superiores como inferiores.

---

<sup>6</sup> Tafur A. (2010). *Hablemos entre dientes*. tomo I. República de Perú.

<sup>7</sup>Medline Plus Enciclopedia Médica, 2006

## 2.2. Periodo de erupción de dientes

Frente a la erupción de dientes temporales podemos citar a Ortiz, Godoy, Farías<sup>8</sup> (2005), quienes mencionan que cuando se habla del tiempo de erupción es para mencionar la edad en que erupciona cada pieza permanente; para esto se puede tomar en cuenta las tablas de Hurme que fueron mencionadas por (D` Escriván de Saturno, 2011, p124), considerado una buena referencia, el autor indica que.

Estas tablas indican la versatilidad que existe en la aparición del o los dientes así como el dimorfismo que se presenta: las niñas, unos 5 meses antes que los niños. Aquí se presenta la edad de cambio para ambos sexos y para la pérdida dentaria superior e inferior, además de la desviación estándar; también es visible la erupción temprana y/o tardía, lo que proporciona la perspicacia de la edad dental en un aproximado. (¶ 12).

En Medline Plus Enciclopedia Médica, (2005), puedo mencionar que:

El segundo proceso es entre los 10 y los 12 años, tiempo en el que erupcionan los segundos molares permanentes. La erupción de los dientes definitivos suele culminar cerca de los 20 años cuando nacen los terceros molares o más conocidas como 'muelas del juicio', aunque en el caso de estos dientes, su formación y erupción no es la misma en todas las personas, esto va a depender generalmente de la posición, el tamaño de estas piezas dentales y su relación con el espacio disponible en los maxilares.

---

<sup>8</sup> Ortiz.; Godoy.; Farías.; Mata, M. (2009) "Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de Odontopediatria de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada, 19/05/2015

### 2.3. Cronología

Como refiere Freitas, A., Rosa, J.E., Souza, I.F<sup>9</sup> (2002):

Cuando el niño nace, no tiene dientes. La dentición temporal, también primaria, como inicial, hacia los 6-8 meses y concluye hacia los 30-36 meses. Estos dientes permanecerán en boca de forma exclusiva hasta un aproximado de los 6 años de edad que empieza el periodo de Dentición mixta, proceso durante el cual concuerdan en la boca dientes temporales y a su vez los definitivos.

Es significativo apaciguar a los padres sobre las diversificaciones en la edad de nacimiento de los dientes primarios. Se piensa como normal que el proceso finalice a los 3 años. Si la demora está por encima de los 6 meses podría convertirse en un motivo de consulta con el Odontopediatría.

No obstante hay que saber que un retraso en la erupción de dientes temporales puede estar asociado a un retraso en la erupción dentaria definitiva. Se debe hacer conciencia en la población que la dentición temporal es muy importante y de la repercusión que tienen en la salud dental para la etapa adulta. Hay que recordar que la dentición temporal consta de 20 piezas dentarias, estas se distribuyen 10 en cada una de las arcadas. Se tiene dos incisivos centrales superiores e inferiores, dos incisivos laterales superiores e inferiores, dos caninos superiores e inferiores, dos primeros molares temporales superiores e inferiores y los segundos molares deciduos superiores e inferiores son veintisiete.

La cronología normal de erupción de los dientes temporales sería la siguiente:

A los 7 meses incisivos centrales (superiores) 6-7 meses incisivos centrales (inferiores):  
8 meses (superior) Incisivo lateral 7-8 meses (inferior)  
16-20 meses los caninos  
12-16 meses el primer molar temporal  
21-30 meses segundo molar temporal

Es significativo destacar que los dientes temporales son más chicos, más aplastados y más blancos que los dientes deciduos. Los dientes temporales no tienen sólo una función masticatoria, sino que también es estética es decir, influye en la correcta formación de la autoestima de los infantes y en la correcta pronunciación de algunos fonemas. (p.365).

---

<sup>9</sup>Freitas, A., Rosa, J.E., Souza, I.F. 2002. *Radiología Odontológica*. Sao Paulo de Brasil: Editorial Artes Médicas Ltda.

Es necesario tener en cuenta lo que menciona Freitas, A., Rosa, J.E., Souza, I.F<sup>10</sup> (2002), que la caries infantil puede convertirse en causa de aparición de dolencias en los niños. Así mismo un proceso infeccioso de larga evolución en un diente de leche puede llegar a dañar el germen del diente permanente.

Es transcendental que se corrijan los malos hábitos en esta edad. La succión del dedo pulgar, muy habitual en el infante, es una de las primeras causas de maloclusión. El uso del chupón es también un proceso que debería erradicarse al finalizar el primer año de vida. Es importante mencionar que impregnar objetos con miel, azúcar o leche condensada como medida para tranquilizar al lactante es uno de los hábitos más nocivos y con consecuencias cariogénicas a esa edad.

Se debe promover el cepillado dental en esta etapa. Es aconsejable usar cepillo pequeño y suave. El uso de dentífrico no es indispensable. Resulta significativo el aprendizaje de este hábito una vez al día, preferiblemente por la noche. (p. 364).

#### 2.4 Cronología de pérdida de dientes temporales

Díez C. (2011, s/p)<sup>11</sup> hace referencia a que las edades en la que los niños pierden sus dientes oscila entre los 6 y 12 años es así que presenta una morfología necesaria para que nazca el permanente.

##### **Dientes superiores**

Incisivo central 6- 7 años

Incisivo lateral 7-8 años

Caninos 10- 12 años

Primer molar 9- 11 años

Segundo molar 10- 12 años

---

<sup>10</sup>Freitas, A., Rosa, J.E., Souza, I.F. (2002). *Radiología Odontológica*. Sao Paulo de Brasil: Editorial Artes Médicas Ltda.

<sup>11</sup>Díez C. (2011) *Anatomía Dental Para Higienistas Y Estudiantes de Odontología*. Editorial Visión Net. Reino de España



## **Dientes inferiores**

Segundo molar 10- 12 años

Primer molar 9- 11 años

Caninos 9- 12 años

Incisivo lateral 7 – 8 años

Incisivo central 6- 7 años (anexo 7 p.67).

### 2.5 Proceso de sustitución de la dentición temporal.

El mecanismo fisiológico que da por resultado la eliminación de la dentición temporaria se denomina exfoliación y la sustitución por los dientes secundarios se denomina recambio de la dentificación. La exfoliación es el resultado de la reabsorción progresiva de las raíces de los dientes temporales.

De acuerdo a Massón B., Toledo M., Marín M.<sup>12</sup> (2010), puedo referenciar que:

El proceso de reabsorción de los dientes temporales para dar lugar a los sucesores permanentes aún no está bien explicado y se atribuye a la acción de los osteoclastos y cementoclastos que aparecen como consecuencia del aumento en la presión sanguínea y tisular que impide la proliferación celular en la raíz y en el hueso alveolar y facilita la acción osteoclástica. El aumento en la presión sanguínea en los tejidos que rodean la raíz está favorecido por la presión del diente permanente en erupción, pero queda la duda de lo que ocurre cuando se reabsorben las raíces de temporales en casos de ausencia del permanente que debe reemplazarlo.

El proceso de la erupción dentaria no está aun debidamente explicado, se cree está regido por un control endocrino y que es el resultado de la acción simultánea de distintos fenómenos, como la calcificación de las raíces de los permanentes, proliferación celular y aposición ósea alveolar; actualmente la teoría que reúne más simpatizantes es la que relaciona la tensión vascular y humoral causada por la actividad de los tejidos periapicales, o sea que un aumento en la irrigación sanguínea en estas estructuras favorecería la erupción. Alrededor de los 5 años comienza la erupción de los dientes temporales. (p.3).

---

<sup>12</sup> Massón B., Toledo M., Marín M. (2010). *Desarrollo de los dientes y la oclusión*. Publicado en <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf> consultado el 20/06/2015

Es necesario analizar lo que menciona Massón B., Toledo M., Marín M. (2010)<sup>13</sup> en donde refiere que la dentición temporal se extiende desde que erupciona el primer incisivo alrededor de los seis meses de nacido el niño y hasta los 6 años que brota el primer diente permanente, casi siempre el primer molar. Puedo citar que:

- 1) Forma de los arcos: La mayoría de los arcos dentarios primarios son semicirculares y parecen que sufren menos variaciones en su forma que los permanentes.
- 2) Número de dientes: La dentición temporal consta de 20 dientes.
- 3) Tamaño de los dientes: Los incisivos y caninos son más pequeños que los permanentes. Los molares son mayores en su ancho mesiodistal que los bicúspides, sobre todo los segundos molares inferiores.
- 4) Forma de los dientes: Los dientes temporales tienen su forma característica que debe conocer el estomatólogo, sobre todo su gran diferencia a nivel de los molares, donde se observa los cuellos muy bien definidos.
- 5) Posición de los dientes: Los dientes temporales en denticiones normales deben ser mucho más verticales que los permanentes y con muy ligera inclinación mesial.
- 6) Diastemas: En la dentición temporal es normal la presencia de espacio entre los incisivos, conocidos como espacios de crecimiento y dispuestos para que los dientes permanentes. (p.7).

---

<sup>13</sup> Massón B., Toledo M., Marín M. (2010). *Desarrollo de los dientes y la oclusión*. Publicado en <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf> consultado el 20/06/2015

## 2.6. Funciones de la dentición temporal

Considerando la obra de Kardong, K. V.<sup>14</sup> (1999), puedo exponer que:

- Preparar el alimento para su digestión y asimilación.
- Mantener el espacio para la posterior dentición permanente y actuar como guía de erupción.
- Estimular el desarrollo de las quijadas.
- Impulso de la fonación (sobre todo de dientes anteriores).
- Función estética. (p. 220).

## 2.7. Características morfológicas generales

Considerando la obra de Kardong, K. V.<sup>15</sup> (1999), puedo transcribir que:

### Corona

- Más chica que la de los dientes permanentes.
- Superioridad de los diámetros Mesiodistal encima los cervico-incisales.  
Se origina un deterioro o desgaste fisiológico, con lo cual los dientes parecen achatados.
- Las superficies Vestibular y Lingual de las muelas deciduas convergen a oclusal.
- Los puntos de contacto son áreas amplias y aplanadas. En vez de originar contacto en un punto se ocasiona un área de contacto.
- Los surcos cervicales están muy pronunciados, sobre todo en las primeras muelas, es así en maxilar y en la mandíbula.
- El cuello es bastante estrecho de 1/3 medio>cuello>cara oclusal.

---

<sup>14</sup>Kardong, K. V., (1999). *Vertebrados. Anatomía comparada, función, evolución*, 2.<sup>a</sup> ed. (McGraw Hill Interamericana, , p. 220.

<sup>15</sup>Kardong, K. V., (1999). *Vertebrados. Anatomía comparada, función, evolución*, 2.<sup>a</sup> ed. (McGraw Hill Interamericana, , p. 228.

- Las superficies del esmalte y dentina son delgadas. El grosor del esmalte tiene 1mm.
- El esmalte 1/3 gingival se trasladan a oclusal y termina en un borde bien definido.
- El color es más claro que el que presentan los dientes secundarios. Se debe a que el lapso de maduración es menor, por esto se crea menos dentina, por lo cual se obtiene un color más claro.

### Raíz

- Son más largas y delgadas con relación a la corona que la de los dientes permanentes.
- Las raíces que poseen los dientes anteriores son en sentido Mesiodistal más estrechas que las de los dientes permanentes.
- Los unirradiculares muestran en su tercio apical una desviación hacia Vestibular y Distal, ya que por palatino se encuentra el germen del diente permanente.
- Las raíces de las muelas son divergentes ya que por debajo tienen el germen del diente permanente. Además se ramifican muy junto del cuello, lo que se conoce como cinodoncia.
- Las raíces son estrechas en sentido Mesiodistal y muy anchas en sentido Vestibulo lingual.
- En ocasiones se reabsorben las raíces de las muelas. Se puede dar el caso que una de ellas no se reabsorba y al sacar el molar, ésta se lesione. Cuando esto ocurre no se debe tratar de sacarla, sino mantenerla para que se reabsorba por si sola.

## Nervio

- Cámara pulpar mayor proporción.
- La cámara de la pulpa continua la forma externa del tejido dental.
- En muelas, por lo general, nos encontramos un cuerno pulpar bajo de cada cúspide.
- Sobre todo en molares se encuentran cuernos pulpares bien marcados.
- Presentan mayor cámara que los maxilares, las muelas inferiores.
- En el sector anterior, no hay separación clara entre la cámara y el conducto radicular. (p. 228).

