

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA PREMATURA DE
DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO
ODONTOLÓGICO INTEGRAL EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL PERIODO 2017–I”**

Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista

Asesor(a): Dra. Esp. Claudia María Castillo Guillén

Presentado por:

Flores Querie, Estéfany Mercedes

TACNA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico primeramente a DIOS, ya que sin él nada es posible. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas. Gracias por las pruebas que me hacen crecer como persona y me permiten dar lo mejor de mi, pero lo mejor de todo es que me acercan mas a ti.

Al motor de mi vida, mis padres Luis y Miryam por haberme dado la vida, y enseñarme que las metas son alcanzables y que una caída no es una derrota sino el principio de una lucha que siempre termina en logros y éxitos. Gracias por siempre orientarme en todo lo que sé y ayudarme a salir adelante a pesar de los inconvenientes. Este triunfo tambien es de ustedes, porque sin ustedes no lo hubiera podido haber logrado. Me siento muy afortunada de tener unos padres como ustedes es el mejor regalo que me pudo dar Dios.

A Silvia porque cuando me preguntan cuántas madres tengo, siempre respondo dos, una de sangre y una de corazón. Y usted es esa segunda madre que ha llegado a mi vida como una mano derecha, le agradezco por todos sus consejos, enseñanzas y aportes a mi tesis, al igual que todos los buenos momentos pasados. Muchas gracias por ser así, una gran persona. ¡Nunca cambie segunda Mamá!

A mis hermanos Liseette y Luis Fernando, el mejor regalo que me pudieron dar mis padres sin duda alguna son ustedes, porque a pesar de todo siempre están a mi lado ayudándome y aunque tengamos diferencias siempre estaré dispuesta a darlo todo por ustedes.

Y en especial a mi enamorado Alonso, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más difíciles. No fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían. Te lo agradezco muchísimo, amor ¡Te amo!.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer de manera muy especial a mi asesora Dra. Claudia María Castillo Guillén, por su tiempo, esfuerzo y dedicación. Sus consejos, sus conocimientos y su paciencia me ayudaron en el desarrollo de mi tesis; muchas gracias.

Agradecer a los miembros del jurado Dra. Leandra Rios, Dra. Fiorella Andia y Dr. Dante Pango por el tiempo invertido y por las enseñanzas con las cuales me guiaron y me sirvieron de mucho en el desarrollo de mi tesis.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	6

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.1.1. ARTICULOS INTERNACIONALES.....	9
2.1.2. ARTICULOS NACIONALES.....	18
2.2. MARCO TEORICO.....	20
2.2.1. DENTICIÓN TEMPORAL.....	20
2.2.2. ERUPCIÓN DENTARIA.....	21
a) Etapa preeruptiva.....	21

b) Etapa eruptiva pre funciona	21
c) Etapa post eruptiva	22
2.2.3. ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.....	22
2.2.4. REABSORCIÓN RADICULAR, FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.....	23
2.2.5. PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES.....	23
a) Fuerzas Oclusales	24
b) Fuerzas Musculares	24
c) Fuerzas eruptivas	25
2.2.6. DETERMINANTES DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS	25
2.2.6.1. Caries Dental	25
2.2.6.2. Patología pulpar	26
a) Pulpitis reversible	27
b) Pulpitis irreversible.....	27
c) Necrosis pulpar	27
2.2.6.3. Patología periapical	28
a) Periodontitis apical aguda.....	28
b) Periodontitis apical crónica	29
c) Absceso periapical con fístula	29
d) Absceso periapical sin fístula	30
2.2.6.4. Traumatismos Dentarios.....	31
2.2.6.5. Dientes supernumerarios	31
2.2.7. EXTRACCIÓN PREMATURA	32
2.2.8. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	33

2.2.9. DENTICIÓN MIXTA.....	33
2.2.9.1. CARACTERISTICAS DE LA DENTICIÓN MIXTA	34

CAPITULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	37
--	----

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
4.3. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	40
4.3.1 Unidad de Estudio.....	41
4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
4.4.1 Criterios de Inclusión.....	41
4.4.2 Criterios de Exclusión.....	41
4.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	45
--	----

CAPITULO VI

RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
ANEXO.....	61

INTRODUCCIÓN

Cuando la primera dentición se establece en la cavidad bucal recibe entre otros los nombres de dentición decidua, temporal o primaria. Según la ADA estos dientes normalmente comienzan a hacer su aparición entre los 6 a 10 meses, completando el proceso de la dentición decidua entre los 25 y 33 meses. Esta dentición va a cumplir un rol muy importante en la cavidad bucal, la cual es preservar los espacios necesarios para la correcta erupción de los dientes permanentes, los cuales comienzan a hacer su aparición entre los 6 a 7 años, convirtiendo a la dentición temporal en mixta.⁽¹⁾

Las causas que comúnmente están asociadas a la pérdida prematura de dientes deciduos son: la caries dental no tratada, como también la pulpitis irreversible.
(2)(5)(6)(7)(11)(12)(13)

Se ha evidenciado que muchas veces los padres empiezan a tomarle importancia a la salud bucal de sus hijos, cuando este ya presenta una afección de las piezas deciduas tan severa, que ya no es posible aplicar ningún tratamiento conservador, quedando como único tratamiento la exodoncia de los dientes afectados, perdiéndose así los dientes deciduos prematuramente y en ocasiones mucho antes del tiempo de su exfoliación natural correspondiente para que sean reemplazados por los dientes permanentes.⁽²⁰⁾

Por su magnitud y trascendencia la pérdida prematura de dientes deciduos constituye un problema de salud pública para la población infantil. En este estudio a través de la revisión de historias clínicas de niños que recibieron Tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el periodo 2017-I, se pretende dar a conocer cuál es la causa más frecuente de la pérdida prematura de dientes deciduos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la práctica odontológica diaria, se puede observar con frecuencia que existe un desconocimiento por parte de los padres de los niños que acuden a la consulta odontológica, sobre la importancia que tienen los dientes deciduos en la salud bucal de un niño. En reiteradas ocasiones se puede escuchar a los padres referirse a estos dientes como innecesarios, provocando un descuido, lo que trae como consecuencia la pérdida prematura de estas piezas, ya que no se le da el valor que realmente merecen.

Debido a la alta incidencia de niños con pérdida prematura de dientes deciduos es necesario estudiar las causas más frecuentes. Las cuales son varias; entre las principales se encuentra la caries dental y la pulpitis irreversible ⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾. Por lo que es de vital importancia conocer que la pérdida prematura de dientes deciduos en los niños trae consigo maloclusión dentaria, además de provocar el desplazamiento de los dientes posteriores hacia mesial o distal ocupando el espacio de los dientes permanentes que aún no han erupcionado, también trae consigo problemas estéticos y baja autoestima, que luego ameritan tratamiento más agresivos y costosos. ⁽¹³⁾

Por ello surge la necesidad de investigar sobre las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes deciduos en niños que recibieron tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el Periodo 2017-I, para poder brindar información preventiva e informativa sobre las consecuencias que originan estas exodoncias prematuras y así comprendan cual es la función e importancia de preservar estas piezas dentarias.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la causa más frecuente de la pérdida prematura de dientes deciduos en niños, que recibieron tratamiento odontológico integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el Periodo 2017-I?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la causa y la pieza que presenta mayor frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos según edad y género en niños, que recibieron tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el Periodo 2017-I.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el diagnóstico más frecuente que origina la pérdida prematura de dientes deciduos.
- Establecer la frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos según la edad y género.
- Identificar cuál es el diente deciduo que con mayor frecuencia se pierde prematuramente.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se califica de originalidad parcial, al existir experiencias investigativas precedentes con diferentes enfoques a nivel internacional y nacional sin embargo no se han detectado investigaciones y publicaciones relacionadas con el tema **CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL PERIODO 2017-I**, en el ámbito local.

La relevancia científica, radica en el interés de conocer las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes deciduos, estos datos nos proporcionará información no existente para la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna, acerca de las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes deciduos, en pacientes atendidos en dicha clínica. Esta información servirá de base para futuras investigaciones y así contribuir a ampliar conocimientos en este campo.

La investigación posee relevancia contemporánea al valorar las causas más frecuentes de la pérdida prematura de dientes deciduos que constituye un problema de salud pública en la población infantil.

La presente investigación obedece un verdadero interés y motivación personal así mismo la necesidad de realizar un aporte teórico práctico del tema propuesto.

La contribución académica está dada porque la investigación permitirá al estudiante de odontología conocer que existen diversas causas de

pérdida prematura de dientes deciduos que nos da una visión general del problema presente en los niños y a la vez nos permite emplear una prevención adecuada para evitar que empeore su condición, tratando de contrarrestar las consecuencias que se vienen a desarrollar en el futuro.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- a) **FRECUENCIA:** Es el número de veces que se repite un determinado suceso o resultado de una experiencia aleatoria, en un conjunto de elementos distintos. ⁽¹⁹⁾

- b) **PÉRDIDA PREMATURA:** Se refiere a la pérdida de piezas dentarias deciduas antes del tiempo de su exfoliación natural, esto va a predisponer a maloclusiones, encontrando por la falta de espacio apiñamiento, impactación de los dientes permanentes y la alteración de la relación canina y molar. ⁽¹⁷⁾

- c) **DENTICIÓN DECIDUA:** Esta dentición es también conocida como dentición temporal o primaria, y va a comprender de 20 piezas dentarias, 10 en el maxilar superior y 10 en el maxilar inferior. Las piezas deciduas tienen un periodo de vida relativamente corto, hasta el momento de su exfoliación para ser reemplazados por las piezas permanentes. Este recambio ocurre por lo general entre las edades de 6 a 13 años. ⁽¹⁸⁾

- d) **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL:** Es un método en el cual se resuelve de manera completa y en un determinado tiempo todas las enfermedades bucales que presenta un paciente. El objetivo del tratamiento odontológico integral es llegar a rehabilitar completamente la cavidad bucal del paciente y

no solamente algún padecimiento que éste presente, para así poder asegurar al paciente un estado pleno de salud oral y bienestar general en condiciones óptimas. Esta forma de tratamiento odontológico integral va a comprender de todos los procedimientos que sean necesarios para alcanzar un estado de salud óptimo, y en dichos tratamientos va a ir incluido cualquier tratamiento de especialidad que sea necesario. ⁽¹²⁾

CAPITULO II
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ARTICULOS INTERNACIONALES:

1. Chacón. C. K. S.; Correa. R. J. J.; Navarro. C. D. M.; Gordillo. S. V.; Báez. Q. L. C. Pérdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Colombia. 2014.

