



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TESIS

**LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS COMO
FACTOR DE RIESGO DE MALOCLUSIÓN EN ESCOLARES DE 7
A 9 AÑOS DE LA I.E. RAFAEL DÍAZ, MOQUEGUA - 2019.**

PRESENTADA POR

MARYORI YAJAIRA ASTOQUILCA GUEVARA

ASESOR

MGR. MARIO ALEJANDRO SIMAUCHI TEJADA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

MOQUEGUA- PERÚ

2019

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Capítulo I: El Problema de la Investigación.....	5
1.2 Objetivos de investigación.....	5
1.3 Operacionalización de Variables.....	6
1.4 Hipótesis de la Investigación:.....	7
Capitulo II: El Marco Teórico.....	8
2.1 Antecedentes de la Investigación:.....	8
2.2 Bases Teóricas	10
2.3 Marco Conceptual.....	30
Capitulo III: Método.....	33
3.1 Tipo de Investigación	33
3.2 Diseño de la Investigación	33
3.3 Población y Muestra	33
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	36
Capitulo IV: Presentación y Análisis de Resultados.....	38
4.1 Presentación de Resultados:.....	38
4.2 Contrastación de Hipótesis:.....	44
4.3 Discusión de Resultados:	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50

BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Características de la población según sexo y edad.....	37
TABLA 2 Frecuencia de pérdida prematura de piezas dentarias deciduas.....	38
TABLA 3 Frecuencia de maloclusiones.....	39
TABLA 4 La pérdida prematura de piezas dentarias y frecuencia de maloclusión en niños.....	40
TABLA 5 Tipo de maloclusión (según Angle) presente en niños con y sin pérdida prematura.....	41
TABLA 6 Frecuencia de pieza pérdida prematuramente.....	42

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 Maloclusión Clase I.....	12
Imagen 2 Maloclusión Clase II División I.....	12
Imagen 3 Maloclusión Clase II División II.....	13
Imagen 4 Maloclusión Clase III.....	13
Imagen 5 Pérdida prematura de dientes.....	26
Imagen 6 Mantenedor de espacio posterior.....	29
Imagen 7 Mantenedor de espacio anterior.....	30

ÍNDICE DE ESQUEMA

Esquema 1: Desarrollo de los dientes primarios según ADA.....	15
Esquema 2: Acidogénesis de la placa dental.....	19

RESUMEN

Nos referimos a pérdida prematura como la ausencia de la pieza dentaria decidua antes de su tiempo de exfoliación, esta ausencia trae consigo consecuencias como la alteración de la posición dentaria respecto al espacio edéntulo produciendo la reducción de la longitud del arco dentario, causando así la mesialización de la pieza posterior, por lo tanto ocasionando maloclusión.

El propósito del estudio es asociar la pérdida prematura de dientes deciduos como factor de riesgo de maloclusión en escolares de 7 a 9 años de la I.E. Rafael Díaz, Moquegua - 2019.

La presente investigación es de tipo observacional, prospectiva, transversal y analítica, consta de un diseño secuenciado de casos y controles en el nivel relacional. Se trabajó con toda la población, siendo 204 niños, los cuales cumplieron con criterios de elegibilidad. De acuerdo con la naturaleza de la investigación se utilizó técnicas de documentación (lista de estudiantes) y de observación (evaluación de los alumnos). Como instrumento, para la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas (Tabla de desarrollo de los dientes primarios ADA) y para las maloclusiones (Clasificación de Angle).

Luego de la recolección de datos, se trabajó con el programa estadístico SPSS v 22.0. Para comparar nuestras variables a estudiar se utilizó χ^2 de Homogeneidad. Se halló que la pérdida prematura de dientes deciduos si es un factor de riesgo de maloclusión con un p valor de 0,00 y un riesgo de 8,92.

Se encontró pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, en 38 (18,63%) casos, además 115 (56,37%) casos presentaron maloclusión. 34 de ellos presentaron maloclusión más pérdida prematura siendo la clase III la más frecuente. La pieza dentaria decidua ausente con mayor frecuencia, fue el canino deciduo en 23 niños (11,3%).

Palabras clave: maloclusión, factor de riesgo, pérdida prematura de dientes deciduas.

ABSTRACT

We refer to premature loss as the absence of the deciduous tooth before its time of exfoliation, this absence brings with it consequences such as the alteration of the dental position with respect to the edentulous space causing the reduction of the length of the dental arch, thus causing mesialization of the back piece, therefore causing malocclusion.

The purpose of the study is to associate premature loss of deciduous teeth as a risk factor for malocclusion in schoolchildren aged 7 to 9 years of I.E. Rafael Díaz, Moquegua - 2019.

This research is observational, prospective, transversal and analytical, it consists of a sequenced design of cases and controls at the relational level. The entire population was worked, with 204 children, who met eligibility criteria. According to the nature of the research, documentation (student list) and observation (student evaluation) techniques were used. As an instrument, for the premature loss of deciduous teeth (ADA Primary Teeth Development Chart) and for malocclusions (Angle classification).

After data collection, we worked with the statistical program SPSS v 22.0. To compare our variables to study, chi2 of Homogeneity was used. It was found that premature loss of deciduous teeth is a risk factor for malocclusion with a p value of 0.00 and a risk of 8.92.

Premature loss of deciduous teeth was found in 38 (18.63%) cases, in addition 115 (56.37%) cases presented malocclusion. 34 of them presented malocclusion plus premature loss, class III being the most frequent. The deciduous tooth piece absent most frequently was the deciduous canine in 23 children (11.3%).

Keywords: malocclusion, risk factor, premature loss of deciduous teeth.

INTRODUCCIÓN

Podemos apreciar que con el pasar de los años, si bien es cierto la tecnología alcanza sus picos de éxito, y la información está mucho más a nuestro alcance, aún persiste la falta de información de los padres respecto a la importancia de los dientes deciduos, se ha vuelto frecuente recibir en la consulta odontológica a niños que presentan caries dental que ameritan una exodoncia de estos dientes deciduos, incluso llegan padres refiriendo que desea que le extraigan el diente a su menor hijo porque presento caries y cree que no es necesaria la curación de estos, porque va haber un recambio dentario, y cuando estos niños vuelven a la consulta observamos la alteración de la posición dentaria respecto al espacio edéntulo produciendo maloclusiones en estos pacientes, además de la disminución respecto a la longitud de la arcada dentaria correspondiente, causando así mesialización de la pieza posterior.

La Maloclusión es la alteración de la posición dentaria con respecto al alineamiento o a la forma en la que se entrecruza el maxilar superior respecto al maxilar inferior, se produce por varios factores, exodoncias prematuras, hábitos bucales deformantes y alteración en el número de piezas dentarias.

Es preocupante la cifra de pacientes pediátricos que presentan maloclusión en la actualidad a nivel mundial, un estudio realizado en el año 2014 según la Organización Mundial de la Salud (OMS), detalla un listado sobre prevalencia de los problemas bucodentales, las maloclusiones ocupan el tercer lugar (1).

Debido a la mayoría de los casos que he tratado durante mis años de práctica tanto en la clínica odontológica como en el periodo de internado realizado en diferentes centros de salud, es que me he percatado del deficiente conocimiento por parte de los encargados de los menores sobre la importancia de los dientes deciduos. Este estudio nos permite explicar con fundamento a la población y concientizar sobre la importancia de conservar los dientes deciduos, logrando disminuir los casos de maloclusiones por pérdida prematura de piezas dentarias. Tiene relevancia social porque servirá de ayuda a los profesionales, en el caso que le llegue a la consulta niños que hayan sufrido

pérdida prematura de dientes deciduos, de tal manera sean referidos a la especialidad de ortodoncia u odontopediatría para empezar con tratamientos según requiera el caso, además de concientizar a los padres y docentes sobre la importancia de los dientes deciduos y los buenos hábitos de higiene bucal, como consecuencia la prevención de patologías bucales.

Este trabajo de investigación es factible por tener acceso a los estudiantes de la I.E. Rafael Díaz - Moquegua, con el debido permiso de sus autoridades, seleccionando a la población que presenten criterios de inclusión que posteriormente se explicará, además de la colaboración de los niños que serán parte de nuestra población.

Si bien es cierto el estudio no es original, sin embargo, es único en la región, por lo que tendría una originalidad parcial. El presente estudio está enmarcado en las líneas de investigación que cuenta la Universidad José Carlos Mariátegui.

