



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños (3 -9 años) del cantón El Guabo, Enero – Junio 2014

AUTORA:

Guerra Espadero Paula Andrea

**Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de
ODONTÓLOGA**

TUTORA:

Amado Schneider Adriana Rocío

Guayaquil, Ecuador

2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **PAULA ANDREA GUERRA ESPADERO**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **ODONTÓLOGA**.

TUTORA

DRA. ADRIANA ROCIO AMADO SCHNEIDER

REVISOR(ES)

Dr.

Dr.

Dr.

DIRECTOR DE LA CARRERA

JUAN CARLOS GALLARDO BASTIDAS

Guayaquil, a los 2 días del mes de Octubre de 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Paula Andrea Guerra Espadero

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños (3 -9 años) del cantón El Guabo, Enero – Junio 2014** previa a la obtención del Título de **ODONTÓLOGA**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 2 días del mes de Octubre de 2014

LA AUTORA

Paula Andrea Guerra Espadero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
AUTORIZACIÓN**

Yo, **Paula Andrea Guerra Espadero**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños (3 -9 años) del cantón El Guabo, Enero – Junio 2014**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 2 días del mes de Octubre de 2014

LA AUTORA:

Paula Andrea Guerra Espadero

AGRADECIMIENTO

Agradezco por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

Dios por la vida, por darme la fuerza necesaria y perseverancia para culminar mi carrera universitaria. A mis padres por su tenaz lucha y esfuerzo para que finalice mis estudios. A mi esposo por su amor, ayuda constante y apoyo para terminar mi trabajo de titulación. A mi hijo por su inocente sonrisa que me motivaron a seguir adelante y no rendirme nunca. A la Dra. Adriana Amado por ser mi guía en la elaboración de este trabajo, gracias por su persistente ayuda. A la Dra. María Angélica Terreros por su ayuda incondicional. A la universidad por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de superarnos y ser profesionales de la patria. Al ingeniero Diego Sánchez quien contribuyó a la elaboración de mi trabajo. A mis profesores quienes nos impartieron sus conocimientos a lo largo de nuestra carrera universitaria, gracias.

Paula Andrea Guerra Espadero

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de titulación a Dios por estar conmigo y no desampararme nunca.

A mis padres, a mi hermano, por ser el pilar fundamental en mis estudios y en mi vida personal, de ellos aprendí que la vida está llena de obstáculos y la batalla para atravesarlos es dura pero al final siempre estará la recompensa.

A mi esposo, a mi hijo por ser mi vida entera y el motivo por no desmayar en la búsqueda de mis objetivos, por enseñarme que habrá tropezones pero al pasarlos te harás más fuerte y valerosa.

A ustedes y por ustedes este trabajo, los amo.

Paula Andrea Guerra Espadero

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. ADRIANA ROCÍO AMADO SCHNEIDER

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

DRA. ADRIANA ROCIO AMADO SCHNEIDER

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

PROFESOR DELEGADO

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	vii
CALIFICACIÓN	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xiv
ÍNDICE DE TABLAS	xvi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xvii
ÍNDICE DE ANEXOS	xviii
RESUMEN	xix
ABSTRACT	xx
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	2
1.2 Objetivos	2
1.2.1 Objetivo general	2
1.2.2 Objetivos específicos	2
1.3 Hipótesis	3
1.4 Variables	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Dentición primaria o decidua	4
2.1.1 Erupción y exfoliación de dientes primarios	4
2.1.1.1 Fases eruptivas	4
2.1.1.1.1 Fase preeruptiva	5
2.1.1.1.2 Fase eruptiva prefuncional	5

2.1.1.1.3 Fase eruptiva funcional	6
2.1.1.2 Mecanismo eruptivo	6
2.1.1.3 Exfoliación de dientes primarios	7
2.1.2 Desarrollo de la dentición primaria	8
2.1.2.1 Edad de erupción de los dientes primarios	8
2.1.2.2 Cronología del desarrollo	8
2.2 Desarrollo de la dentición permanente	9
2.2.1 Cronología de la dentición permanente	9
2.2.1.1 Erupción	10
2.2.2 Épocas y características de la erupción de los dientes permanente	11
2.2.2.1 Época dentaria seis años	11
2.2.2.2 Época dentaria siete años	12
2.2.2.3 Época dentaria ocho años	13
2.2.2.4 Edad dentario nueve-diez años	13
2.2.2.5 Edad dentaria once años	14
2.2.2.6 Edad dentaria doce años	14
2.3 Oclusión	15
2.3.1 Definición	15
2.3.2 Tipos de maloclusión según Angle	16
2.3.2.1 Clase I	16
2.3.2.2 Clase II	17
2.3.2.3 Clase III	17
2.3.3 Cambios en la oclusión y posición de la dentición primaria después de la erupción	18
2.3.4 Forma y tamaño de los arcos	19
2.3.5 Perímetro del arco dentario	20
2.3.5.1 Definición	20
2.3.5.2 Disminución natural del perímetro	20

del arco en la dentadura primaria	
2.3.5.3 Disminución de la longitud del arco	21
en el maxilar superior en dentición primaria mixta	
2.3.5.4 Disminución de la longitud del arco en el	22
maxilar inferior en dentición primaria mixta	
2.3.5.5 Relación entre caries y mala oclusión	22
2.3.5.6 Repercusiones de extracciones prematuras	23
en la oclusión	
2.4 Pérdidas prematuras	24
2.4.1 Definición	24
2.4.2 Indicaciones de extracción en dientes temporales	24
2.4.3 Causas de pérdida prematuras en dientes primarios	25
2.4.4 Consecuencias de la pérdida prematura	25
2.4.5 Consecuencias de la extracción prematura del primer	27
molar temporal	
2.4.6 Consecuencias de la extracción prematura del	28
segundo molar temporal	
2.4.7 Pérdida de dos o más molares primarios	28
2.4.8 Diagnóstico asociado a la extracción de molares	29
temporarios	
2.4.8.1 Caries dental	29
2.4.8.1.1 Concepto	29
2.4.8.1.2 Etiología	31
2.4.8.1.3 Caries dental en los dientes deciduos	32
2.4.8.1.4 Caries en dentición mixta	32
2.4.8.2 Necrosis pulpar	33
2.4.8.3 Resto radicular	34
2.4.8.4 Patología pulpar	35
2.4.8.4.1 Pulpitis reversible o hiperemia	35

2.4.8.4.2	Pulpitis aguda	36
2.4.8.4.3	Pulpitis crónica	36
2.4.8.5	Abceso Periapical	37
2.4.8.6	Anomalia de posición	38
2.5	Tratamiento	38
2.5.1	Recuperador de espacio	38
2.5.1.1	Función	38
2.5.1.2	Indicaciones	39
2.5.1.3	Contraindicación	39
2.5.2	Mantenedor de espacio	40
2.5.2.1	Función	40
2.5.2.2	Indicaciones	41
2.5.2.3	Contraindicaciones	42
3.	MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1	Materiales	43
3.1.1	Lugar de la investigación	43
3.1.2	Período de la investigación	43
3.1.3	Recursos empleados	43
3.1.3.1	Recursos humanos	43
3.1.3.2	Recursos físicos	43
3.1.4	Universo	44
3.1.5	Muestra	44
3.1.5.1	Criterios de inclusión	44
3.1.5.2	Criterios de exclusión	45
3.1.5.3	Criterios de eliminación	45
3.2	Métodos	45
3.2.1	Tipo de investigación	45
3.2.2	Diseño de investigación	45
3.2.2.1	Procedimientos	45

3.2.2.2 Análisis estadístico	46
4. RESULTADOS	47
4.1 Distribución de pacientes por edad y género	47
4.1.1 Distribución de pacientes por edad	47
4.1.2 Distribución de pacientes por género	48
4.2 Pieza que más frecuentemente ha sido extraída	49
4.3 Causa principal de extracción de los molares temporales	50
4.4 Tratamiento indicado para la pérdida prematura de molares temporarios	51
4.4.1 Uso de mantenedores de espacio	51
4.4.2 Uso de recuperadores de espacio	52
4.5 Afección en la oclusión por la pérdida prematura de molares temporarios	53
4.5.1 Relación molar del lado normal	53
4.5.2 Relación molar del lado de la extracción	54
4.5.3 Línea media superior desviada hacia el lado de la extracción	55
4.5.4 Línea media inferior desviada hacia el lado de la extracción	56
4.5.5 Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción	57
4.6 Comparación del promedio de resultados de extracción en años según el estudio y promedio normal	58
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1 Conclusiones	60
5.2 Recomendaciones	61
6. BIBLIOGRAFÍA	62
7. ANEXOS	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1	Erupción pieza dentaria y oblicuidad de las fibras periodontales	4
Figura2	Erupción dentaria y su asociación con las fibras colágenas	6
Figura3	Primeras etapas de erupción de dientes primarios	8
Figura4	Erupción de primeros molares primarios	9
Figura5	Cronología de la dentición permanente	10
Figura6	Premolar erupcionado con solo el inicio de la formación radicular	11
Figura7	Dirección de erupción en molares maxilares y mandibulares	12
Figura8	La etapa del “patito feo”	12
Figura9	Vista palatina. Erupción de incisivos maxilares	13
Figura10	Zona de sostén: canino y molares primarios	14
Figura11	Últimas fases del recambio	15
Figura12	Vista anterior de la oclusión normal	16
Figura13	Maloclusión Clase I	16
Figura14	Maloclusión Clase II	17
Figura15	Maloclusión Clase III	18
Figura16	Prognatismo maxilar inferior	18
Figura17	Relación de planos poslácteos vis a vis	19
Figura18	Perímetro del arco	20
Figura19	Longitud clínica del arco	21
Figura20	Presencia de caries que afecta la cara mesial del #75	23
Figura21	Disminución de longitud del arco por pérdida prematura del #85	26
Figura22	Queratinización de la mucosa	26
Figura23	Etapas de erupción de un molar permanente y su influencia en la pérdida de espacio	27
Figura24	Migración del primer molar permanente	28

Figura25	Pérdida prematura múltiples en dientes primarios	29
Figura26	Streptococcus mutans	30
Figura27	Caries Dental	30
Figura28	Etiología de la caries	31
Figura29	Caries de biberón	32
Figura30	Caries en dentición mixta	33
Figura31	Microbiología de una necrosis pulpar	34
Figura32	Microbiología de una pulpitis aguda	36
Figura33	Pulpitis crónica total	37
Figura34	Recuperador de espacio en silla de montar	39
Figura35	Mantenedor Fijo	40
Figura36	Mantenedor de espacio removible	41

ÍNDICE TABLAS

Tabla N°1	Distribución de pacientes por edad	47
Tabla N°2	Distribución de pacientes por género	48
Tabla N°3	Frecuencia de la pieza más extraída	49
Tabla N°4	Causa principal de extracción	50
Tabla N°5	Tratamiento indicado para la pérdida prematura de molares temporarios: mantenedores de espacio	51
Tabla N°6	Tratamiento indicado para la pérdida prematura de molares temporarios: recuperadores de espacio	52
Tabla N°7	Relación Molar del lado normal	53
Tabla N°8	Relación Molar del lado de la extracción	54
Tabla N°9	Línea media superior desviada hacia el lado de la extracción	55
Tabla N°10	Línea media inferior desviada hacia el lado de la extracción	56
Tabla N°11	Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción	57
Tabla N°12	Comparación del promedio de resultados de extracción en años según el estudio y promedio normal	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1	Distribución de pacientes por edad	48
Gráfico N°2	Distribución de pacientes por género	48
Gráfico N°3	Frecuencia de la pieza más extraída	50
Gráfico N°4	Causa principal de extracción	51
Gráfico N°5	Tratamiento indicado para la pérdida prematura de molares temporarios: mantenedores de espacio	52
Gráfico N°6	Tratamiento indicado para la pérdida prematura de molares temporarios: recuperadores de espacio	53
Gráfico N°7	Relación Molar del lado normal	54
Gráfico N°8	Relación Molar del lado de la extracción	54
Gráfico N°9	Línea media superior desviada hacia el lado de la extracción	55
Gráfico N°10	Línea media inferior desviada hacia el lado de la extracción	56
Gráfico N°11	Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción	57
Gráfico N°12	Comparación del promedio de resultados de extracción en años según el estudio y promedio normal	59

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°1	Ficha Pediátrica	67
Anexo N°2	Consentimiento Informado	69
Anexo N°3	Solicitud de autorización al Hospital Básico Área #3	71
Anexo N°4	Certificado de realización de estudio por parte del hospital	73
Anexo N°5	Tabla consolidada de datos	74

RESUMEN

Problema: La pérdida prematura de molares temporales repercutirá en la dentición permanente y traerá una mala oclusión. En la actualidad poca es la importancia que se le da a la dentadura temporal, es por esto que es necesario intervenir en este grupo de población infantil. **Propósito:** Determinar la incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños que asisten al hospital del cantón El Guabo y establecer las alteraciones que éstas producen en la oclusión. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo retrospectivo y prospectivo en niños de 3 - 9 años que asistieron al Hospital del cantón el Guabo Enero - Junio de 2014 (n=100) donde se determinó la causa principal de extracción, la pieza más frecuentemente extraída, a que género y edad afectó más, como altera la oclusión y tratamiento recomendado tras la pérdida. **Resultados:** La causa principal de las extracciones fue por necrosis pulpar (44%), la pieza más frecuentemente extraída fue la #84 (18%), afectó más al género masculino(69%), repercutió más a los 8 años(29%) y respecto a la oclusión la mayoría de niños tuvo clase I (92%), el 39% tuvo desviación de la lms y el 16% tuvo desviación de la lmi, se recomendó el uso de mantenedores de espacio(95%)y retenedores(5%). **Conclusión:** La mayor causa de extracción fue por necrosis pulpar, la pieza más extraída fue la #84 y la edad que más afectó fue 8 años, repercutió más en hombres y no tuvo significancias relativas en la oclusión. **Recomendaciones:** En próximas investigaciones la muestra se realice con niños mayores de 5 años, debajo de esta edad son poco colaboradores y no son frecuentes extracciones prematuras; si se va a realizar un estudio sobre repercusiones de extracciones prematuras en oclusión se desarrolle en mayor tiempo para dar seguimiento y apreciar los cambios.