⁽¹⁾ El objetivo de este estudio es determinar la pérdida prematura de dientes deciduos en niños que acuden a las clínicas de Odontopediatría de la Universidad Antonio Nariño. Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, consto de 125 historias clínicas de pacientes que asistieron por primera vez a la consulta odontológica en el año 2011, con edades de 0 y 8 años y que en su historia presentaran una copia del documento de identidad, esto con el fin de poder determinar la edad en años y meses cumplidos. Las variables que se evaluaron fueron edad, género, tipo de dentición, estrato socioeconómico y el diente temporal perdido. Se calculó el error interoperador con el índice de concordancia Kappa. Se aplicó la prueba de Kolmogorv Smirnov, la prueba de Kruskal Wallis y se aplicó la prueba chi-cuadrado de pearson para determinar si las variables eran independientes. El valor de significancia fue del 5%. Obteniendo como resultado que el 43% de los niños presentaron pérdida prematura de dientes deciduos, de los cuales el 51,8% eran de sexo masculino. El 30% presentó pérdida de un sólo diente, el 20% dos o tres dientes y el 15% cuatro dientes. Se halló una relación entre pérdida prematura y género ($p < 0.05$). Llegando a la conclusión que los dientes que se pierden con mayor frecuencia son los antero superiores. La pérdida prematura de dientes deciduos es un problema que se presenta frecuentemente en los niños que

asisten a las clínicas de Odontopediatría Universidad Antonio Nariño.

2. Sánchez. G. C. L.; Moreno. M. Á.; Alvarez. H. A. F.; Orozco. C. L.; Vázquez. P. L. A.; Moreno. M. A. Principales causas de pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 3 a 10 años. Mexico. 2012. ⁽²⁾

El objetivo de este estudio es determinar las principales causas de pérdida prematura de dientes deciduos en niños con edades entre 3 a 10 años que asisten a la consulta odontológica. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo; con pacientes que han sido atendidos en la CUAS Benito Juárez en el ciclo 2010, 2011 en el turno de la mañana. La unidad de análisis que se utilizó fue los dientes deciduos. Se revisaron 335 historias clínicas, 162 (48%) fueron del sexo femenino y 173 (52%) del sexo masculino, las principales causas de pérdida prematura de dientes deciduos fue la caries dental con 39 casos (42%), absceso crónico con 24 casos (26%), absceso agudo con 9 casos (10%), causa desconocida con 6 casos (6%), reabsorción patológica de la raíz con 6 casos (6%) y no se encontró algún diente deciduo perdido por necrosis pulpar (0%). Llegando a la conclusión que más de la tercera parte de la población estudiada presentó pérdida prematura de dientes deciduos por diversas causas, y al realizar un diagnóstico oportuno y acertado, con los tratamientos pertinentes para tratar las patologías que pudieran derivar en extracciones tempranas de dientes deciduos se puede limitar la afección para evitar daños más severos.

3. Villalba. F. N.; Jacquett. T. N.; Cabañas. G. A.; Chirife. M. T. Pérdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un hospital público de la ciudad de Luque. Paraguay. 2013. ⁽³⁾ Estudio de tipo descriptivo retrospectivo, teniendo como objetivo identificar la frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños con edades de 0 a 7 años que acudieron al Hospital Regional de Luque en los años 2009-2010. La población a la cual se estudió fue todas las hojas de registro diario de los odontólogos del hospital Regional de Luque de los años 2009-2010. Se incluyeron en el estudio a los niños de 0 a 7 años de edad con pérdida prematura de dientes deciduos, caries y obturaciones de dientes deciduos registrados en dicha planilla que estuvo comprendida en el año 2009 por 1161 niños y en el año 2010 por 1836 niños. Los resultados en este estudio muestran que la prevalencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños en edades de 0 a 7 años corresponde en el año 2009 al 14% y en el año 2010 al 12,6%. En los niños en edades de 4 a 7 años las piezas dentarias que presentaron mayor frecuencia de pérdida prematura en los años 2009 y 2010 fueron los dientes 75/85 con un 29,8% en el año 2009 y un 33,8% en el año 2010. Se encontró que en el año 2009 la frecuencia de caries fue de 57,6% y en el año 2010 en un 57,3% de los niños que asistieron a la atención odontológica. Se concluye que se presentó solo un 2% de pérdida prematura de dientes deciduos en niños en edades de 0 a 3 años, encontrándose la mayor frecuencia de pérdida prematura en niños en edades de 4 a 7 años en un 98%, si se consigue que los niños acudan a la consulta odontológica a edades tempranas, se puede lograr disminuir el alto índice de pérdida prematura de dientes deciduos.

4. Murshid. S. A.; Labani. M. A.; Aldharae. K. A.; Rodis . O. M. Prevalencia de pérdida prematura de dientes temporales en niños de 5-10 años en la ciudad de Dhamar, Yemen: un estudio transversal. Yemen. 2016.⁽⁴⁾ Este estudio se realizó para evaluar la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos en niño de 5 a 10 años de edad. El grupo de estudio incluyó a 185 niños, es decir, 91 hombres y 94 mujeres. El examen clínico fue realizado por un examinador experimentado bajo luz artificial. Se recolectaron los datos que constaban de la edad del paciente y los dientes faltantes. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos y, a partir de los resultados, se utilizaron pruebas de Chi cuadrado a un nivel de significación del 5% ($P < 0,05$). En los resultados se observó una prevalencia de 40.54% de pérdida prematura de dientes deciduos sin diferencias estadísticamente significativa entre géneros. El segundo molar primario inferior izquierdo fue el diente más ausente en la arcada dentaria (13,5%). Se llegó a la conclusión que la pérdida prematura de dientes deciduos era alta. La implementación de programas educativos y preventivos son eficaces para promover la salud oral y ayudaría a los niños a mantener la dentición decidua sana y eventualmente a prevenir problemas de maloclusión.

5. Kobylińska. A.; Borawska. J.; Chojnowska. A.; Janczewska. J.; Turska. A.; Olczak. D. Frecuencia y causas de extracciones prematura de molares deciduos: un estudio retrospectivo. Polonia. 2015.⁽⁵⁾ Se observaron 1880 historias clínicas de pacientes que acudieron al Departamento de Odontología Pediátrica, se analizaron la necesidad y las causas de las extracciones prematuras de molares deciduos en niños menores de 6 años. Se observaron los datos estadísticos

utilizando la prueba U de Mann-Whitney, Spearman y una prueba de chi cuadrado. En los resultados se encontró que se realizaron 228 exodoncias en molares deciduos en 139 niños, por inflamación del tejido pulpar y sus complicaciones tales como el abscesos y la fistulas – 84,7% y lesión cariosa – 15,3%. El 87,3% de las piezas extraídas no habían sido tratadas anteriormente, el 7,5% eran restaurados y el 5,2% se les había realizado pulpotomías. El 54,7% de los pacientes presentaban un solo diente extraído y es resto de los pacientes más de un diente extraído. Los primeros molares superiores fueron extraídos con mayor frecuencia. No hubo una relación entre la inflamación crónica de la pulpa con la edad. Más de un diente se extrajo con mayor frecuencia en los hombres. En conclusión las extracciones prematuras de molares deciduos son un problema clínico muy importante. Las causas más comunes son las complicaciones de la caries no tratadas - inflamación aguda del tejido pulpar en los niños más pequeños y pulpitis crónica en los más grandes. Las extracciones se realizan con más frecuencia en los niños y la mayoría de los dientes perdidos no fueron tratados anteriormente.

6. Villares. L. D. E.; Rodríguez. C. A. J.; Ruiz. D. C.; Romero. M. M. Análisis de las causas de exodoncia en la población infantil atendida en una clínica universitaria. España. 2016. ⁽⁶⁾ Estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal realizado en la práctica clínica habitual, siendo la población de estudio menores de 18 años que acuden a la clínica odontológica universitaria y a los que se les extrae uno o varios dientes. Los resultados fueron que se realizaron 97 exodoncias a 55 pacientes, un 58,8% eran mujeres. La media de la edad fue de 8,69 años con una

desviación estándar [DE] 2,15. La edad en la que se hicieron más exodoncias fue entre seis a diez años (52,6%). La causa más frecuente de la exodoncia fue la alteración de la erupción dentaria (39,2%), seguido por la lesión cariosa (34%). En la población inmigrante la causa más frecuente fue la caries dental (69,56%). En conclusión es muy necesario implementar, desde las consultas de Pediatría, medidas preventivas en la población en edades de seis a diez años inculcando hábitos dietéticos y nutritivos que faciliten una correcta reabsorción de la dentición decidua, para disminuir el número de extracciones y conseguir una correcta salud bucal.

7. Hasan. M. y Cols. Patrón de pérdida prematura de molares deciduos, estudio transversal. . Pakistán. 2013. ⁽⁷⁾

Se efectuó un estudio transversal en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología Fátima Jinnah, Karachi, para determinar los factores responsables de la pérdida prematura de molares deciduos en niños de edades entre tres y nueve años. Se incluyeron en el estudio a todos los niños de 3 a 9 años que asistieron al Departamento de Odontología Fatima Jinnah Dental de Karachi para la extracción de molares deciduos desde febrero del 2011 hasta febrero del 2012. El grupo de estudio estaba conformado por 256. Los datos fueron recolectados en una ficha diseñada y llenada por un solo operador. Las variables consideradas del estudio fueron edad, sexo, cepillado de dientes y razones para la extracción. En este estudio 176 eran hombres y 80 eran mujeres. En total se hizo 368 exodoncias en molares deciduos, se extrajeron 237 molares deciduos en hombres y 131 molares deciduos en mujeres. Entre los pacientes investigados, el 17% de los niños indicó no cepillarse

los dientes. La caries dental fue la causa más común de pérdida prematura de molares deciduos representaron el 96,1% seguido por fractura de los dientes deciduos con un 2,3% y la maloclusión con un 1,6%. La frecuencia de pérdida prematura de solo un molar deciduo fue de 62,7%. El diente que se extrajo más comúnmente fue el primer molar deciduo izquierdo con un 37,7%. Los resultados de este estudio sugirieron que las caries dentales no tratadas y el no tratar los molares deciduos cariados eran factores de riesgo importantes en su pérdida prematura.