El estudio presentó ciertas limitaciones, ya que el tiempo autorizado con cada alumno fue reducido para no intervenir con las clases de aprendizaje de los alumnos, lo que ocasionó obtener los datos en el momento de la aplicación. De haber contado con más tiempo, se hubiera podido obtener fotografías y modelos de cada caso.

CAPÍTULO I:
EL PROBLEMA DE LA
INVESTIGACIÓN

1.1 Definición del Problema.

- ¿Será la pérdida prematura de dientes deciduos un factor de riesgo para maloclusión en escolares de 7 a 9 años de la I.E. Rafael Díaz, Moquegua- 2019?

1.2 Objetivos de investigación

Objetivo General:

- Asociar la pérdida prematura de dientes deciduos como factor de riesgo de maloclusión en escolares de 7 a 9 años de la I.E. Rafael Díaz, Moquegua - 2019.

Objetivos Específicos:

- Calcular la frecuencia de pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, según sexo y edad.
- Calcular la frecuencia de maloclusiones, según sexo y edad.
- Determinar la frecuencia de pérdida prematura de dientes en niños con maloclusión.

- Determinar la frecuencia de pérdida prematura de dientes en niños sin maloclusión.
- Comparar la frecuencia de pérdida prematura de piezas dentarias en niños con y sin maloclusión.
- Precisar el tipo de maloclusión frecuente presente en los niños afectados.
- Identificar la pieza dentaria ausente con más frecuencia.

1.3 Operacionalización de Variables

Variable Independiente	Indicador	Valor final: unid/categ.	Escala	Tipo de variable
Pérdida prematura de piezas dentarias deciduas	Pérdida de un diente deciduo antes de su fecha de exfoliación según, según la pieza pérdida	Si No	Nominal	Categórica
Variable Dependiente	Indicador	Valor final: unid/categ.	Escala	Tipo de variable
Maloclusión	Llave molar	Si No	Nominal	Categórica
Variable de Caracterización	Indicador	Valor final: unid/categ.	Escala	Tipo de variable
Edad	Años transcurridos desde su nacimiento	7 - 7 a 11 m 8 - 8 a 11 m 9 -9 a 11 m	Ordinal	Categórica
Sexo	Características secundarias.	Masculino Femenino	Nominal	Categórica

1.4 Hipótesis de la Investigación:

Dado que, el diente deciduo es un mantenedor de espacio natural, su pérdida prematura producirá la movilización de los dientes contiguos, ocasionando la pérdida de espacio y alteración en la oclusión dentaria. Por ello es probable que, la pérdida prematura de dientes deciduos sea un factor de riesgo para la maloclusión.

CAPITULO II:

EL MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

- Mónica, Ortiz Sol, Godoy Margarita, Farias Mata, Magdalena / Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho/ Venezuela/ 2009/ Concluye 4 de cada 10 niños presentaron pérdida prematuras de piezas. Según el índice de piezas perdidas los molares temporales tuvieron más prevalencia (1).

- Aliaga-Del Castillo, Arón, Mattos-Vela, Manuel Antonio, Aliaga-Del Castillo, Rosalinda Del Castillo-Mendoza, Claudia/ Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú / 2011/ Se realizó un estudio en 201 sujetos, donde dio como resultado una prevalencia de maloclusiones del 85.6% en la Clase I de Angle, se concluye que el indicado de maloclusiones en ese sector del Perú es elevado, lo cual trae consigo una preocupación alarmante sobre estas cifras (2).

- Narlinda Segura Martínez¹, Mildred Gutiérrez Segura², Miguel Orlando Ochoa Rodríguez³, José Eduardo Díaz Norell/ Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares. Policlínica “Pedro Díaz Coello” / Cuba/ 2003/ Este estudio tuvo como muestra 480 niños con edades entre 5 y 10 años. Se les realizó examen clínico para determinar las pérdidas prematuras de dientes temporales. Se obtuvo que 18,54% de los niños presentaron pérdidas prematuras, 4 de cada 10 niños que se registró que presentaban pérdidas, también presentaron maloclusión, por lo cual es necesario enfatizar la necesidad de las medidas preventivas y tratamientos adecuados (3).
- Hernández, Johana; Montiel, Liliana; Velásquez, Josmary; Carolina Alcedo; Djuriscic, Aura; Oscar Quirós Álvarez; Lennys Molero; Jorge Tedaldi⁵/ Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de Maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda/ Venezuela/ 2010/ concluye que según la muestra de infantes entre 7 y 10 años el mayor porcentaje de niños tenían 10 años. Según los puntos estudiados en exodoncias indicadas a causa de caries se dio con frecuencia en infantes de 10 años. En cuanto a las exodoncias prematuras de dientes primarios se observó más en pacientes de 8 años. Presentando la maloclusión clase II en un mayor índice (4).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 MALOCLUSIONES

La maloclusión se define como una alteración en la oclusión, la cual las piezas dentarias se encuentran en mal posición respecto a la posición de los dientes adyacentes, en relación al arco dentario del mismo maxilar, además de la relación entre ambos maxilares en el momento del cierre (oclusión dentaria) (5)

ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN (6).

Factores generales:

- ✓ Herencia.
- ✓ Defectos congénitos.
- ✓ Problemas nutricionales.
- ✓ Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales.
- ✓ Postura.
- ✓ Trauma y accidentes.

Factores locales:

- ✓ Anormalidad respecto a la cantidad de piezas, ya sea menor o mayor al número total respectivo, ausencias congénitas.
- ✓ Anormalidad en la longitud de las piezas dentarias.
- ✓ Anomalías en la forma de los dientes.
- ✓ Frenillo labial anormal, barreras mucosas.
- ✓ Pérdida prematura de dientes.
- ✓ Retención prolongada de dientes.
- ✓ Brote tardío de los dientes.
- ✓ Vía de brote anormal.
- ✓ Anquilosis.
- ✓ Caries dental.
- ✓ Restauraciones dentales inadecuadas.

CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIONES:

Se dio por el Ortodoncista Angle el cual hizo la clasificación según "Clases" para dar nombre respecto a las posiciones mesio-distales de las piezas, respecto a los arcos dentarios y maxilares, que va a variar en sentido sagital de los primeros molares en la dentición definitiva, tomando como puntos fijos según la anatomía craneofacial. Según esta teoría se dividirá en tres grupos: Clase I, Clase II y Clase III (7).

A. Maloclusión Clase I De Angle: Se refiere a la oclusión ideal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesio-vestibular de la primera molar superior ocluye en el surco vestibular del 1er molar inferior, El perfil facial puede ser recto, en esta clase también puede presentar apiñamiento y mal posición en las piezas dentarias (6).

Llave 1: Relación molar (6).

- La cúspide mesio-vestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco entre la cúspide mesial y central del primer molar permanente inferior (Angle).
- Los caninos y premolares poseen una relación cúspide-tronera bucalmente y cúspide-fosa lingualmente.

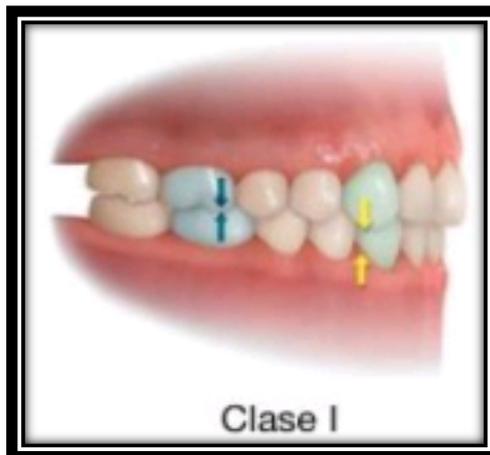


IMAGEN 1: Maloclusión pClase I

B. **Maloclusión Clase II De Angle:** Cuando los primeros molares inferiores respecto a la relación normal ocluye distalmente con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Por lo tanto los demás dientes ocluirán en posición normal y estarán forzados a una posición de oclusión distal, como consecuencia se presentan casos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula (6).

- División I: Cuando los incisivos sobresalen del arco dentario, esta división estos incisivos se encuentran protruidos.

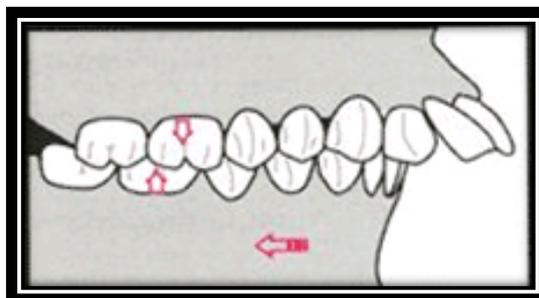


IMAGEN 2: Maloclusión Clase II División I.