Palabras Claves: extracciones prematuras, causas de extracciones, frecuencia de extracciones, molares temporales comprometidos, dientes temporales, maloclusión.

ABSTRACT

Issue: The premature loss of temporal molars affects permanent teething and will result in malocclusion. Currently, is not much the importance given to temporal dentition. Therefore it is needed to target the infant group population. **Purpose:** Determine the effect of premature loss of temporal molars in children who visit canton of Guabo hospital and establish the alteration that these produce in occlusion. **Equipment and Methods:** A descriptive study of retrospective and prospective type was made in children ages 3 – 9 who attended Hospital canton of Guabo from January until June 2014 (n=100) where it was established the main cause of extractions, the piece most frequently extracted, most affected gender and age, how occlusion is affected and the recommended treatments after the loss. **Results:** It was determine that the main cause of premature extractions was due to necrosis of the dental pulp in a 44%, the most frequent extracted piece was #84 with a 18%, it affected the male gender with a 69% than compared with the female gender, affected more during the 8th year of age with a 29% and in relation to occlusion the majority of children had class I (92%), the 39% had a deviation in the upper middle line(lms) meanwhile the 16% had deviation in the lower middle line (lmi), the use of teeth room keeper was recommended more with a 95% compared to only 5% who had to use a retainer. **Conclusion:** The main cause of premature extractions was necrosis of the dental pulp, the piece extracted the most was #84, and the most affected age was 8 year old, it affected more the male gender and didn't have relative significance in occlusion. **Recommendation:** In future research there should be counted children 5>year old, due to children under the age of 5 are less cooperative and premature extraction are less frequent. Finally, if research will be made about repercussions of premature extractions in occlusion, the research time should be longer so changes within time can be appreciated more.

Keywords: premature extractions, extraction causes, extractions frequency, risky temporal molars, temporal teeth, malocclusion.

INTRODUCCIÓN

La odontología ha modificado constantemente sus procedimientos y técnicas, prevenir es la opción número uno en la actualidad.¹

La dentición en las personas se lleva a cabo de dos maneras, la temporal o primaria y la permanente o secundaria. Lo ideal es que la dentición primaria se conserve hasta el momento del recambio para que se mantenga el espacio que necesitaran los dientes definitivos para erupcionar. Si no sucede esto, lo más probable es que se genere pérdida del equilibrio dentario, extrusión del diente antagonista, vicios perniciosos con la lengua, que se acorte la longitud del arco debido a la mesialización de la pieza posterior y distalización de la pieza anterior al espacio edéntulo, tratamientos protésicos tempranos, lo cual reflejaría un desequilibrio en el sistema estomatognático y por consecuente maloclusión.¹

Cuando se genera una pérdida prematura de molares temporales se produce un fracaso en la protección del espacio durante el crecimiento y desarrollo normal lo que pone en peligro la existencia de una norma oclusión en la dentición definitiva.²

Un estudio realizado por Marín (2001) y citado por Valerio (2003), da a conocer un porcentaje de pérdidas prematuras en molares primarios de un 86,96% en niños de 5 a 9 años que fueron atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Americana Managua-Nicaragua durante el año de 1998-2000.³

El propósito principal de mi estudio será determinar la incidencia de pérdida prematura de molares temporales de los niños que acudieron al hospital del cantón el Guabo por este problema durante el mes de Enero 2014 hasta Abril del mismo año y revisión clínica de niños del 15 de Mayo al 15 de Junio de 2014.

1.1 Justificación

La dentición primaria desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la longitud del arco, la pérdida ocasionada antes de tiempo establece una causa local de anomalía adquirida de oclusión; el desconocimiento por parte de padres e hijos sobre las consecuencias que genera la falta de un diente extraído prematuramente, además la alta concurrencia de niños que van a consulta odontológica al hospital del cantón el Guabo por este problema y lo más importante la falta de estadísticas en el cantón sobre este tema que cada día va en aumento, consideré importante realizar un estudio acerca de la incidencia de la pérdida prematura de molares temporarios y socializar sus resultados.

1.2 Objetivos:

1.2.1 Objetivo general:

Determinar la incidencia de la pérdida prematura de molares temporarios y alteraciones de la oclusión en niños entre 3 y 9 años que acuden al hospital del cantón El Guabo provincia El Oro de Enero a Junio de 2014.

1.2.2 Objetivos específicos:

- 1.- Establecer la causa principal para la extracción prematura de molares temporales.
- 2.- Determinar la pieza dentaria con el porcentaje más alto de extracción prematura.
- 3.-Evaluar cómo altera la oclusión la pérdida prematura de un molar temporario.
- 4.- Clasificar los tratamientos preventivos y correctivos asociados a la pérdida de un molar temporario.

1.2 Hipótesis

La pérdida prematura de molares temporales no altera la oclusión en el momento de la extracción, sino después de los primeros meses de la misma.

1.3 Variables

Variable dependiente:

-Extracción prematura: Extraer el diente de su alveolo antes del tiempo indicado.

Variable independiente:

-Alteraciones de la oclusión: Son factores q alteran la oclusión y desvían la mismas. Esta variable se la dimensionará a través de:

Relación molar del lado normal: Clase I, Clase II y Clase III

Relación molar del lado de la extracción: Clase I, Clase II y Clase III

Línea media superior: Desviada hacia el lado de la extracción Si, No

Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción: Si, No

Reducción de la dimensión mesiodistal de zona de extracción: Si, No

Variables interviniente:

Tiempo de vida del paciente: Edad al momento de la consulta. (3 – 9 años).

Sexo: Características morfológicas de acuerdo al género

Uso de recuperador de espacio: Si, No

Uso de mantenedor de espacio: Si, No

MARCO TEÓRICO

2.1 Dentición primaria o decidua

2.1.1 Erupción y exfoliación de dientes primarios

La erupción dental es un fenómeno complejo que da lugar al movimiento de un diente a través del hueso alveolar y la mucosa para emerger en la cavidad bucal. Clínicamente, se manifiesta cuando se observa directamente la parte de la corona que ha perforado la mucosa.⁴

Esto se inicia cuando concluye la formación coronaria o cuando comienza la formación radicular. El diente comienza un viaje a través de diversos entornos, que termina de modo solo aparente cuando se encuentra con piezas dentarias del arco opuesto.⁴

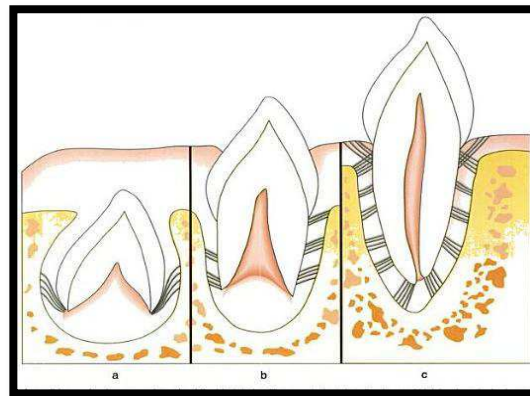


Figura1.-A medida que la pieza erupciona, la oblicuidad de las fibras periodontales disminuye. Al inicio, de apical a la cresta alveolar (a) hasta nivelarse con ella (b); finalmente hay diferenciación de la dirección de los haces fibrilares, con trayectorias asociadas a su función (c).

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.1.1.1 Fases eruptivas

Existen tres fases que permiten describir los movimientos y características eruptivas de un diente:

-Fase preeruptiva

-Fase eruptiva prefuncional o fase eruptiva

-Fase eruptiva funcional o fase poseruptiva

2.1.1.1.1 Fase preeruptiva

En esta fase el desarrollo esquelético de los maxilares se da mediante los procesos de desplazamiento y migración, esto se consigue mediante crecimiento corporal y excéntrico, en esta primera etapa los maxilares están aumentados en ancho, alto y largo. Los dientes deciduos se mueven entonces en dirección vestibular y oclusal, la dirección del crecimiento de la cara y los procesos alveolares. Al mismo tiempo los dientes anteriores se mueven hacia mesial y los molares hacia distal.⁴

Los gérmenes de la dentición permanente se desarrollan por lingual y cerca del nivel incisal u oclusal de sus predecesores primarios. Al final de la fase preeruptiva se los encuentra por lingual del tercio apical de los incisivos primarios, mientras los premolares se ubican en la zona radicular de los molares primarios, como resultado del cambio de posición de estos últimos.⁴

2.1.1.1.2 Fase eruptiva prefuncional o fase eruptiva

Una vez que se haya iniciado la formación radicular es señal del comienzo de la erupción de la pieza dentaria, junto con la formación de la raíz, pero sin real relación con ella; el diente se dirige hacia el encuentro de su oponente oclusal.⁴

Cuando el diente entra en función, requiere aproximadamente 1 a 1,5 años completar la raíz en dientes primarios y 2 a 3 años en caso de dientes permanentes. Pueden describirse algunas sintomatologías, ninguna de las cuales debe comprometer respuestas sistémicas; pues lo normal son únicamente cambios locales y manifestaciones ocasionales de irritabilidad y aumento de secreción salival.⁴

2.1.1.1.3 Fase eruptiva funcional o fase poseruptiva

Esta etapa se inicia cuando los dientes antagónicos establecen contacto y continúa durante toda la vida del diente. En etapas tempranas el movimiento eruptivo es esencial para mantener el contacto, compensando el crecimiento de la cara y los maxilares. Cuando el crecimiento se estabiliza, en la misma medida en que se establece la posición dentaria, se producen maduraciones estructurales en el ligamento periodontal, y se remodela consecuentemente el tejido óseo-alveolar.⁴

El desgaste de dientes primarios y permanentes es compensado igualmente por erupción, que además de movimiento vertical expresa los cambios sagitales conocidos como migración mesial.⁴

2.1.1.2 Mecanismo eruptivo

Este fenómeno no está claramente establecido, aunque el factor más vinculado parece ser la actividad metabólica a nivel del ligamento periodontal.⁴

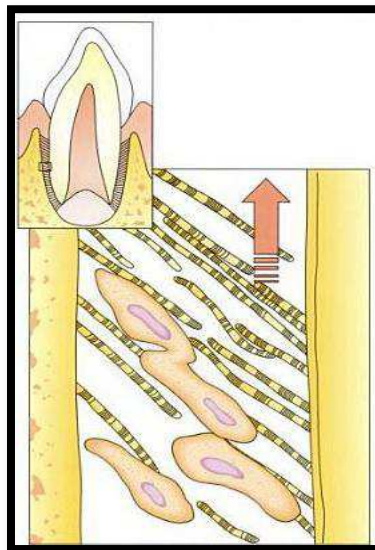


Figura2.-La erupción dentaria está asociada, entre otros factores, principalmente a la formación y maduración de fibras colágenas.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

En el momento que la corona emerge, puede erupcionar a un ritmo de 1-2mm mensuales hasta la etapa funcional. En la dentición permanente, el diente erupciona típicamente alrededor de 4mm en catorce semanas (1,1mm/mes), pero la velocidad de la dentición temporal no está claramente establecida.⁴

En la dentición decidua se ha observado que desde el periodo del aumento local de volumen, lo que sugiere erupción inminente, hasta la exposición de un cuarto de la altura total de la corona, combinando todos los grupos, transcurren aproximadamente dos meses. En las primeras etapas, antes de la perforación de la mucosa, se observa enrojecimiento, lo cual sugiere hiperemia posiblemente asociada al aumento transitorio de irrigación en la región, al mismo tiempo que degenera el tejido conectivo entre la mucosa bucal y el epitelio reducido del órgano del esmalte.⁴

2.1.1.3 Exfoliación de dientes primarios

Este fenómeno fisiológico, se manifiesta con una progresiva reabsorción radicular que termina con la caída del diente.⁴

La trayectoria eruptiva de los dientes permanentes determina el patrón y la velocidad de esta reabsorción radicular. En todos los sitios donde hay contacto entre dientes permanentes y raíces de predecesoras primarios se observa una diferenciación celular asociada a la reabsorción; estas células son posiblemente los osteoclastos, pero su dominación de odontoclastos aparece por su papel en la destrucción de tejidos dentarios. Se las encuentra en la superficie radicular para reabsorber cemento y dentina y posteriormente en el interior de los conductos radiculares y la cámara pulpar para reabsorber la corona.⁴

Se han descrito posibles causas de exfoliación entre ellas:

- Presión eruptiva de la pieza permanente.
- Aumento de fuerzas oclusales por el crecimiento de estructuras esqueléticas y masa muscular masticatoria.

- Debilitamiento de los tejidos de soporte por reabsorción y modificación del alveolo, y del ligamento periodontal.