### 2.8. Pérdida prematura de los dientes deciduos

Estudiando la obra de García<sup>16</sup>(2012), puedo conocer que:

Los dientes deciduos no solamente sirven de órganos de la masticación sino también de mantenedores de espacio para los dientes permanentes.

También ayudan a mantener los dientes antagonistas en su nivel oclusal correcto. Aunque es posible que los primeros autores en el campo hicieron demasiado énfasis en la importancia de la pérdida prematura de los dientes deciduos, la importancia de reconocer las posibilidades de aliviar una mala oclusión en la extracción prematura de los dientes deciduos también es importante, en el momento que falta espacio en las arcadas, los caninos frecuentemente son extraídos antes de tiempo, y la naturaleza intenta proporcionar más espacio para acomodar a los incisivos permanentes que no han hecho erupción.

Este tipo de pérdida prematura es frecuentemente una clave para realizar extracciones adicionales de dientes deciduos y quizá la extracción de los primeros premolares posteriormente. En cambio cuando existe oclusión normal, y el examen radiográfico muestra que no hay falta en la extensión de la arcada, la exodoncia prematura de los dientes deciduos posteriores debido a caries puede causar mal oclusión.

---

<sup>16</sup> García (2012) Aparatología en la conservación de espacio en la dentición primaria. Publicado en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2746/1/Tesis%20Jennifer%20Garcia.pdf> consultado el 20/06/2015

Debido a que pueden existir hasta 48 dientes en los alveolos al mismo tiempo, la lucha por el espacio en el medio óseo en expansión es a veces crítica. La pérdida prematura de una o más unidades dentarias puede desequilibrar el itinerario e impedir que la naturaleza establezca una oclusión normal o sana.

En las zonas anteriores, superiores e inferiores, pocas veces es necesario mantener el espacio si existe oclusión normal. Los procesos de crecimiento y desarrollo impiden el desplazamiento mesial de los dientes contiguos. La pérdida del primero o segundo molar primario, constantemente es causa de preocupación aunque la oclusión sea normal. En la arcada inferior el ancho combinado del canino deciduo, primer molar deciduo y segundo molar deciduo es como promedio 1.7 mm mayor cada lado que el ancho de los sucesores permanentes. En la arcada superior, este espacio libre es de solamente 0.9 mm, debido al mayor tamaño del canino permanente y del primero y segundo premolares.

Esta diferencia es necesaria para permitir el ajuste oclusal y la alineación final de los incisivos y un ajuste general de la oclusión al corregirse la relación del plano terminal. La extracción prematura del segundo molar deciduo causará, con toda seguridad, el desplazamiento mesial del primer molar permanente y atrapará los segundos premolares en erupción. Aun cuando hace erupción el premolar, es desencaminado en sentido V y L hasta que esté en posición de maloclusión.

Al trasladarse mesialmente la muela superior, frecuentemente gira deslizándose la cúspide mesiovestibular en sentido lingual, esto hace que el órgano dental se incline. En la arcada inferior, el primer molar permanente puede girar menos, pero con mayor frecuencia sufre inclinación sobre el segundo premolar aún incluido. El desplazamiento mesial y la inclinación de los primeros molares permanentes no siempre sucede.

Si la oclusión se encuentra cerrada y si existe espacio adecuado para la erupción de los dientes sucedáneos, disminuye la tendencia a la pérdida del espacio en la región donde se ha extraído prematuramente el molar deciduo.

La pérdida prematura de los dientes permanentes es un factor etiológico de maloclusión tan importante como la pérdida de los dientes deciduos. Demasiados niños pierden sus primeros molares permanentes por caries y negligencia. Si la pérdida sucede antes de que la dentición esté completa, el trastorno será muy marcado. El acortamiento de la arcada resultante del lado de la pérdida, la inclinación de los dientes contiguos, sobre erupción de dientes antagonistas y las implicaciones periodontales subsecuentes disminuirán la longevidad del mecanismo dental.

Dada la gran importancia de este concepto dinámico, repetimos nuevamente que las fuerzas morfogénicas, anatómicas y funcionales conservan un

equilibrio dinámico en la oclusión. La pérdida de un diente puede alterar este equilibrio. El no hacer esto pone en peligro la dentición. (p 24).

Averiguando la obra de Moyers <sup>17</sup> (2006), puedo transcribir que:

La pérdida precoz de dientes primarios se refiere, al proceso de adelanto del diente definitivo que reemplazará el diente temporal perdido. Otros autores hacen referencia en este tema al órgano dental primario cuando esta se da antes del tiempo de caída natural.

Pérdida prematura: se refiere a la pérdida temprana de los dientes primarios que pueden llegar a complicar el sostenimiento natural del contorno o dimensión de arco y por esto la expulsión del diente sucedáneo. Los incisivos laterales superiores erupcionan después que los incisivos centrales alcanzan el plano vertical de oclusión y ayudan a que se cierre el diastema existente entre estos dientes. Su corona posee una inclinación distal y alcanzan a estabilizarse solo después de la exfoliación de los caninos temporales.

Pérdida temprana: se refiere a la desgaste de dientes primeros antes del tiempo deseada pero sin llegar a complicar el mantenimiento nativo del perímetro o longitud de arco. Es trascendental reconocer las posibilidades de calmar una maloclusión con la extracción prematura de dientes temporales.

Analizando la obra de Moyers R. <sup>18</sup> (2006), puedo citar que:

La exodoncia de una muela primaria en una etapa temprana retrasa la erupción del diente permanente. Mientras que cuando hay pérdida prematura de un primer molar deciduo se acelera la erupción del secundario y hace superflua la mantención de espacio. Un método exacto para evaluar la erupción tardía o apresurada es explorar el grado de proceso radicular y del hueso alveolar el cual cubre el diente secundario que no ha salido, a través de radiografías panorámicas o periapicales. (p. 345).

Investigando la obra de Marín A, Pacheco M. <sup>19</sup> (2003), puedo referenciar que:

El diente sucedáneo hace erupción cuando ha concluido la primera mitad del proceso radicular. En cláusulas de cubierta de hueso alveolar, es necesario

---

<sup>17</sup>Moyers R. (2006) *Manual de Ortodoncia*. 4ª. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

<sup>18</sup>Moyers R. (2006) *Manual de Ortodoncia*. 4ª. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. República de Argentina

<sup>19</sup>Marín A. Pacheco. (2003). *Ortodoncia Nueva generación*. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A.;

prever que pasarán aproximadamente seis meses por cada milímetro de hueso que abrigue al diente permanente. Si hay hueso que envuelve la corona, puede pronosticarse fácilmente que la erupción no se producirá en varios meses. Es en estos casos que es importante preservar los espacios, a menos que la dentadura aparezca a los seis meses de edad o que haya bastante espacio en el arco para que la disminución de 1 a 2 milímetros de espacio y no haya riesgos en la erupción secundaria. (p.26).

Analizando la obra de Guedes Antonio<sup>20</sup> (2003), puedo citar que:

Cuando existe poco espacio en ambos maxilares, los caninos frecuentes son salidos antes del tiempo, y por su naturaleza tratan de proveer más lugar a los incisivos permanentes que ya han erupcionado; la conservación de zona puede resultar desacertada para el paciente. Muy al contrario cuando hay una oclusión normal desde el principio, y el estudio radiográfico muestra que no hay carencia en la extensión de la arcada, el extraer prematuramente dientes primarios por motivo de caries puede provocar una maloclusión, exceptuando que se haga uso de mantenedores de espacio, "es recomendable que antes de una extracción de piezas dentales deciduas por motivo de caries, se realice un estudio exhaustivo de la extensión de arco para conocer la necesidad que se tenga en usar mantenedores de espacio, aquí radica la importancia de las interconsultas previo el procedimiento, permitiendo tener un juicio de las extracciones tempranas de tejido dental temporal".

Cuando se pierde el primer o el segundo molar primario, es motivo de inquietud, a pesar de que el contacto sea normal. Ahora si la extracción de las muelas temporales se da pasando los 5 años habrá mengua en la prórroga de la erupción de premolares.

La extracción temprana del segundo molar deciduo causará, el desplazamiento en sentido mesial del primer molar definitivo y cogerá los segundos premolares en erupción. Aun cuando hace erupción el segundo premolar, sufre desviación en el sentido vestibulo o lingual hasta una posición de maloclusión. Al desplazarse mesialmente la muela superior, frecuentemente gira, desplazando la cúspide mesiovestibular en sentido L, lo cual hace que se incline el diente. (p. 457).

---

<sup>20</sup>Guedes A. (2003). *Rehabilitación Bucal en Odontopediatría*. Atención Integral. Actualidades Médicas Odontológica Latinoamérica CA. Primera Edición. República de Colombia.



Analizando la obra de MERINO L.<sup>21</sup> (2012). Realizó un trabajo de tesis en el que concluyó que:

La pérdida prematura de los segundos molares temporales es más frecuente en los molares inferiores debido a que son los primeros en hacer su erupción en la cavidad bucal, predomina en el sexo femenino y en la edad de 9 años esto nos indica que a mayor edad menor pérdida de los segundos molares temporales. — La caries es la principal causa de la pérdida prematura de los segundos molares temporales y de los dientes en general, se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Vinculado con una mala alimentación e higiene bucal. (¶ 78).

Analizando la obra de Díaz T.<sup>22</sup> (2011), puedo citar que:

Las piezas dentales extraídas prematuramente con mayor frecuencia son el canino superior izquierdo al igual que los primeros molares inferiores derechos e izquierdos, esto puede ocurrir porque los tejidos dentales con fosas y fisuras profundas son un proceso que favorecen el comienzo de cavidad cariada y debido a que el sector posterior no es de fácil acceso cuando se realiza la higiene bucal, sobre todo en los niños en edad escolar. (¶ 98).

## 2.9. Características funcionales de la dentición temporal

Analizando la obra de Matas F, Mendieta C.<sup>23</sup> (2007), puedo referenciar que:

1.- Puesto que los dientes temporales se emplean para la preparación mecánica de los alimentos del niño para su digestión y asimilación durante uno de los períodos más activos de crecimiento y desarrollo, es indudable que sirva a una importante y crítica función que es la masticación.

---

<sup>21</sup> MERINO L. (2012) “Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela Unión Panamericana en el año lectivo 2011-2012” Universidad Central del Ecuador. Consultado en línea (25 junio de 2015)  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1248/1/T-UCE-0015-49.pdf>

<sup>22</sup>Díaz T. (2011) Prevalencia de las maloclusiones dentarias y su relación con la pérdida prematura de los dientes primarios en los escolares de 7 a 10 años en la escuela fiscal “ing. José Alejandrino Velasco” de la ciudad de Loja durante el periodo abril- octubre del 2011. Universidad Nacional de Loja. Consultado en línea (25 junio de 2015)  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5308/1/D%C3%ADaz%20Calva%20Tatiana%20Elizabeth%20.pdf>

<sup>23</sup>Matas F, Mendieta C: (2007) Hipersensibilidad dentinaria. Etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev. Soc Esp Period. Clínica de Especialidades. Filial de Ciencias Médicas. Consultado en :  
[http://www.ecured.cu/index.php/Dientes\\_temporales#Fuente](http://www.ecured.cu/index.php/Dientes_temporales#Fuente)

2.- Otro papel sobresaliente que desempeñan estos dientes es el de mantener el espacio en las arcadas dentarias para los dientes permanentes.

3.-Mediante la función masticatoria los dientes temporales desempeñan también una función de estimulación del crecimiento de los maxilares en los tres planos del espacio (antero-posterior, transversal y vertical)

4.-Hay una cierta propensión a pasar por alto la importancia de la función de los dientes temporales en la estética del niño. Algunos se afectan psicológicamente y solicitan su reposición cuando pierden algún diente anterior temporal por trauma.

5- Una pérdida precoz y accidental de los dientes temporales anteriores pueden llevar a un trastorno en la fonación por dificultarse la pronunciación de los sonidos F, V, S y Z. Años después de la erupción de los dientes permanentes puede persistir la dificultad en la pronunciación de la S y Z, llegando en ocasiones a requerir una corrección fonética. (¶ 16).

#### 2.10. El período de dentición mixta

Analizando la obra de Dr. Xavier Vidal Ramón<sup>24</sup> (s/f, ¶39), podemos citar que:

Dentición mixta es 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.

El mismo doctor menciona que desde el punto de vista clínico hay dos aspectos muy importantes en el período de la dentición mixta:

- La utilización del perímetro del arco.
- Cambios adaptativos en la oclusión que ocurren durante el cambio de una dentición a otra.