- División II: en esta división los incisivos superiores están retruidos en relación del arco dentario.

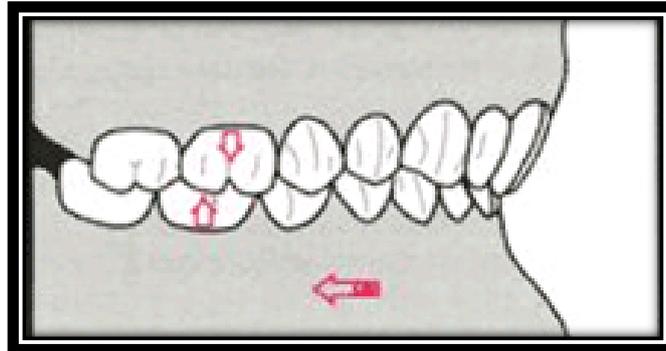


IMAGEN 3: Maloclusión Clase II División II.

C. **Maloclusión Clase III De Angle:** En esta clasificación hace referencia la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. En algunos casos puede haber presencia de apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en la arcada superior.

Esta clase normalmente no se observa en la dentición temporal, ocasionado por el patrón normal de crecimiento craneofacial en el cual el maxilar inferior queda retrasado en relación al superior (5).



IMAGEN 4: Maloclusión Clase III.

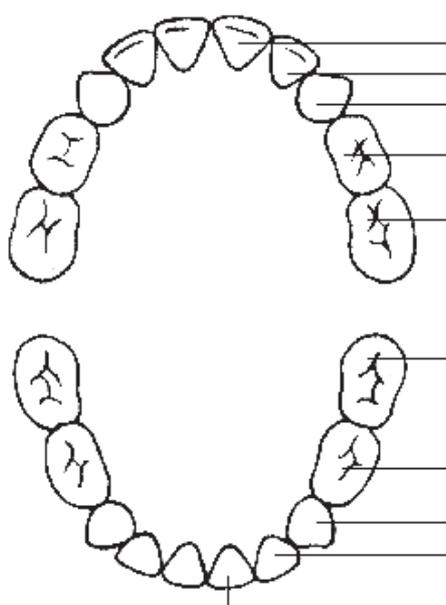
2.2.2 PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS DENTARIAS

Dentición Decidua: también conocida como dentición “primaria” o los famosos “dientes de leche” esta etapa se inicia alrededor de los seis meses de edad, con la erupción de los incisivos centrales inferiores, posicionándose entre el labio inferior y la lengua. Con la erupción de esos primeros dientes, se inicia la maduración de funciones de los movimientos de labios, lengua y mandíbula.

Durante esta etapa se dará la erupción de los primeros dientes, que en su defecto consta de 20 dientes, 10 piezas dentarias en el maxilar superior y 10 piezas dentarias en el maxilar inferior, estos estarán relacionados entre sí en el momento de la oclusión, estos dientes tienen la función de preservar el espacio de los futuros dientes permanente que durante ese proceso se encuentran en etapa de formación, para que cuando llegue el momento de la erupción de estos dientes permanentes, los dientes deciduos empiecen con su etapa de exfoliación, que empieza con la reabsorción de las raíces que estos dientes, en el momento que se hayan reabsorbido perderán su sostén en los maxilares por lo cual empezaran a tener movilidad y posterior a eso su pronta exfoliación para dar paso a los dientes permanentes que prontamente toman su lugar en las arcadas.

Al momento de hacer mención “erupción”, indica al tiempo en que hace erupción cada uno de los dientes permanentes; para ello se debe utilizar las tablas proporcionadas por American Dental Association (ADA), en donde nos brinda la información de la secuencia en que se va realizando el recambio dentario, dependiendo del tamaño, forma y localización de los dientes en los maxilares.

Desarrollo de los Dientes: Dientes Primarios



The diagram shows a top-down view of a child's primary teeth. Lines connect specific teeth to their corresponding entries in the table. The upper teeth are labeled from top to bottom: central incisor, lateral incisor, canine, first molar, and second molar. The lower teeth are labeled from bottom to top: central incisor, lateral incisor, canine, first molar, and second molar.

Dientes Superiores		Erupción	Se Caen
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
Dientes Inferiores		Erupción	Se Caen
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

ADA. ©2012, American Dental Association. All Rights Reserved.

ESQUEMA 1: Desarrollo de los dientes primarios según ADA.

Entonces llamamos “Pérdida prematura de piezas deciduas” a la ausencia de una pieza dentaria de la dentición decidua en boca antes de su periodo de exfoliación, las causas son variables, por traumatismos, caries dental, absceso periapical, etc.

CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS DENTARIAS DECIDUAS:

- **Traumatismos:** Las lesiones traumáticas pueden afectar el equilibrio que se mantiene en la cavidad bucal. Luego de un traumatismo puede traer consigo secuelas importantes en los dientes, como el cambio de color de este, siendo el tratamiento adecuado un tratamiento de conductos (según previa evaluación), la intrusión de esta pieza dentaria dentro del maxilar, hasta puede producir la pérdida prematura de los dientes, según sea el caso (8).
- **Caries dental:** la caries dental, la caries dental, según la Organización Mundial de Salud (OMS), la prevalencia de caries dental es de 90% en algunos países. La caries dental es una patología que afecta principalmente a los diente, tiene un origen multifactorial, pero a pesar de ello algunos autores refieren que las causas de esta patología se debe a la exposición a una dieta con alto contenido cariogénico (sustrato), el factor huésped (diente), los microorganismos (flora bacteriana) (9).

EPIDEMIOLOGÍA

Es una patología que ocupa el primer lugar de prevalencia según la OMS, no tiene predilección por algún sexo, realmente esta enfermedad puede desarrollarse en cualquier cavidad bucal que tenga los agentes predisponentes. Pero presenta mayor índice en personas de bajos recursos económicos por la falta de

información, incluso ni cuentan con su kit de higiene dental, añadiendo a esto los malos hábitos de higiene bucal (10).

Factores Etiopatogénicos:

Se consideran tres factores de la cavidad bucal, que se encontraran involucrados en la formación de las lesiones cariosas (10):

A. MICROORGANISMOS:

También llamada “placa dental”, hace referencia a la acumulación que se adhiere a la superficie de los dientes, o se deposita en el espacio gingivo-dental, dentro de su composición se encuentra bacterias aerobias y anaerobias rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen microbiano y salival.

Esta película se crea horas después de haber consumido los alimentos, cuando no se realizó o hicieron una mala técnica de higiene bucal, el cepillado dental (10).

B. MATRIZ:

Su origen se va a dar fundamentalmente por bacterias.

Constituye el 30% del volumen total, siendo su composición bioquímica un 80% de agua y un 20% de sólidos, con proteínas, glúcidos, lípidos y minerales.

Bacterias: Muy variadas, según la localización. Existen más de 200 especies bacterianas colonizando la cavidad bucal.

Las bacterias cariogénicas principales son las siguientes:

- Streptococcus: mutans, sobrinus, sanguis, salivarius.
- Lactobacillus: acidophilus, casei.
- Actinomyces: viscosus, naeslundii (10).

a) Formación de la placa bacteriana

Al exponer la superficie limpia de un diente al ambiente de la cavidad oral, a las 4 horas se produce el depósito de la película adquirida exógena, distribuida desigualmente sobre el esmalte. Existen pocas bacterias, casi todas cocos o cocobacilos, situadas en depresiones poco profundas.

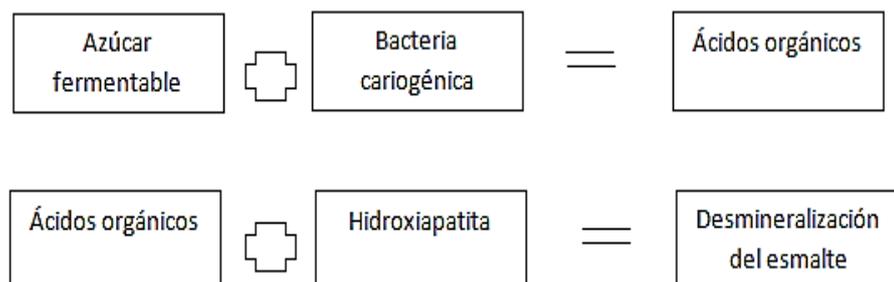
Después de 8 horas, la película aumenta progresivamente de grosor, pero se retrasa la colonización de su superficie por las bacterias. Sólo algunos grupos de microorganismos asientan sobre su superficie.