8. Bezerra. E. S. M.; Nogueira. A. J. S. Prevalencia de Pérdida dentaria decidua en Niños de Población Ribeirinha de la Región Amazónica. Brasil. 2012.⁽⁸⁾ El objetivo de este estudio era evaluar la prevalencia de pérdida prematura dentaria en niños de poblaciones Ribereñas de la Amazonia. Se realizó un estudio transversal, la muestra estaba compuesta por 112 niños con edades de 3 a 9 años residentes de las comunidades Ribereñas São Pedro y Aurá localizadas en el estado de Pará. Los datos fueron recaudados a través del examen clínico y anotado en fichas adaptadas para el estudio para luego ser sometidos al análisis descriptivo. Para el estudio de la distribución de frecuencias de la pérdida dentaria prematura en relación a la comunidad, género y dentición, se utilizó el Test chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). El 18 % fue la prevalencia de pérdida dental temprana, en un 19,23% de los niños de Aurá y en el 14,71% de los niños de San Pedro. Se determinó que la pérdida fue mayor en el sexo masculino con un 26%, que en el sexo femenino con un 11,29%, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,04$). Se obtuvo 27 casos de pérdida

prematura, siendo la pieza 7,5 y la pieza 8,5 con mayor prevalencia de pérdida, ambos con 18,52%. Se observó en las edades de 7 años (27,27%) y 8 años (29,41%) una mayor prevalencia de pérdida, la causa predominante de pérdida fue la caries dental. Los resultados muestran que observó en un 43,18% pérdida de espacio, mientras que en un 4,55% mordida cruzada. Llegando a la conclusión que a pesar que la prevalencia de la pérdida prematura no es tan alta, puede ser disminuida a través de programas públicos junto a las comunidades Ribereñas, principalmente de carácter preventivo y educativo, evitando de esta manera las consecuencias indeseables que la pérdida prematura puede traer al paciente en un futuro.

9. Beldiman. M. A.; Maxim. A.; Balan. A. Frecuencia y localización de pérdida prematura de dientes temporales en niños en edad preescolar del área urbana de Iasi. Rumania. 2010. ⁽⁹⁾ Se recaudó información acerca de la frecuencia de pérdida de dientes deciduos en niños preescolares y la pieza decidua con más pérdida prematura. Se evaluó a un grupo de 274 niños de 3 Jardines de infantes divididos en 4 grupos, en edades entre 4-5 y hasta 7-8 años, así como en los sexos. El estudio reveló que la pérdida prematura de dientes deciduos es más frecuente en hombres que en mujeres, la pérdida prematura de dientes deciduos aumenta con la edad del niño, a partir de los 6 años más del 50% de los niños han perdido uno o varios dientes deciduos. En conclusión la prevalencia de la pérdida prematura de los dientes deciduos de niños de edad preescolar es ligeramente mayor y las piezas que con mayor frecuencia se perdieron fueron los molares superiores.

10. García. M.; Amaya. B.; Barrios. G. Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Venezuela. 2007. ⁽¹⁰⁾ Los primeros dientes que hacen su erupción en la boca cuando son los dientes deciduos y, en algunas ocasiones, las afecciones de los dientes deciduos son tan severas que el único tratamiento posible es la exodoncia, antes del tiempo adecuado para ser reemplazados por los dientes permanentes. Por esta razón, el objetivo de este estudio fue caracterizar la prevalencia de la pérdida prematura de dientes deciduos y su relación con el sexo y la edad de niños que asistieron al Jardín de Infancia Anexa Normal Mérida, al Jardín de Infancia Bolivariano “Juan Ruiz Fajardo” y al Preescolar Niño Simón, ubicados en el municipio Libertador del estado Mérida-Venezuela. Para ello se optó por un estudio descriptivo, con un diseño no experimental de tipo transversal. La muestra fue conformada por 264 niños y seleccionada a través de un muestreo probabilística sistemático. Entre los resultados se obtuvo que el total de pérdidas prematuras de dientes deciduos encontrado fue de 10,9%. La pérdida prematura de dientes deciduos, representa un problema de salud pública, que si no lo atendemos a tiempo, puede producir muchas alteraciones en el sistema estomatognático.

11. Gómez. G.; Pérez. A.; Delis. R. Pérdida temprana de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. Cuba. 2007. ⁽¹¹⁾ Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal de 239 niños entre 5 y 12 años de edad de las escuelas primarias pertenecientes al área de salud del Policlínico “Ramón Pardo Ferrer” en la ciudad de Santa Clara, en el período de enero a septiembre de año 2006,

este estudio tuvo como propósito describir el comportamiento de la pérdida prematura de dientes deciduos. Se analizaron las variables como: raza, edad, sexo, dientes perdidos, causa de la pérdida y las consecuencias que trae. Se observó una prevalencia de dientes perdidos de un 12.1%; el sexo masculino fue el más afectado con 65.5% y con un 72,4% en la raza blanca. En cuanto a la edad, los niños más afectados estaban entre as edades de 7 y 10 años con 24.1%; el segundo molar deciduo inferior resultó ser el diente más perdido y la caries dental la mayor causa de perdida; la consecuencia más observada fue la mesialización de las piezas 3,6 y 8,5 con un 50% en cada pieza.

2.1.2. ARTICULOS NACIONALES:

12. Huaman. L. Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño. Perú. 2014. ⁽¹²⁾ El objetivo de este estudio es conocer cuál es la frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3 a 9 años de edad en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en el año 2014. La población fueron pacientes sometidos a Tratamiento Odontológico Integral bajo anestesia general, atendidos en la Unidad de Cirugía Bucal del Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Área de Odontología, se seleccionaron 70 pacientes, la muestra estuvo conformada por 270 dientes deciduos. Se realizó un instrumento y mediante el examen clínico a cada paciente se tomó el registró del diagnóstico odontológico de los dientes que presentaban patología pulpar, periapical o remanente radicular; luego se evaluó cada pieza que se extrajo y se procedió a revisar las radiografías

panorámicas. Se consideró como pérdida prematura si al momento de la extracción del diente deciduo su respectivo sucesor se encontraba en Estadios de Nolla 0 a 7; teniendo siempre en cuenta que el hueso que recubre al folículo del diente permanente no haya sido destruido por la infección que presentaba el diente. En conclusión se encontró una alta frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos, La principal causa fue por Pulpitis irreversible con un 84,8%. La mayor cantidad de extracciones de los dientes deciduos ocurrieron cuando sus respectivos dientes sucesores se encontraban en el Estadio de Nolla 5. Las piezas que con mayor frecuencia se extrajeron prematuramente fueron las primeras molares; siendo la pieza 7.4 la que se extrajo con mayor frecuencia.

13. Ortiz. M.; Godoy. S.; Farias. M.; Mata. M. 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. Perú. 2009. ⁽¹³⁾ El objetivo del estudio era estudiar la pérdida prematura de dientes deciduos en pacientes con edades de entre 5 a 8 años, que asistieron a la clínica de Odontopediatria de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, en los años 2004-2005. Se realizó una investigación retrospectiva, de corte transversal, y exploratoria-descriptiva. La población fue de 808 pacientes que asistieron a la clínica de Odontopediatria con edades entre 5 a 8 años, en los años 2004 y 2005. La muestra mostro un 35% de la población, con un total de 282 pacientes. Los datos obtenidos fueron procesados y tabulados en el programa Microsoft Excel de Windows XP. Dando como resultado en este estudio un alto porcentaje con 42,9% de

pacientes con exodoncia prematura de dientes deciduos. Y con un 70% que corresponden a exodoncias de dientes deciduos realizadas prematuramente. La principal causa que se encontró fue la caries dental. Los molares deciduos fueron los dientes extraídos con mayor frecuencia y a la edad de 8 años.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1. DENTICIÓN TEMPORAL:

La terminología correcta es dentición decidua, pero es más conocida como dentición de leche o primaria. Esta es la primera dentición con las funciones completas.

Esta primera dentición se inicia alrededor de los seis meses de edad, primero con la erupción de los incisivos centrales inferiores, posicionándose entre la lengua y el labio inferior. Con la erupción de los primeros dientes, se inicia la maduración de funciones de los movimientos tanto de labios, lengua y mandíbula.

Los dientes deciduos desempeñan funciones importantes tanto para la masticación, la estética y para el desarrollo de la formación de las arcadas dentarias de un niño. Por eso, es muy importante y necesario el cuidado de estas piezas con una correcta higiene, evitando así las caries precoces y traumatismos favoreciendo su permanencia en boca evitando así la pérdida de ese espacio, hasta que hagan erupción los dientes sucesores permanentes. Según la ADA la dentición decidua se completará a la edad de 25 y 33 meses aproximadamente, con un total de veinte dientes deciduos.⁽¹²⁾

2.2.2. ERUPCIÓN DENTARIA:

La erupción dentaria es un proceso en el que las piezas dentarias realizan su aparición en la cavidad bucal. El conocimiento del desarrollo dental desde su origen hasta su erupción en la cavidad bucal desde la dentición decidua y después a la dentición permanente, aporta morfología y función a lo largo de la arcada, convierte el aparato masticatorio en uno de los órganos más diferenciados.

Si este proceso funciona adecuadamente, facilitara el hecho de que se constituya en la mayor parte de los casos una excelente oclusión, de la misma forma la variación que se da en su calcificación, cronología o secuencia de erupción va a crear un desorden de forma importante en la instauración de un correcto engranaje dental.

La fisiopatología de la erupción sería de máximo beneficio para guiar el establecimiento de una correcta oclusión o cuando ésta se haya alterado y nos guiara a reconducirla mediante métodos terapéuticos, que han de contemplar el instante de su aplicación.

a) Etapa preeruptiva:

En esta etapa es en la que completada la corona, va a dar inicio a la formación de la raíz y se va a producir una migración intraalveolar hacia la superficie de la boca. Durante la etapa preeruptiva, el germen dentario, va a realizar movimientos de inclinación y giro, en relación con el crecimiento general de los maxilares.

b) Etapa eruptiva pre funcional:

En esta etapa el órgano dentario se encuentra en boca pero sin establecer contacto con el antagonista. La pieza dentaria abre la encía, la raíz va a representar alrededor de la mitad y

los 2/3 de su longitud final. La salida de la corona de la pieza dentaria a la cavidad oral va a tomar el nombre de erupción activa, a la vez sucede el desplazamiento de la inserción epitelial en dirección apical, que adopta el nombre de erupción pasiva.

c) Etapa post eruptiva:

En esta fase vamos a poder observar que el órgano dental ya obtiene su oclusión con la pieza antagonista y los movimientos que se producen van a durar para toda la vida, tratando de compensar el desgaste o abrasión dentaria que se da. ⁽¹⁴⁾

2.2.3. ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN TEMPORAL:

Es muy común observar que la erupción de los dientes deciduos produzcan una leve sintomatología, presentando un ligero enrojecimiento e hinchazón en la mucosa oral que luego se observara una pequeña isquemia en el mismo sitio en que la pieza dentaria decidua perfore la encía, y se una el epitelio oral y dental. Según la ADA los dientes deciduos hacen su aparición en boca a la edad de 6 meses y su secuencia eruptiva va a ser la siguiente: incisivo central inferior (6 a 10 meses), incisivo central superior (8 a 12 meses), incisivo lateral superior (9 a 13 meses), incisivo lateral inferior (10 a 16 meses), primer molar superior (13 a 19 meses), primer molar inferior (14 a 18 meses), canino superior (16 a 22 meses), canino inferior (17 a 23 meses), segundo molar inferior (23 a 31 meses) y segundo molar superior (25 a 33 meses).