---

<sup>24</sup>Dr. Xavier Vidal Ramón. Licenciado en Medicina y Licenciado en Odontología. Médico consultor de Advance Medical. Publicación de revista odontológica familiar. Consultado el (23/05/2015) en <http://www.mapfre.es/salud/es/informativo/denticion-temporal.shtml>

Analizando la obra de Dr. Xavier Vidal Ramón <sup>25</sup> (s/f, ¶39) podemos citar que:

Utilización del perímetro del arco: el perímetro del arco mandibular se acorta durante la dentición mixta, pero hay divergencias respecto a dónde, cómo y cuándo se produce ese acortamiento. Que el espacio de primate y otros diastemas interincisivos pueden cerrarse desde atrás con la erupción de los primeros molares permanentes.

El empleo del espacio libre de Nance es la consideración clínica más importante, ya que este espacio libre se debe a la diferencia de tamaño entre los dientes temporales y sus sucesores permanentes.

Investigando la obra de Willian H. De Kock<sup>26</sup> (2010), puedo referenciar que:

En la parte anterior este valor es negativo, aun incluyendo los diastemas característicos de la dentición temporal. Atrás el espacio libre es positivo, ya que el ancho combinado de canino, primero y segundo molar temporal es mayor en 1.7 mm en la mandíbula y de 0.9 mm en el maxilar superior a cada lado, que los anchos combinados de canino, primera y segunda bicúspide, por tanto existe un total de 1,8 mm en el maxilar y 3,4 mm en la mandíbula de espacio libre.

Durante la dentición mixta 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 superior.

Lo ideal sería la obtención de la relación de neutroclusión a nivel de los molares desde el momento de su brote, ya que así todo el perímetro del arco

---

<sup>25</sup>Dr. Xavier Vidal Ramón. Licenciado en Medicina y Licenciado en Odontología. Médico consultor de Advance Medical. Publicación de revista odontológica familiar. Consultado el (23/05/2015) en <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/denticion-temporal.shtml>

<sup>26</sup>Willian H. De Kock. (2010) *Universidad de Iowa Manual. de Ortodoncia Interceptiva: Evolución de la Dentición*. Consultado en: <http://med.ufro.cl/Recursos/ortodoncia/images/Crecimiento/de/los/arcos%20dentarios.pdf>

puede usarse para el alineamiento de los dientes y nada se perderá, pues ya el molar está ubicado en su posición correcta. (§ 54).

## 2.11. Causas de la pérdida prematura de dientes deciduos

Entre las principales causas que originan la pérdida prematura de los dientes temporales encontramos:

- Caries dental
- Traumatismos
- Succión digital
- Erupción precoz del permanente

### 2.11.1 Caries dental

La Organización Mundial de la Salud realiza una definición del tejido cariado como el proceso que se localiza como origen multifactorial que da inicio una vez que se da la erupción dentaria, favoreciendo el reblandecimiento del órgano dental y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se revisa oportunamente, afecta la salud general y calidad de vida de las personas sin importar las edades.

La caries es un trastorno común, una de las enfermedades infecciosas que mayor prevaecía en el mundo y que suele aparecer en los niños y en los adultos jóvenes,

Buscando la obra de Acosta A<sup>27</sup> (2006), puedo exponer que:

---

<sup>27</sup> Acosta G. y otros (2006) *Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología*. Editorial Bogota. República de Colombia.

La cavidad cariada se define como la destrucción localizada de la estructura dura del diente, esto dado por la acción bacteriana, es por donde mencionados tejidos se modifican y eventualmente se disuelven. El tejido afectado aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o de sarro, y pueden ocasionar pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aún se encuentra escondido. (p.178)

Investigando la obra de Chow A. <sup>28</sup> (2011), puedo referenciar que:

El tejido afectado del diente es un malestar multifactorial que se asocia a la manifestación de varios factores, indispensable para que se dé inicio a la lesión. Dichos factores son el huésped, los gérmenes y la dieta. Consecutivamente fue agregado un factor nuevo que era el tiempo, el cual permitió aclarar de una forma más precisa la formación del proceso carioso.

La caries dental es un padecimiento de los tejidos calcificados de la dentadura que es provocada por ácidos resultantes de la acción de microorganismos producto de los hidratos de carbono. Es así que, el tejido afectado se convierte en una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial, que conciernen al diente, la flora bacteriana y el sustrato que resulta en caries donde están presentes estos tres factores.

Hay varias evidencias que han permitido manifestar que la placa bacteriana es un paso previo indispensable para que se dé inicio a la caries dental y por tanto a la enfermedad periodontal. (p. 234).

Para que se despliegue la caries es necesario contar con el factor tiempo, es por ello que entre más edad tenga un niño, más probabilidades tendrán de presentar caries. Sin embargo, en la dentición primaria, puede desarrollarse caries extensa, que afecta prácticamente a todo el sector anterior y que es presentable en infantes alimentados durante largo tiempo con biberón.

Analizando la obra de Ortiz.; Godoy.; Farías.; Mata, M. <sup>29</sup> (2009), puedo citar que:

---

<sup>28</sup>Chow A. (2011) Infections of the oral cavity, neck, and head. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 60. ISBN: 978-958-755-018-4 N° Edición: 2/2011

<sup>29</sup>Escobar F (2001) Prevención en Odontología Pediátrica. En: Odontología Pediátrica, 1° Edición. Santiago de Chile. Editorial Universitaria, 101-36.

La presencia de microorganismos capaces de producir bastantes ácidos como para descalcificar la estructura de los dientes será factible para este proceso. En los últimos años se ha comprometido al *Streptococcus Mutans* (SM) como el primer microorganismo causante de caries dental. Hay que tener en cuenta que hay otros microorganismos tales como *Lactobacillus*, *Actinomyces* y diversos tipos de *Streptococcus* que también participan, aunque su función tiene menos relevancia. (¶56).

En relación a las causas podemos citar a Hernández et.al<sup>30</sup>(2010):

De todos los pacientes de 7 años en la que la población es 7 niños un 51% de las piezas dentales estos pacientes presentó pérdida temprana de alguna pieza dentaria por caries, un 8% tenía extracción indicada por proceso carioso, un 33% y solo un 8% estaba sano. Por lo que se infiere que tantos padres como niños desconocen la salud e higiene bucal.

Investigando la obra de Massón B., Toledo M., Marín M.<sup>31</sup> (2010), puedo citar que:

De toda la muestra de 282 pacientes un 42,1% de los mismos no presentaron exodoncias, al 14,18% se les realizó extracciones en el momento a normal de exfoliación mientras que a un 42,95% se les había realizado exodoncias prematuras.

#### 2.11.1.2 Trastornos de alimentación en la caries

Considerando la obra de Koch / Poulsen<sup>32</sup> (2011) puedo citar que:

Los vómitos autoinducidos se observan en pacientes con bulimia nerviosa, pero también ocurren en pacientes con otros tipos de trastornos de consumo; como por ejemplo la anorexia nerviosa. Además de esto, una alta ingesta de refrescos libres de azúcar y de frutas, excesiva higiene bucal combinada a menudo con trastornos gastrointestinales y la disminución salival son frecuentes entre los pacientes con trastornos de consumo y aumentan el riesgo a la erosión.

---

<sup>30</sup>Hernandez J., Montiel L., Velasquez J., Alcedo C. D'Jurisic A., Quirós O., Molero L.Tedaldi J. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica septiembre 2010. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada,20-05-2015

<sup>31</sup> Massón B., Toledo M., Marín M. (2010). Desarrollo de los dientes y la oclusión. Publicado en <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf> consultado el 20/06/2015

<sup>32</sup>Göran Koch, Sven Poulsen (2011). *Odontopediatria*. República de Colombia. Abordaje clínico 2da. Edición Pasta dura.

Una gran cantidad de medicaciones causan sensación de boca seca, por ejemplo, drogas anticolinérgicas, medicinas para RGE (E), trastornos psiquiátricos, terapia para el cáncer con citostáticos o los tratamientos de radiación (a menudo combinados con vómitos) comprometen frecuentemente la función de las glándulas salivales y aumentan el riesgo a la erosión. La diabetes (tipos 1 y 2), el hipoparatiroidismo y el hiperparatiroidismo, el hipertiroidismo y la agenesia congénita de glándulas salivales, síndrome de Down, la parálisis cerebral, el síndrome de Prader-Willi o el uso de metilendioximetanfetamina (éxtasis) son otras condiciones asociadas a la erosión dental. (pp. 31 y 37).

### 2.11.1.3 Prácticas de higiene bucal

Averiguando la obra de Koch / Poulsen <sup>33</sup> (2011), puedo citar que:

Los estudios han mostrado que los individuos con erosión tienen mejor higiene bucal que los individuos sin erosión. La práctica moderna de la limpieza dental ciertamente conduce más a la erosión que un método de higiene bucal más irregular, menos metódico y menos vigoroso, puesto que la lesión erosiva se desarrolla en las superficies libres de placa. Una superficie libre de placa puede ser el resultado de las actividades de la higiene bucal, pero también una consecuencia de la limpieza natural de los labios, lengua y mejillas. Las superficies proximales están raramente libres de placa y ésta puede ser la razón por la que desarrollan raramente lesiones erosivas.

La actividad de la higiene bucal, después de un desafío ácido en la superficie del diente, dará lugar a una mayor pérdida de sustancia dental. En contraste con la promoción de la salud, la prevención tiene como objetivo el reducir el riesgo de una enfermedad específica. La prevención se describe en tres niveles: primario, secundario y terciario:

- La prevención primaria de la caries previene la ocurrencia de lesiones nuevas de caries.
- La prevención secundaria de la caries es la detección temprana y la intervención para detener lesiones tempranas de la caries.
- La prevención terciaria de la caries es la restauración de cavidades para prevenir la destrucción adicional, eventualmente originando la pérdida del diente. (p.456).

---

<sup>33</sup>Göran Koch, Sven Poulsen (2011). *Odontopediatria*. República de Colombia. Abordaje clínico 2da. Edición Pasta dura.

#### 2.11.1.4 Modelos de riesgo de caries dental

Considerando la obra de Koch / Poulsen<sup>34</sup> (2011), podemos conocer que:

Los modelos iniciales de predicción de caries dental comúnmente involucraron la asociación de una inconstante con el progreso de caries. Consecutivamente múltiples factores se escondieron en los modelos, manifestando así la causa de la enfermedad, observándose un acrecentamiento de la sensibilidad de estas experiencias. Los modelos avanzados difieren en los predictores consumidos, el boceto de estudio, la edad de los niños implicados, la duración del estudio y el análisis estadístico.

Estudios prolongados deberían ser transportados en lugar de estudios transversales debido a que muchos elementos preceden el progreso de la caries dental y deberían por ello ser definitivos antes del diagnóstico de caries. Los estudios transversales determinan la asociación de la variable con la prevalencia de la enfermedad mientras que los estudios longitudinales predicen la incidencia de enfermedad. Parece que los modelos que cubren periodos más cortos tienden a ser más precisos en sus predicciones.

La investigación de pronóstico de caries dental no ha derivado en un modelo de predicción universal. Lo que se ha avanzado es un grupo de modelos con metas específicas que son sobriamente exitosos en el pronóstico de caries dental para poblaciones específicas;

Un buen modelo para predecir caries dental debería tener las siguientes características:

- Un método de cogida de datos rápida, económica y simple
- Ser admitido por aquellos a quienes tiene que ser aplicado.
- Tener un nivel de compasión de 0.75 o más y un nivel de especificidad de al menos 0.85. Según Kingman, citado por Zero, un modelo de riesgo debería tener una sensibilidad y especificidad combinada de al menos 160%. (pp. 65-69).

---

<sup>34</sup>Göran Koch, Sven Poulsen (2011). *Odontopediatria* República de Colombia. Abordaje clínico 2da. Edición Pasta dura.



### 2.11.2 Traumatismos

Los traumatismos según Novaes (2006 ¶ 32)<sup>35</sup> son eventos que ocurren habitualmente. Los estudios realizados revelan cifras muy significativas referentes al suceso y prevalencia de accidentes traumáticos, por tanto se ha llegado a discurrir como una dificultad de salud pública. Sin menoscabar se refiere en la cita que hace Veleiro (2002)<sup>36</sup> la incidencia de magulladuras por traumas, se aumentan con el oportuno desarrollo psicomotor del niño en proporciones alarmantes, al reflexionar que existen edades en donde el apogeo de la actividad humana de los chiquillos atenúa prácticamente el 50 % de estas heridas.