Hasta después de 12 horas no hay un rápido incremento del número de bacterias observado, esparciéndose sobre la superficie como una monocapa, como resultado de la división celular. Al final del primer día, la superficie del diente está casi cubierta por completo por una "sabana" de microorganismos compuesta por cocos y coco - bacilos. Posteriormente se produce el crecimiento en grosor de las colonias, así como su diferenciación en función de las diversas localizaciones.

Los depósitos bacterianos maduros, a las 2 ó 3 semanas, adoptan una estructura típicamente organizada, en una capa interna de microorganismos densamente apretados, y otra capa externa con una estructura menos compacta que contiene numerosos filamentos.

b) Acidogénesis de la placa dental:

Al darse un ambiente favorable para la formación de las lesiones cariosas: como la unión de los tanto de las bacterias (streptococcus mutans básicamente) los azúcares en la dieta, producirá lo que llamamos como acidogénesis de la placa dental, que podemos esquematizar (10):



ESQUEMA 2: Acidogénesis de la placa dental.

C. SUSTRATO:

El sustrato se refiere a los azúcares consumidos en la alimentación.

El riesgo de generar la caries dental dependerá del tipo de alimentación que lleve el paciente, respecto a la composición, frecuencia del consumo de hidratos de carbono.

- Concentración

A mayor concentración de azúcar en la dieta, ocasionará aumento en la creación de ácidos, dando como consecuencia mayor probabilidad de generar un alto nivel de cariogenicidad a nivel bucal.

El porcentaje de probabilidades de incidencia de caries se va dar a conocer si la concentración de azúcar si excede el 20% de la dieta.

- Frecuencia

El consumo de azúcares provocará una baja del pH aproximadamente durante media hora aproximadamente, sobre la estructura superficial del diente donde quedará adherida la placa bacteriana. La combinación de los factores además de la frecuencia de estos, provocará la formación de la caries dental.

Muchas veces nos hemos percatado que los padres insinúan y piensan que el consumo de los azúcares provocará la caries, pero no sólo depende de ellos sino también de la frecuencia y del tiempo que lo consuman (10).

D. HUÉSPED:

Los factores del huésped, que afectan fundamentalmente a solubilidad en ácidos de los componentes duros del diente.

La apatita es la sustancia más dura del organismo humano, pero no insoluble, sobre todo en medio ácido. Esto se debe a que, en soluciones ácidas, los grupos fosfato de la apatita pueden disociarse. Para compensar, cada dos grupos fosfatos disociados, la red de apatita libera dos cargas en forma de ion calcio. De esta manera, el mineral dentario se descalcifica.

Ahora bien, la saliva contiene gran cantidad de iones fosfato y calcio que, en relación con la apatita, se encuentran en solución sobresaturada. Además, contiene sistemas tampón-neutralizadores.

La saliva y su acceso sin obstáculos al esmalte son factores trascendentales para el mantenimiento de la estructura dental.

➤ Saliva

La saliva tomará un papel importante dentro de los cuales será mantener un equilibrio del ecosistema bucal. Se ha mencionado la importancia del contenido de iones calcio y fosfato y su poder de tampón, siendo también conocidos su valor bactericida y bacteriostático, así como su función en la eliminación mecánica de residuos.

La ruptura del equilibrio puede producirse por:

- Saliva con incapacidad de protección, por disminución en la producción de saliva (xerostomía).
- Aporte excesivo y repetido de azúcares, con formación de ácidos a intervalos tan próximos que exceden la capacidad de los mecanismos de remineralización (10).

➤ Flúor

Existen varias teorías sobre el mecanismo protector del flúor (10):

- Si nos hemos dado cuenta en la actualidad, gracia a los programas de prevención en salud bucal, el fluoruro es aplicado en la infancia, incluso en los mismos colegios, su principal función es reemplazar los iones hidroxilo y ayudando en la formación de la fluoroapatita (apatita del esmalte), menos soluble que la hidroxiapatita.
- Si el fluoruro está presente en la saliva alrededor del diente, en la fase acuosa y en concentración suficiente, la cantidad de esmalte disuelta en el agua está claramente disminuida.
- La velocidad de remineralización del esmalte dentario se acelera significativamente en presencia de flúor.
- El fluoruro, al estar presente en la saliva, en el esmalte o en la placa bacteriana, altera la colonización de las bacterias, su crecimiento y/o su fermentación.

- Tengamos en cuenta que la actualidad los profesionales han dado la importancia debida a la utilización del flúor vía tópica después de realizar una profilaxis dental, ya sea mediante pastas dentales y/o colutorios dentales.

➤ **Dieta**

Será uno de los factores más importantes respecto a la probabilidad de contraer caries dental. Tenemos que poner énfasis respecto a la frecuencia y consumo de azúcares en la dieta del día a día.

➤ **Tiempo**

Este punto es de vital importancia, porque dependerá del “tiempo” para que los demás factores involucrados en la formación de la caries dental actúen, pero también relativa al comparar los periodos de desmineralización, remineralización de los tejidos duros dentarios (10).

a) Periodontitis: Esta patología según sea su severidad provocará pérdida de hueso, movilidad dental y resorción de raíces es necesario realizar exodoncias (11).

b) Resorciones radiculares atípicas: Debido a la falta de espacio en la arcada y erupción ectópica de dientes permanentes, se puede originar resorciones atípicas y prematuras de las raíces de los dientes primarios que se encuentran en contacto o cercanos a estos dientes permanentes (11).

c) Lesiones periapicales: Aquí podemos agrupar patologías como, abscesos dentoalveolares, quistes y granulomas, que en su estado crónico van a dar paso a resorciones radiculares atípicas de las raíces pueden, provocando la pérdida de la pieza dentaria decidua antes su tiempo debido de exfoliación (11).

- Necrosis pulpar: Se va a dar cuando la pulpa dental pierde su vitalidad, al verse afectada por distintos factores, siendo uno de ellos principalmente la caries, este proceso no dará marcha atrás, por lo es necesario diagnosticarlo adecuadamente, Clínicamente, el diente se tornará más oscuro, la pieza debe tener antecedentes de caries dental, traumatismos, etc. Para su correcto diagnóstico es necesaria la toma de una radiografía en la cual observaremos un engrosamiento de los tejidos de sostén del diente.

Tratamiento: Pulpectomía y/o exodoncia (11).

- Periodontitis apical aguda: Esto se va a dar cuando periodonto sufre un periodo de inflamación que será por un tiempo determinado y en su mayoría es menor el tiempo. Clínicamente el paciente presentará dolor espontáneo, localizado, sensación de una ligera extrusión de la pieza y a la percusión positiva dará una respuesta positiva.

Tratamiento: Pulpectomía, exodoncia (11).

- Periodontitis apical crónica: Esta fase es la a continuación de la anterior si no es controlada a tiempo, ésta patología más allá de la inflamación va a causar una destrucción del periodonto apical. Clínicamente se notará la pieza con una avanzada lesión no tratada, en su mayoría los pacientes no presentan dolor. Según las prueba de sensibilidad, responden negativamente.

Es necesaria la toma de una radiografía para notar el estado apical de la pieza, que presenta zonas radiolúcidas en los tejidos perirradiculares, en un estadio crónico puede ocasionar la destrucción de los tejidos de sostén de la pieza en cuestión.

Tratamiento: Pulpectomía, exodoncia (11).

- Absceso periapical con fístula: Esta patología se va a dar principalmente por la acumulación purulenta, se presentará en etapas según siga evolucionando el proceso, clínicamente se verá en la zona del ápice del diente una zona enrojecida, inflamada, a medida que avanza esta zona cambiará el color de rojizo a blanquecino a realizar la palpación tendrá una consistencia fluctuantes, a medida de paso del tiempo se notará una protuberancia en esta zona, la cual posteriormente será un canal o una vía por la cual el proceso purulento (exudado) saldrá hacia la cavidad bucal esto es conocido como fístula. El proceso purulento será de color blanquecino, de consistencia acuosa, su origen puede deberse a una afectación pulpar o periodontal

Tratamiento: Drenaje del absceso, extracción del diente para eliminar el proceso infeccioso, pulpectomía, exodoncia (11).

- Absceso periapical sin fístula: En este proceso se diagnosticará de manera adecuada mediante una radiografía periapical, a la pieza afectada, en la cual se mostrará una zona radiolúcida en el ápice del diente debido al contenido purulento, en este proceso estarán involucradas bacterias que se encargarán de la destrucción del hueso, en el peor de los casos provocará una diseminación hacia otras estructuras óseas adyacentes. Clínicamente la zona se verá enrojecida.