Cabe recalcar que según algunos estudios realizados las niñas terminan todo el proceso de exfoliación antes que los niños.⁴

2.1.2 Desarrollo de la dentición primaria

2.1.2.1 Edad de erupción de los dientes primarios

La dentición primaria comienza su erupción clínica alrededor de los seis meses y está completa aproximadamente a los tres años, los dos con amplias variaciones, cabe recalcar que en el momento del nacimiento, las coronas de los dientes caducos se hallan casi completamente desarrolladas. El fenómeno de erupción puede ocasionar trastornos localizados, aumento en la salivación e irritación, en ningún caso patología severa como trastornos gastrointestinales o fiebre alta.^{4, 5}

2.1.2.2 Cronología del desarrollo

Las primeras piezas en erupcionar y mostrar contacto oclusal son los incisivos, en el curso del primer año de vida.⁴



Figura3.- Primeras etapas de erupción de dientes primarios.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

A continuación del grupo incisivo, aparecen los primeros molares, de los cuales el molar inferior está ubicado en una posición ligeramente adelantada en relación con el molar maxilar.⁴

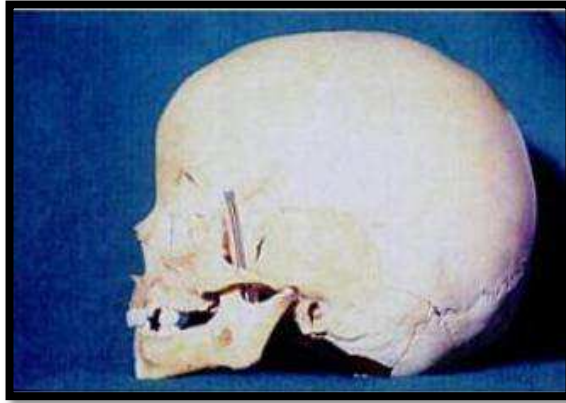


Figura4.- Erupción de primeros molares primarios. La oclusión empieza a tener referentes dentarios más sólidos.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

Luego alcanzan la oclusión los caninos; en circunstancias ideales hay un espacio por mesial del canino maxilar y por distal del canino opuesto; este espacio, llamado primate, es un reservorio para compensar el déficit de espacio regional al momento del cambio por incisivos permanentes.⁴

Los últimos dientes en erupcionar son los segundos molares, en una primera fase ligeramente separados de los primeros molares; sin embargo, rápidamente entran en contacto con su cara distal.⁴

2.2 Desarrollo de la dentición permanente

2.2.1 Cronología de la dentición permanente

Hay secuencia rígida de eventos, posiblemente bajo control genético, que se dan durante la formación de las piezas dentarias. Existen factores ambientales que intervienen, los determinantes genéticos controlan las

características generales del proceso. Las tablas de erupción sirven para hacer estimaciones en caso de desviaciones notables de la normalidad, que es con más frecuencia un rango que un punto.⁴

	<i>Germen</i>	<i>Inic. mineral.</i>	<i>Corona completa</i>	<i>Erupción</i>	<i>Raíz completa</i>
Incisivos	30 semanas i.u.	3-4 m (Lat. max. 10-12m)	4-5 años	Mand. 6-8 a Max. 7-9 a	2-3 años después de la erupción
Caninos		4-5 m	6-7 años	Mand. 9-10 a Max. 11-12 a	
Premolares		1,5-2,5 años	5-7 años	10-12 a	
1 ^{er} molar	24 semanas i.u.	Nacimiento	2,5-3 años	6-7 a	
2 ^o molar	6 ^o mes	2,5-3 años	7-8 años	11-13 a	
3 ^o molar	6 ^o año	7-10 años	12-16 años	17-21 a	

Figura5.- Tabla de la cronología de la dentición permanente.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.2.1.1 Erupción

Existen trastornos mecánicos que pueden alterar la erupción pues hay evidencias de erupción prematura de premolares en casos de lesiones periapicales, pulpitis y pulpotomías de los antecesores primarios, hay posibilidad de que la extracción de un molar primario provoque aceleración de la erupción del premolar respectivo, si este se encontraba en el inicio de su erupción y también lo contrario hay un retardo si la exodoncia ocurre cuando éste tiene su corona incompletamente formada.⁴



Figura6.- Premolar erupcionado con solo el inicio de la formación radicular. La aceleración está asociada a la exodoncia del predecesor, con pérdida de hueso de soporte por infección local.

Fuente: Bordoni N.et al. 2010.⁴

En cuanto a las condiciones locales de espacio como apiñamientos primarios, o patologías locales, como quistes o anquilosis dentarias, pueden detener o demorar la erupción de una determinada pieza dentaria. Hay factores con una amplia variabilidad, hay diferencias sexuales, las niñas erupcionan sus dientes permanentes aproximadamente cinco meses antes que los niños.⁴

2.2.2 Épocas y características de la erupción de los dientes permanentes

Estas edades dentarias no tienen que coincidir exactamente con las edades cronológicas aunque pueden relacionarse la una con la otra en un número considerable de niños.⁴

2.2.2.1 Época dentaria seis años

En esta etapa erupcionan los primeros molares, llamados también “el molar de los seis” y también hacen aparición los incisivos centrales mandibulares permanentes.⁴

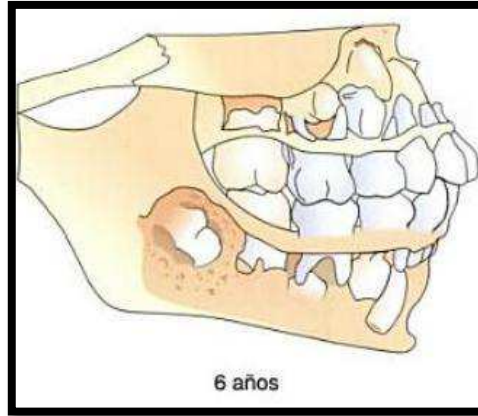


Figura7.- La dirección de la erupción es diferente en los molares mandibulares y maxilares. En los primeros es oblicua hacia arriba y adelante. En los segundos es más bien un movimiento pendular descendente en la tuberosidad.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.2.2.2 Época dentaria siete años

En esta época hacen erupción los incisivos centrales de la maxila y el incisivo lateral mandibular; existe aproximadamente un año de lapso entre los sucesos de la edad seis y ésta. Según Broadbent aquí se describe la edad del “patito feo”, ya que los nuevos dientes son más grandes, menos blancos que los primarios, separados y divergentes, no armonizan con una cara aun pequeña.⁴



Figura8.- La etapa del “patito feo”, un periodo transitorio de desarmonía de forma, color y posición.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.2.2.3 Época dentaria ocho años

En esta etapa se dá el primer periodo de reemplazo de fórmula primaria por permanente; su representación característica es la erupción del incisivo lateral maxilar.⁴

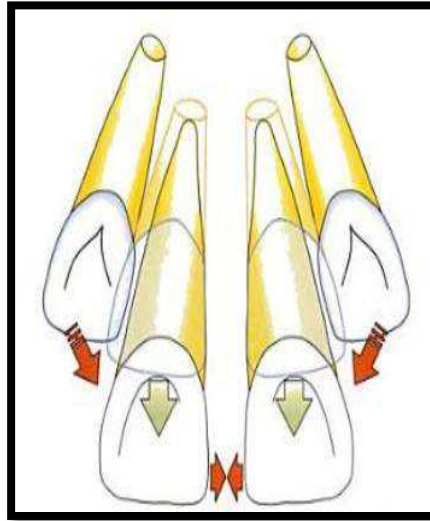


Figura9.-Vista palatina. Erupción de incisivos maxilares. La erupción de los centrales permite el movimiento hacia adelante y debajo de los laterales. Estos últimos, al tomar contactos con los centrales, contribuyen el cierre del diastema típico de esta etapa.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010⁴

2.2.2.4 Edad dentario nueve-diez años

Periodo de dentición mixta

Es una etapa de aparente reposo, pues no existe evidencia clínica de fenómenos eruptivos aunque están ocurriendo eventos del desarrollo a nivel esquelético y dentario.⁴

Se considera importante en el aspecto dentario la zona de sostén, canina y molar, su integridad depende en gran parte la estabilidad dimensional de la región.⁴

A los nueve años, en la mandíbula, el canino y el primer premolar suelen tener formado un tercio de la raíz y el segundo premolar la corona completa, mientras en el maxilar superior hay un progreso eruptivo del primer premolar; al siguiente año hay una mayor reabsorción radicular de la zona de sostén, el canino y primer premolar mandibulares progresan a la mitad de la formación radicular, así como ambos premolares maxilares. Por otro lado los incisivos y primeros molares en su etapa funcional se encuentran en las fases finales de apexificación.⁴



Figura10.- Zona de sostén: canino y molares primarios, cuya integridad de apoyo y reserva espacio a la fórmula permanente del sector lateral del arco, al mismo tiempo que mantiene la relación de los molares permanentes.

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.2.2.5 Edad dentaria once años

En esta fase finaliza el segundo periodo de reposo, con la erupción casi igual del canino y primer premolar mandibular, junto con el primer premolar maxilar.⁴

2.2.2.6 Edad dentaria doce años

En esta etapa finaliza el reemplazo de piezas primarias; en un periodo breve erupciona el segundo premolar mandibular, el segundo premolar y el canino maxilar.⁴

Para finalizar erupcionan los segundos molares permanentes.⁴

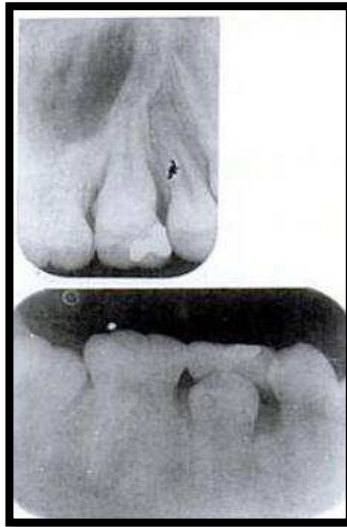


Figura11.Últimas fases del recambio: en este caso los segundos molares primarios, reducidos casi a la estructura coronaria, tienen aún capacidad de cuidar la longitud del segmento respectivo del arco

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.3 Oclusión

2.3.1 Definición

Su etimología es **Clusión**, que significa cierre y el prefijo **Oc**, que significa hacia arriba, por lo tanto, cierre hacia arriba.⁶

“Angle en 1899 resumió sus puntos de vista y definió a la oclusión como las relaciones normales entre los planos inclinados oclusales de los dientes, cuando los maxilares están en íntimo contacto”.⁶

“En 1930, para Broadbent, la oclusión significaba la interdigitación de los dientes, más el estado de la musculatura que los controla, así como los factores funcionales”.⁶

Por otro lado los experimentos y las investigaciones señalan que la oclusión abarca un conjunto de estructuras que deben estar coordinadas e integradas para el buen funcionamiento estomatognático y para que la dentición se mantenga en condiciones de normalidad.⁶

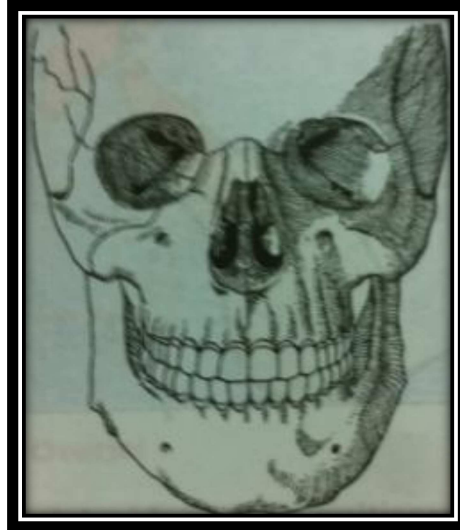


Figura12.- Vista anterior de la oclusión normal

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

2.3.2 Tipos de maloclusión según Angle

2.3.2.1 Clase I

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior, ocluyendo en el surco mesiovestibular (si hay tres cúspides) o en el surco mediosvestibular (si hay dos cúspides) del primer molar inferior, relación de oclusión de los primeros molares normal, con mal posición dentaria en el sector anterior.⁶

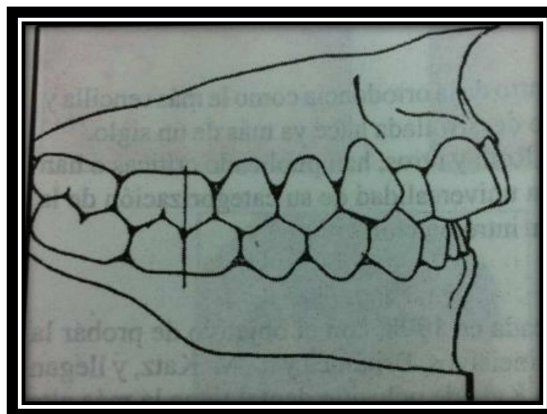


Figura13.- Maloclusión de Clase I

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

2.3.2.2 Clase II

En esta clasificación la mandíbula puede estar retrognática. El surco mesiovestibular o mediovestibular del primer molar inferior, está por detrás, se encuentra distal al eje de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.⁶

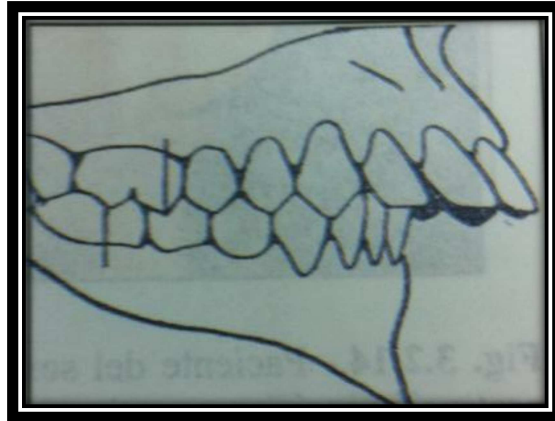


Figura14.- Maloclusión de Clase II

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

2.3.2.3 Clase III

En esta clase, el surco mesio o medio-vestibular del primer molar permanente inferior se encuentra mesial en relación al eje de la cúspide mesio- vestibular del primer molar superior permanente, los incisivos inferiores pueden encontrarse en mordida cruzada total en relación a los superiores.⁶