Entre los 25 y 33 meses de edad han hecho ya su aparición los 20 dientes deciduos, encontrándose a los 3 años de edad totalmente formados y en oclusión. ⁽¹⁴⁾

2.2.4. REABSORCIÓN RADICULAR, FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL:

La raíz de un diente deciduo culmina su formación al año que este hace su erupción en la cavidad oral, a la edad de 3 o 4 años aproximadamente todos los dientes deciduos ya han completado su formación radicular. La reabsorción fisiológica que se da en las raíces de los dientes deciduos, es un proceso que no es continuo y se alternan períodos de reabsorción activa con otros más largos que son los de reposo, durante los cuales se ponen en marcha procesos reparadores que van a devolver la inserción periodontal de la zona reabsorbida.

En el período de reparación, sobre la superficie de la raíz se deposita cemento radicular común, y si estos procesos de reparación llegan a superar a los de reabsorción, va a dar como resultado una anquilosis con la infraoclusión del diente.

Los odontoclastos llevan a cabo la reabsorción de la dentina radicular, son células multinucleadas, que solo aparecen sobre la superficie radicular donde se origina la reabsorción.

Aunque este proceso de reabsorción radicular se inicia por la erupción del germen del diente permanente, en caso de observar la ausencia del diente permanente, el diente deciduo, sufre un proceso de reabsorción lenta, esto es provocado por la fuerza masticatoria sobre el diente deciduo envejecido, el cual produce una sobrecarga sobre su ligamento periodontal que induce a la reabsorción radicular. ⁽¹⁴⁾

2.2.5. PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES:

La dentición decidua interfiere en la maduración neuromotora de la masticación, en la estética, en la fonación, como también en la conservación del espacio y guiando la erupción de los

dientes permanentes en su trayecto hasta lograr la conformación de la dentición definitiva.

Lo que provoca la pérdida prematura de piezas deciduas van desde la pérdida de espacio dental en la arcada ya sea inferior o superior, hasta la malposición de piezas que se encuentran en relación con la pieza decidua perdida. Estos pueden ser o no factores determinantes de la presencia de maloclusiones en los pacientes niños que se encuentran en el desarrollo oclusal.

Este agente local y ambiental depende cierta manera de la cantidad de los factores o de las causas, que influyan de forma directa o de forma independiente así tenemos entre ellos las fuerzas interdentales, la edad dentaria de la pérdida, la posición que se encuentra en el arco y la etapa en la que erupcionan los molares permanentes. Sobre cada pieza dentaria actúan continuamente diversos tipos de fuerzas como: oclusales, musculares y eruptivas.⁽¹⁵⁾

a) Fuerzas Oclusales:

Los dientes permanentes están ubicados en los arcos dentarios de tal manera que la inclinación mesial es notoria, las fuerzas de oclusión que se dan entre los dientes superiores producen, por lo tanto un resultante anterior, con un movimiento hacia mesial, fisiológico, manteniendo un arco continuo. En cambio, en la dentición decidua no presenta las piezas inclinadas. Están en forma perpendicular en relación con el plano oclusal; dando como resultado que, la tendencia al movimiento mesial es mínima en los arcos deciduos.

b) Fuerzas Musculares:

La musculatura que rodea los arcos dentarios, tanto externamente e internamente, se mantiene en un posible

equilibrio en condiciones normales. El músculo Buccinador forma una banda continua con el músculo Constrictor Superior de la Faringe hacia atrás y con los músculos Orbiculares de los Labios, anteriormente. Esta fuerza externa va a ser equilibrada con aquélla ejercida por la musculatura lingual. La interrupción, o la ruptura de ese equilibrio, resulta potencialmente lesiva a la posición de una o varias piezas que se encuentran en los arcos dentarios.

c) Fuerzas eruptivas:

Las fuerzas eruptivas son capaces de reubicar o movilizar cualquier tipo de pieza dental hacia el espacio creado cuando se produce la pérdida prematura de una pieza decidua. En el caso de los molares superiores, se va a producir una etapa de erupción tardía que va a provocar la mesialización de piezas al espacio libre. Los molares inferiores, en cambio realizan muy temprano su fuerza de erupción; establecen este contacto intraóseo con la ayuda de la guía de la cara distal del segundo molar deciduo. Es de gran importancia este evento por que las fuerzas eruptivas de los molares son más elevadas, provocando mayor pérdida de espacio dental. ⁽¹⁵⁾

2.2.6. DETERMINANTES DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS:

2.2.6.1. Caries Dental:

La caries dental es una enfermedad infecciosa que tiene origen microbiano, la vamos a encontrar localizada en los tejidos duros dentarios, que se inicia

mediante la desmineralización del esmalte debido a los ácidos orgánicos producidos por las bacterias específicas que encontramos en la cavidad oral y que metabolizan a los carbohidratos de la dieta. La etapa biológica va a ser la dinámica: remineralización y desmineralización, lo que implica que es viable el aumento de la enfermedad y en sus primeras etapas hacerla alterable. La pérdida de los dientes deciduos implica, en la mayor parte de los casos, la necesidad de realizar exodoncias múltiples como tratamiento. ⁽¹⁴⁾ Hay que tener siempre en cuenta que podemos encontrar caries de la infancia temprana que es la presencia de una o más lesiones de caries que se encuentran cavitadas o no cavitadas, como también piezas ausentes por caries y obturaciones en cualquier pieza en niños que son menores de 71 meses; si encontramos lesiones cariosas en niños mayores de 71 meses se considerará caries. ⁽²¹⁾

2.2.6.2. Patología pulpar:

Se ha elaborado un sistema de clasificación clínica ya que es imposible determinar el diagnóstico histológico de la pulpa, sin extraerla y examinarla. Este sistema se basa en los síntomas que nos refiere el paciente y los resultados que nos dan las pruebas clínicas. El término de pulpa sana se refiere a una pulpa que se encuentra vital, libre de alguna enfermedad, el diente en sí y su aparato de sostén no presentan una respuesta dolorosa a la palpación o percusión.

a) Pulpitis reversible:

Vamos a encontrar una pulpa inflamada que va a conservar la vitalidad, y que mantiene su capacidad reparadora suficiente para recuperar la salud si se logra eliminar el irritante que la causa.

b) Pulpitis irreversible:

Puede ser aguda o crónica. Cuando la pulpa presenta inflamación aguda se va a encontrar sintomática, mientras que cuando se presenta una pulpa con inflamación crónica esta se va a encontrar asintomática en la mayoría de casos. La sintomatología va a ser la siguiente: el dolor va a persistir después de quitar el estímulo, el calor va a intensificar la respuesta al progresar la inflamación, y lo que va a aliviar el dolor en las fases avanzadas de la pulpitis es el frío, vamos a encontrar dolor espontáneo, difuso, localizado o irradiado, sordo, pulsátil y de larga duración. Al examen clínico vamos a observar: Lesiones cariosas profundas, restauraciones en mal estado, grandes obturaciones o desbordantes, trauma oclusal, algunas veces presentara movilidad dentaria. El tratamiento que se realiza es: Pulpectomía (Tratamiento de conducto) o la exodoncia del diente decíduo.

c) Necrosis pulpar:

Se le considera necrosis pulpar a la muerte pulpar de los dientes tanto permanentes como deciduos,

va a ver pérdida de su estructura como consecuencia final de un proceso patológico en el cual la pulpa no puede reintegrarse a la normalidad por no presentar capacidad de reacción. Va a presentar ciertos criterios de diagnóstico: Lesiones cariosas amplias y profundas, presentará ligera movilidad dentaria, radiográficamente se observará un engrosamiento del ligamento periodontal, se encontrará asintomática y vamos a observar un cambio de coloración de la pieza. El tratamiento puede ser de dos maneras: La Necropulpectomía (Tratamiento de conducto) o la exodoncia del diente decíduo.

2.2.6.3. Patología periapical:

Al contrario del tejido pulpar, los tejidos periapicales, van a presentar condiciones muy satisfactorias que van a favorecer en la reparación de su salud. La región periapical está conformada de estructuras que van a presentar íntima relación entre sí, tales como el ápice radicular, ligamento periodontal apical y el hueso alveolar.

a) Periodontitis apical aguda:

Es una inflamación aguda del periodonto que va ser de corta duración, y va a estar determinada por los más variados agentes etiológicos. Va a presentar un cuadro clínico con dolor espontáneo no muy intenso localizado, que algunas veces llega a ser pulsátil, como también vamos a observar

ligera extrusión de la pieza decidua con una respuesta positiva a la percusión. El tratamiento va a constar de una Pulpectomía o la exodoncia del diente deciduo.

b) Periodontitis apical crónica:

Se da una inflamación y destrucción del periodonto apical. El cuadro clínico que se presenta es una lesión de larga duración, asintomática por lo general. Las pruebas van a revelar poco o ningún dolor a la percusión. En los casos donde la lesión ya ha perforado la cortical ósea la palpación que se hace sobre apical de la pieza puede causar molestia al paciente. Vamos a llegar al diagnóstico mediante una radiografía la cual es el punto clave para el correcto diagnóstico, ya que a la periodontitis apical crónica se le asocia con imágenes radiolúcidas perirradiculares. Las imágenes radiolúcidas pueden variar e ir desde un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y se observa resorción de la lámina dura, hasta la destrucción del hueso perirradicular que va a evidenciar lesiones radiolúcidas periapicales. El correcto tratamiento va a ser una Pulpectomía (Tratamiento de conducto) o la exodoncia del diente deciduo.

c) Absceso periapical con fístula:

Son procesos periapicales que presentan acúmulos purulentos circunscriptos, agudos, subagudos o

crónicos, que se va a mostrar semiológicamente como una lesión inflamatoria, localizada y fluctuante. La mayoría de los abscesos que se encuentran localizados en el interior de la boca, la cara o el cuello van a tener un origen periodontal o pulpar. Los procesos periapicales suelen ser seguidos por los problemas pulpares, por lo general la necrosis pulpar que no es tratada puede ser la causa que desencadena los problemas periapicales. El paso de endotoxinas, bacterias y restos necróticos en la zona de un posible foco en el periápice de la pieza. Presenta un cuadro clínico el absceso acaba por abrirse al exterior, y se observa entonces la afectación de la piel o mucosa si el absceso es intrabucal, se volverá tensa y de un rojo brillante, dejando entrever uno o varios puntos que presentan un color blanco amarillento, por donde se perforará y dejará salir el exudado purulento. El tratamiento va a comprender de un drenaje del absceso, extracción del diente decíduo para eliminar el proceso infeccioso o un pulpectomía (Tratamiento de conducto).

d) Absceso periapical sin fístula:

Da una respuesta inflamatoria avanzada exudativa e intensamente sintomática de los tejidos periapicales conjuntivos. Se observará un aumento del volumen y enrojecimiento del área comprometida, vamos a encontrar la presencia de ganglios inflamados y fiebre. En los casos crónicos

se observará zona radiopaca a nivel apical de la pieza (osteítis condensante). Las complicaciones que presentará es la diseminación del proceso a estructuras óseas y espacios anatómicos que se encuentren adyacentes. El tratamiento va a constar de un Tratamiento de conducto, exodoncia de la pieza decidua y drenaje intra o extra-oral. ⁽¹²⁾

2.2.6.4. Traumatismos Dentarios:

Durante la etapa de dentición decidua y permanente son constantes las caídas e impactos sobre el área maxilofacial con la consecuente pérdida parcial o total de las estructuras dentarias. Las lesiones traumáticas más frecuentes en dentición decidua son las que dañan a los tejidos periodontales provocando en muchos casos la avulsión o el desplazamiento del diente deciduo que va a requerir, en ocasiones, la extracción del diente deciduo como tratamiento. ⁽¹⁴⁾

2.2.6.5. Dientes supernumerarios:

Cuando se da un retraso en la erupción de uno o más dientes obligarán al profesional que opte por medidas complementarias como la realización de un estudio radiológico, para descartar o no la existencia de dientes supernumerarios.