Tratamiento: Endodoncia, exodoncia, drenaje intra o extra-oral (11).

d) Malos hábitos: Entre los cuales se encuentran: protrusión de la lengua, succión digital, deglución atípica, respirador bucal, succión del labio inferior (12).

e) Enfermedades sistémicas:

- Síndrome de Papillon Lefevre: Esta patología clínicamente se caracterizará por hiperqueratosis de palmas de manos, planta del pie y pérdida prematura de dientes primarios y permanentes. La pérdida ósea es tan intensa, de manera que aproximadamente a los 3 a 5 años se han perdido todos los dientes deciduos (11).
- Hipofosfatasa: Se caracteriza por mineralización anormal de los tejidos óseos dentales. Más de la mitad de los casos que presentan esta patología presentan pérdida prematura de dientes primarios, incluso desde el año y medio de vida. Esto se produce porque no hay fijación normal de las fibras del ligamento periodontal y por lo general los dientes no presentan cemento (11).
- Diabetes: Los niños con diabetes mal controlada pueden ser susceptibles a la periodontitis. La enfermedad periodontal se presenta en estos pacientes con mayor resorción ósea y causar pérdida de dientes (11).

f) Por impericia del profesional o del estudiante de odontología (1).

CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS:

Originará que la pieza posterior a esta área edéntula tienda a mesializarse, así alterando y disminuyendo el perímetro de la longitud del arco dentario, ocasionando que cuando el diente permanente desee erupcionar en el área de la pieza decidua perdida, no haya suficiente espacio (acortamiento del perímetro del arco), produciendo alteración en su posición (apiñamientos), alteraciones en la oclusión.

Además de lo anteriormente descrito, al perder un diente, su antagonista continúa su proceso de erupción hasta extruirse y producir alteración en el plano oclusal (11).

También trae consigo un daño psicológico (si ponemos el ejemplo de la pérdida de un incisivo primario), este compromete la estética, produce alteraciones en el desarrollo fonético cuando el niño está comenzando a desarrollar el habla, debido a que hay muchos sonidos que se emiten al colocar la lengua toque la cara palatina de los incisivos superior (11). En el caso de la pérdida unilateral de un canino primario, ocasionará la desviación de la línea media.

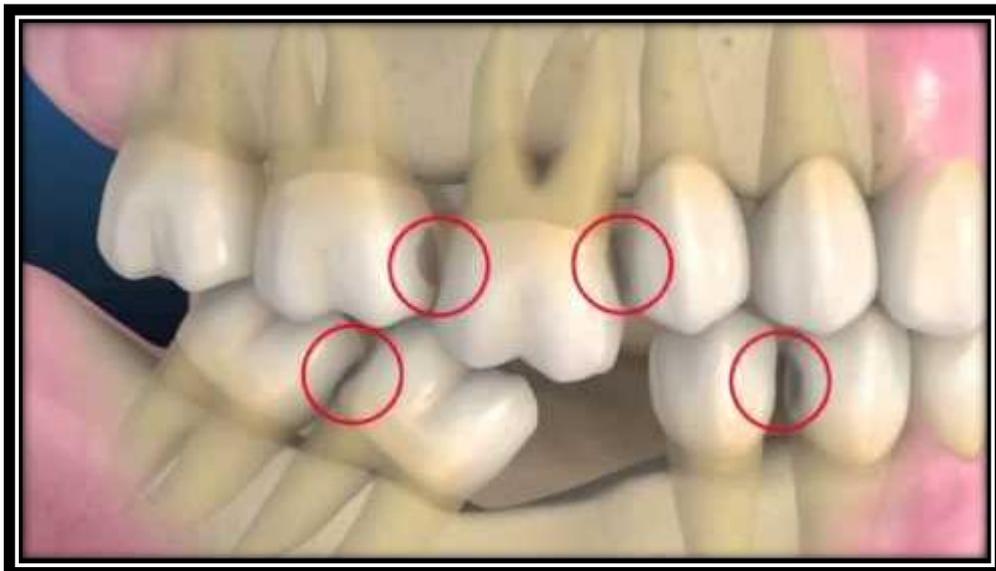


IMAGEN 5: Pérdida prematura de dientes.

La edad es un factor muy importante ya que durante el crecimiento nos vemos vulnerables a distintas alteraciones debido al descuido y falta de información respecto a nuestra buena salud.

A nivel bucal la edad nos indica muchos cambios como por ejemplo la aparición de los dientes deciduos, la exfoliación de estos, y la aparición de los dientes permanentes en boca.

Este estudio toma edades de 7-9 años durante esta etapa el niño presenta una dentición mixta, la cual se caracteriza por la presencia de dientes deciduos como dientes permanentes (13).

Debemos tener en cuenta que en esta etapa de la vida nos encontramos en crecimiento y desarrollo de las estructuras dento-faciales, por lo que, si encontramos algún tipo de maloclusión, estamos en una etapa donde los tratamientos serán favorables, como por ejemplo: si nos encontramos ante una maloclusión clase III, por hipodesarrollo maxilar entonces se le puede realizar tratamientos con aparatos de expansión maxilar, este aparato actuara a nivel de la sutura palatina origina una abertura para que, así el maxilar pueda dar una perspectiva de crecimiento esta sutura a cierta edad como en la juventud se ha terminado de osificar por lo que un tratamiento como anteriormente explicado no sería factible, por no mostrar buenos pronósticos (13).

Entonces sabemos que la edad es una buena determinante para diagnosticar maloclusiones, y así poder realizar tratamientos a tiempo (13).

TRATAMIENTO DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS DECIDUAS

Para ello se utiliza métodos de diagnósticos: Examen clínico, modelos de estudio, radiografías y análisis de espacio (11).

Debemos tener en cuenta que el cierre del espacio ocurre durante los primeros 6 meses después de la exodoncia.

MANTENEDORES DE ESPACIO:

Son aparatos diseñados para cada caso, que impiden el cierre del espacio edéntulo, pero esto dependerá en cada caso en particular (11).

Ventajas:

- Estética.
- Evitar apiñamientos.
- Mantenimiento de la función.
- Evitar desplazamientos de otros dientes.
- Mantener la dimensión vertical.
- Oclusión.
- Evitar hábitos.

Indicaciones:

- Cuando existe el espacio indicado para la erupción del permanente.
- Si la longitud del arco no se ha acortado.
- Si pueden desarrollarse hábitos secundarios como lengua protáctil.
- Si la articulación molar o canina no ha sido afectada.
- Cuando hay ausencia de los molares deciduos, en especial cuando aún no ha erupcionado el primer molar permanente.
- Dentición mixta.

- Cuando la pérdida exija a colocación de un mantenedor de espacio por motivos estéticos y psicológicos. En casos de ausencias congénitas, en el que se necesite conservar el espacio para una futura prótesis fija (11).

Contraindicaciones:

- Cuando no hay hueso alveolar que recubra la corona del diente en erupción y hay suficiente espacio.
- Cuando el espacio disponible es superior a la dimensión mesiodistal requerida para la erupción.
- Cuando el sucesor permanente está ausente congénitamente (11).



IMAGEN 6: Mantenedor de espacio posterior.



IMAGEN 7: Mantenedor de espacio anterior.

2.3 Marco Conceptual

- Maloclusión: Alteración en la oclusión debido a diferentes factores, afectando tanto física como psicológicamente (5).
- Pérdida prematura: Ausencia antes de tiempo de algo que debería estar presente durante un cierto tiempo (8).
- Oclusión: Es el entrecruce y el armonioso encaje entre el maxilar superior e inferior respecto a los dientes (14).
- Protrusión: Se trata de un adelantamiento, alterando la oclusión, ya sea de los maxilares o dentarios, ya sea así, se puede apreciar protrusión mandibular, protrusión maxilar (14).
- Retrusión: Se trata de la posición hacia atrás sea de la mandíbula o de la maxila propiamente dicha (14).
- Dentición primaria: También llamado “dientes temporales o de leche” hace referencia a la primera dentición presente en boca. Al momento de la exfoliación de estos dientes darán paso a la erupción de los dientes permanentes (8).