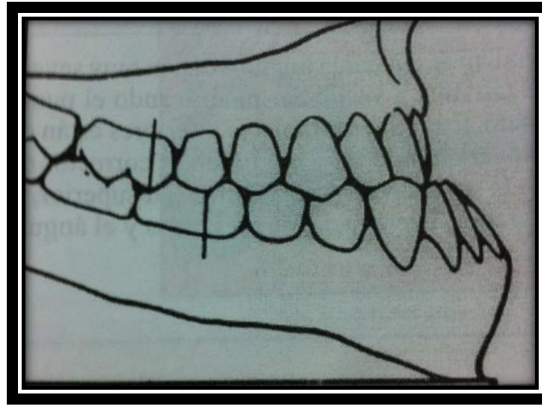


Figura15.- Maloclusión de Clase III

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

Se puede observar en esta clasificación el prognatismo del maxilar inferior.⁶

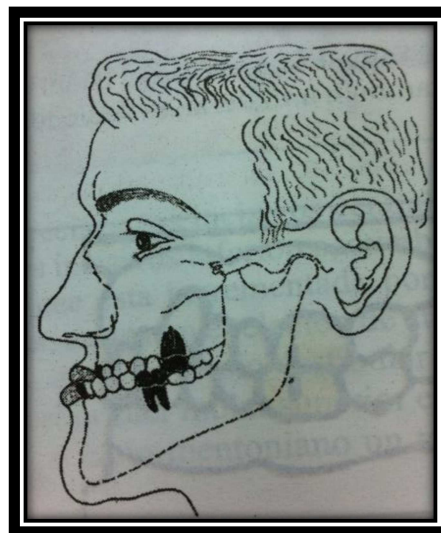


Figura16.- El prognatismo del maxilar inferior se refleja en el perfil del paciente

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

2.3.3 Cambios en la oclusión y posición de la dentición primaria después de la erupción

Entre las características normales de los arcos primarios se puede decir que una vez que los dientes temporales se han puesto en contacto, sus

posiciones mutuas no se pueden considerar como estáticas. Se generan cambios de posición y oclusión durante el crecimiento craneofacial. Las características normales son: Espaciamiento de incisivos, plano oclusal recto, plano terminal recto o con leve escalón mesial, espacios primates, relación casi vertical de piezas al plano oclusal y overbite y overjet de aproximadamente 2mm.⁴

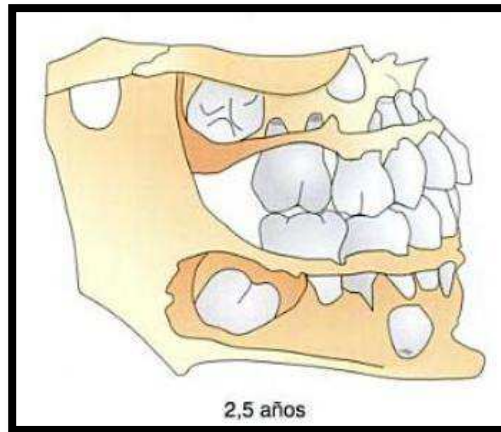


Figura17.- Relación de planos poslácteos vis a vis, o con leve escalón mesial

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.3.4 Forma y tamaño de los arcos

En cuanto a la forma de los arcos primarios estos tienen menos variación que la de los arcos permanentes.⁴

La zona anterior de los arcos aumenta ligeramente desde el nacimiento al año y de ahí en adelante cambia muy poco a diferencia de las dimensiones posteriores que cambian más, a los seis meses de vida el tamaño alcanzado es suficiente para la acomodación de los molares. La altura de la bóveda palatina incrementa en igual período y permanece invariable durante los dos años siguientes.⁴

2.3.5 Perímetro del arco dentario

2.3.5.1 Definición

Es la distancia que hay desde la cara distal del segundo molar primario de un lado, pasando alrededor del arco sobre los puntos de contactos y bordes incisales, en una curva suave hasta la cara distal del segundo molar primario del lado opuesto.⁷

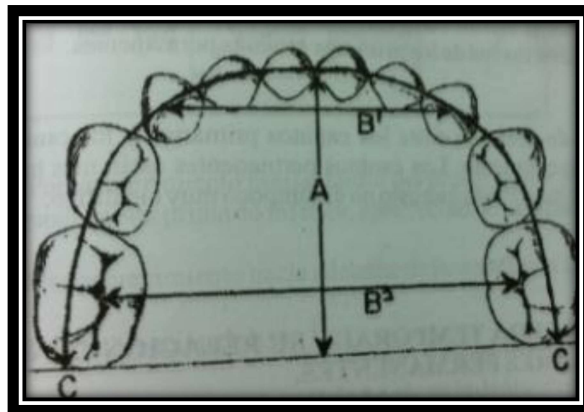


Figura18.- Perímetro de arco o circunferencia del arco

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

Hablando clínicamente se considera de mayor relevancia la longitud del arco o perímetro del arco que va desde la cara mesial del primer molar definitivo siguiendo la curva hasta la cara mesial del primer molar permanente del lado opuesto.⁷

2.3.5.2 Disminución natural del perímetro del arco en la dentadura primaria

El perímetro o longitud que existe entre las caras distales de los segundos molares temporales a lo largo de la circunferencia del arco dentario, durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares, no aumenta. La longitud

existente del arco disminuye. Lo que aumenta es la longitud del maxilar y de la mandíbula, por crecimiento posterior, lo que dará espacio para los segundos y terceros molares no erupcionados.⁶

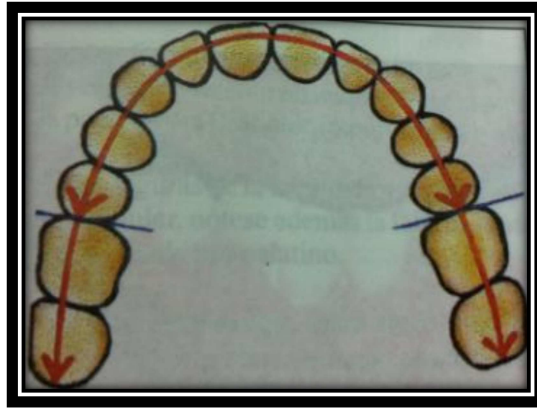


Figura19.- “Longitud clínica del arco” mejor conocida como “longitud del arco”

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

2.3.5.3 Disminución de la longitud del arco en el maxilar superior en dentición primaria

La longitud del arco disminuye desde los dos años y medio cuando erupcionan los segundos molares primarios hasta los 6 años cuando erupcionan los primeros molares permanentes, por mesogresión de los V temporales. El arco dentario primario disminuye en su longitud con la erupción de los 6.⁶

Golnick y Snaeder⁶, señalan que la longitud de la arcada (perímetro) disminuye generalmente 1 a 2mm en la arcada superior, entre la terminación de la dentición primaria y la erupción de los dientes complementarios, debido principalmente a la migración de los 6 al leeway space (espacio disponible).⁶

Con la edad hay una disminución ligera de la longitud del arco maxilar, debido a la verticalización de los incisivos.⁶

2.3.5.4 Disminución de la longitud del arco en el maxilar inferior en dentición primaria mixta

La longitud del arco disminuye desde los dos años y medio (cuando hacen su erupción los V) hasta los seis años cuando hacen erupción los 6, por mesogresión del los V. El arco dentario primario disminuye su longitud con la erupción de los 6. Esta reducción es más diferenciada en la arcada inferior que en la superior, debido a q los molares de los seis años migran más intensamente hacia mesial, para así quedar en clase I de Angle.⁶

Golnick y Sawder⁶ señalan que la longitud de la arcada (perímetro) disminuye generalmente 3 a 4mm en la arcada inferior, entre la terminación de la dentición primaria y la erupción de los dientes complementarios, debido principalmente a la migración de los 6 al espacio disponible. (Leeway space).⁶

Moorrees⁶ mostró, que la pérdida de espacio en la mandíbula es de aproximadamente 4 mm para varones y 5mm para niñas durante el recambio de primarios o permanentes.⁶

2.3.5.5 Relación entre caries y mala oclusión

Las caries en la región proximal en dentición temporal, indican una de las causas más comunes para que se genere pérdida de espacio, debido a la migración del diente continuo hacia el lugar de la cavitación cariosa, produciendo un acortamiento en la longitud del arco.⁸

Según el libro básico de ortodoncia de la Dra. Terreros y el Dr. Wenceslao la caries conduce a la pérdida prematura de los dientes deciduos, ocasionando desplazamientos subsecuentes de dientes contiguos, inclinación axial anormal, sobreerupción, reabsorción ósea. La restauración anatómica inmediata de todos los constituye un procedimiento de odontología preventiva.⁶

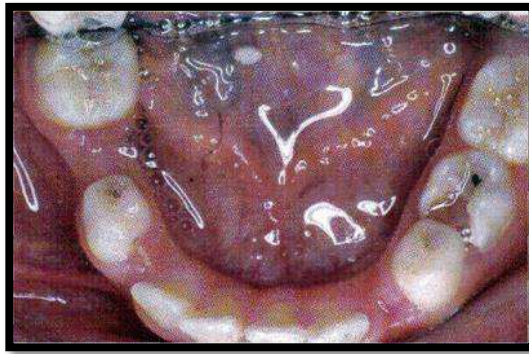


Figura20.- Presencia de caries que afecta la cara mesial del 75

Fuente: Ortiz M.et al. 2009.⁸

2.3.5.6 Repercusiones de extracciones prematuras en la oclusión

Cabe indicar que los dientes temporales no solo sirven para la masticación, sino también como mantenedores de espacio para los dientes permanentes, y también algo importante para mantener los dientes antagonistas en su nivel correcto oclusal.⁶

Barber⁶ (1982) opina que la falta de espacio para el desarrollo dental normal es la mayor causa de maloclusión Clase I. Igualmente la pérdida de espacio empeora las maloclusiones de Clase II y Clase III; pero no existen estadísticas específicas.⁶

La pérdida prematura de dientes temporales en el maxilar, tiene una razón de productos cruzados de mala oclusión de 7,34 y la pérdida prematura de piezas primarias en la mandíbula un 6,4 según el estudio realizado por Farnez, Guerrero y Méndez, 2000.⁹

Los procesos de desarrollo y crecimiento impiden el desplazamiento mesial de los dientes contiguos, pero cuando existe deficiencia en la longitud de la arcada o problemas de sobremordida horizontal (overjet), los espacios pueden perderse de manera acelerada.⁶

Las extracciones prematuras de dientes deciduos posteriores debido a caries pueden causar maloclusión así sea que un principio haya existido una

oclusión y longitud de arcada normal, salvo el caso del uso de mantenedores de espacio.⁶

Tenemos que tener en consideración que la presentación de pequeños problemas de oclusión en la niñez, como las extracciones prematuras, se torna en grandes maloclusiones al final de la dentición mixta debido a la falta de tratamiento oportuno.⁶

2.4 Pérdida prematura

2.4.1 Definición

Según Moyers⁸ “la pérdida precoz de dientes temporales hace referencia al estadio de desarrollo del diente definitivo o permanente que va a reemplazar el diente primario perdido”.⁸

Cabe indicar que otros autores indican que la pérdida prematura de un diente primario es cuando ésta se da antes del tiempo de exfoliación natural.⁸

2.4.2 Indicaciones de extracción en dientes temporales

Se recomienda una extracción únicamente en los siguientes casos,

- En ocasión de que el diente esté destruido en su totalidad y sea imposible su reparación o restauración. Si no se puede lograr un margen gingival estable y seguro y la destrucción llega a la bifurcación.⁸
- Si se ha generado infecciones en el área periapical y esta no puede ser eliminado por ningún método.⁸
- Cuando hay presencia de celulitis en un caso de absceso dentoalveolar.⁸
- Cuando el diente primario interfiere con la normal erupción de la pieza permanente.⁸
- Cuando existe anquilosis del diente primario y esta impida la rizálisis del temporal y por ende la erupción del diente definitivo.⁸

- Cuando la mandíbula o tejido va a ser expuesta a radiación por una tumoración maligna, esto se realiza para prevenir hasta donde esté al alcance el riesgo de una infección en el hueso que ha recibido radiación.⁸

2.4.3 Causas de pérdida prematuras en dientes primarios

Hay muchas razones por la que se pueden perder dientes deciduos, las más comunes son: caries dental, necrosis pulpar, periodontitis, resorciones radiculares atípicas, existe un gran número de causas involuntarias entre ellas más del 50% de los traumatismos se encuentran en la cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que ataca en preferencia a dientes anterosuperiores. Otra causa son las intencionales como: eventos dolorosos, maltrato (violencia intrafamiliar), deportes, riñas, asaltos. Los malos hábitos orales también entran en la razón entre los cuales se encuentran: chuparse constantemente el dedo gordo, morderse el labio inferior, que producen rizálisis precoz de sus raíces, movilidad y consecuentemente pérdida antes de la fecha esperada. Se hallan también las alteraciones congénitas, en la cual sus piezas dentarias se presentan con poca o casi nada de raíz lo que favorece su pérdida, las enfermedades sistémicas como: Síndrome de Páilon - Lefevre, hipofosfatasa, histiocitosis X, neutropenia, diabetes y por último la iatrogenia en el procedimiento odontológico: por ejemplo cuando se produce una perforación en el piso pulpar o se llega a fracturar la raíz durante la endodoncia.⁸

Los dientes anteriores son perdidos en la mayoría de casos por traumatismos y los posteriores por caries.⁸

2.4.4 Consecuencias de la pérdida prematura

Una de las graves consecuencias es la inclinación y migración de los dientes vecinos, lo que produce disminución del espacio para el diente permanente que va hacer erupción, mal posiciones dentarias, diastemas, acortamiento del arco, apiñamientos, y por ende alteraciones en la oclusión; que van a

depender específicamente del sitio, del maxilar y el número de dientes afectados.⁸

Cuando un diente es extraído prematuramente el antagonista continúa con su proceso de erupción hasta extruirse y lo que esto va a ocasionar es que se produzca pérdida de la dimensión vertical y alteración en el plano oclusal, una parte que influye bastante es la edad en que se genera la pérdida del diente pues esto determinara si habrá deficiencia en la altura del hueso alveolar debido a que se puede desarrollar cambios en el tejido.⁸

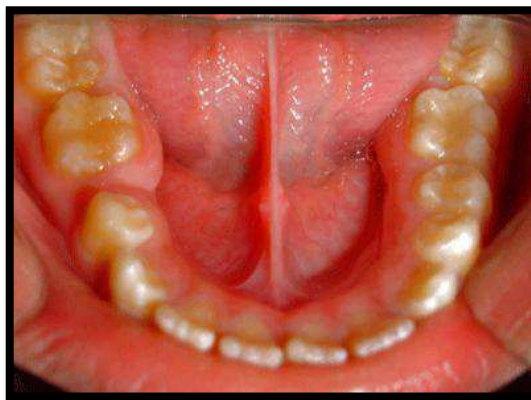


Figura21.- Disminución del espacio de la pieza #45 y de la longitud de arco debido a la pérdida prematura del #85

Fuente: Ortiz M.et al. 2009.⁸

En lo que respecta al tejido blando hay anomalías causadas en la mucosa gingival como la queratinización de esta.⁸

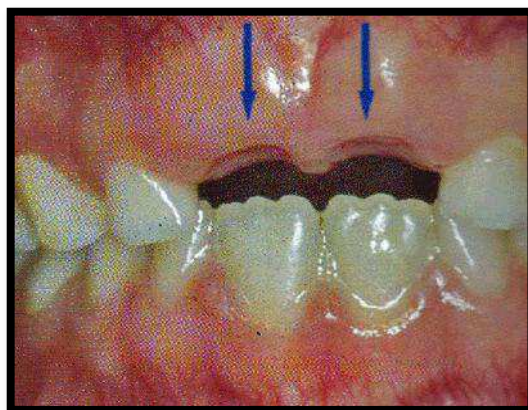


Figura22.- Queratinización de la mucosa.