Investigando la obra de González NG<sup>37</sup> (2001), puedo citar que:

Las contusiones dentales son poco usuales en el primer año de vida. Esta periodicidad aumenta cuando el niño inicia a caminar y correr por la incoordinación motora del mismo. Los orígenes más frecuentes son las caídas y los encuentros contra objetos. La mayor parte de estas contusiones ocurren en los dientes antero-superiores lo que induce una disminución de los volúmenes de masticación, expresión y lo más importante en la adolescencia, las discrepancias psicológicas que pueden provocar la pérdida de algunos de estos dientes. (p. 456).

Los orígenes de los traumatismos dentales son de entorno complejo y están influidos por disímiles factores, incluyendo a la fisiología humana, conducta y el medio ambiente.

Averiguando la obra de Olmeda<sup>38</sup> (2007), puedo conocer que:

---

<sup>35</sup>Novaes SMA, (2006) Teles EB, Lima JLO. Traumatismo dental: revisão e relatos de casos clínicos. [citado: 25 abr 2015] Disponible en: <http://www.abo-ba.org.br>

<sup>36</sup>Veleiro RC. (2002) Traumatismos dentales en niños y adolescentes. Revisión bibliográfica actualizada. Rev latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. [serie en Internet]. [citado 12 mayo 2015]; 102(6): [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/traumatismos\\_dentales.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/traumatismos_dentales.asp)

<sup>37</sup>González Naya G (2001). El trauma de los dientes anteriores en el paciente menor de 15 años. Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Ciudad de La Habana. Facultad de Estomatología.

El maltrato infantil representa (aunque en menor proporción) también una causa de los traumatismos dentales, y resalta que tanto los consultorios odontoestomatológicos, como otros centros de asistencia primarias, son un lugar estratégico para reconocer lesiones como resultado de malos tratos. Los niños pueden acudir al Odontólogo por contusiones como consecuencia de malos tratos o bien por otras patologías orales, siendo indicativas de sospecha, las fracturas dentales múltiples, una actitud defensiva del niño, una posición paterna excesivamente preocupada o manifestarse indiferentes ante los acontecimientos. (¶ 34).

### 2.11.3 Erupción precoz del diente permanente

Examinando la obra de Josep M. Ustrell Torrent<sup>39</sup>(2002) puedo mencionar que la erupción prematura de un canino permanente superior produce un desplazamiento de los dientes temporales por compresión, aposición ósea a nivel de la zona alveolar circundante y deformación labial. (¶89).

Investigando la obra de Serna C<sup>40</sup> (2012), puedo referenciar que:

Generalmente, cuando el diente definitivo comienza la formación de su raíz dentro del maxilar o la mandíbula, inicia su proceso de erupción. En el camino hacia la cavidad bucal se encuentra con un obstáculo: la raíz del diente de leche. Para poder erupcionar, el diente definitivo va reabsorbiendo la raíz del de leche hasta que este último se cae y deja paso a su sucesor.

Pero en ocasiones encontramos que el diente permanente ya ha aparecido en la boca y el temporal no se ha caído, de forma que ambos están “en doble fila”.

Los gérmenes de algunos dientes definitivos (principalmente de los Incisivos inferiores) se encuentran por detrás de los de leche y migran hacia delante al comenzar su erupción. Si las raíces de los incisivos de leche se encuentran inclinadas, el diente permanente que intenta salir las reabsorberá, pudiendo quedar la corona del diente de leche intacta.

---

<sup>38</sup>Olmeda (2007). Detección del maltrato infantil en los consultorios odontoestomatológicos. Disponible en: [www.coem.org/revista/anterior/11-97/articulo.html](http://www.coem.org/revista/anterior/11-97/articulo.html)

<sup>39</sup>Josep M. Ustrell Torrent (2002) Libro Ortodoncia Text Guía España (Barcelona) <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>

<sup>40</sup>Serna M. C. Dra. (2002) Hospital San Rafael de Madrid. Reino de España.

Aparentemente la situación es normal, pero la corona del diente de leche está ocupando la situación del diente definitivo que ha salido por detrás. En estos casos, la extracción de la corona del diente temporal es muy sencilla, a la vez que importante para asegurar que los dientes permanentes salen con normalidad.

El procedimiento se lleva a cabo mediante la aplicación de anestesia local alrededor de la corona del diente que vamos a quitar para que el paciente no note ninguna molestia. (p.34)

Investigando la obra de Pomarico L, Gimaraes L y Noce D.<sup>41</sup> (2007), puedo conocer que:

La expulsión ectópica es una crisis en el que el incisivo no alcanza su camino normal. Entre los componentes etiológicos más significativos se hallan el macrodontismo, el encogimiento de la extensión de arcada, el posicionamiento extremo del maxilar, el ángulo de expulsión atípico, y los mecanismos genéticos. Este artículo muestra un caso poco habitual de erupción ectópica de cuatro dientes secundarios, los dientes anteriores del maxilar y los primeros molares mandibulares, en un niño de 7 años y 11 meses en el que el procedimiento consistió en la extracción de los incisivos centrales superiores primarios y la mediación ortodóncica en la arcada inferior. Se colocó sobre los iniciales molares primarios inferiores un fausto fijo de ambos lados, una vestibular y otra lingual. (¶ 1).

Estudiando la obra de Phillip S.<sup>42</sup> (2006), puedo mencionar que:

La erupción prematura de los dientes permanentes suele ser una consecuencia de la pérdida de dientes temporales precedentes, esto se pone de manifiesto fácilmente cuando se ha perdido prematuramente un único diente temporal. En el caso de que la totalidad de la dentición permanente haya hecho erupción de forma evidentemente prematura, debería tomarse en consideración la posibilidad de una disfunción endócrina como hipertiroidismo. (p.5).

---

<sup>41</sup> Pomarico L, Gimaraes L y Noce D. (2007) *Erupción ectópica de los incisivos centrales superiores y primeros molares inferiores permanentes*. Quintessence: Publicación internacional de odontología, ISSN 0214-0985, Vol. 20, Nº. 7, 2007, págs. 430-435. Encontrado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2344585> recuperado el 20/07/2015

<sup>42</sup> Phillip S. (2006) *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Edit. Mosby II ed. España. 2006. Pág.

Investigando la obra de apartado Botero P. y otros <sup>43</sup> (2007), puedo citar que:

Para determinar si la erupción esta norma, adelantada o retardada, se debe establecer primero la edad dental del paciente. Hay que identificar los factores que pueden llegar a influir en la erupción de un paciente, como son los factores endocrinológicos, las enfermedades del sistema óseo, los trastornos ambientales, las proliferaciones fibrosas de la encía, los traumatismos, los procesos inflamatorios o la perdida prematura de deciduos. No siempre la edad dental está en relación con la edad cronológica. Debemos preguntarle al acompañante la edad de erupción del primer diente deciduo, la cual influye en la edad de erupción del diente permanente. (p.31).

#### 2.11.4 Hábito de succión digital.

##### 2.11.4.1 Etiología

González, Gianfranco, Herrera. Quirós (2010, ¶ 56)<sup>44</sup> considera “la lactancia artificial como dependiente etiológico de la absorción no nutritiva, debido a que con periodicidad es más breve y requiere un mínimo arranque físico”. Las costumbres de succión tardía son el resultado de infortunios psicológicos debido a adversidades tanto escolares como en familia. El niño se cobija en la succión para disgregarse del mundo real que le piensa muy duro.

La conducta oral más habitual es la succión digital, ya sea de uno o varios dedos, principalmente el pulgar. Las derivaciones son una corroída abierta anterior y distalización de la mandíbula, incitada por la coacción que ejercita la mano y el brazo.

Hay literatos que consideran la lactancia con botella como agente ocasional del hábito de succión del dedo. Esto suele ser transitoria y el infante no tiene que efectuar mucho esfuerzo físico, con lo cual imposibilita que se incomode y se pernocte y no agote toda su propensión natural de succión.

La succión digital la obtenemos al observar en el niño en instantes de depresión, fastidio o de agotamiento, ya que genera sosiego e induce al sueño. También se aprecia el estrés como causa de este hábito, ya que es probable que

---

<sup>43</sup>Botero P. Pedroza M. y otros (2007) Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar Editado por Universidad Cooperativa de Colombia. Primera edición. Pág. 31

<sup>44</sup> González, Gianfranco, Herrera. Quirós (2010). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista electrónica. Consultado (20/05/2015)  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

los niños de hoy en día estén sometidos a enormes cargas de estrés desde edades tempranas.

Las derivaciones en la cavidad oral de este práctica vienen dadas por la perspectiva baja de la lengua que deja de cultivar presión sobre el bóveda palatina, la hiperactividad de los ligamentos buccinadores que presan el paladar, la coacción neutral del dedo por encima de las arcadas dentarias y el ímpetu que despliega el dedo hacia el paladar.

La succión del pulgar incita ordinariamente una carcomida abierta anterior y distalización de la mandíbula, originada por la presión que ejercen la mano y el brazo.

La succión podría explicarse en 3 etapas:

Etapa I: Succión normal del dedo gordo desde que nace hasta los 3 años de edad. Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II: chuparse el pulgar clínicamente es significativo: de los 3 años a los 6 ó 7 años de edad. Es una conjetura de posible angustia clínicamente significativa. Es la mejor época para resolver las complicaciones del diente relacionado con la succión del dedo.

Etapa III: Succión del pulgar no tratada: Cualquier succión que permanece después del cuarto año de vida puede ser la demostración de otros problemas, conjuntamente de una simple maloclusión.

Tipos de hábitos de succión

Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, creciendo el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: Puede ocasionar mordida abierta unilateral, o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio: Puede formar una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y del anular: Puede causar una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos que sean utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

#### Efectos bucales del hábito de succión digital:

Protrusión de los dientes anterosuperiores (con o sin diastemas).

Retroinclinación de los incisivos de la mandíbula.

Mordida abierta anterior.

Prognatismo alveolar superior.

Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).

Mordida cruzada del sector posterior.

Dimensión vertical aumentada.

#### 2.11.4.2 Tratamiento de la succión digital:

Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a deponer o por lo menos a estrechar la frecuencia.

Aparatología removible o fija (rejilla lingual)

Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral.

#### 2.11.4.3 Efectos bucales del hábito de succión digital

1. Las arcadas dentarias se estrechan, con más intensidad en el sector anterior.
2. La estabilidad del hueso alveolar está perjudicada.
3. Los dientes anterosuperiores se vestibularizan.
4. Protrusión dentaria y presencia de espacios entre los dientes.
5. Mordida abierta anterior inducida por el dedo pulgar.
6. Paladar estrecho y hundido, inducido por la coacción del dedo sobre los dientes, hueso alveolar y la bóveda palatina.
7. Durante la deglución la lengua se ubica por delante para lograr sellar la zona anterior. Provoca deglución atípica.

Aunque hemos descrito todas las causas de la boca que pueden aparecer por chuparse del dedo, no todos los niños que tienen este hábito presentan los arcos dentarios deformados y maloclusión. Todo va a depender del lugar que ocupan los dedos usados, de la duración, ímpetu y la asiduidad de repetición de la costumbre, del patrón dentofacial y oclusal inicial, del dedo que se lleva en la boca y la palanca que realiza.

No debe mal entenderse hábitos de succión anormal con un período normal de evolución del niño o fase bucal, que es cuando mejora su percepción y tacto que se localiza en la boca. Los infantes tienen hábitos bucales muy atados a su estado entusiasta y normalmente los efectúan cuando tienen zozobra o

angustia. La succión del dedo en forma prolongada puede producir dificultades emocionales y generarle síntomas de frustración, el niño quiere dejar el hábito y no puede. Con esto se provoca que la madurez emocional se atrase y aumenten las dificultades para conseguir satisfacción en las actividades normales de acuerdo a su edad, tal así que el niño se aísla y se convierte en introvertido.

## 2.12 Indicaciones para la exodoncia de dientes primarios

Un diente de leche que este firme e indemne en el arco no deberá ser sacado a menos que se hubiese realizado una valoración clínica y radiográfica completa de la boca.

Estudiando la obra de Marín A, Pacheco M.<sup>45</sup> (2001), puedo citar que:

1. En caso de que estén deteriorados al grado que sea difícil restaurarlos, si la destrucción alcanza la bifurcación o si no se puede instituir un margen gingival rígido y seguro.
2. Cuando se han formado infecciones en el área periapical o interradicular y no se logre excluir por otro medio.
3. Si se presenta absceso dentoalveolar agudo con aspecto de celulitis.
4. Si los dientes están interfiriendo con la erupción normal de los permanentes sucedáneos.
5. En caso de piezas sumergidos, existiendo demostradas anquilosis que paraliza la rizálisis del temporal y erupción del permanente.
6. Se indican las extracciones si la mandíbula o tejido circundante se le va a realizar terapéutica de radiación para extirpar el tumor maligno, se hace esto para impedir hasta donde sea posible el peligro de una contaminación en el hueso que se ha expuesto a la radiación. (p.35).