- Dentición Permanente: También conocida como segunda dentición o dentición secundaria, anatómicamente presentarán una estructura más fuertes y grande, éstos conformarán el sistema dental durante toda la vida (8).
- Erupción Dentaria: Se va haber influenciada por factores congénitos y ambientales como (el entorno geográfico, clima, enfermedades, factores socioeconómicos y el estado de nutrición). Se considera un diente erupcionado cuando unas cúspide o borde incisal de la pieza dentaria atraviese la encía (8).
- Exfoliación dental: Pérdida fisiológica de los dientes deciduos (8).
- Llave Molar o “llave de Angle”: Es una llave que se forma entre la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior y el surco vestibular del primer molar superior y el surco vestibular del primer molar inferior (5).
- Factor de riesgo: Un factor es un elemento que actúa en conjunto con otros. La idea de riesgo, por su parte, alude a la cercanía o la inminencia de un daño (15).
- Mantenedor de espacio: Es un aparato que tiene como propósito guardar el espacio abierto para permitir que brote el diente permanente y que éste llegue a su lugar (11).
- Etiología: Se refiere al origen del trastorno (15).
- Traumatismo: Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia (15).
- Anquilosis: Imposibilidad de movimiento en una articulación normalmente móvil (11).
- Epidemiología: Es una ciencia que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población (15).
- Impericia: Falta de pericia o habilidad para hacer una cosa (11).
- Frecuencia: Número de casos que presentan la enfermedad en un tiempo determinado (15).
- Iatrogénia: Es el daño ocasionado por los profesionales de la Salud, medicamentos, al no preservar el tejido sano durante el tratamiento.

- Congénito: Patologías o daños que se adquieren durante la formación prenatal (11).
- Arcada dentaria: Es un conjunto de dientes que componen los maxilares, ya sea superior o inferior, forman la arcada dentaria (14).
- Apiñamiento dentario: Es la alteración de la posición dentaria respecto al alineamiento de los dientes, en la arcada dentaria correspondiente (6).
- Etiopatogénico: Hace referencia a las causas u origen de una patología (11).
- Placa dental: Acumulación de restos alimenticios, de consistencia blanda, que se adhieren alrededor de las piezas dentaria (16).
- Hipofosfatasa: Es la enfermedad hereditaria que se caracteriza por un defecto en la mineralización de los huesos y dientes (11).
- Modelos de estudio: Son una réplica de la estructura dentaria del paciente, el cual sirve como objeto de estudio mediante el cual podemos llegar a un correcto diagnóstico, este facilita al diagnóstico ya que se puede apreciar la oclusión de una manera tridimensional (11).

CAPITULO III:

MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

Observacional, pro spectiva, transversal y analítico.

3.2 Diseño de la Investigación

Corresponde a un diseño de secuenciado de casos y controles en el nivel relacional.

3.3 Población y Muestra

La población de estudio está constituida por 204 niños, entre 7-9 años estudiantes de la I.E. Rafael Díaz - Moquegua, en el periodo del año 2019. Se trabajó con toda la población encontrada, los cuales cumplieron los criterios de elegibilidad.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de 7- 9 años, con matrícula y asistencia regular.
- Pacientes cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado, donde consta que dan la autorización para que sus menores hijos sean partícipes de este estudio.
- Pacientes que hayan sufrido pérdida prematura de piezas dentarias deciduas más de 06 meses.
- Pacientes que tengan erupcionados los primeros molares permanentes, tanto superior como inferior.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con aparato ortodóntico (aparato ortodóntico fijo, aparato ortodóntico removible, mantenedor de espacio).
- Pacientes con hábitos orales no fisiológicos (respiradores bucales, succión digital, etc).
- Pacientes que presenten enfermedades sistémicas, que puedan alterar nuestros resultados, como: Síndrome de Papillon Lefevre y Hipofosfatasa.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo con la naturaleza de la investigación y en función de los datos requeridos se empleó:

- Técnica de documentación: Se utilizó la lista de estudiantes brindada por el director de la I.E. donde se obtuvo nombres apellidos y edad de los estudiantes).
- Técnica de observación: Para evaluar si existe pérdida prematura, además de identificar la pieza ausente.

Instrumentos:

- Clasificación de Angle, la cual nos ayudará a determinar el tipo de maloclusión presente en nuestro grupo de estudio.
- Tabla de Desarrollo de los dientes Primarios (American Dental Association) ADA, lo cual nos indicará si existe pérdida prematura de piezas dentarias deciduas.

Se utilizó una ficha de recolección de datos donde se registraron datos de filiación de cada paciente, como su odontograma.

Procedimientos administrativos:

Primeramente, se solicitó permiso al director de la Institución Educativa Rafael Díaz, mediante una solicitud, la cual fue aceptada.

Me dieron acceso a la lista de los alumnos de los grados donde aplicamos el presente trabajo.

Se seleccionó a los niños que cumplen con los requisitos de inclusión para este proyecto.

Conversamos con los docentes, se les explicó sobre los objetivos del proyecto, y los métodos a utilizar para la recolección de datos.

Información a los alumnos sobre el procedimiento:

Se les explico a los alumnos sobre el procedimiento a realizar, pidiendo su colaboración, apoyo y orden al momento de realizar la evaluación.

Información a los padres:

Se entregó a cada uno de los niños el consentimiento informado, con la premisa de traerlo al día siguiente firmado por sus padres.

Obtenidos los consentimientos informados, se coordinó con los docentes para llegar a un acuerdo respecto a las horas de evaluación odontológica, para no perjudicar sus clases.

Procedimiento de Recolección de datos:

Se emplearon las técnicas de documentación (se utilizó la lista de estudiantes brindada por el director de la I.E. donde se obtuvo nombres apellidos y edad de los estudiantes), entrevista y del cuestionario con el propósito de recolectar los datos requeridos en la ficha de recolección de datos (anexo 1).

El trabajo se realizó con ayuda de 2 asistentes, los cuales se encargaron de llenar los datos de filiación.

Se preparó el campo de trabajo, por el cual hicimos el uso de materiales establecidos anteriormente.

Para la recolección de datos se llevó a cabo el examen odontológico, los datos se registraron en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), llenado del odontograma, el tipo de maloclusión de cada paciente, existencia de pérdida prematura de piezas dentarias deciduas y de ser así anotar la pieza perdida.

Para el llenado del odontograma lo realizaremos según la Norma técnica del MINSA (17), para el determinar el tipo de maloclusión lo realizaremos según la llave molar que presenta como se describió en las bases teóricas y para evaluar la pérdida prematura nos guiamos de la tabla de ADA anteriormente descrita.

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Luego de la recolección de datos, se ingresó en una hoja de cálculo Excel todos los datos obtenidos, posteriormente se realizó el ingreso al programa estadístico SPSS v 22.0. Para el análisis de la población se utilizó la estadística descriptiva, dicho resultados se presentarán en tablas de frecuencias absolutas y relativas posteriormente. Para el contraste de hipótesis se trabajó con una estadística inferencial, con un margen de error del 5%, para comparar nuestras variables a estudiar se hizo uso del χ^2 de Homogeneidad, para asociar estas mismas nos apoyamos en χ^2 , para hallar la medida de relación se utilizó Odds Ratio (estimación de Riesgo Relativo y Absoluto).

CAPITULO IV:
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE
RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados:

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL SEXO Y EDAD

POBLACIÓN		N° = 204	100%
SEXO	Masculino	94	46,07
	Femenino	110	53,93
EDAD	7 años	27	13,24
	8 años	90	44,12
	9 años	87	42,64

Elaboración propia.

Como se observa en la tabla 1, la población está constituida por 204 estudiantes, dentro de los cuales el 53,93% fueron mujeres, el mayor porcentaje que se estudió fue en niños de 8 años representado por un 44,12% de la población.

TABLA 2**FRECUENCIA DE PÉRDIDA PREMATURE DE PIEZAS DENTARIAS
DECIDUAS**

PÉRDIDA. PREM.		SI		NO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO	Masculino	15	15,96	79	84,04	94	100,00
	Femenino	23	20,91	87	79,09	110	100,00
EDAD	7 Años	1	3,70	26	96,30	27	100,00
	8 Años	23	25,56	67	74,44	90	100,00
	9 Años	14	16,09	73	83,91	87	100,00
TOTAL		38	18,63	166	81,37	204	100,00

Elaboración propia.

Como se observa en la tabla 2; del total de la población estudiada, sólo el 18,63% presentó pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, por lo cual podemos asumir que en nuestra población no ha sido frecuente la pérdida prematura de dientes deciduos.

Alumnos del sexo femenino presentaron mayor frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos con un porcentaje de 20,91%, respecto al sexo masculino. Así mismo, los niños de 8 años fueron los más afectados presentando un 25,56% de pérdida prematura de dientes deciduos.