Fuente: Ortiz M.et al. 2009.⁸

2.4.5 Consecuencias de la extracción prematura del primero molar temporal

La pérdida de molares deciduos siempre es motivo de preocupación, si el IV fuera extraído, el V podría migrar a mesial por la influencia del primer molar permanente, especialmente si este se encuentra en período de erupción activa. Cuando en la dentición mixta, cae un IV, el cierre del espacio puede mantenerse estacionario debido a la presencia de apoyos oclusales o a la extrusión de los dientes opuestos. Barber sostiene que aún perdiendo el primer molar temporario y no el segundo, la fuerza eruptiva del primer molar permanente inferior crea pérdida de espacio. La pérdida del IV superior, típicamente da como resultado canino bloqueado.⁶

Se pierde más espacio en el primer año, después de la pérdida prematura de un diente primario que en años sucesivos.⁶

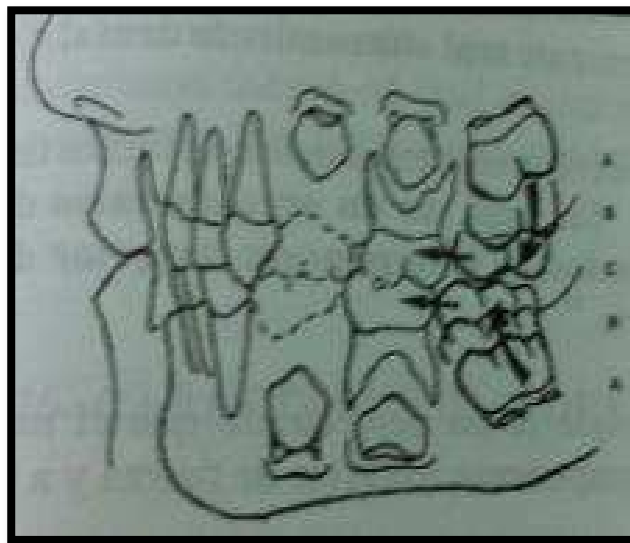


Figura23.-Etapas de la erupción de un molar permanente y su influencia en la pérdida de espacio. (A) antes (B) durante la erupción con (C) en el punto en que alcanza la oclusión. Cuando los molares permanentes que han erupcionado hacen contacto con la superficie distal del segundo molar deciduo durante la segunda erupción (B) y (C) se producen presiones hacia adelante (D) con potencial para la pérdida de espacio y de la longitud de la arcada.

Fuente: Gallardo W., Terreros M.A. 2006.⁶

2.4.6 Consecuencias de la extracción prematura del segundo molar

Si se pierden los segundos molares temporarios, los primeros molares definitivos van a mesializarse, por ende utilizarán el espacio de los que se extrajeron y reducirán la longitud y circunferencia de arco.⁸

Davey encontró que el espacio ocupado por el V superior puede cerrarse a la velocidad de 6mm por año.⁶

Los primeros molares definitivos hacen erupción distal, pero se inclinan hacia mesial para hacer contacto con el segundo molar primario, y si este falta es común que el primer molar permanente continúe mesializándose hasta ponerse en contacto con el primer molar primario, se genera una pérdida total de espacio y el primer molar permanente ocupa todo el espacio del segundo molar temporal. Bajo estos acontecimientos el segundo premolar queda bloqueado, en conclusión la pérdida del V temporario normalmente termina en un segundo premolar impactado.⁶



Figura24.- Primer molar permanente migro y bloqueo la salida del segundo premolar, debido a la extracción prematura del V temporario

Fuente: Ortiz M.et al. 2009.⁸

2.4.7 Pérdida de dos o más molares primarios.

Si se pierden precozmente dos o más molares primarios se va a producir una pérdida de apoyo en el sector dentario posterior, y la mandíbula se

posicionará de una manera que le brinde una función oclusal cómoda y por ende una mordida cruzada posterior de igual manera adaptativa, como consecuencia de esta nueva posición mandibular los problemas van a ir dirigidos a la articulación temporomandibular, el crecimiento de los huesos faciales, la musculatura y las posiciones finales de los dientes definitivos.⁸



Figura25.- Pérdida prematura múltiple de dientes primarios

Fuente: Ortiz M.et al. 2009.⁸

2.4.8 Diagnóstico asociado a la extracción de molares temporarios

2.4.8.1 Caries dental

2.4.8.1.1. Concepto

Es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la invasión a las estructuras dentarias, que origina cavitaciones y pérdidas dentarias.¹⁰

No es una enfermedad autolimitante, raramente se inactiva y de no actuar inmediatamente, destruye completamente las estructuras dentales. Se observa la presencia de bacterias cariogénicas como *S. mutans*, *Lactobacillus spp* y de sacarosa en la dieta son factores que individualmente se consideran como necesarios, aunque no suficientes para aclarar la enfermedad.¹¹

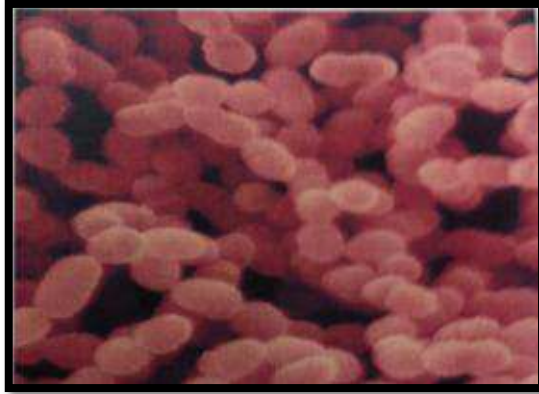


Figura26.-Streptococcus mutans

Fuente: Velásquez C 2009-2010.¹⁰

Las áreas de los dientes que no están protegidas por la autolimpieza, como fosas, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries dental que aquellas expuestas a la autolimpieza, tales como superficies bucales y linguales.¹⁰

La formación de caries comienza como pequeñas zonas de desmineralización en la superficie del esmalte, avanzando a través de la dentina y llegando hasta la pulpa dental.¹⁰

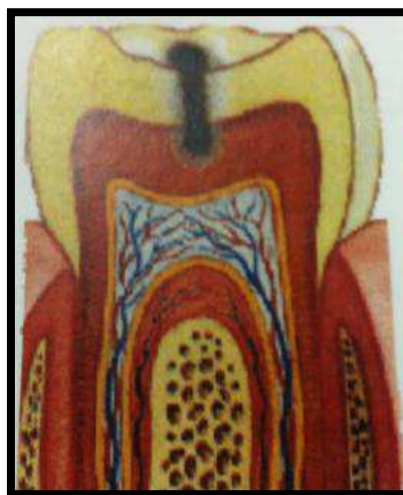


Figura27.-Caries dental

Fuente: Velásquez C 2009-2010.¹⁰

La desmineralización es producida por ácidos, el principal el ácido láctico, provocado por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fósforo, también el transporte hacia el medio ambiente circundante. En esta fase la remineralización puede ocurrir con la presencia de fluoruros.¹⁰

La caries aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o sarro y puede producir pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aun se encuentra escondido. Una vez que comienza, es cuestión de tiempo que se transmita y ataque a toda la dentadura.¹⁰

2.4.8.1.2 Etiología

La caries dental es considerada como una enfermedad infecciosa y multifactorial, donde interactúan factores dependientes del huésped, la dieta y la placa dental. Después fue agregado un nuevo factor: el tiempo, que permitió aclarar de una forma más concisa la formación de la caries.¹⁰

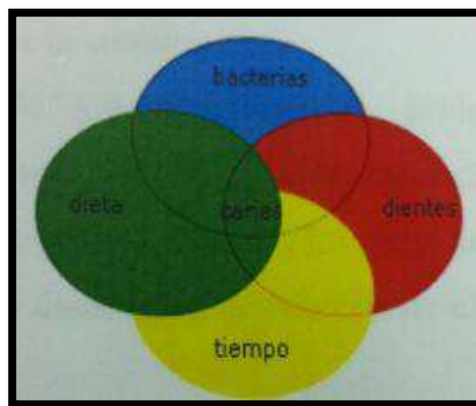


Figura28.-Etiología de la caries dental

Fuente: Velásquez C 2009-2010.¹⁰

2.4.8.1.3 Caries dental en los dientes deciduos

En dientes temporales, el proceso de ataque de la caries sigue un patrón específico: molares mandibulares, molares superiores y dientes anteriores superiores, excepto los casos de caries de progreso rápido y caries de lactancia o biberón.¹⁰



Figura29.-Caries de biberón

Fuente: Guerra Paula

Los primeros molares deciduos de las arcadas inferior y superior son menos susceptibles a las caries en las superficies oclusales que los segundos molares temporales, a pesar de que ellos erupcionan antes que estos. La diferencia radica en que el segundo molar temporal es más profundo y presenta menos fosas y fisuras que el primero.¹⁰

2.4.8.1.4 Caries dental en dentición mixta

El problema empieza con la erupción del primer molar permanente, es común encontrar ya fosas oclusales y fisuras afectadas, así como defectos morfológicos que se deberán restaurar para prevenir lesiones cariosas extensas.¹⁰

La caries se muestra primero en los primeros molares permanentes inferiores, la incidencia es superior a sus homólogos superiores.¹⁰

Los incisivos centrales y laterales permanentes superiores no son tan susceptibles a la caries, excepto los niños con caries de avance rápido como consecuencia de una mala higiene oral, dieta rica en hidratos de carbono, respiración por la boca o deficiencia de saliva. La afectación de los incisivos inferiores por caries en mínima, a excepción de caries de progresión rápida, pues si se ven afectados estos dientes se considera como una indicación de caries no controlada.¹⁰



Figura30.-Caries en dentición mixta

Fuente: Hospital Básico Área #3 cantón El Guabo

2.4.8.2 Necrosis pulpar

Se define como el producto de una inflamación avanzada que desintegra el tejido en el centro para formar un área cada vez mayor de necrosis. Debido a la falta de circulación colateral y a la rigidez de las paredes en la periferia, no se produce el suficiente drenaje de los líquidos inflamatorios, esto produce un aumento localizado en la presión tisular, lo que genera que la destrucción avance hasta que la totalidad de la pulpa se haya necrosado.⁴

Genera gran irritación a los tejidos continuos, la sintomatología puede ser dolorosa y con signos claros de edema. La necrosis pulpar puede ser parcial

o total y es provocada por una lesión cariosa no tratada, invaginación del esmalte o exposición pulpar por traumatismo, entre otras.⁴

El área de la necrosis contiene irritantes que son productos de los elementos de la destrucción tisular y microorganismo, tanto anaerobio como aerobio. Estos irritantes hacen contacto con los tejidos periféricos vitales, las toxinas y enzimas provocan inflamación.⁴

Para determinar el diagnóstico de una necrosis es necesario acudir a exámenes radiográficos, pero estos únicamente son visibles a la sexta y octava semana después de la lesión. Aún no se establece una clara conclusión sobre el tratamiento a seguir para prevenir lesiones en los gérmenes de las piezas definitivas: si llegar a una terapia pulpar o a la extracción del diente.¹²

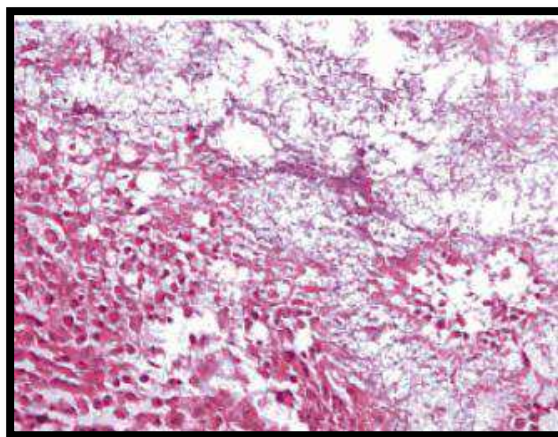


Figura31.-Microbiología de una necrosis pulpar

Fuente: Bordoni N. et al. 2010.⁴

2.4.8.3 Resto radicular

Estos son el resultado de patologías dentales que provocan destrucción de la corona dental, como caries y/o fracturas coronarias, sin posibilidad de rehabilitarlas, únicamente con indicación de extracción.¹²