Así, en la hiperodoncia o el aumento de número de dientes, las zonas que con mayor frecuencia se encuentran afectadas en la dentición permanente son la región anterior del maxilar superior, premolar

inferior y molar superior, con un predominio absoluto del maxilar sobre la región mandíbular.

Las extracciones que se dan en el momento oportuno del diente supernumerario facilitarán mucho en la erupción espontánea del diente normal.

2.2.7. EXTRACCIÓN PREMATURA:

Entre los procedimientos que normalmente se realizan al paciente odontopediátrico, la exodoncia de una pieza decidua forma parte de uno de los momentos de mayor carga emocional negativa en la conducta del paciente odontopediátrico. La sensación de mutilación

Que se va a producir ante la pérdida de un diente, debe de tenerse en cuenta para así poder minimizar la reacción de angustia, no solo del paciente odontopediátrico, sino también de los padres.

En la mayoría de los casos, son los padres quienes van requiriendo la exodoncia como tratamiento y solución ante intensas molestias que presentan sus hijos, como los problemas en la alimentación, la hinchazón o la infección evidente e inclusive ante la erupción ectópica de algún diente permanente. Ante estas situaciones, debemos tener en cuenta que la pérdida de un diente deciduo o permanente es uno de los motivos que mayor número de demandas presenta, por lo que es importante informar apropiadamente, al paciente tanto por escrito, y firmar el consentimiento informado en cualquier caso, pero más aún cuando se trate de la extracción de alguna parte del organismo de un niño. ⁽¹⁵⁾

2.2.8. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Los motivos para indicar la exodoncia de una pieza decidua en odontopediatría han ido cambiando con el tiempo y con relación a los patrones de salud oral en el niño. Se puede llegar a estimar que se realizan más exodoncias de piezas deciduas en niños pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos.

En la mayoría de los casos en las exodoncias de dientes deciduos, la caries dental es la razón principal. A diferencia, en los estudios efectuados en países que se encuentran en vías de desarrollo, la caries dental ha sido considerada como la indicación más frecuente de la exodoncia en todos los grupos etarios, mientras que la exodoncia por motivos ortodónticos son la causa en menos del 20% de los casos.

Las principales indicaciones para realizar la extracción prematura de dientes deciduos tenemos: La Caries dental, traumatismos, por motivos ortodónticos, problemas en la erupción dientes permanentes, problemas periodontales, anquilosis y por problemas económicos. ⁽¹⁵⁾

2.2.9. DENTICIÓN MIXTA:

La dentición mixta hace su inicio con la erupción de los primeros molares permanentes y en general según la ADA ocurre entre los 6 y 7 años de edad.

Los dientes permanentes normalmente hacen su erupción cuando su estado de desarrollo se presenta en el estadio de Nolla 8 con 2/3 de la raíz formada. Después de la erupción de los dientes permanentes, es necesario cerca de 2 a 3 años para que sus raíces se formen completamente. ⁽¹⁵⁾

2.2.9.1. CARACTERÍSTICAS DE LA DENTICIÓN

MIXTA:

ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES:

Generalmente, la dentición mixta empieza con la erupción de los primeros molares permanentes inferiores seguidos de los primeros molares permanentes superiores, alrededor de los 6 años de edad.

Los primeros molares permanentes comienzan su desarrollo en la vida intra-uterina (VIU) y al final de la gestación y en el nacimiento del niño, va a empezar su mineralización. En el tercer año de vida del niño, la corona dental está completamente calcificada.

El espacio necesario para la erupción de los primeros molares permanentes en las arcadas dentarias es el resultado del crecimiento continuo previo en las regiones posteriores donde se encontrarán los segundos molares deciduos.

En el nacimiento del niño, el primer molar permanente inferior se va a localizar prácticamente en la unión del cuerpo con la rama de la mandíbula. En el proceso de aposición (porción posterior) y reabsorción (porción anterior) en la rama vertical de la mandíbula, el primer molar inferior permanente ocupa una posición dentro de la rama horizontal de la mandíbula, con inclinación axial/mesial.

Los primeros molares superiores se presentan inicialmente con la cara oclusal con inclinación hacia distal, con el proceso de erupción, los molares

permanentes van desarrollando un movimiento en dirección hacia el reborde alveolar, con el eje longitudinal en dirección a la cara distal, y va a ir haciendo modificaciones graduales en dirección a los segundos molares deciduos superiores. ⁽¹⁶⁾

CAPITULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
Patología	Patología Pulpar	Pulpitis Irreversible	NOMINAL
		Necrosis Pulpar	
	Patología Periapical	Periodontitis Apical Aguda	NOMINAL
		Periodontitis Apical Crónica	
		Absceso Periapical con Fistula	
		Absceso Periapical sin Fistula	
	Restos Radiculares	Remanente Radicular	NOMINAL
	Caries	Grado 1	ORDINAL
		Grado 2	
		Grado 3	
	Traumatismo	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	NOMINAL
		Lesiones de los tejidos periodontales	
		Lesiones del hueso de sostén	
	Otros	Tratamiento previamente hecho	NOMINAL
Supernumerario			
Persistencia			
Por motivos ortodonticos			
Piezas afectadas	Dentición Decidua	Pieza 5,1	NOMINAL
		Pieza 5,2	
		Pieza 5,3	
		Pieza 5,4	
		Pieza 5,5	
		Pieza 6,1	
		Pieza 6,2	
		Pieza 6,3	
		Pieza 6,4	
		Pieza 6,5	
		Pieza 7,1	
		Pieza 7,2	
		Pieza 7,3	

		Pieza 7,4	
		Pieza 7,5	
		Pieza 8,1	
		Pieza 8,2	
		Pieza 8,3	
		Pieza 8,4	
		Pieza 8,5	
Cantidad de piezas perdidas	Número de Piezas perdidas Historia Clínica	1 Pieza	ORDINAL
		2 Piezas	
		3 Piezas	
		4 Piezas	
		> 5 Piezas	
Edad	Número de años cumplidos según fecha de nacimiento de la Historia Clínica	3 años	ORDINAL
		4 años	
		5 años	
		6 años	
		7 años	
		8 años	
		9 años	
Género	Según Historia Clínica	Masculino	NOMINAL
		Femenino	

CAPITULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Es observacional porque el autor no va a intervenir en la historia clínica y solo se va a limitar en revisarlas y a medir las variables que se definen en el estudio.

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación es de tipo:

- **Observacionales**, debido a que no se realizará intervención en las historias clínicas de los niños que han recibido Tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.
- **Transversal**, debido a que se realizará una sola medición del evento estudiado.
- **Descriptivo**, debido a que solo vamos a describir las características encontradas en la población estudiada.
- **Retrospectivos**, debido a que los datos los recogeremos de historias clínicas sobre hechos sucedidos.

4.3 ÁMBITO DE ESTUDIO

En la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el primer semestre del año 2017.

4.3.1 Unidad de Estudio

54 niños que recibieron tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el Periodo 2017- I y que se les realizaron exodoncias.

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:

54 niños que recibieron tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el Periodo 2017 – I. A los cuales se les observará las mismas variables del estudio.

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Niños que recibieron tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el periodo 2017-I y que se les realizo exodoncias.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con historias clínicas que no cuenten con los datos completos para este estudio.
- Niños a los que no se les realizo exodoncias.
- Niños con habilidades diferentes.

4.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizará todos los trámites y permisos necesarios para la autorización, planeación y ejecución de este proyecto de investigación.

Previa autorización del Doctor Eliseo Gustavo Allasi Tejada; Coordinador de la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna, con el fin de que se le permita al autor el acceso a las Historias Clínicas de los niños que recibieron tratamiento odontológico integral en el Periodo 2017-I.

El autor procederá a revisar las Historias Clínicas, para poder recolectar los datos midiendo las variables del estudio, para ello se elaborará una ficha de recolección de datos la cual será elaborada y adaptada por el autor.

Teniendo en cuenta que se tomara en consideración la cronología de erupción según la ADA, para determinar si la pérdida es prematura o no, con los siguientes rangos de edades:

DIENTES SUPERIORES ERUPCIONAN:

- Incisivo Central: 8 – 12 meses
- Incisivo Lateral: 9 – 13 meses
- Canino: 16 – 22 meses
- Primer molar: 13 – 19 meses
- Segundo molar: 25 – 33 meses

DIENTES SUPERIORES SE CAEN:

- Incisivo Central: 6 – 7 años
- Incisivo Lateral: 7 – 8 años
- Canino: 10 – 12 años
- Primer molar: 9 – 11 años
- Segundo molar: 10 – 12 años

DIENTES INFERIORES ERUPCIONAN:

- Incisivo Central: 6 – 10 meses
- Incisivo Lateral: 10 – 16 meses
- Canino: 17 – 23 meses
- Primer molar: 14 – 18 meses
- Segundo molar: 23 – 31 meses

DIENTES INFERIORES SE CAEN:

- Incisivo Central: 6 – 7 años
- Incisivo Lateral: 7 – 8 años
- Canino: 9 – 12 años
- Primer molar: 9 – 11 años
- Segundo molar: 10 – 12 años

El instrumento de recolección de datos será validado a través de juicio de expertos, quienes respaldan y dan fe de dicha validación, está conformado por 03 cirujanos dentistas, especialistas en Odontopedriatría, mencionados a continuación:

- C.D. Lisset M. Valdivia Barba
Especialista en Odontopediatria y Especialista en Ortodoncia y Ortopedia maxilar. COP: 2299 - RNE: 555
- C.D. Isabel del Rosario Ayca Castro
Especialista en Odontopediatria. COP: 21825 - RNE: 648
- C.D. Yeimy Karem, Ocharan Portugal
Especialista en Odontopediatria. COP: 23023 – RNE: 1877

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la recolección de la información se revisará historias clínicas, se recolectará la información, se usará una base de datos para su procesamiento, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2010.