TABLA 3**FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES**

MALOCLUSIÓN		SI		NO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
SEXO	Masculino	46	48,94	48	51,06	94	100,00
	Femenino	69	62,73	41	37,27	110	100,00
EDAD	7 Años	16	59,26	11	40,74	27	100,00
	8 Años	61	67,78	29	32,22	90	100,00
	9 Años	38	43,68	49	56,32	87	100,00
TOTAL		115	56,37	89	43,63	204	100,00

Elaboración propia.

De la población estudiada se observa que más de la mitad (56,37%) presentó maloclusiones en sus diferentes clases, la tabla 3, nos detalla que del sexo masculino cerca de la mitad de alumnos (48,94%) presentó maloclusiones, en el sexo femenino se presentó una prevalencia mayor de maloclusiones en un 62,73%.

Referente al rango de edades, según el análisis la mayoría de los niños de 8 años presentaron maloclusiones con un índice de 67,78%, siguiendo los niños de 7 años con un 59,26% y en la edad de 9 años un 43,68%.

TABLA 4

LA PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS DENTARIAS Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS

PÉRD.PREM.	MALOCLUSIÓN		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	34	29,57	4	4,49	38	18,63
NO	81	70,43	85	95,51	166	81,37
TOTAL	115	100,00	89	100,00	204	100,00

Elaboración propia.

Chi 2: 20,805 Odds Ratio: 8,920

P valor; 0,000

Según los datos que obtuvimos en la tabla 4, los niños presentaron maloclusión y pérdida prematura de dientes deciduos se reflejó en el 29,57% de la población, a diferencia de los niños sin maloclusión sólo tuvieron un porcentaje del 4,49%.

Al comparar estas frecuencias con chi2 se obtuvo un p valor de 0,000 y un riesgo de 8,920, lo cual indica que al haber significancia, la pérdida prematura de dientes deciduas es un factor de riesgo de maloclusiones en nuestra población.

TABLA 5

TIPO DE MALOCLUSIÓN (SEGÚN ANGLE) PRESENTE EN NIÑOS CON Y SIN PÉRDIDA PREMATURA

PÉRD. PREM.	MALOCLUSIÓN						OCLUSIÓN NORMAL		TOTAL	
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%				
SI	5	7,81	2	20,00	27	65,85	4	4,49	38	18,63
NO	59	92,19	8	80,00	14	34,15	85	95,51	166	81,37
TOTAL	64	100,00	10	100,00	41	100,00	89	100	204	100,00

Elaboración propia.

La maloclusión más frecuente fue la Clase III con un porcentaje de 65,85%, la cual se presentó en más de la mitad de los casos de los alumnos que presentaron pérdida prematura.

El 95,51% de niños que no presentaron pérdida prematura de dientes deciduos, presentaron una oclusión normal.

TABLA 6

FRECUENCIA DE PIEZA PÉRDIDA PREMATURAMENTE

	N	%
CANINO	23	11,30
SEGUNDO MOLAR	9	4,40
PRIMER MOLAR	6	2,90
NINGUNO	166	81,40
TOTAL	204	100,00

Elaboración propia.

Como se detalla en la tabla 6, se evidencia que el diente perdido con mayor frecuencia es el canino deciduo, en 23 niños (11,30%), siguiendo con el segundo molar deciduo, en 9 niños (4,40%) y el primer molar deciduo, en 6 niños (2,90%).

4.2 Contrastación de Hipótesis:

Ho: La pérdida prematura de dientes deciduos no es un factor de riesgo para la maloclusión.

H1: La pérdida prematura de dientes deciduos es un factor de riesgo para la maloclusión.

Se trabajó con un nivel de significancia de $5\% = 0,05$

El estadístico que se utilizó para asociar la pérdida prematura de piezas deciduas como factor de riesgo de maloclusiones fue la prueba estadística del Chi cuadrado.

Valor p: 0,000; que es menor al 0.05 por lo tanto es significativo.

Entonces podemos afirmar que la pérdida prematura de dientes deciduos es un factor de riesgo para la maloclusión.

Interpretación: Según los resultados obtenidos podemos afirmar que la pérdida prematura de dientes deciduos es un factor de riesgo para las maloclusiones.

4.3 Discusión de Resultados:

Se realizó este estudio en niños de 7-9 años, con el principal objetivo de asociar la pérdida prematura de piezas deciduas como factor de riesgo de maloclusiones, se analizó a 204 niños de la I.E. Rafael Díaz, Moquegua-2019.

La población estudiada está constituida por 204 estudiantes como se detalla en la tabla 1, dentro de los cuales el 53,93% fue del sexo femenino. El mayor porcentaje según la edad fue el grupo de 8 años con un 44,12%.

Nuestros resultados se asemejan a un estudio realizado en la Universidad de Ayacucho, el género más predominante fue el sexo femenino con un 50,7% y en cuanto a las edades en este estudios, se evaluó la edad desde los 5 – 8 años, siendo el grupo de 8 años la edad con mayor cantidad de pacientes analizados con un porcentaje de 31,9% (1).

Sabemos que a esta edad es muy preciso el análisis de la oclusión dentaria, ya que, en la cavidad bucal encontramos dentición mixta, por lo cual un correcto diagnóstico en ese tiempo llevará como consecuencia un tratamiento eficaz, en cuanto al sexo, tanto la maloclusión como la pérdida prematura de dientes deciduos no tiene influencia por algún sexo en especial, por lo tanto no altera los resultados.

Al analizar la pérdida prematura de piezas deciduas en la tabla 2 se observa que del total de la población, sólo el 18,63% presentó pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, por lo cual podemos asumir que en nuestra población no ha sido frecuente la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, esto puede deberse a que se está tomando medidas preventivas que se viene utilizando por parte de los profesionales. El sexo femenino presentó mayor prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos con el 20,91%, respecto al sexo masculino, así mismo, los niños de 8 años fueron los más afectados presentando un 25,56% de pérdida prematura de dientes deciduos.

Esto puede deberse a que a esa edad como lo mencionamos anteriormente, se encuentra la fase de dentición mixta, en la cual se encuentran dientes deciduos y permanentes, es en esta etapa que la pérdida de los dientes deciduos antes de su periodo de exfoliación traerá consigo consecuencias como maloclusiones.

A diferencia, un estudio realizado en la Clínica de Odontopediatría en la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho en Venezuela, en el año 2004-2005, con una población de 274 pacientes, presenta un 42,9% de pacientes con pérdida prematura de piezas dentarias deciduas (1).

Por lo cual si bien nuestra población presenta un porcentaje menor de pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, debemos seguir dándole énfasis a las medidas preventivas, para evitar que el porcentaje presentado aumente a medida que pase el tiempo.

Podemos asumir que la diferencia entre nuestro estudio y el que se realizó en la universidad Gran Mariscal de Ayacucho, se dió por que se aplicó en diferente lugares, además, a medida que pasa el tiempo se viene incentivando a los profesionales de Salud, optar por la preservación del tejido dentario sano, evitando así las iatrogénias, con lo cual se debe elegir las exodoncias prematuras como última opción para un tratamiento dental.

En cuanto a la frecuencia de maloclusiones observada en la tabla 3, se presentó en más de la mitad de la población estudiada (56,37%), un 43,63% presentó una oclusión normal. El sexo femenino se presentó la mayor prevalencia de maloclusiones con un 62,73%, los niños de 8 años fueron los más afectados con un resultado de 67,78%. Podemos asumir que la razón de los resultados es por falta de preservación y cuidado de los dientes deciduos, además por descuido de parte de los padres de cada niño, ya que, se debe llevar a la consulta odontológica a los niños desde la erupción de los dientes, así evitar este tipo de consecuencias y enfermedades como caries bucal, enfermedad periodontal u otros.

Un estudio realizado en Venezuela donde presentó que un 32% de la población presenta maloclusiones, en sus diferentes clases. Lo cual difiere con nuestro estudio (4). Las maloclusiones una vez más reflejan que es un problema que lidera los problemas de salud bucodental, debido a la falta de información por parte de los padres, incluso por impericia por parte de los profesionales, sumado a ello debemos tener en cuenta que las causas para la existencia de maloclusiones son diversas, como hábitos no fisiológicos, hereditario, etc.