2.4.8.4 Patología pulpar

Al ser atacada la pulpa dental por múltiples causas como traumatismo, fracturas, caries, abrasión, atricción, etc., cambia sus funciones; puede ser leve o severa, según el tiempo y la intensidad del ataque y provoca como resultado inicial un proceso inflamatorio donde leucocitos neutrófilos son atraídos por quimiotaxis hacia el sitio afectado.⁴

Mayor parte de las alteraciones pulpares patológicas empiezan con la alteración y eliminación de las barreras de protección de la dentina: el esmalte y el cemento. Que terminan con la comunicación entre cavidad bucal y tejido pulpar mediante los túbulos dentinarios.⁴

La pulpa es un tejido sensible a cualquier tipo de agresión. Continuamente tiene una respuesta, que debe ser vista oportunamente, debe conocerse la causa de la lesión. Incluso frente a lesiones de origen diferente, la pulpa tiene una gran capacidad de resistencia. No es tan cierto que las lesiones mínimas provoquen reacciones severas en la pulpa que puedan llevar a la muerte, pero es oportuno considerar el grado y la naturaleza de la lesión, que podrían exceder el potencial de restauración.⁴

2.4.8.4.1 Pulpitis reversible o hiperemia

Hiperemia es un término que quiere decir aumento en el flujo sanguíneo. Puede ser funcional o reactiva cuando existe aumento del riego sanguíneo local en tejidos fisiológicamente normales. También activa cuando es producida por mediadores endógenos de la inflamación como histamina, bradicinina y prostanglandinas, éstos agentes ocasionan vasodilatación y dilatan las anastomosis arteriovenosas. Por último pasiva, cuando hay una congestión venosa por el desarrollo de un trombo venoso provocado por fuerzas ortodónticas excesivas.⁴

2.4.8.4.2 Pulpitis aguda

Se lo conoce como una fase continua a la hiperemia, cuando ésta no ha recibido tratamiento oportuno, se produce un estado seroso, que puede continuar a un estado purulento dando lugar a la llamada pulpitis aguda supurativa.⁴

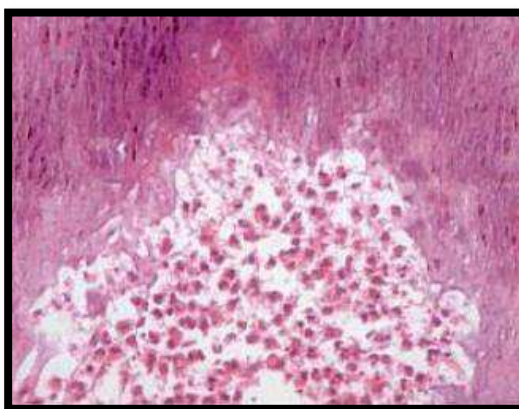


Figura32.-Microbiología de una pulpitis aguda

Fuente: Bordoni N. et al. 2010⁴

2.4.8.4.3 Pulpitis crónica

2.4.8.4.3.1 Parcial. Cuando las señales de inflamación se localizan en la pulpa, en la base de los túbulos afectados, existe inflamación crónica y la pulpitis se torna irreversible⁴

2.4.8.4.3.2 Total. Cuando su sintomatología es duradera, sin crisis muy severas, las células degeneran completamente un estado así conlleva a la muerte pulpar, aunque en casos excepcionales puede reactivarse como pulpitis aguda.⁴

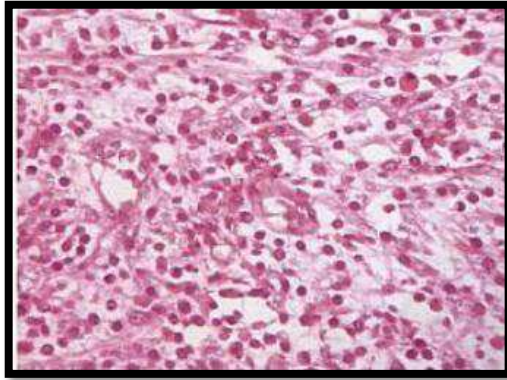


Figura33.-Pulpitis crónica total

Fuente: Bordoni N. et al. 2010⁴.

2.4.8.5 Absceso Periapical

El absceso periapical puede ser agudo y crónico, cuando se trata de un absceso periapical agudo existe sintomatología el diente comienza a ser sensible a la percusión puede causar gran dolor e inflamación. Radiográficamente se puede observar una lesión radiolúcida apical.¹³

En el absceso periapical crónico la sintomatología es escasa, aunque puede existir movilidad.¹³

La respuesta exudativa (aguda) es la respuesta inmediata inicial de los tejidos pulpaes o periapicales a cualquier irritación, ya sea, mecánica, química, microbiana o térmica. Ésta reacción de emergencia para tratar de neutralizar y vencer el agente nocivo se caracteriza por una afluencia de exudado líquido (edema inflamatorio) para diluirlo, y por la aparición de los leucocitos para ingerir e inmovilizar al agente lesivo. Las células que predominan en esta fase son los leucocitos polimorfos nucleares (neutrófilos). Por el contrario la respuesta proliferativa (crónica) es una reacción secundaria y tardía.¹⁴

Seltzer y Bender (1970) señala que esta respuesta ocurre cuando no se elimina el irritante por completo generando un estado de equilibrio entre las defensas de los tejidos y el irritante, se caracteriza por presentar células diferentes a las que se encuentran en la inflamación aguda.¹⁴

2.4.8.6 Anomalía de posición

Cuando el diente se encuentra en una posición no correcta lo que dificulta la salida del diente permanente, indica uno de los factores locales asociados a la etiología de maloclusiones, debido a que estas anomalías pueden causar retención de piezas dentarias, desviación de la línea media superior e inferior, malformaciones de piezas vecinas, su presencia se hace relación a variados síndromes, el tratamiento más conveniente es la extracción.¹⁵

2.5 Tratamiento:

2.5.1 Recuperador de espacio

2.5.1.1 Función

Los recuperadores de espacio los utilizamos para restablecer la dimensión original que ocupaba la pieza dentaria que se perdió, actúan sobre la maloclusión que se está desarrollando, evitando de esta manera el empeoramiento de la anomalía.^{16, 17}

Dentro de una arcada se puede necesitar la recuperación de espacio cuando ya se ha producido la migración de los dientes permanentes tras la pérdida de los dientes deciduos adyacentes. Es más fácil recuperar espacio en la arcada superior que en la inferior, debido a que en el maxilar superior se encuentra la bóveda palatina la cual ofrece más retención para la aparatología removible. Estos aparatos pueden ser fijos o removibles. Entre los fijos tenemos con resortes, placas activas, placas con resortes, placas con tornillos expansores etc. Un reganador removible, con tornillos apropiadamente orientado funciona muy bien cuando no ha erupcionado el segundo molar permanente. También se puede utilizar exitosamente un escudo antilabial que hace presión distalmente sobre los molares bajo la acción del músculo mentoniano.^{11, 16, 18}

Según Simón en la arcada superior la recuperación de espacio es posible aun si las pérdidas alcanzan 6mm del lado afectado y no hubiere pérdida de la línea media; en la mandíbula, si el tamaño de la pérdida total de espacio

es inferior a 4mm, no presenta mayor dificultad; salvo el caso en que la mesialización hubiera alterado la posición del folículo del segundo molar permanente.⁶

Se pierde más espacio en el primer año, después de la pérdida prematura de un diente primario, que en años sucesivos.⁶



Figura34.-Recuperador de espacio en silla de montar

Fuente: Ortiz M.et al. 2009⁸

2.5.1.2 Indicaciones

- Si se perdió uno o más de un diente primario.⁸
- Si en el arco se ha perdido un espacio debido al desplazamiento del primer molar definitivo.⁸
- Si al momento de realizar el análisis en dentición mixta, éste indica que si se puede recuperar lo que había.⁸

2.5.1.3 Contraindicación

- Cuando la pérdida de la pieza dentaria ha sido recientemente.⁸

2.5.2 Mantenedor de espacio

2.5.2.1 Función

Los mantenedores de espacio son aparatos diseñados para cada niño y su función es evitar el cierre del espacio disponible, además, son ideales para la prevención de maloclusiones, estos pueden ser removibles o fijos, funcionales o no funcionales, activos o pasivos y son técnicas fáciles de realizar.^{8,19}

Guedes-Pinto (2003) dice que cuando el paciente no colabore con el uso del mantenedor removible debido a su incomodidad de uso, el puente parcial fijo debe ser la siguiente opción a elegir en la dentición primaria.²⁰

La colocación de un mantenedor de espacio en un tiempo menor a 6 meses después de la extracción, mejoró la posibilidad de erupción de los dientes subsiguientes.²¹

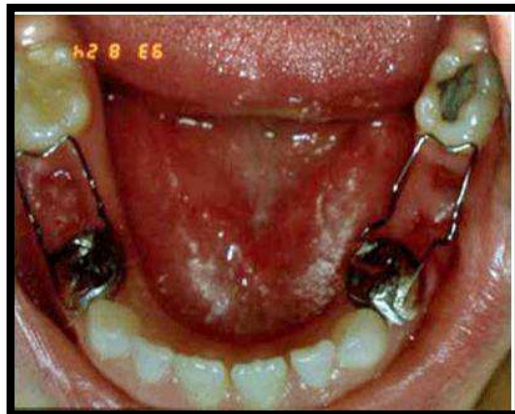


Figura35.-Mantenedor fijo de espacio Corona- ansa en boca de paciente

Fuente: Ortiz M.et al. 2009.⁸

Estos son estéticos, evitan apiñamientos ayudan al mantenimiento de la función, previenen el desplazamientos de otros dientes, mantener la dimensión vertical, evitan hábitos dentales.⁸

Cabe recalcar que también tienen algunas discrepancias, por ejemplo pueden producir dolor y por lo general no evitan la extrusión del diente antagónico.²



Figura36.-Mantenedor de espacio removible.

Fuente: Ortiz M.et al. 2009⁸

2.5.2.2 Indicaciones

Para iniciar un tratamiento ante pérdida prematuras de molares es indispensable la utilización de algunos métodos de diagnósticos como: en primera instancia el examen clínico, impresiones, modelos de estudio, radiografías y análisis de espacio.⁸

-La colocación de un mantenedor de espacio requiere el cuidado del aparato y el mantenimiento de la higiene oral.¹¹

-Cuando el sucedáneo permanente se encuentra presente y se visualiza un desarrollo normal en este.⁸

-Si la longitud del arco no se ha disminuido ya que si lo ha hecho lo recomendable sería un recuperador de espacio más no mantenedor.⁸

-Cuando el análisis de dentición mixta, muestre un resultado favorable.⁸

-Cuando haya una pérdida prematura y esta exija la colocación de un mantenedor ya sea por razones estéticas o psicológicas.⁸

-Por último se indica un mantenedor para el niño que desee conservar el espacio para una futura prótesis fija en caso de que la ausencia sea congénita.⁸

2.5.2.3 Contraindicaciones

-Un niño con mala higiene oral y riesgo elevado de caries no se considera un caso idóneo para esta terapia pues los mantenedores necesitan del cuidado e higiene oral.¹¹

-Cuando haya suficiente espacio pero se carece de hueso alveolar que recubra la corona de la pieza en erupción.²²

-Sería contraindicado un mantenedor cuando el espacio disponible por la extracción de una pieza es superior a la dimensión mesiodistal que se necesita para la erupción.⁸

- Cuando la pieza sucesora, ósea el diente permanente que aún no hace erupción está ausente congénitamente.⁸

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Materiales:

3.1.1 Lugar de la investigación:

El lugar de la investigación se llevó a cabo en el Hospital Básico Área #3 cantón El Guabo, provincia de El Oro, ubicado a 173 km aproximados de la ciudad de Guayaquil.

3.1.2 Período de la investigación:

La investigación se realizó en un periodo comprendido entre Mayo hasta el mes de Junio de 2014.

3.1.3 Recursos empleados:

3.1.3.1 Recursos humanos:

Investigador: Paula Andrea Guerra Espadero

Tutora del trabajo de graduación: Dra. Adriana Rocío Amado Schneider

Tutora metodológica: Dra. María Angélica Terreros de Huc. M.S.c.

Asesor en estadística: Ing. Diego Roberto Sánchez Gutierrez.

3.1.3.2 Recursos físicos:

- Hospital Básico Área #3 cantón El Guabo, provincia El Oro.

- Historias clínicas recopiladas.

-Espejo bucal

-Espejos

-Explorador

-Pinza algodонера

- Algodón
- Gasas
- Baberos
- Porta baberos
- Guantes
- Mascarilla
- Gorro
- Gafas
- Cuaderno de registro
- Plumas
- Resaltador

3.1.4 Universo

Historias clínicas de enero –abril (niños 3 – 9 años extracciones prematuras molares) y total de niños de 3 a 9 años que acudieron a extracción prematura de molares temporarios durante el 15 mayo al 15 junio. Dando como resultado 115 niños.

3.1.5 Muestra

Historias clínicas revisadas y los niños que asistieron a consulta del 15 de mayo al 15 de junio por extracciones prematuras, los que cumplieron con los criterios de inclusión fueron 100 niños.

3.1.5.1 Criterios de inclusión

- Niños con aceptación del consentimiento informado por parte de sus padres.
- Niños que acudan al hospital por extracciones prematuras de molares en el periodo de 15 de mayo a 15 de junio.
- Niños que acudan acompañados por uno de sus padres o familiar cercano.

3.1.5.2 Criterios de exclusión

- Niños que no presentaron el consentimiento informado por parte de sus padres.
- Niños que acudan a consulta por otras razones que no sean extracciones prematuras de molares.