Para el análisis de los datos procesados se utilizará el programa estadística SPSS para Windows versión 22.0, con el cual se realizan pruebas estadísticas correspondientes con valores proporcionales en tablas de contingencia, frecuencia

.
Los resultados se presentarán en tablas y gráficos estadísticas a fin de dar respuesta al problema y los objetivos en la investigación.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de casos atendidos en la Clínica Odontológica – UPT, periodo 2017-I, según género.

Género	n	%
Masculino	18	43,9
Femenino	23	56,1
Total	41	100,00

Descripción:

En la Clínica Docente Odontológica, durante el Periodo 2017 – I, en el curso de Clínica Integral del Niño, se atendieron un total de 41 casos que presentaron pérdida prematura de diente deciduo; de ellos 23 (56,1%) correspondieron al género femenino, mientras que 18 (43,9%) al género masculino.

Tabla 2. Distribución de Frecuencias de dientes perdidos según Patología.

Causa de pérdida		n dientes perdidos	%
Patología Pulpar	Pulpitis irreversible	0	0,00
	Necrosis pulpar	5	5,1
Patología Periapical	Periodontitis Apical Aguda	0	0,00
	Periodontitis Apical Crónica	0	0,00
	Absceso Periapical con Fístula	3	3,06
	Absceso Periapical sin Fístula	0	0,00
Restos Radiculares	Remanente radicular	65	66,32
Caries	Grado 1	2	2,04
	Grado 2	3	3,06
	Grado 3	14	14,28
Traumatismo	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	2	2,04
	Lesiones de los tejidos periodontales	1	1,02
	Lesiones del hueso de sostén	0	0,00
Otros	Tratamiento previamente hecho	3	3,06
	Supernumerario	0	0,00
	Persistencia	0	0,00
	Por motivos ortodonticos	0	0,00
	Por recambio	0	0,00
Total		98	100,00%

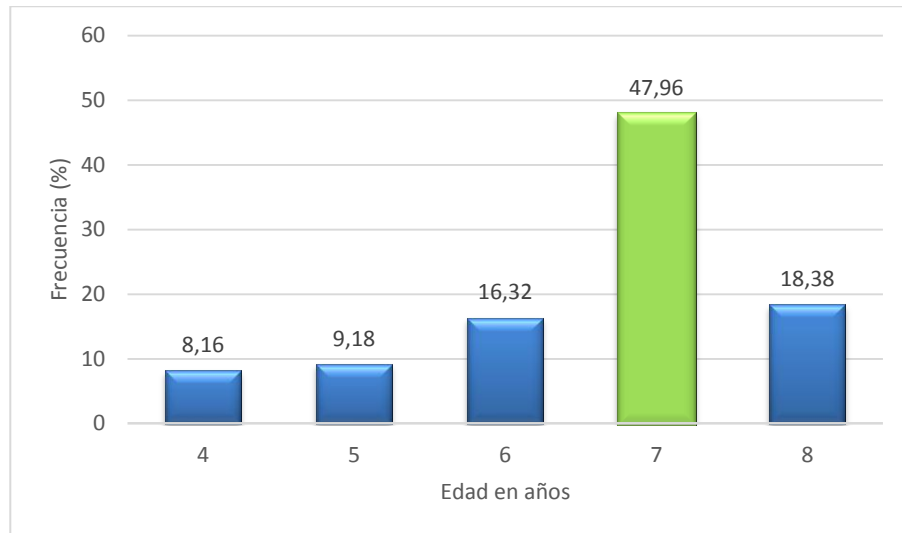
Descripción:

Del total de casos que presentaron pérdida prematura de diente deciduo en la Clínica Docente Odontológica, durante el Periodo 2017 – I, el 66,32% correspondió a pérdidas prematuras de dientes deciduos debido a remanente radicular, siendo la frecuencia más elevada, con una frecuencia bastante menor se identificó a la caries de grado 3 como la segunda causa de pérdida prematura de diente deciduo (14,28%).

Tabla 3. Distribución de frecuencias de dientes deciduos perdidos prematuramente según edad.

Edad	Causa de pérdida		n dientes perdidos	%
4 años	Patología Pulpar	Necrosis pulpar	2	2,04
	Restos Radiculares	Remanente radicular	5	5,1
		Grado 2	1	1,02
5 años	Patología Periapical	Absceso periapical con fístula	1	1,02
	Restos Radiculares	Remanente radicular	4	4,08
	Caries	Grado 1	2	2,04
	Traumatismo	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	1	1,02
		Lesiones de los tejidos periodontales	1	1,02
6 años	Patología Pulpar	Necrosis pulpar	3	3,06
	Patología Periapical	Absceso periapical con fístula	1	1,02
	Restos Radiculares	Remanente radicular	5	5,1
		Caries	Grado 2	2
	Grado 3		4	4,08
	Traumatismo	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	1	1,02
7 años	Patología Periapical	Absceso periapical con fístula	1	1,02
	Restos Radiculares	Remanente radicular	37	37,76
	Caries	Grado 3	8	8,16
	Otros	Tratamiento previamente hecho	1	1,02
8 años	Restos Radiculares	Remanente radicular	14	14,3
	Caries	Grado 3	2	2,04
	Otros	Tratamiento previamente hecho	2	2,04
Total			98	100,00

Gráfico 1. Distribución de frecuencias de dientes deciduos perdidos prematuramente según edad en años.



Descripción:

La Tabla 3 muestra la distribución de frecuencias de pérdidas prematuras de dientes deciduos según la edad en la que ocurrieron. Se puede observar que para la edad de 4, 5 y 6 años la causa de pérdida más frecuente fue el remanente radicular con una frecuencia de 5, 4 y 5 respectivamente (lo que representa el 14,28% de todos los casos). En el grupo de 7 años, se observa la mayor concentración por pérdida prematura de dientes deciduos debido a remanente radicular alcanzando una frecuencia de 37 (37,76%) y en el caso de la edad de 8 años, el mismo diagnóstico se presentó en 14 casos (14,3%). Las edades más afectadas por pérdida prematura de dientes deciduos fueron los 7 y 8 años y en ambos casos la causa más frecuente fue el remanente radicular, representando en conjunto el 52,06% de las ocurrencias reportadas en el grupo estudiado. El gráfico 1 muestra de manera resumida los porcentajes de casos de pérdida prematura de dientes deciduos agrupados por edad, claramente se identifica que la edad de 7 años presentó la mayor frecuencia representando el 47,96% de todas las observaciones, seguido por la edad de 8 años con una frecuencia del 18,38%, el grupo de edad menos afectado fue el de 4 años con un 8,16% de pérdidas prematuras de dientes deciduos.

Tabla 4. Distribución de Frecuencias de pérdida prematura de dientes deciduos según género.

Género	Causa de perdida		n dientes perdidos	%
Masculino	Patología Pulpar	Necrosis pulpar	3	7,14
	Patología Periapical	Absceso Periapical con Fístula	2	4,76
	Restos Radiculares	Remanente radicular	24	57,14
	Caries	Grado 1	0	0,00
		Grado 2	2	4,76
		Grado 3	9	21,42
	Traumatismo	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	0	0,00
		Lesiones de los tejidos periodontales	0	0,00
	Otros	Tratamiento previamente hecho	2	4,76
Total			42	100,00%
Femenino	Patología Pulpar	Necrosis pulpar	2	3,57
	Patología Periapical	Absceso Periapical con Fístula	1	1,78
	Restos Radiculares	Remanente radicular	41	73,21
	Caries	Grado 1	2	3,57
		Grado 2	1	1,78
		Grado 3	5	8,92
	Traumatismo	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	2	3,57
		Lesiones de los tejidos periodontales	1	1,78
	Otros	Tratamiento previamente hecho	1	1,78
Total			56	100,00%

Descripción:

La Tabla 4 muestra la distribución de frecuencias de casos de pérdida prematura de dientes deciduos según género diagnosticados durante el periodo 2017 – I en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna. Se puede observar que para ambos casos la causa más frecuente de pérdida prematura de diente deciduo fue el remanente radicular con un porcentaje del 57,14% (n=24) en el caso de los hombres y del 73,21% (n=41) en el caso de las mujeres. Sin embargo la segunda causa de pérdida prematura de dientes deciduos se comportó de manera contraria, siendo la caries grado 3 se presentó en el 21,42% (n=9) de los casos en el género masculino y solo en el 8,92% (n=5) en el caso del género femenino.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de dientes deciduos perdidos prematuramente según género.

Sexo	Cuadrante	Diente deciduo	n de dientes perdidos	%	
Masculino	Cuadrante I	5.1	2	4,76	
		5.2	1	2,38	
		5.3	2	4,76	
		5.4	8	19,04	
		5.5	1	2,38	
	Cuadrante II	6.1	1	2,38	
		6.2	1	2,38	
		6.3	1	2,38	
		6.4	7	16,6	
		6.5	2	4,76	
	Cuadrante III	7.1	0	0,00	
		7.2	0	0,00	
		7.3	0	0,00	
		7.4	5	12	
		7.5	4	9,52	
	Cuadrante IV	8.1	0	0,00	
		8.2	0	0,00	
		8.3	0	0,00	
		8.4	4	9,52	
		8.5	3	7,14	
	Total			42	100,00
	Femenino	Cuadrante I	5.1	5	8,92
			5.2	0	0,00
			5.3	2	3,6
			5.4	7	12,5
			5.5	4	7,14
		Cuadrante II	6.1	3	5,35
			6.2	0	0,00
6.3			1	1,8	
6.4			8	14,3	
6.5			3	5,35	
Cuadrante III		7.1	0	0,00	
		7.2	0	0,00	
		7.3	1	1,78	
		7.4	6	10,71	
		7.5	5	8,92	
Cuadrante IV		8.1	0	0,00	
		8.2	0	0,00	
		8.3	0	0,00	
		8.4	5	8,92	
		8.5	5	8,92	
Total			56	100,00	

Descripción:

Con referencia a la frecuencia de la pieza más afectada por pérdida prematura, en la Tabla 5 podemos observar que para el género masculino el diente más afectado fue la pieza 5.4 con una frecuencia porcentual del 19,04%, seguido de la pieza 6.4 (16,6%) y la pieza 7.4 (12%); según los datos observados no se distingue una predilección de pérdida prematura de piezas deciduas al considerar el cuadrante afectado (Tabla 5). En el caso del género femenino la pieza más afectada fue la 6.4 lo que representa al 14,3% de los casos observados, seguido por la pieza 5.4 (12,5%) y con porcentajes similares (10,71%) a las piezas 7.4 y 8.5; de igual manera no parece existir algún patrón de predilección en la pérdida prematura de dientes deciduos al considerar el cuadrante en el grupo de las mujeres. No se identificaron pérdidas prematuras que afecten a los dientes anteroinferiores en ambos casos.