## 2.13. Pérdida de dos o más molares primarios.

Averiguando la obra de Barrancos, M. J.; Barrancos, P. (2008, ¶76)<sup>46</sup> se puede citar:

---

<sup>45</sup> Marín A, Pacheco M. (2001) Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la clínica odontológica UAM 1998-2000, República de Nicaragua.

<sup>46</sup> Barrancos, M. J.; Barrancos, P. (2008) Factores Predisponentes y Atenuante. En: Cariología. (Capítulo 18) consultado (octubre 2014)



Si se pierden tempranamente varias muelas primarios va a constar una pérdida de apoyo dentario posterior, por lo cual la mandíbula se va a ubicar en una posición que le proporcione función oclusal adaptativa y asimismo una mordida cruzada posterior acomodativa, con los invariables efectos sobre la articulación temporomandibular, el incremento de los huesos de la cara y las ubicaciones finales de los dientes secundarios.

#### 2.14. Pérdida total de dientes primarios.

La exodoncia de todos dientes deciduos es una forma poco usual que presenta como secuelas:

En los arcos dentarios primarios normalmente constituidos pueden encontrarse ciertas características como son: la presencia de espaciamentos fisiológicos, espacio primate y la relación sagital de los arcos considerando la superficie distal de los segundos molares primarios de la cual dependerá en gran parte la relación de los primeros molares permanentes.

Durante el período de la dentición mixta, los arcos dentales están influenciados por todas las estructuras vecinas, de soporte y también por factores ambientales (caries, pérdida prematura entre otros). Es así como las características presentes en la dentición primaria podrán ser favorables o desfavorables en relación al espacio disponible cuando existe una pérdida prematura. Por ejemplo, las denticiones cerradas se verán más afectadas que las espaciadas porque en estas últimas independientemente del desplazamiento producto de la pérdida se establecerá un equilibrio mediante el espacio disponible

## **2.15. Unidades de observación y análisis.**

Niños y niñas del SCS Cañitas de 4 a 8 años y padres de familia.

## **2.16. Matriz de operacionalización de las variables.**

(Ver anexo 1, p.61)

### **2.16.1 Variables.**

Sexo

Edad

Factores etiológicos

Pérdida dental

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Modalidad y tipo de la investigación.

Modalidad. De campo porque esta investigación se sustentó en datos recopilados de un entorno real.

Tipo de investigación. Tipo descriptivo y de corte transversal.

#### 3.2. Métodos.

Para el desarrollo de la investigación sobre los factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en SCS CAÑITAS, del Cantón Sucre-Provincia de Manabí; Periodo marzo- junio 2015. Se realizó un examen clínico odontológico a los niños del SCS en el que se identificó la o las piezas perdidas prematuras, los datos fueron registrados en la ficha de observación con el fin de observar la pérdida prematura de dientes temporales en los niños, también se realizó una encuesta dirigida a los padres o representantes para conocer las causas de la pérdida dental para los fines del estudio.

La muestra fue de 146 niños, el examen clínico se realizó con la ayuda del espejo y explorador bucal.

Los instrumentos antes mencionados fueron validados por profesionales antes de ser aplicados, lo que certifica la veracidad de la investigación.

Se recogió la información en una base de datos en Microsoft Excel para su procesamiento.

### **3.3. Técnicas**

Observación

Encuesta

### **3.4. Instrumentos.**

Formulario de encuesta

Ficha de observación

### **3.5. Recursos.**

#### **3.5.1 Humanos.**

Investigador.

Director de tesis.

Niños y niñas.

#### **3.5.2 Materiales.**

Transporte.

Material de oficina.

Instrumentos Odontológicos.

### **3.6. Población y muestra**

El universo está constituido por 146 niños que se atendieron en el período Junio - Noviembre 2014 en el SCS Cañitas del Cantón Sucre-Provincia de Manabí.

### **3.7. Recolección de la información.**

El almacenamiento de datos primarios se realizó a través de los REDACCA que fueron facilitados por la odontóloga del SCS Cañitas para determinar los niños que fueron atendidos desde el mes de Junio-Noviembre 2014. También se solicitó la colaboración por parte del director de las escuelas Gonzalo S Córdova y Agustín Febres Cordero para poder llevar a los niños al SCS Cañitas con la presencia y predisposición de los padres de los niños para realizar la investigación. Se utilizó la técnica de encuesta dirigida a los padres o representantes para determinar la causa por la cual los niños perdieron sus dientes y la ficha de observación para colocar mediante el examen clínico que pieza ha perdido prematuramente.

Se presentaron certificaciones por parte del director del SCS Cañitas y de los directores de las escuelas Gonzalo S Córdova y Agustín Febres Cordero lo cual certifica la veracidad de haber realizado el estudio con los niños que se atendieron en el SCS Cañitas (Ver anexos).

### **3.8. Procesamiento de la información**

El documento fue adquirido mediante hojas de cálculo obteniendo frecuencias y porcentajes. Los resultados estadísticos fueron representados mediante tablas y gráficos.

### **3.9. Ética.**

En todos los casos se solicitó la aprobación de los representantes en el estudio. Previamente se les explico a los pacientes y a sus padres o tutores en qué consistía el estudio, cuál era su propósito y que beneficios se espera que aportaran sus resultados y que de ninguna manera corrieran algún riesgo. Se les advirtió que el estudio era confidencial y que sus datos no serían empleados con ningún otro fin que los estrictamente científicos enunciados en el estudio. El documento y acta de consentimiento informado se muestra en el anexo 5.

3.9.1. **Inclusión:** niños de 4 - 8 años del Subcentro de Salud Cañitas, y niños cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

3.9.2. **Exclusión:** niños menores de 4 años, mayores de 8 y niños cuyos padres no firmaron el consentimiento informado.

### **3.10. Presupuesto**

(Ver anexo 2, p. 62).

### **3.11. Cronograma**

(Ver anexo 6, p. 66).

## CAPITULO IV.

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4.1. Análisis e interpretación de resultados de la encuesta dirigida a los padres de familia de los niños del SCS Cañitas.

Los dientes perdidos del niño(a) han sido causados por:

Nº	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Caries	45	66.18
2	Traumatismos	16	23.53
3	Erupción precoz del permanente	4	5.88
4	Succión digital	1	1.47
5	Dos o más causas de las antes mencionada	2	2.94
6	Total	68	100.00

Nota: Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los Padres de niños que asisten a controles en el Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por la autora de la tesis. Anexo 3, p 63.

### GRÁFICO #1

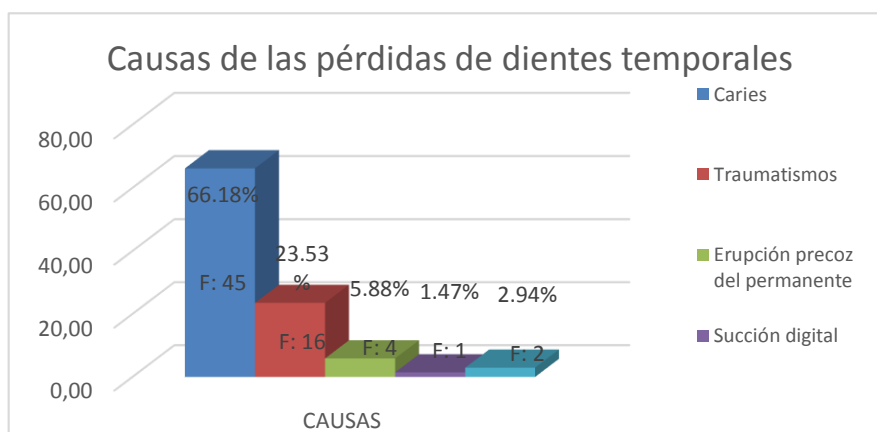


Gráfico N 1. Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los Padres de niños que asisten a controles en el Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por la autora de la tesis. Cap. IV, p. 42

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la pregunta que quería conocer cuáles han sido la causa de la pérdida prematura de dientes temporales se tiene como resultado que, el 66.18% fueron a causas de caries, el 23.53% debido a traumatismos, el 5.88% debido a la erupción precoz del permanente, el 1,47% que debido a que se chupa el dedo y el 2.94% a varias de las causas anteriormente mencionadas. Por lo que notamos que la mayor causa de la pérdida prematura del diente temporal es a causa de la caries.

En relación a las causas podemos citar a Hernández et.al<sup>47</sup>(2010):

Del total de pacientes de 7 años cuya población es 7 niños un 51% de los dientes de estos pacientes presentó pérdida prematura de alguna pieza dentaria pérdida por caries, un 8% tenía extracción indicada por caries, un 33% y solo un 8% estaba sano. Por lo que se infiere que tantos padres como niños desconocen la salud e higiene bucal. (p.25).

Los resultados de la investigación concuerdan con el autor mencionado, ya que la caries dental es la causa más frecuente que origina la pérdida de los dientes y que existe desconocimiento acerca de la salud oral y esto coincide con el estudio desarrollado sobre la pérdida de dientes temporales en los niños del SCS Cañitas.

---

<sup>47</sup>Hernandez J., Montiel L., Velasquez J., Alcedo C. D'Jurisic A., Quirós O., Molero L.Tedaldi J. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica septiembre 2010. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada,20-05-2015

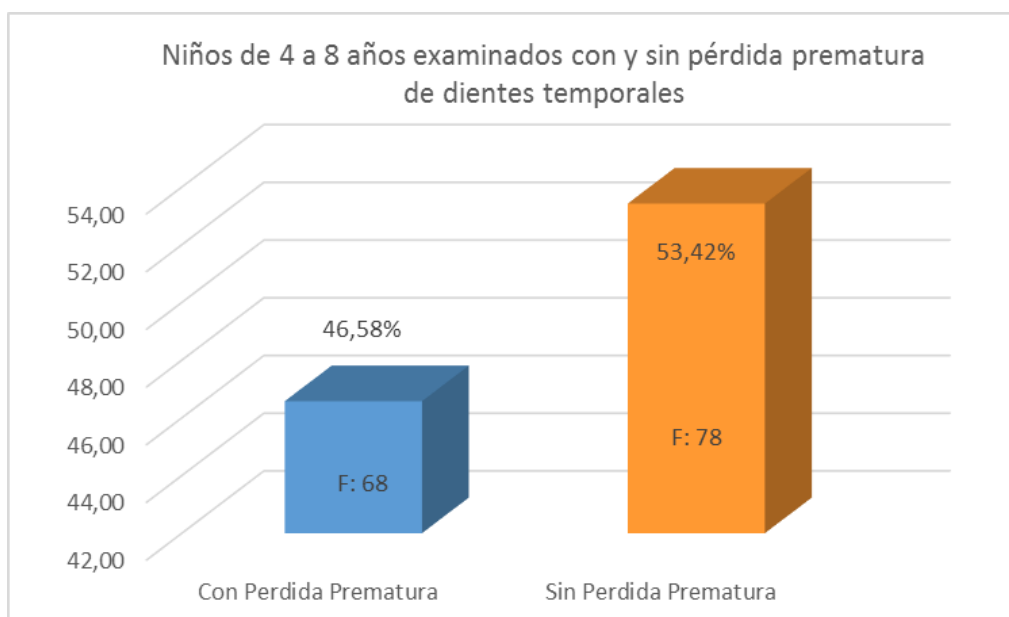


**4.2 Niños de 4 a 8 años examinados con y sin pérdida prematura de dientes temporales en el SCS Cañitas.**

Nº	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Con Perdida Prematura	68	46,58
2	Sin Perdida Prematura	78	53,42
<b>Total</b>		146	100,00

Nota: resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por la autora de la tesis. Anexo 4, p. 64.

**GRÁFICO #2**



*Gráfico N 2* Resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud Cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por autora de la tesis. Cap. IV, p. 44

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de la población analizada se obtuvo que el 47% correspondiente a 68 niños y niñas tuvieron pérdida prematura del temporal y el 53% que equivale a 78 pacientes que no tenían pérdida de dientes prematuramente.

En la práctica odontológica diaria, se observa muy a menudo que existe desconocimiento por parte de los padres de los niños que acuden a la consulta, acerca de la importancia que tienen los dientes temporales en la salud integral de un niño o niña, ya que los consideran como dientes innecesarios y que de una u otra manera el niño o niña lo va a perder y no se les da el valor que realmente merece.