3.1.5.3 Criterios de eliminación

Para el estudio fueron eliminadas las historias clínicas con niños de 9 años 7, 8, 9, 10,11 meses con exfoliación de primeros molares temporales, y pacientes atendidos clínicamente con la misma edad, puesto que su diente antecesor ya estaba casi en erupción y no se consideraba extracción prematura. En total fueron eliminados de la investigación 15 niños.

3.2 Métodos

3.2.1 Tipo de investigación

El presente estudio es retrospectivo y prospectivo

3.2.2 Diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo.

3.2.2.1 Procedimientos

1. Se pidió autorización al Hospital Básico Área #3 del cantón El Guabo
2. Una vez dada la autorización de la directora del hospital, me puse en contacto con la Odontóloga Nelly Rivas encargada del departamento de odontología para coordinar temas relacionados a mi trabajo investigativo.
3. Se estableció un horario para la investigación de 8 de la mañana a 5 de la tarde con la encargada del departamento odontológico.
4. El 15 de mayo empecé con la recopilación de historias clínicas de Enero-Abril, alternando los días hasta revisar todas las historias.

5. El mismo día a las 2 de la tarde se informó a los padres de los niños con extracciones prematuras de molares acerca de la revisión clínica que se va a realizar a sus hijos para mi estudio.
6. Se procedió a entregar el consentimiento informado a los padres.
7. Se ejecutó la inspección clínica de la cavidad bucal de cada niño del 15 de mayo al 15 de junio.
8. El operador constó con mandil, gorro, gafas de protección, mascarilla y guantes desechables para cada niño.
9. Se registraron los datos de cada paciente en la ficha técnica.
10. Se procedió a tomar fotografías intraorales (Superior, inferior y en oclusión) de cada paciente.

3.2.2.2 Análisis estadístico

Se realizó en primera instancia una recopilación de los datos obtenidos en el hospital Básico Área #3 del cantón El Guabo, en el programa Excel donde se procedió hacer una tabulación de los datos, divididos en: número de pacientes, sexo, edad, número de pieza extraída, diagnóstico, uso de mantenedor, uso de recuperador, relación molar del lado normal, relación molar del lado de la extracción, línea media superior (lms) desviada hacia el lado de la extracción, línea media inferior (dmi) desviada hacia el lado de la extracción y reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción. Una vez obtenidos los promedios se procedió a realizar las tablas y gráficos estadísticos de los mismos donde con la frecuencia obtenida determinamos el porcentaje de cada dato que nos interesaba para el estudio. Entre los gráficos utilizados elegimos barras, línea, columna y gráfico circular. Obtuve datos de los cuales posteriormente se proyectaron, buscados en el planteamiento básico de la presente investigación.

4. RESULTADOS

4.1 Distribución de pacientes por edad y género:

4.1.1 Distribución de pacientes por edad:

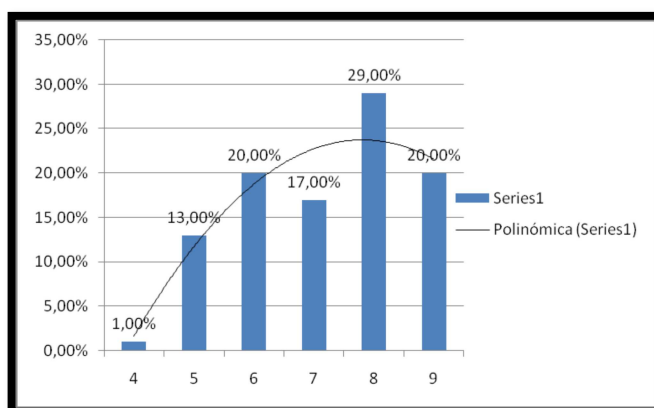
Tabla N°1. Distribución de paciente por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
4	1	1,00%
5	13	13,00%
6	20	20,00%
7	17	17,00%
8	29	29,00%
9	20	20,00%
Total	100	100%

Fuente: Hospital Básico Área #3 cantón El Guabo

Análisis y Discusión: La muestra estuvo constituida por 100 niños, de los cuales el 1% tenía 4 años, el 13% tenía 5 años, el 20% tenía 6 años, el 17% tenía 7 años, el 29% tenía 8 años y el 20% tenía 9 años, lo que nos demuestra claramente que el índice de extracciones prematuras afectó más a la edad de 8 años. Al analizar un estudio publicado por Hernández J. et al.²³ 2010, se observó que las extracciones prematuras de dientes primarios en su estudio afectaban más al grupo de los niños de 8 años de edad con 45% al igual que el presente estudio.

Grafico N°1. Distribución de pacientes por edad



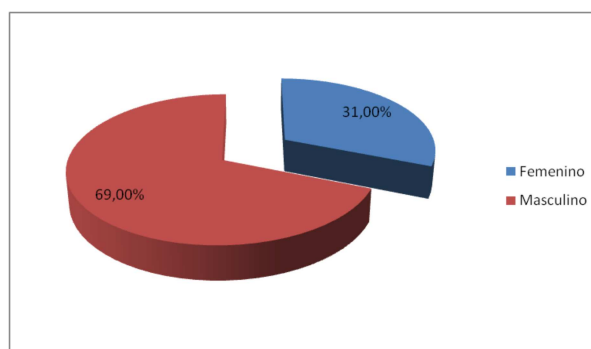
4.1.2 Distribución de pacientes por género

Tabla N°2. Distribución de pacientes por género

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	31	31,00%
Masculino	69	69,00%
Total	100	100%

Análisis y discusión: El género femenino representó un 31 % con un total de 31 niñas, mientras que los pacientes masculinos representaron el 69% de la muestra registrándose 69 niños.

Gráfico N°2. Distribución de pacientes por género



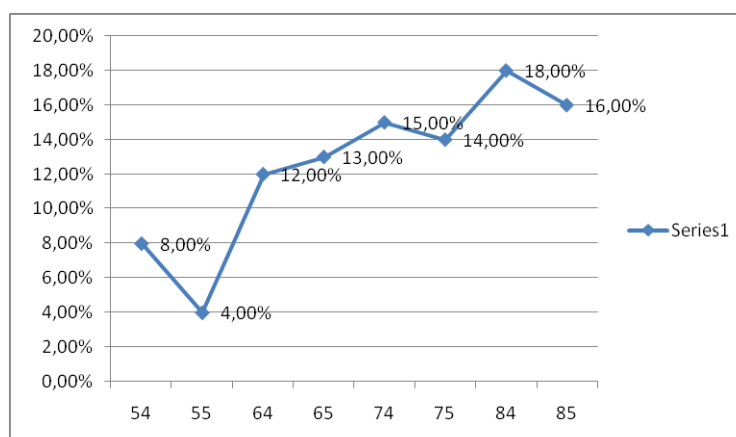
4.2 Pieza que más frecuentemente ha sido extraída

Tabla N°3. Frecuencia de la pieza más extraída

Molares extraídos	Frecuencia	Porcentaje
#54	8	8,00%
#55	4	4,00%
#64	12	12,00%
#65	13	13,00%
#74	15	15,00%
#75	14	14,00%
#84	18	18,00%
#85	16	16,00%
Total	100	100,00%

Análisis y discusión: Del total de molares extraídos, la pieza que más frecuentemente fue extraída es la **#84** con un total de 18 veces que representa el 18% de la muestra, mientras que la menos extraída fue la pieza **#55** con un total de 4 veces lo que representa el 4%, la pieza **#54** tuvo un total de 8 veces lo que representa el 8%, la pieza **#64** tuvo un total de 12 veces lo que representa 12%, mientras que la pieza **#65** tuvo un total de 13 veces lo que representa un 13%, la pieza **#74** tuvo un total de 15 veces lo que represento un 15%, la pieza **#75** tuvo un total de 14 veces lo que representó el 14% y finalmente la pieza **#85** fue extraída 16 veces lo que representa un porcentaje del 16%.. En un estudio similar publicado por Martínez N. et al.²⁴ 2005 los dientes temporales perdidos prematuramente con más frecuencia fueron los primeros molares con un 46,21%, igual a los resultados obtenidos en mi estudio.

Gráfico N°3. Frecuencia de la pieza más extraída



4.3 Causa principal de extracción de los molares temporales

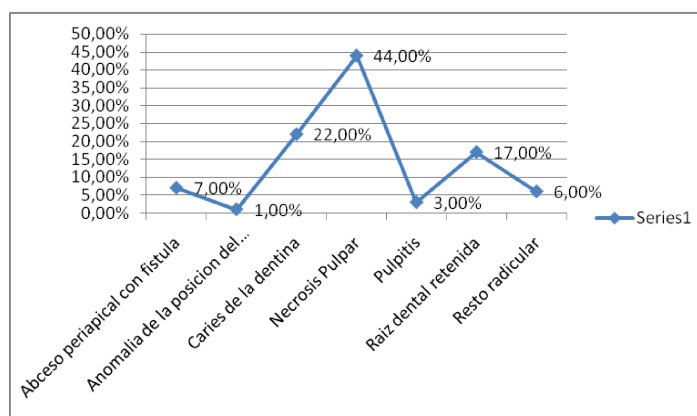
Tabla N°4. Causa principal de la extracción

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Absceso periapical con fístula	7	7,00%
Anomalía de la posición del diente	1	1,00%
Caries de la dentina	22	22,00%
Necrosis Pulpar	44	44,00%
Pulpitis	3	3,00%
Raíz dental retenida	17	17,00%
Resto radicular	6	6,00%
Total	100	100,00%

Análisis y discusión: Del total de la muestra, 7 niños presentaron absceso periapical con fístula representando un 7 %, 1 niño presento anomalía de posición del diente representando 1%, 22 niños presentaron caries de la dentina representando un 22%, 44 niños presentaron necrosis pulpar representando 44%, 3 niños presentaron pulpitis representaron un 3%, 17 niños presentaron raíz dental retenida representando un 17% y finalmente 6 niños presentaron restos radicular representando un 6%.Al comparar los

resultados de mi estudio con uno similar publicado por Lucavechi²⁵ 2004., donde indicaba a la caries como causa de mayor porcentaje de extracciones prematuras en dientes temporales con un 40,4%; se demostró que aquellos resultados no coincidieron con el presente estudio.

Gráfico N°4. Causa principal de la extracción



4.4 Tratamiento indicado para la pérdida prematura de molares temporarios

4.4.1 Uso de mantenedores de espacio

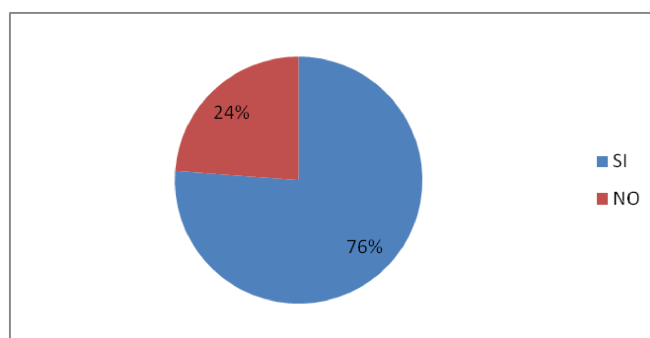
Tabla N°5. Tratamiento indicado para pérdida prematura de molares temporarios: mantenedor de espacio

Uso de Mantenedor de Espacio	Frecuencia	Porcentaje
SI	16	76%
No	5	24%
Total	21	100%

Análisis y discusión: De los pacientes atendidos clínicamente, 16 de ellos tenían que usar necesariamente el mantenedor de espacio luego de la

extracción lo que represento el 76%, mientras que 5 pacientes no necesitaban usar mantenedor de espacio lo que represento el 24%.

GráficoN°5. Tratamiento indicado para pérdida prematura de molares temporarios: mantenedor de espacio



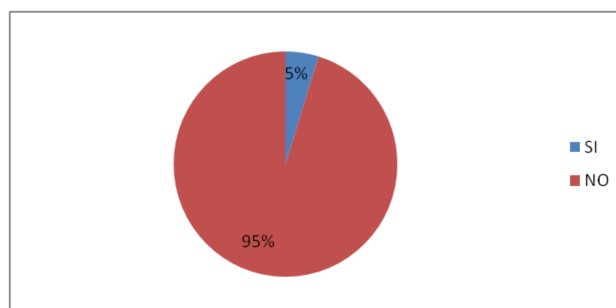
4.4.2 Uso de recuperadores de espacio

Tabla N°6 Tratamiento indicado para pérdida prematura de molares temporarios: recuperador de espacio

Uso de Recuperador de Espacio	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	5%
NO	20	95%
Total	21	100%

Análisis y discusión: De los pacientes atendidos clínicamente, 1 tenían que usar necesariamente el recuperador de espacio luego de la extracción lo que represento únicamente el 5%, mientras que 20 pacientes no necesitaban usar recuperador de espacio lo que represento el 95%.

Gráfico N°6 Tratamiento indicado para pérdida prematura de molares temporarios: recuperador de espacio



4.5 Afección en la oclusión por la pérdida prematura de molares temporarios

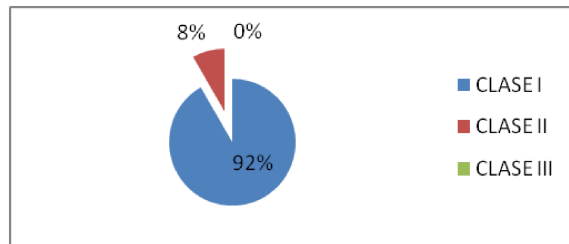
4.5.1 Relación molar del lado normal

Tabla N°7. Relación molar del lado normal

Relación Molar del lado normal	Frecuencia	Porcentaje
CLASE I	11	92%
CLASE II	1	8%
CLASE III	0	0%
Total	12	100%

Análisis y discusión: Del total de pacientes atendidos clínicamente, solo 12 pacientes participaron de esta muestra puesto que los 9 niños restantes estaban por debajo de los 6 años. De los niños atendidos 11 presentaron Clase I representando el 92%, mientras que 1 presentó Clase II representando el 8% y ningún niño presentó Clase III.