DISCUSIÓN

Los dientes deciduos cumplen importantes funciones en nuestro organismo, como por ejemplo: masticación, mantener el espacio y la estimulación del desarrollo maxilar para la correcta erupción de los dientes permanentes; por lo cual la dentición decidua debe permanecer sana y funcional hasta el momento de su recambio. La pérdida prematura de dientes deciduos en cualquier niño puede darse por diferentes causas. Se han realizado estudios en diferentes países para poder determinar las razones por las que se han llevado a cabo las exodoncias. En la mayoría de los estudios como el de Sánchez. G. y Cols ⁽²⁾, Hahan. M. y Cols ⁽⁷⁾, han encontrado que la caries dental es la razón principal compartiendo la misma opinión los autores Bezerra. E. y Cols ⁽⁸⁾, Gómez. G. y Cols ⁽¹¹⁾ y Ortiz. M. y Cols ⁽¹³⁾. Resultados que se acercan a los hallazgos obtenidos por el presente estudio, donde la principal causa de pérdida prematura de dientes deciduos fue los remanentes radiculares, con un total de 65 piezas perdidas (66,32%), hay que tener en cuenta que para que exista un remanente radicular ha podido haber existido previamente caries dental.

Relacionando la pérdida prematura con la edad, varios autores presentan diferentes resultados en sus estudios, como es el caso de Sánchez. G. y Cols ⁽²⁾ que en sus resultados presentó mayor pérdida prematura en el rango de 8 – 9 años de edad, obteniendo resultados similares en los estudios de los autores Murshid. S. y Cols ⁽⁴⁾, Hahan. M. y Cols ⁽⁷⁾ y Ortiz. M. y Cols ⁽¹³⁾ en los cuales presentaron mayor pérdida prematura a la edad de 8 años. A diferencia del autor Villalba. F. y Cols ⁽³⁾ indicaron que el mayor rango de edad con mayor pérdida prematura es 4 – 7 años, compartiendo opiniones similares los autores García. M y Cols ⁽¹⁰⁾ que encontraron mayor frecuencia de pérdida a la edad de 5 años y el autor Huaman. L. ⁽¹²⁾ observó mayor frecuencia de pérdida prematura a la edad de 4 años. El autor Villares. L y Cols ⁽⁶⁾ concluyeron que se encontró mayor frecuencia de pérdida a la edad de 6 – 10 años. En los resultados del presente estudio se muestra que la edad con mayor pérdida prematura fue a los 7 años (47,96%), concordando

con los resultados obtenidos por los autores Bezerra. E. y Cols.⁽⁸⁾ con el rango de edad de 7 – 8 años y Gómez. G y Cols.⁽¹¹⁾ con mayor pérdida prematura en el rango de edad de 7 – 10 años.

En cuanto a la relación que existe entre el género y la pérdida prematura de los dientes deciduos la mayoría de autores como Chacón. C. y Cols. (1) y Sánchez. G. y Cols.⁽²⁾ afirman que el sexo más afectado fue el masculino, coincidiendo con los resultados del autor Kobylinska. A. y Cols.⁽⁵⁾. Los resultados que obtuvimos en el presente estudio demostraron que el sexo femenino estuvo más afectado con un 56,1%, lo que concuerda con Murshid. S., y Cols.⁽⁴⁾, Villares. L. y Cols.⁽⁶⁾ y Ortiz. M. y Cols.⁽¹³⁾ quienes obtuvieron mayor predominancia en el sexo femenino.

De acuerdo a la pieza decidua que con mayor frecuencia se perdió se encontró diversos resultados como el del autor Villalba. F. y Cols.⁽³⁾, Murshid. S. y Cols.⁽⁴⁾, Bezerra. E. y Cols.⁽⁸⁾ y Gómez. G. y Cols.⁽¹¹⁾ que encontraron que los dientes deciduos más extraídos prematuramente fueron los segundos molares deciduos mandibulares (7,5 – 8,5). En otros estudios los autores Hahan. M. y Cols.⁽⁷⁾, Beldiman. M. y Cols.⁽⁹⁾ y Huaman. L.⁽¹²⁾ obtuvieron resultados iguales afirmando que el diente extraído prematuramente con mayor frecuencia fueron los primeros molares deciduos mandibulares del lado izquierdo (7,4). A lo que Kobylinska. A. y Cols.⁽⁵⁾, concluyeron que la pieza que se extrajo con mayor frecuencia fueron los primeros molares maxilares, esto concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que las piezas que presentaron pérdida prematura fueron las piezas 5,4 y 6,4.

CONCLUSIONES

- a) Del total de casos con pérdida prematura de dientes deciduos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna, durante el periodo 2017-I, fue el diagnóstico predominante el remanente radicular con 66,32%, encontrándose en este grupo la frecuencia más elevada.
- b) Se observó una mayor concentración de pérdida prematura en el grupo de 7 años debido a remanente radicular alcanzando una frecuencia de 37 piezas (37,76%)
- c) En la Clínica Docente Odontológica, durante el Periodo 2017 – I, en el curso de Clínica Integral del Niño, se atendieron un total de 41 pacientes que presentaron pérdida prematura de diente deciduo; de ellos 23 pacientes (56,1%) correspondieron al género femenino, mientras que 18 pacientes (43,9%) al género masculino.
- d) En el género masculino la pieza más afectada fue la pieza 5.4 (19,04%), seguido de la pieza 6.4 (16,6%) y la pieza 7.4 (12%); mientras que el caso del género femenino la pieza más afectada fue la 6.4 (14,3%) de los casos observados, seguido por la pieza 5.4 (12,5%) y con porcentajes similares (10,71%) a las piezas 7.4 y 8.5.

RECOMENDACIONES

1. Concientizar a la población, pero sobre todo a los padres o a los responsables de los niños, debemos quitar de la mente de los padres la idea errónea “no hay que restaurar esas piezas, porque después las cambian”, hay que hacerles entender la importancia de conservar la dentición decidua el mayor tiempo posible en la cavidad oral, para que mantengan el espacio para la correcta erupción de los dientes permanentes y así poder evitar problemas futuros.
2. Se requiere continuar con este tipo de estudios a nivel local y nacional, para evaluar la frecuencia de pérdida prematura de dientes deciduos y observar si la población opta por nuevos hábitos que ayuden a poder conservar las piezas deciduas hasta su tiempo de exfoliación.
3. Emplear los resultados del estudio como base para plantear un plan de trabajo en los servicios de atención en salud pública en general, ejecutar programas de educación y prevención de salud bucal orientado no solo a los niños sino también a los padres, informándoles las medidas preventivas que debemos de tener para preservar la dentición decidua.
4. Dar charlas demostrativas tanto para padres y niños con ayuda audiovisual, para que pueda comprender las consecuencias de la mala higiene y puedan cambiar hábitos de higiene, para así evitar la pérdida prematura de dientes deciduos.
5. Brindar información en los controles prenatales para que así la madre tenga conocimiento sobre la importancia de la dentición decidua en la cavidad oral de su hijo.
6. Incluir patologías planteadas en el presente estudio, en el diagnóstico para niños que reciben Tratamiento Odontológico Integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cobos. K.; Roa. J.; Corredor. D.; Schmidt. V.; Quintero. L. Pérdida Temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Rev. Colomb Investig En Odontol. 30 de abril de 2014;5(13):41-8.
2. Sánchez. C.; Moreno. A.; Alvarez. A.;Orozco. L.; Vázquez. L.; Moreno. A. Principales causas de pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 3 a 10 años [Internet]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84614&id_seccion=4703&id_ejemplar=8340&id_revista=306
3. Villalba. N.; Jacquett. N.; Cabañas. A.; Chirife. T. Pérdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un hospital público de la Ciudad de Luque-Paraguay [Internet]. Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-4/>
4. Murshid. S.; Labani. M.; Aldhorae. K.; Rodis . O. Prevalence of early loss of primary teeth in 5–10-year-old school children in Chidambaram town. Contemp Clin Dent. 2012;3(1):27-30.
5. Kobylinska. A.; Borawska. J.; Chojnowska. A.; Janczewska. J.; Turska. A.; Olczak. D. Frequency and causes of premature extractions of deciduous molar teeth – a retrospective study [Internet]. Disponible en: http://www.nstomatologia.pl/wp-content/uploads/2015/04/ns_2015_003-009.pdf#page=1&zoom=auto,-115,747
6. Villares. L.; Rodríguez. C.; Ruiz. D.; Romero. M. Análisis de las causas de exodoncia en la población infantil atendida en una clínica universitaria. Pediatría Aten Primaria. junio de 2016;18(70):73-9.
7. Hasan. M.; Junaid. L.; Syed. M.; Griffin. M.; Muhammad F.; Thobani. A.; Assan. K. Pattern of early loss of deciduous molars & a cross sectional

- study [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.podj.com.pk/Dec_2013/PODJ-25.pdf
8. Bezerra. E.; Nogueira. A. Prevalência de Perdas Dentárias Precoces em Crianças de População Ribeirinha da Região Amazônica [Internet]. 2012. Disponible en: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1080/797>
 9. Beldiman. M.; Maxim. A.; Balan. A. On the frequency and localization of premature loss of temporary teeth in pre-school children from the urban area of Iasi [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.ijmd.ro/articole/146_12%20beldiman.pdf
 10. García. M.; Amaya. B.; Barrios. G. Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Rev Odontológica Los Andes. 2007;2(2):12-6.
 11. Gómez. G.; Pérez. A.; Delis. R. Pérdida temprana de dientes temporales en niños entre cinco y 12 años de edad. Cuba. 2007;20(2)
 12. Huaman. L. Pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 3-9 años de edad sometidos a tratamiento odontológico integral bajo anestesia general en el instituto nacional de salud del niño. Perú. 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3971/1/Huaman_rl.pdf
 13. Ortiz. M.; Godoy. S.; Farias. M.; Mata. M. 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 [Internet]. Perú. 2009. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/>
 14. Boj. Q.; Catala. P.; Garcia. B.; Mendoza. M. Odontopediatria. 2nd ed.: Masson.
 15. Escobar.M. Odontología Pediátrica: Ripano; 2012.