Investigando la obra de Massón B., Toledo M., Marín M.<sup>48</sup> (2010), puedo citar que:

Del total de la muestra de 282 pacientes un 42,1% de los mismos no presentaron exodoncias, al 14,18% se les realizó exodoncias en el momento a normal de exfoliación mientras que a un 42,95% se les había realizado exodoncias prematuras. (p. 25).

Los resultados de la investigación concuerdan con los autores mencionados, que existe gran pérdida de dientes temporales prematuramente en los niños y niñas, por lo cual coincide con los datos obtenidos en el SCS Cañitas ya que es alto el porcentaje de niños y niñas que han sufrido la pérdida prematura.

---

<sup>48</sup> Massón B., Toledo M., Marín M. (2010). Desarrollo de los dientes y la oclusión. Publicado en <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf> consultado el 20/06/2015

### 4.3. Niños de 4 a 8 años con pérdida prematura de dientes temporales en el SCS

#### Cañitas.

Nº	INDICADOR	Sexo				Total	
		F	%	M	%		
1	4- 8 años	37	54,41	31	45,59	68	100
Total							

Nota: resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por la autora de la tesis. Anexo 4, p 64.

### GRÁFICO #3

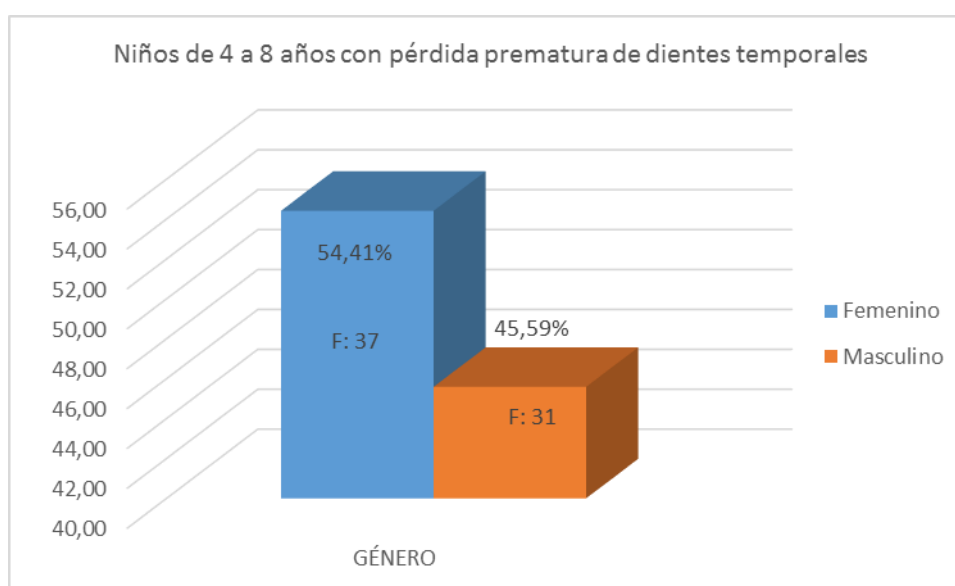


Gráfico N 4. Resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por autora de la tesis. Cap. IV, p. 46

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los niños y niñas de 4 a 8 años con pérdida de dientes temporales en el SCS Cañitas son 68, en lo cual se pudo observar que el 46% corresponde a niños y el 54% a las niñas. Demostrando que existe gran pérdida de dientes en esta población.

Investigando la obra de Marín y Pacheco<sup>49</sup> en un estudio realizado en Nicaragua en (1998-2000), puedo citar que:

Determinar la frecuencia de extracciones prematuras de los molares temporales según edad y sexo; y según la causa por edad y sexo, por último conocer los molares extraídos más frecuentemente de forma prematura, donde obtuvieron unos resultados del 86.96% en comparación con 13,04% de extracciones a tiempo, con referencia a la edad donde predominó la extracción prematura fue a los 9 años con 40%, seguido de los 8 años con 27,50%, 7 años con 17,50%, 6 años con 10% y 5 años con 5%. Con relación al sexo el mayor porcentaje fue para el masculino con 55%, mientras que el femenino obtuvo 45%, la causa más frecuente de las extracciones prematuras fue la caries con un 55%. (p.3)

Los resultados de la investigación concuerdan con el autor mencionado. Ya que existe gran pérdida de dientes temporales y que a mayor edad mayor pérdida de dientes, lo cual coincide con el desarrollo de la investigación en los niños del SCS Cañitas.

---

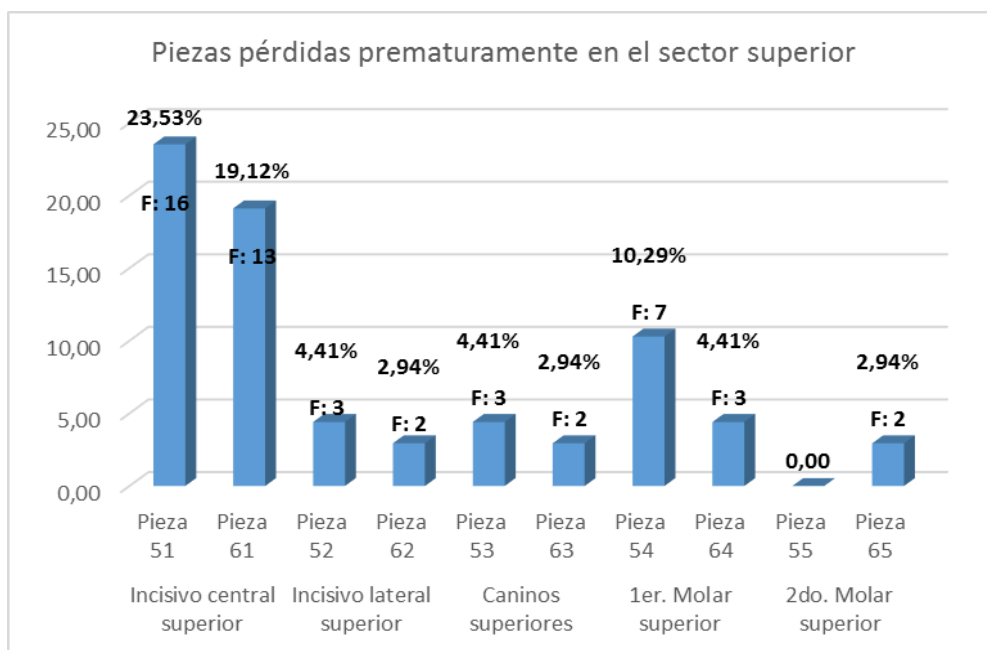
<sup>49</sup>Marín y Pacheco (2000) estudios realizados en Nicaragua Titulado: Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la clínica UAM. Consultado (4/10/2014) disponible en <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp>

#### 4.4. Pieza dental temporal perdida prematuramente en el sector superior

Nº	INDICADOR		FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Incisivo central superior	Pieza 51	16	23,53
2		Pieza 61	13	19,12
3	Incisivo lateral superior	Pieza 52	3	4,41
4		Pieza 62	2	2,94
5	Caninos superiores	Pieza 53	3	4,41
6		Pieza 63	2	2,94
7	1er. Molar superior	Pieza 54	7	10,29
8		Pieza 64	3	4,41
9	2do. Molar superior	Pieza 55	0	0,00
10		Pieza 65	2	2,94
11	<b>Total</b>		<b>51</b>	

Nota: resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por autora de la tesis. Anexo 4, p 64.

**GRÁFICO #4**



*Gráfico N 5.* Resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por autora de la tesis. Cap. IV, p. 48

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Es notable en la observación realizada a los 68 niños y niñas que han sufrido una pérdida prematura del diente temporal se observó que del incisivo central superior la pieza 51 la han perdido 16 niños y niñas que equivale a un 23,53%, y la pieza 61 el 19.12% que equivale a 13 pacientes; del incisivo lateral superior la pieza 52 el 4.41% equivalente a 3 niños y pieza 62 con el 2.94% correspondiente a 2; en los Caninos superiores pieza 53 el 4.41% y la pieza 63 con el 2.94%; del 1er. Molar superior de la pieza 54 el 10,29% y de la pieza 64 con el 4.41%; el 2do. Molar superior la pieza 55 sin pérdidas y la pieza 65 con el 2.94%.

Estudiando la obra de Díaz T.<sup>50</sup> (2011) puedo referenciar que:

Las piezas dentales extraídas prematuramente con mayor frecuencia son el canino superior izquierdo al igual que los primeros molares inferiores derechos e izquierdos, esto puede deberse a que las superficies dentales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de la caries y a que la zona posterior es de difícil acceso al momento de realizar la higiene oral por parte de los escolares. (p. 20)

Los resultados de la investigación concuerdan con el autor mencionado, en el que la pérdida prematura de dientes temporales es frecuente en el sector antero superior, y posterior, lo que muestra que mayor fue la pérdida del incisivo central superior y el primer molar superior realizado en el estudio.

---

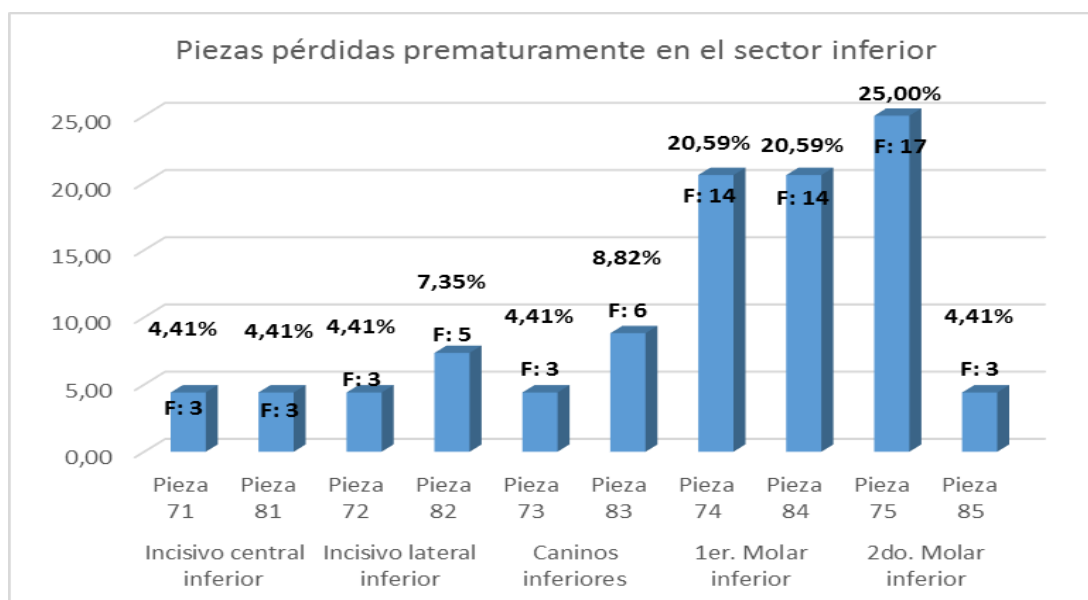
<sup>50</sup>Díaz T. (2011) Prevalencia de las maloclusiones dentarias y su relación con la pérdida prematura de los dientes primarios en los escolares de 7 a 10 años en la escuela fiscal “ing. José Alejandrino Velasco” de la ciudad de Loja durante el periodo abril- octubre del 2011. Universidad Nacional de Loja. Consultado en línea (25 junio de 2015)  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5308/1/D%C3%ADaz%20Calva%20Tatiana%20Elizabeth%20.pdf>

#### 4.5. Pieza dental temporal pérdida prematuramente en el sector inferior

Nº	INDICADOR		FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Incisivo central inferior	Pieza 71	3	4,41
2		Pieza 81	3	4,41
3	Incisivo lateral inferior	Pieza 72	3	4,41
4		Pieza 82	5	7,35
5	Caninos inferiores	Pieza 73	3	4,41
6		Pieza 83	6	8,82
7	1er. Molar inferior	Pieza 74	14	20,59
8		Pieza 84	14	20,59
9	2do. Molar inferior	Pieza 75	17	25,00
10		Pieza 85	3	4,41
11	<b>Total</b>		71	

Nota: resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por autora de la tesis. Anexo 4, p 64

**GRÁFICO #5**



*Gráfico N 6.* Resultados obtenidos de la ficha de observación a los niños que asisten al Subcentro de Salud cañitas Provincia de Manabí en el cantón Sucre. Realizado por autora de la tesis. Cap. IV, p. 50

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la ficha aplicada se logró observar en los 68 niños y niñas que han sufrido una pérdida prematura del diente temporal que del incisivo central inferior la pieza 71 y 81 la han perdido tres niños que equivale a un 4.41% respectivamente; del incisivo lateral inferior la pieza 72 el 4.41% equivalente a tres niños y la pieza 82 con el 7.35% correspondiente a cinco; en los Caninos inferiores pieza 73 el 4.41% y la pieza 83 con el 8.82%; del 1er. Molar inferior de la pieza 74 y 84 el 20,59% en igualdad y el 2do. Molar superior la pieza 75 el 25% que correspondía a 17 niños y niñas y la pieza 85 con el 4.41%.