Si nos ponemos analizar la realidad de nuestro país, un estudio realizado en Ucayali, en el año 2011, el 85,6% de toda la población estudiada presentó maloclusiones, siendo el sexo femenino más afectado (2). Esto puede deberse a la falta de acceso a la información, por ser comunidades nativas con cuentan con los recursos económicos para la atención odontológica debida. Entonces esto nos debe hacer reflexionar respecto a

lo que estamos haciendo mal como profesionales, como padres, como hijos. Esta cifra si bien es cierto no es tan alarmante como nuestros resultados, de igual modo debemos empezar a tomar las medidas necesarias para cambiar estos porcentajes.

Esto puede deberse a falta de aplicación de medidas preventiva, diagnósticos a su debido tiempo, tratamientos conservadores, y lo principal vemos que aún la tarea de promoción de salud aún no está dando buenos resultados.

Según el análisis en la tabla 4, un 29,57% presentaron pérdida prematura de dientes deciduos y sólo el 4,49% tuvieron pérdida prematura de dientes deciduos sin maloclusión.

Según la prueba estadística chi 2, dio como resultado p valor de 0,000, siendo este menor al 0,05, es significativo.

Con lo cual podemos afirmar que la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas es un factor de riesgo de maloclusiones, dado que ocasiona mesialización o distalización según sea el caso, provocando disminución de la longitud del arco dentario, y al producirse el recambio dentario, encontraremos falta de espacio para la erupción de las piezas permanentes, obligando a éstas alterar su lugar de erupción (vestibularizado, lingualizado, etc).

Además contamos con un riesgo de 8,920, lo cual nos indica que si llega a la consulta un paciente con antecedentes de pérdida prematura de dientes deciduos es muy probable que se encuentre maloclusión dentaria.

Como anteriormente se explicó al haber pérdida prematura de dientes deciduos ocasionará una alteración en la oclusión, es por ello que cada diente deciduo tiene su período en boca, siendo este importante para la preservación de la dimensión del lugar donde posteriormente se hará la

erupción de los dientes permanentes. No se encontró antecedentes relacionados.

Al analizar minuciosamente la tabla 5, se presenta que la maloclusión más frecuente asociada a la pérdida prematura de dientes deciduos es la Clase III con un porcentaje 65,85%. El 95,51% de los niños que no presentaron pérdida prematura, tuvieron una oclusión normal.

Esto puede deberse a que la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas provoca alteración en la arcada afectada (mesialización de la pieza posterior contigua) ocasionando maloclusiones y en su mayoría presentó clase III, ya que el primer diente en erupcionar es el primer molar inferior permanente, el cual al haber pérdida prematura de algunos dientes deciduos empieza a inclinarse hacia el espacio edéntulo.

Incluso al haber pérdida prematura de dientes deciduos específicamente el canino deciduo provoca una alteración en la línea media, no se encontró antecedentes en cuanto a las clases de maloclusión asociada a la pérdida prematura de piezas dentarias deciduas.

Identificamos la pieza perdida con mayor frecuencia en la tabla 6, dando como resultado el canino en primer lugar, presentándose en 23 casos (11,3%), siguiendo con el segundo molar deciduo, en 9 niños (4,4 %) y el primer molar deciduo, en 6 niños (2,9%), Esto puede deberse la impericia por parte de profesionales, que deciden extraer lo caninos como solución a las maloclusiones, por ello es importante que un especialista sea el responsable del diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones.

Si comparamos nuestros resultados con un estudio realizado en Venezuela en el año 2004-2005, tuvo como resultados que la pieza decidua perdida con mayor frecuencia fueron los primeros y segundos molares deciduos (1), estos resultados coinciden con otro estudio realizado en Cuba en el año 2003, dando como resultado los primeros molares deciduos como pieza perdida con mayor frecuencia (3).

Podemos notar que nuestros resultados difieren con respecto a los estudios anteriormente mencionados, dando como razón la diferencia en la delimitación espacial y temporal, además que los molares deciduos son mucho más predisponentes ante la aparición de caries dental, debido a la anatomía que presentan, y al no ser tratada a tiempo esto se puede pasar a un tratamiento pulpa o aún peor como lo explique durante todo mi trabajo una exodoncia prematura.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. La frecuencia de pérdida prematura de piezas dentarias deciduas, se presentó en 38 casos (18,63%) del total de la población, siendo el sexo femenino más afectado con un 20,91% y los niños de 8 - 8 a 11m con una prevalencia de 25,56%.
2. De los 204 casos examinados, el 56,37% de casos presentaron maloclusión en sus diferentes clases, presentándose un 62,73% en el sexo femenino y la edad más afectada fue de 8- 8 a 11m con un índice de 67,78%.
3. La maloclusión más frecuente en la población estudiada, que presentaron pérdida prematura fue la maloclusión clase III en 65,85%.
4. La pieza dentaria decidua ausente prematuramente con mayor frecuencia, fue el canino deciduo en 23 niños (11,30%).
5. La pérdida prematura de dientes deciduos si es un factor de riesgo de maloclusión en escolares de 7 a 9 años de la I.E. Rafael Díaz, Moquegua – 2019.

Recomendaciones:

1. A los padres, acudir a la consulta odontológica con sus hijos, para los exámenes odontológicos de rutina y así prevenir enfermedades bucales.
2. A los profesionales, en el caso de recibir un paciente en especial si este fuera niño, en la consulta realizar un examen minucioso, y optar por tratamientos adecuados. En el caso de ser necesaria la exodoncia del diente deciduo prematuramente, realizar posteriormente mantenedores de espacio, según requiera el caso.
3. Analizar la oclusión a todo paciente que tenga antecedentes de pérdida prematura de dientes deciduos, de existir alteración y de ser necesario, derivarlo al odontólogo con especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar para tomar las medidas necesarias, como aparatos ortodónticos u otros.
4. Realizar charlas en los colegios, promoviendo la higiene bucal; incentivando el cuidado y mantenimiento de los dientes. Con énfasis en la importancia de los dientes deciduos y así evitar la pérdida prematura de estos dientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mónica O, Sol G, Margarita F, Mata M. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 Años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría. 2009;1-57.
2. Castillo A, Antonio M, Castillo A, Castillo- D. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. 2011.
3. Díaz P, Segura N, Gutiérrez M, Rodríguez M. Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares. Policlínica ``Pedro Díaz Coello``.2003. Correo Científico Médico de Holguín. 2005;9(3).
4. Dagleish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de Maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda. J Exp Psychol Gen. 2007;136(1):23-42.
5. Modano DS De, Blanca V. Maloclusión Clase I : Definición , clasificación , características clínicas y tratamiento.
6. Ortodoncia Teoría y Práctica- PROFFIT-1995.pdf.
7. Beltrán R, Maloclusiones CDE. Universidad Peruana Facultad de Estomatología.
8. Pereira, Goettem, Baldissera, Bertold & T. Denticion Primaria. 2016;1807-3107.
9. Almagro-Nievas D, Benitez-Hita JA, García-Aragón MA L-LM. Incremento del índice de dientes cariados, perdidos por caries y obturados, entre escolares de Loja,España, Salud Publica. (43):192-8.

10. Perez Alfonzo D. Prevalencia de caninos ectópicos en los niños con edades entre los 9 y 12 años de edad del Área de Salud «Manuel Pity Fajardo». Rev Electrónica Zoilo Mar Vidaurreta la Fac Ciencias Médicas las Tunas. 31.
11. Clemente K, Ferrara P, Ulloa R VSP prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Pérdida prematur de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Trab Present en Curso Ortod Prev e Intercept y Ortop Dentofacial Caracas 2001.
12. Lugo C. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Página | 2. 2011;1-17.
13. Maldonado DM, Montes CE, Luis MJ. Capitulo 24, Dentición Mixta. Compend Cefalometría [Internet]. :378.379. Disponible en: file:///G:/WILLIAMS PDF/W 77382_2.pdf.
14. Thomas M Graber; José Luis García. Ortodoncia: teoría y práctica. México Interam. 1987;1:1-468.
15. Odontológicos GDT, Enfermedad S. Guía de Términos Odontológicos. - Salud Enfermedad. - Especialidades. Introducción a la Odontología. 2013;1-79.
16. Sociedad Española de Periodoncia. MA, Calzavara D, de la Cruz J, Ramos Barbosa I, Blanco Carrión J. Periodoncia revista oficial de la Sociedad Española de Periodoncia. [Internet]. Vol. 15, Periodoncia y Osteointegración, ISSN 2013-0546, Vol. 15, Nº. 1, 2005, págs. 7-20. 1991.p.7-20.Disponibleen:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4558437>.
17. Técnica N, Odontograma DEL. No Title. 2005.