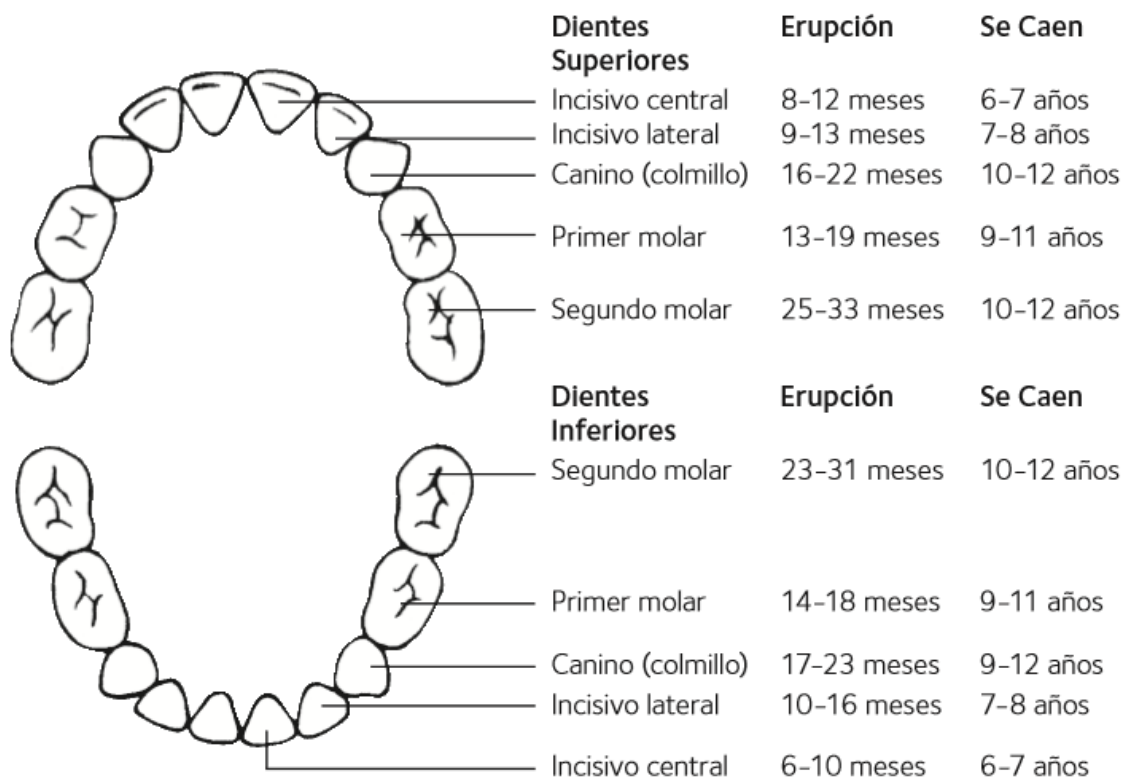
16. Crivello.J.; Guedes.P.; Bonecker.M.; Delgado.R. Fundamentos de Odontología: Odontopediatría: Santos; 2011.
17. Garcia. Y.; Da Silva. L.; Medina. C.; Crespo. O. Efecto de la pérdida prematura de molares primarios sobre la relación horizontal incisiva. Vol 1 N° 1 Enero 2011.
18. Burgueño. L. Estudio de la erupción de los dientes temporales en una muestra de niños de la Comunidad de Madrid. 2014.
19. Reoyo. C. Gran enciclopedia Espasa. 2005. Espasa Calpe. S.A.
20. Davis, J., Law, D. y Lewis, T. An Atlas of Pedodontics (Atlas de Odontopediatría). 2ª ed. Philadelphia-United States of America: WB. Saunders Company. 1981.
21. Arango1. M.; Baena. G. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. Revista estomatológica. 2004.

ANEXO

CRONOLOGIA DE ERUPCIÓN

DENTICIÓN DECIDUA

(ADA)



The diagram illustrates the eruption and shedding schedules for the deciduous dentition (ADA). It shows two rows of teeth: the upper (superiores) and lower (inferiores) arches. Each tooth is labeled with its name, eruption period (in months), and shedding period (in years). The eruption period is the time when the tooth first appears in the mouth, and the shedding period is the time when the tooth is lost.

Dientes Superiores		
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		
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

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

Tacna, 08 de Noviembre de 2017

Señor:

Magister Eliseo Gustavo Allasi Tejada

Coordinador de la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

Ciudad.-

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo y poner de su conocimiento lo siguiente; vengo recabando información para el desarrollo de mi Tesis: **“CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS EN NIÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA EN EL PERIODO 2017-I”** motivo por el que recurro a su despacho a fin de que se sirva autorizar a quien corresponda se me permita el acceso a las Historias Clínicas de los niños que han recibido tratamiento odontológico integral en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna, para los fines antes indicados.

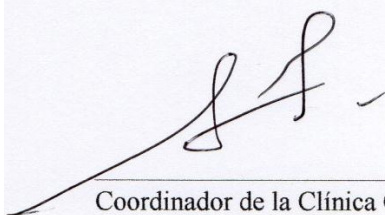
Sin otro en particular, quedo de usted.

Atentamente.

Estéfany M. Flores Querie

D.N.I. N° 70603415

Alumna del 10mo Ciclo de Odontología



Coordinador de la Clínica Odontológica
de la Universidad Privada de Tacna



**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. REFERENCIA

- a. **EXPERTO:** YEIMY KAREM OCHARAN PORTUGAL
- b. **DNI:** 41315496
- c. **ESPECIALIDAD:** ODONTOPEDIATRIA
- d. **CARGO ACTUAL:** CLINICA PRIVADA
- e. **GRADO ACADÉMICO:** POST - GRADO
- f. **INSTRUMENTO:** FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
- g. **INSTITUCIÓN:** CENTRO ODONTOLÓGICO SAN MIGUEL
- h. **LUGAR Y FECHA:** TACNA 25 DE OCTUBRE DEL 2017

2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

Nº	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores		X				
2	Relación indicadores - respuestas		X				
3	Formulación con lenguaje adecuado		X				
4	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
5	Suficiente para medir las variables		X				
6	Facilita la interpretación del instrumento		X				
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología		X				
8	Expresado en hechos perceptibles		X				
9	Secuencia lógica		X				
10	Basado en aspectos teóricos		X				
	TOTAL		40				

Coefficiente de valoración porcentual C = 80%

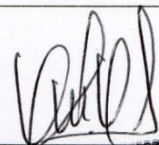
3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Muestra más amplia para tesis retrospectiva.

a. **RESOLUCIÓN**

Aprobado (C ≥ 75%)

Desaprobado (C ≤ 75%)


Yeimy K. Ocharan Portugal
 ODONTÓLOGA DENTISTA COP 23023
 ESP. EN ODONTOPEDIATRÍA RNE 1877



**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. REFERENCIA

- a. **EXPERTO:** CD. ESP. ISABEL DEL ROSARIO AYLA CERVO
- b. **DNI:** 42433205
- c. **ESPECIALIDAD:** ODONTOPEDIATRÍA
- d. **CARGO ACTUAL:** ODONTOLOGA DEL C.S. LA ESPERANZA.
- e. **GRADO ACADÉMICO:** POST GRADO.
- f. **INSTRUMENTO:** FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
- g. **INSTITUCIÓN:** C.S. LA ESPERANZA.
- h. **LUGAR Y FECHA:** TACNA 30-10-17.

2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

Nº	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores		X				
2	Relación indicadores - respuestas		X				
3	Formulación con lenguaje adecuado		X				
4	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
5	Suficiente para medir las variables		X				
6	Facilita la interpretación del instrumento		X				
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología		X				
8	Expresado en hechos perceptibles		X				
9	Secuencia lógica		X				
10	Basado en aspectos teóricos		X				
	TOTAL		40				

Coefficiente de valoración porcentual C =80%.....

3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

a. RESOLUCIÓN

Aprobado (C ≥ 75%)

Desaprobado (C ≤ 75%)


Firma
COP. 21825 RNE 648



**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. REFERENCIA

- a. **EXPERTO:** C.D. Lissett Valdivia Barba
- b. **DNI:** 41101292
- c. **ESPECIALIDAD:** Esp. Odontopediatría, Esp. Ortodoncia y Ort. Maxilar.
- d. **CARGO ACTUAL:** Consultorio Particular - Serente.
- e. **GRADO ACADÉMICO:** Post-Grado.
- f. **INSTRUMENTO:** Ficha de Recolección de Datos.
- g. **INSTITUCIÓN:** Consultorio Dental Risas y Risos
- h. **LUGAR Y FECHA:** TACNA 31-10-17

2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores	X					
2	Relación indicadores - respuestas	X					
3	Formulación con lenguaje adecuado	X					
4	Adecuado para los sujetos en estudio	X					
5	Suficiente para medir las variables	X					
6	Facilita la interpretación del instrumento	X					
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología	X					
8	Expresado en hechos perceptibles	X					
9	Secuencia lógica	X					
10	Basado en aspectos teóricos	X					
	TOTAL	50					

Coefficiente de valoración porcentual C = 100 %

3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

a. **RESOLUCIÓN**

Aprobado (C ≥ 75%)

Desaprobado (C ≤ 75%)


 Firma
 Lissett M. Valdivia Barba
 CIRUJANO DENTISTA
 COP 22979

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Ficha:

Número de Historia Clínica																				
Nombre																				
Edad																				
Género	Femenino																			
	Masculino																			
Fecha de nacimiento																			Pérdida Prematura	
Pieza Perdida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Si	No
Tipo de dentición	Decidua																			
	Mixta																			
Cantidad de piezas perdidas																				

PATOLOGIA PULPAR:

1. Pulpitis Irreversible
2. Necrosis Pulpar

PATOLOGIA PERIAPICAL:

3. Periodontitis Apical Aguda
4. Periodontitis Apical Crónica
5. Absceso Periapical con Fistula
6. Absceso Periapical sin Fistula

RESTOS RADICULARES

7. Remanente Radicular

CARIES:

8. Grado 1
9. Grado 2
10. Grado 3

TRAUMATISMO:

11. Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa
12. Lesiones de los tejidos periodontales
13. Lesiones del hueso de sostén

OTROS:

14. Tratamiento previamente hecho
15. Supernumerario
16. Persistencia
17. Por motivos ortodonticos
18. Por recambio



**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. REFERENCIA

- a. **EXPERTO:**
- b. **DNI:**
- c. **ESPECIALIDAD:**
- d. **CARGO ACTUAL:**
- e. **GRADO ACADÉMICO:**
- f. **INSTRUMENTO:**
- g. **INSTITUCIÓN:**
- h. **LUGAR Y FECHA:**

2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores						
2	Relación indicadores - respuestas						
3	Formulación con lenguaje adecuado						
4	Adecuado para los sujetos en estudio						
5	Suficiente para medir las variables						
6	Facilita la interpretación del instrumento						
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología						
8	Expresado en hechos perceptibles						
9	Secuencia lógica						
10	Basado en aspectos teóricos						
	TOTAL						

Coeficiente de valoración porcentual C =

3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

a. **RESOLUCIÓN**

Aprobado (C ≥ 75%)

Desaprobado (C ≤ 75%)

Firma