Investigando la obra de MERINO L<sup>51</sup>. (2012), puedo citar que:

La pérdida prematura de los segundos molares temporales es más frecuente en los molares inferiores debido a que son los primeros en hacer su erupción en la cavidad bucal, predomina en el sexo femenino y en la edad de 9 años esto nos indica que a mayor edad menor pérdida de los segundos molares temporales. La caries es la principal causa de la pérdida prematura de los segundos molares temporales y de los dientes en general, se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Vinculado con una mala alimentación e higiene bucal. (pp. 19 y 20).

Los resultados de la investigación concuerdan con el autor mencionado, en el que la pérdida prematura de dientes temporales es más frecuente en los segundos molares inferiores lo cual coincide con el estudio realizado.

---

<sup>51</sup>MERINO L. (2012) “Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la escuela Unión Panamericana en el año lectivo 2011-2012” Universidad Central del Ecuador. Consultado en línea (25 junio de 2015) <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1248/1/T-UCE-0015-49.pdf>



## **CAPÍTULO V.**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES.**

Puedo concluir que la población de niños en el Subcentro de Salud Cañitas del Cantón Sucre Parroquia Charapotó 4 a 8 años presentó gran pérdida prematura de dientes temporales.

La pérdida prematura de los dientes temporales se debe como mayor causa a la presencia de caries dental la cual se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente.

Se concluye que las pérdidas de dientes temporales son más frecuentes en el sexo femenino y en la edad de 6 a 8 años.

Las piezas dentales que más pierden los niños y niñas son el segundo molar inferior y el Incisivo central superior.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

Seguir con los programas de prevención y rehabilitación de la salud oral de los niños del Subcentro de Salud Cañitas del Cantón Sucre - Parroquia Charapotó, en los cuales se imparta charlas de prevención a los padres de familia y a los niños acerca del cuidado y la importancia de los dientes. Para que empleen una adecuada higiene oral.

## **CAPITULO VI.**

### **6. Propuesta Alternativa.**

#### **6.1. Tema.**

Charlas educativas en prevención oral sobre la importancia de los dientes temporales y la salud oral dirigida a los padres o representantes de los niños que asisten al Subcentro de Salud Cañitas Cantón Sucre Parroquia Charapotó.

#### **Periodo de ejecución.**

Semestre de junio a diciembre de 2015

#### **6.2. Descripción de los beneficiarios**

Niños y niñas de 0 a 11 años de edad.

Padres de familia o representantes que asisten al Subcentro de Salud Cañitas

##### **6.2.1. Ubicación sectorial y física**

El Subcentro está ubicado en el sitio Cañitas del cantón Sucre Parroquia Charapotó.

#### **6.3. Introducción**

La pérdida prematura de los dientes temporales es quizá uno de los accidentes más evidentes en odontopediatría. Los traumatismos pueden afectar a la pulpa dental de forma directa o indirecta. Por consiguiente, al evaluar y tratar las lesiones dentales es importante considerar los posibles efectos que estos traumatismos tienen sobre la

pulpa dental. Cada uno de los diferentes traumatismos se presenta de diferentes formas, que si no son tratados a tiempo van a desarrollar una patología pulpar, que puede ser desfavorable para la vitalidad del diente. Si la pieza dental, llega a ser afectada por una lesión pulpar, puede que tenga como efecto la interrupción del desarrollo radicular, las raíces serán finas y débiles, causando fracturas radiculares espontáneas o con traumatismos muy leves.

#### **6.4. Justificación**

La investigación realizada con los niños del Subcentro de Salud mediante la realización de ficha de observación han permitido la identificación de elevado porcentaje de piezas dentales temporales perdidas precozmente, se identificó que estas fueron pérdidas por traumatismos, erupción precoz del permanente, caries y succión digital.

La caries es un proceso localizado de origen multifactorial que inicia después de la erupción dentaria, es considerada como el principal agente causal de la pérdida de dientes temporales.

Solo actuando en el campo educativo y preventivo se sentaran bases sólidas para lograr beneficiar a la población estudiada, y fomentar la importancia que tiene la protección de las piezas dentales temporales para evitar los traumatismos dentales.

## **6.5. Objetivos**

### **6.5.1. Objetivo general**

- Concientizar a niños y padres de familia que asisten al SCS Cañitas acerca de la importancia del cuidado de los dientes temporales.

### **6.5.2. Objetivos Específicos**

- Fomentar en los padres de familia una cultura de cuidados odontológicos en sus hijos.
- Instruir a los niños del subcentro acerca de los buenos hábitos de higiene oral.

## **6.6. Descripción de la propuesta.**

La presente propuesta, es de tipo social y de orden educativo, dirigido a todos los padres de familia, representantes, niños y niñas que acuden al Subcentro de salud de cañitas en el cantón sucre provincia de Manabí. La misma que tiene como finalidad mejorar la salud bucal de los niños para prevenir la pérdida prematura de los dientes temporales.

Se elaboró el material didáctico para la charla educativa los cuales constaban de una gigantografía y la entrega de trípticos educativos en los cuales constan de información referente a la pérdida prematura de los dientes temporales y otros temas que servirán de apoyo para que los padres sepan acerca de la importancia de los dientes.

## 6.7. Diseño metodológico

Para la aplicación de la propuesta se debe contar con la colaboración del director del Subcentro de salud Cañitas con el personal del área de odontología.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaran las siguientes actividades.

Primera fase: Implica la socialización y comprobación de los resultados obtenidos en la investigación de campo, lo cual permitirá dar a conocer a la población objeto de dicho estudio investigativo.

Segunda fase:

Ejecución-realización de charlas educativas.

## 6.8. Actividades

Actividades	MES DE LA ACTIVIDAD JUNIO 2015			
	1	2	3	4
Socialización de la propuesta con el director del Subcentro de Salud	X			
Diseño y elaboración de trípticos con información sobre los cuidados de las piezas dentales temporales.		X		
Capacitación a los padres de familia, niñas y niños que asisten al Subcentro de Salud mediante charlas de prevención.			X	
Entrega de trípticos a los padres de los niños y la gigantografía al responsable del área de Odontología.				X

Nota: Actividades de la propuesta Realizada por la autora de tesis. p .57

## **6.9. Recursos**

### **6.9.1 Humanos**

Niños y niñas

Padres y madres de familia

Odontólogo del Subcentro de salud.

### **6.9.2 Técnicos**

Espejo bucal

Explorador

### **6.9.3 Materiales**

Materiales de oficina.

Suministros de impresión.

Fotocopias.

Instrumental para examen odontológico (espejo bucal y explorador)

Internet

Computadora

Cámara de foto

Impresora

Pen drive

#### 6.9.4. Presupuesto

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento
Gigantografía	1	Unidad	\$30.00	\$30.00	Autogestión
Trípticos	146	Unidad	\$0,50	\$73,00	Autogestión
Viáticos	6	Unidad	\$20,00	\$120,00	Autogestión
Subtotal				\$223,00	Autogestión
Imprevistos				\$10,00	Autogestión
Total	153			\$233,00	Autogestión

Nota: Presupuesto Realizado por la autora de tesis. p .59.

#### 6.9.5. Sostenibilidad

La presente propuesta es sostenible debido a que existe el apoyo del personal del subcentro de salud Cañitas, así como del director del subcentro el Dr Arnoldo Acosta para que se lleve a cabo dicha propuesta.

Los padres o representantes presentaron su predisposición para asistir a las charlas, además las autoridades se han comprometido llevar a cabo las condiciones de la propuesta y colocar gigantografías en lugares visibles para los padres niños que asistan al subcentro de salud.

#### 6.9.6. Fuentes de Financiamiento

La propuesta a implementarse será financiada de forma total por la autora de la presente investigación.



## **Anexos**

## Anexo 1

### Matriz de operacionalización de las variables

Nº	Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
1	Sexo	Cualitativa nominal	1. Femenino 2. Masculino	Según sexo biológico	Frecuencia absoluta y porcentaje
2	Edad	Cuantitativa continua	4 a 8 años	Años cumplidos	Frecuencia absoluta y porcentaje
3	Factores etiológicos	Cualitativa nominal	1. Caries 2. Traumatismos 3. Succión digital 4. Erupción precoz del permanente	-De acuerdo a examen odontológico -Entrevista a los padres o tutores	Frecuencia absoluta y porcentaje
4	Pérdida dental	Cualitativa nominal	Incisivos superior e inferior Caninos superior e inferior Primer molar superior e inferior Segundo molar superior e inferior	De acuerdo a examen odontológico	Frecuencia absoluta y porcentaje

Nota Matriz de operacionalización de las variables. Realizado por Autora de tesis. Anexo 1, p.61

## Anexo 2

### Presupuesto de la tesis

<b>MATERIALES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>UNIDAD MEDIDA</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Internet	50	Horas	10.00	\$ 50.00
Fotocopias	900	Unidad	\$0.04	\$ 36.00
Guantes estériles	2	Cajas	\$ 12.00	\$ 24.00
Anillados	6	Unidades	\$ 2.00	\$ 12.00
Viáticos	6	Semanas	\$15.00	\$ 90.00
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 212.00</b>

Nota presupuesto de tesis. Realizada por autora de tesis. Anexo 2, p. 62

**Anexo 3**

**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO  
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES O TUTORES DE LOS PACIENTES**

Estimados padres de los pacientes del SCS Cañitas, les agradezco sus respuestas sinceras a la siguiente encuesta, escoja la opción que le parezca favorable marcando con una X

1. Los dientes perdidos del niño(a) han sido causados por:

Caries

Traumatismos (golpes, caídas)

Chuparse los dedos

Salida anticipada del diente definitivo

**Anexo 4**

**Ficha de observación:**

Ficha de datos N°. \_\_\_\_\_

Fecha de llenado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

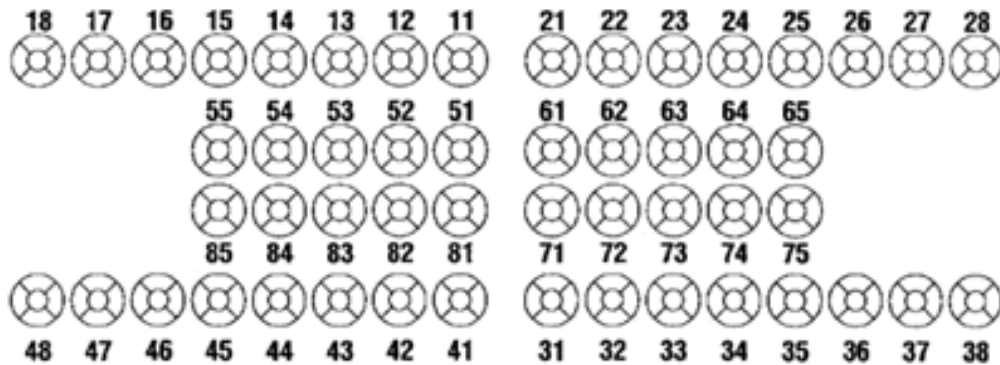
**Estudio de investigación: “Factores que influyen en la perdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en SCS CAÑITAS”**

La Ficha de datos será llenada por el autor. Se marcará con una “X” en la línea correspondiente, salvo en el caso de la edad, en la cual se anotará la edad en años cumplidos.

**Paciente:** \_\_\_\_\_

1	Sexo	1 _____ Femenino      2. _____ Masculino
2	Edad	_____ años

Se marcará en el Odontograma las piezas dentales temporales que han sido perdidos prematuramente:



OBSERVACION \_\_\_\_\_

-----

**Anexo 5.**

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....padre de familia / representante del niño(a);

Con residencia en.....

Acepto que mi hijo(a) o representado forme parte en este estudio titulado “Factores que influyen en la pérdida prematura de los dientes temporales en niños de 4 a 8 años en SCS CAÑITAS del Cantón Sucre-Provincia de Manabí, periodo 2015”.

La estudiante Angela Lissette Barrezueta Veliz, de la carrera de odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, a cargo del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio. Independientemente de esto me han entregado una copia del documento de información para la participación en este.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el estudiante, permitiendo que el menor a mi cuidado participe en el estudio. En caso de notar algo inusual durante la investigación, se lo haré saber inmediatamente al investigador responsable.

Estoy de acuerdo con que los datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados del autor de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información si lo considero necesario.

Se me ha asegurado que la identidad del menor a mi cuidado no será revelada en ningún momento y la información relacionada con él será utilizada con la mayor discreción y confidencialidad. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades médicas y por el investigador participante. Accedo a no poner limitaciones en el uso científico de los resultados del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del adulto responsable

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Angela Lissette Barrezueta Veliz  
Responsable de la investigación.  
Estudiante de la carrera de Odontología.

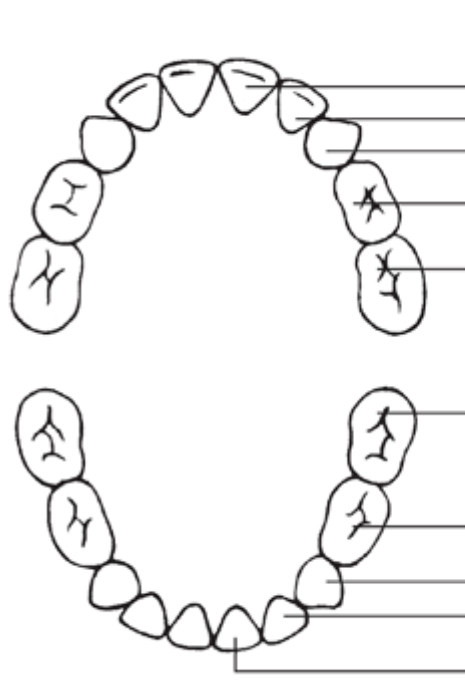
Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          día      mes      año

Universidad San Gregorio de Portoviejo.

**Anexo 6. Cronograma**

ACTIVIDADES	2014												2015																													
	sep		nov				dic				enero				feb				marzo				abril				mayo				jun				jul				agosto			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
ELABORACION DE PROYECTO	■	■	■	■	■	■																																				
PRESENTACION DE PROYECTOS							■	■																																		
APROBACION DE PROYECTOS										■	■	■	■	■	■	■																										
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION															■	■	■	■	■																							
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																						■	■	■	■																	
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																							■																			
ANALISIS E INTERPRETACION																								■																		
ELABORACION DE CONCLUSIONES																									■																	
ELABORACION DE PROPUESTA																											■															
REDACCION DEL BORRADOR																												■														
REVISION DEL BORRADOR																													■	■	■	■	■									
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																						■				

## Anexo 7



The diagram illustrates the arrangement of primary teeth in the upper and lower arches. Lines connect specific teeth to their corresponding entries in the table. The upper arch (Dientes Superiores) includes the central incisor, lateral incisor, canine, first molar, and second molar. The lower arch (Dientes Inferiores) includes the second molar, first molar, canine, lateral incisor, and central incisor.

<b>Dientes Superiores</b>		<b>Erupción</b>	<b>Se Caen</b>
Incisivo central		8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral		9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)		16-22 meses	10-12 años
Primer molar		13-19 meses	9-11 años
Segundo molar		25-33 meses	10-12 años
<b>Dientes Inferiores</b>		<b>Erupción</b>	<b>Se Caen</b>
Segundo molar		23-31 meses	10-12 años
Primer molar		14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)		17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral		10-16 meses	7-8 años
Incisivo central		6-10 meses	6-7 años



## Anexo 8

### Fotos en el subcentro de salud cañitas

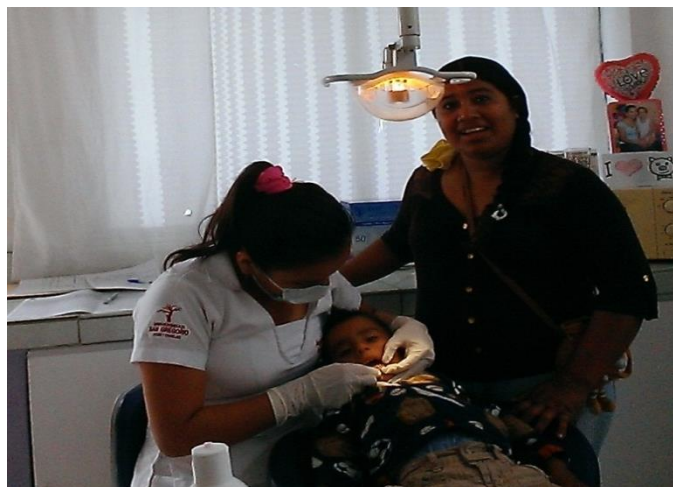


Grafico N 7, realizando el examen odontológico a los niños del subcentro de salud cañitas. Realizado por la autora de la tesis. (Anexo8, p.68)

## Anexo 9.



Grafico N 8. Autorización de la madre de familia para la realización del examen clínico de un niño en el subcentro de salud Cañitas, realizado por la autora de la tesis. (Anexo 9, p.69)

## Anexo 10



Grafico N 10. Realización de la charla educativa a los padres y niños que asisten al Subcentro de salud Cañitas en el cantón Sucre Provincia de Manabí. Realizado por el autor de la tesis. (Anexo 10, p. 70)

## Anexo 11



Grafico #11, entrega de la gigantografía al director del Subcentro de salud Cañitas el Dr Arnoldo Acosta en el cantón Sucre Provincia de Manabí. Realizado por el autor de la tesis. (Anexo 11, p. 71)



## Anexo 12



Grafico #12, entrega de los trípticos al director del Subcentro de salud Cañitas el Dr Arnoldo Acosta y a las madres de familia que acuden al mismo en el cantón Sucre Provincia de Manabí. Realizado por el autor de la tesis. (Anexo 12, p. 72)

## Anexo 13

### Dientes temporales



La dentición temporal, decidua, primaria o como popularmente se conoce dientes de leche estos dientes comienzan a salir a los 6 meses de edad y proceso de erupción dental finaliza aproximadamente cuando se cumple el primer año de vida.

Dientes de leche	Aparición	Caída
Incisivo central	8-12 mes.	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 mes.	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 mes.	10-12 años
Primer molar	13-19 mes.	9-11 años
Segundo molar	25-33 mes.	10-12 años
Segundo molar	23-31 mes.	10-12 años
Primer molar	14-18 mes.	9-11 años
Canino (colmillo)	17-23 mes.	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 mes.	7-8 años
Incisivo central	6-10 mes.	6-7 años

La dentición temporal consta de 20 dientes. Cuando se habla del tiempo de erupción se refiere a la edad en que hace erupción cada diente

### Perdida prematura de dientes temporales



La Perdida prematura de dientes temporales se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.



La pérdida prematura de un primer molar deciduo en una etapa tardía acelera la erupción del permanente y hace innecesaria la conservación de espacio.

### Odontología

Angela Barrezueta Véliz




### Factores que influyen Perdida prematura de dientes temporales



---

### Factores que influyen la pérdida prematura de dientes

#### Caries dental



Es un proceso localizado de origen multifactorial que inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.

#### Traumatismos

Las causas más frecuentes conocidas son las caídas y los choques contra objetos. La mayoría de estas lesiones ocurren en los dientes antero-superiores



### Erupción precoz del diente permanente

Cuando el diente definitivo comienza la formación de su raíz dentro del maxilar o la mandíbula, inicia su proceso de erupción. En el camino hacia la cavidad bucal se encuentra con un obstáculo: la raíz del diente de leche. Para poder erupcionar, el diente definitivo va reabsorbiendo la raíz del de leche hasta que este último se cae y deja paso a su sucesor.



#### Habito de succión digital.

Las consecuencias en la cavidad oral de este hábito vienen dadas por la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, la hiperactividad de los músculos buccinadores que comprimen el paladar, la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.



### Prevención

Cepillarse los dientes 3 veces al día



Utilizar pasta dental y visitar al odontólogo



Evitar el consumo excesivo de dulces



Grafico #13. Trípticos para las madres o representantes de los niños que acuden al subcentro de salud Cañitas. Realizado por el autor de la tesis. (Anexo 13, p. 73)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Barberia, Leache, y Otros. (2007). *Odontopediatria*. 3era. Edición. Editorial Masson.  
Reino de España
- 2.- Bille MLB., Nolting D., Kjoer I. (2009). *Los estudios inmunohistoquímicos de la membrana periodontal en dientes primarios. Traducido por Dra. Claudia Schesneer. Reino de España*
- 3.- Botero P. Pedroza M. y otros (2007) Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar Editado por Universidad Cooperativa de Colombia. Primera edición. República de Colombia.
- 4.- Cardenas D., (2003) *Fundamentos de Odontología*. Tercera edición. República de Colombia.
- 5.- Casamassimo, Fields, Nowak (2005) *Odontología Pediátrica*, 3era edición. Estados Unidos de México. Nowak – McGraw Hill
- 6.- D´Escriván de Saturno, L. (2007) *Ortodoncia en dentición mixta*. Caracas, República de Venezuela. Edit Amolca.
- 7.- Esponda, R.. (2006). *Anatomía Dental*. Estados Unidos Mexicanos: Universidad Autónoma de México. Editorial Vanfrid.
- 8.- Franco AM, Ochoa EM, Ramírez BS, Segura AM, Tamayo A, García C. (2007). *Situación de salud bucal de los escolares de Medellín*. VI Monitoreo, Revista Salud Pública de Medellín. República de Colombia.

- 9.- Forero, M., & Morelló, S. (2005). *El color en odontología. Factores a tomar en cuenta para la toma de color*. Rev Oper Dent Endod, Reino de España.
- 10.- Franco-Cortes AM, Ramírez-Puerta BS, Escobar-Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño-Marín PA. (2010). *Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años*. Medellín. República de Colombia. Rev CES Odont; 23(2): 41-48
- 11.- Finn B. Sidney (1985) *Odontología Pediátrica* traducido por Carmen Muñoz Seca. Distrito Federal de México.
- 12.- Guedes A. C. (2003) *Rehabilitación bucal en odontopediatría, atención integral*. Actividades Médicas Odontológicas Latinoamericanas. Primera edición. República de Colombia.
- 13.- Hegde S., Shubha A. B., Kakti A., Rao BD. (2012) *El Diario de Odontología Pediátrica Clínica*.
- 14.- MINSAP. (2005) *Dirección Nacional de Estomatología. Encuesta Nacional de Salud Bucal*. Ciudad de La Habana.
- 15.- Moreira R., Saliba C., Anjos C., Tankano R., Goncalves P. (2007). *La influencia de la motivación y del cepillado supervisado en los hábitos de higiene de preescolares brasileños*. Rev. Acta Odontológica Venezolana, República de Venezuela



- 16.- Moreira R., Saliba C., Anjos C., Tankano R., Goncalves P. (2007) *La influencia de la motivación y del cepillado supervisado en los hábitos de higiene de preescolares*. Rev. Acta Odontológica Venezolana, 45 (4), 534-539.
- 17.- González, B M.I. Levin, M. González Chaves, R.Macchi, M. Negroni. (2013) Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigaciones Odontológicas, 2013 Libro de resúmenes n° 85 b. República de Argentina.
- 18.- Proffit,W:R.(2004).*Ortodoncia. Teoría y práctica*. (3ra Edición). Madrid. Reino de España. Mosby/Doyma Editorial.
- 19.- Romero,Y.(2004). *Las metas del milenio y el componente bucal de la salud*. Rev. Acta Odontológica Venezolana, Republica de Venezuela
- 20.- Proffit, W. (2009).*Ortodoncia teoría y práctica*. Editorial Mosby. (2da edición.). Madrid. Reino de España.
- 21.- Salzman JA. (2006) *Principios de ortodoncia*. Barcelona, Reino de España: Salvat Editores SA.
- 22.- Torres G., Loaiza R.(2005) *Odontopediatría. ICDAS*. República de Perú
- 23.- Torriani DD, Percinoto C, Cunha RF, Guimaraes I. (2009) La evaluación histológica de los dientes permanentes después de la intrusión traumática de sus predecesores primarias Dent Traumatol. Estados Unidos de México.

24.- Joshep M. Ustrell, Torrent, (2002) Ortodoncia Text. Guía. Editorial Masson. Reino de España. Consultado en <http://www.clinicadresfombella.com/blog/la-importancia-de-la-boca-de-los-nios-durante-el-crecimiento>