Gráfico N°7. Relación molar del lado normal



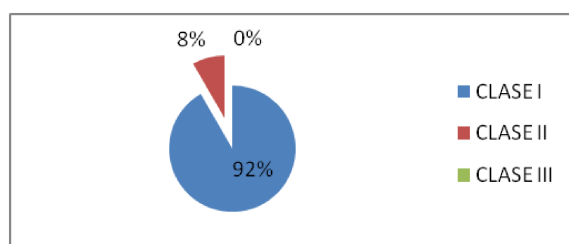
4.5.2 Relación molar del lado de la extracción

Tabla N°8. Relación molar del lado de la extracción

Relación Molar del lado de la extracción	Frecuencia	Porcentaje
CLASE I	11	92%
CLASE II	1	8%
CLASE III	0	0%
Total	12	100%

Análisis y discusión: De 12 pacientes, 11 niños presentaron Clase I representando el 92%, mientras que 1 presentó Clase II representando el 8% y ningún niño presentó Clase III.

Gráfico N°8. Relación molar del lado de la extracción



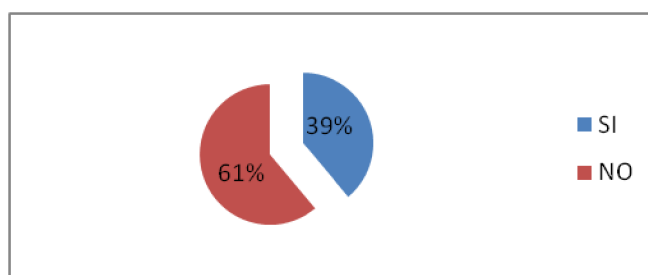
4.5.3 Línea Media Superior desviada hacia el lado de la extracción

Tabla N°9. Línea Media Superior: Desviada hacia el lado de la extracción

LMS: Desviada hacia extracción	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	39%
NO	11	61%
Total	18	100%

Análisis y discusión: Se cogió la muestra en 18 niños puesto que los 3 restantes no presentaban aún incisivos superiores; de la muestra 7 si tenían desviación de la línea media superior hacia el lado de la extracción lo que represento un 39%, mientras que 11 niños no presentación desviación de la línea media superior hacia el lado de la extracción lo que represento un 61%.

Gráfico N°9. Línea Media Superior: Desviada hacia el lado de la extracción



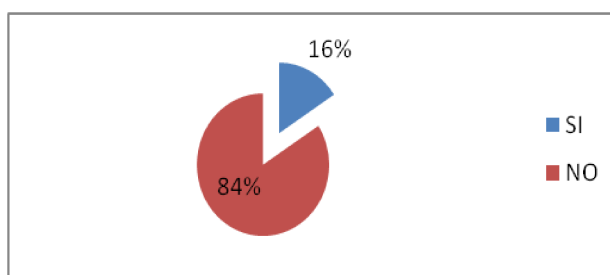
4.5.4 Línea Media Inferior desviada hacia el lado de la extracción

Tabla N°10. Línea Media Inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

LMI: Desviada hacia la extracción	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	16%
NO	16	84%
	19	100%

Análisis y discusión: Se cogió la muestra en 19 niños puesto que los 2 restantes no presentaban aún incisivos inferiores; de la muestra 3 niños si tenían desviación de la línea media inferior hacia el lado de la extracción lo que represento un 16%, mientras que 16 niños no presentación desviación de la línea media inferior hacia el lado de la extracción lo que represento un 84%.

Gráfico N°10. Línea Media Inferior: Desviada hacia el lado de la extracción



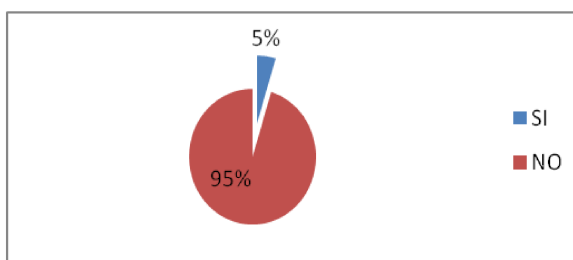
4.5.5 Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

Tabla N°11. Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

RDMD: Zona de la extracción	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	5%
NO	20	95%
	21	100%

Análisis y discusión: De los 21 pacientes atendidos clínicamente, 1 presento reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción lo que representó un 5%, mientras que 20 pacientes no presentaron disminución de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción lo que representó el 95%, Según Mc Donald y Golnick y Snawder ⁷ señalan que la mayor cantidad de cierre de espacio puede ocurrir dentro de los 6 meses después de la pérdida prematura de una pieza temporal, lo que nos indica que al momento de la extracción no se ven cambios significativos, en mi estudio solo un paciente registro disminución debido que a sus 9 años de edad ya había perdido la pieza #84 y en ese momento perdía la #85 lo que seguramente indicaba la disminución de la longitud de arco desde antes.

Gráfico N°11. Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción



4.6 Comparación de resultados de promedio de extracción en años según el estudio y promedio normal.

Tabla N° 12. Comparación del promedio de resultados de extracción en años según el estudio y promedio normal

		GRUPOS DE MOLARES TEMPORALES			
PROMEDIOS		#54 Y # 64	#55 Y #65	#74 Y #84	#75 Y #85
PROMEDIO	DE	7,74	7,18	6,65	7,50
EXTRACCIÓN	SEGÚN				
ESTUDIO					
PROMEDIO NORMAL (EN AÑOS)	(EN AÑOS)	10	10,5	10	11
PROMEDIO	DE	2,26	3,32	3,35	3,50
PRECOCIDAD (EN AÑOS)					
PROMEDIO GENERAL	GENERAL	3,11			
PRECOCIDAD (EN AÑOS)					

Análisis y Discusión: Se realizó una comparación del promedio de extracción según el estudio y el promedio normal de exfoliación de molares temporales en años. Se separó las piezas dentarias en 4 grupos, el primero está constituido por los primeros molares temporarios superiores (54 y 55), el segundo está constituido por los segundos molares temporarios superiores (55 y 65), el tercero está constituido por los primeros molares temporarios inferiores (74 y 84) y el último está constituido por los segundo molares temporarios inferiores (75 y 85). El promedio de extracción según el estudio de los primeros molares temporarios superiores fue de 7,74 años mientras que el promedio normal de exfoliación de dichas piezas es de 10 años, dando como promedio de precocidad 2,26 años. El promedio de extracción según el estudio de los segundos molares temporarios superiores fue de 7,18 años, mientras que el promedio normal de exfoliación de dichas piezas es de 10, 5 años, dando como promedio de precocidad 3,32 años. El

promedio de extracción según el estudio de los primeros molares temporarios inferiores fue de 6,65 años, mientras que el promedio normal de exfoliación de dichas piezas es de 10 años, dando como promedio de precocidad 3,35 años. El promedio de extracción según el estudio de los segundos molares temporarios inferiores fue de 7,50 años, mientras que el promedio normal de exfoliación de dichas piezas es de 11 años, dando como promedio de precocidad 3,50 años. Y arrojando un promedio general de pérdida de prematura de molares temporarios de 3,11 años.

Gráfico N°12. Comparación del promedio de resultados de extracción en años según el estudio y promedio normal



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Causa principal para la extracción de los molares temporales

Luego de analizar los resultados , llegué a la conclusión que la causa más frecuente para la extracción de molares temporarios en los niños de 3 a 9 años que acudieron durante el mes de enero a junio de 2014 al Hospital Básico Area#3 del cantón el Guabo fue por necrosis pulpar , seguido de caries de dentina, se debe recalcar que la necrosis pulpar es el producto de una inflamación avanzada y es provocada por una lesión cariosa no tratada, lo que nos pone de manifiesto la falta de interés de los padres hacia el cuidado de la salud bucal de sus hijos, pues una lesión cariosa tratada a tiempo podría repararse a diferencia de necrosis pulpar avanzada donde no hubo reparación y se llegó a la extracción.

Molares con mayor frecuencia de extracción

Los resultados mostraron que el molar con mayor frecuencia de extracción fue la pieza #84 con un 18% de porcentaje en relación a los otros molares temporarios extraídos.

Afección en la oclusión por la pérdida prematura de un molar temporario

La mayoría de niños registró relación molar Clase I del lado normal, el mismo promedio se registró en lo que respecta a la relación molar del lado de la extracción. En cuanto a la desviación de la línea media superior y línea media inferior, estas no fueron significativas pues la mayoría de niños no registraron desviaciones de las mismas. Respecto a la reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción no fue una cifra alarmante ya que solo un niño la registró. Estos resultados muestran que las repercusiones en la oclusión se generan después de un tiempo de la extracción no en ese momento, por lo tanto los niños que presentaban las alteraciones ya habían tenido anteriormente extracciones prematuras y estaban ahí reflejadas las consecuencias.

Tratamientos preventivos y correctivos asociados a la pérdida de un molar temporario

Entre los tratamientos que se indicaron para después de las pérdidas prematuras están los mantenedores y los recuperadores de espacio, los que mayormente se indicaron fueron los tratamientos preventivos, ósea los mantenedores, mientras que los tratamientos correctivos como el recuperador únicamente el 5% lo tuvo que usar, lo que indica que rara vez se disminuye la dimensión mesiodistal del diente al momento de la extracción, sino que esto sucede dentro de los 6 meses luego de la exodoncia, cabe indicar que en mi estudio solo un paciente registro disminución debido que a sus 9 años de edad ya había perdido la pieza #84 y en ese momento perdía la #85, pues seguramente la disminución de la longitud de arco fue a causa de la exodoncia previa.

5.2 Recomendaciones

Recomendaría que en próximas investigaciones se tome como muestra niños mayores de 5 años, puesto que debajo de esta edad son poco colaboradores y dificultan la investigación, además según los datos arrojados en la investigación son menos propensos a extracciones prematuras. Se sugiere realizar más búsquedas o sondeos acerca de las consecuencias de la pérdida prematura de molares temporarios entre ellas podemos añadir el índice de reducción de longitud de arco superior e inferior tras una pérdida prematura lo cual afecta gravemente a la oclusión y sería un dato importante como referencia para tomar medidas preventivas acerca de este problema. Por último aconsejo que al momento de realizar un trabajo investigativo sobre repercusiones de extracciones prematuras en oclusión se desarrolle en un mayor tiempo de tal manera que se lleguen apreciar los cambios de la misma, puesto que en un tiempo corto no se puede dar seguimiento y por lo tanto no se pueden observar las variaciones o repercusiones en la oclusión.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas G. et al. Relación entre la pérdida prematura de piezas dentarias temporales posteriores y el grado de desarrollo del sucedáneo permanente. Universidad Nacional del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. Argentina, 2006; [accesado 2014 Apr 25]; disponible en:

www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03.../2006-M-102.pdf

2. Barbería E. et al. Problemas clínicos en la pérdida prematura de los segundos molares temporales. El mantenedor de extremo libre, como una alternativa. Gaceta Dental 215. Madrid, Junio 2010; [accesado 2014 Apr 26]; p.p 102-114. Disponible en :

<http://www.gacetadental.com/2011/09/problemas-clnicos-en-la-prdida-prematura-de-los-segundos-molares-temporales-el-mantenedor-de-extremo-libre-como-una-alternativa-25593/>

3. García M., Amaya B., Barrios Z. Perdida prematura de dientes primarias y su relación con la edad y el sexo en preescolares. Revista Odontológica de los Andes. Mérida-Venezuela. Julio-Diciembre 2007; [accesado 2014 Apr 26]; vol 2, p.p12-15 Disponible en:

www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24847/1/articulo2.pdf

4. Bordoni N. et al. Odontología pediátrica La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ª ed. Buenos Aires: Medica Panamericana, 2010.

5. Duterloo H. S. Atlas de la Dentición Infantil Diagnóstico ortodóncico y radiología panorámica. 1991

6. Gallardo W., Terreros M.A. Libro Básico de Ortodoncia. Tomo 1 y Tomo 2 , 2006.

7. Reyes M. Riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco dentario en la dentición mixta temprana. Cuba 1/ene-9/feb. 2010 [accesado 2014 May 5] v.14. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san06110.htm

8. Ortiz M.et al. Pérdida prematura de dientes primarios en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de odontopediatría de la universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas-VenezuelaFebrero 2009; [accesado 2014 May 9]; p.p 1-42. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art2.asp>

9. Chaves M. Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. Publicación científica Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica N°12 2010; [accesado 2014 May 9]; Disponible en:

revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/download/4779/4589

10. Velásquez C. Índice de Caries en pacientes pediátricos de la Universidad Católica. Trabajo de Graduación. Guayaquil 2009- 2010.

11. Cameron A., Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. Tercera Edición 2010.

12. Giral T. Lesiones traumáticas en dentición primaria. Artículo de revisión. México, 2009 [accesado 2014 May 15] vol 23 p.p 108-115. Disponible en :

[T Giral - Perinatol Reprod Hum, 2009 - medigraphic.com](http://T_Giral_-_Perinatol_Reprod_Hum,_2009_-_medigraphic.com)

13. Herrera P. Estudio y diagnóstico de lesiones apicales tales como osteítis, granuloma y quistes. Trabajo de Graduación, Guayaquil, junio 2012.

14. Alvarado F. et al. Terapia pulpar en niños .Trabajo de Investigación elaborado en el curso de odontopediatría II. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú 2008. [accesado 2014 Jun 14]; Disponible en:

[F Alvarado Gonzáles, R Liñan Santoyo... - sisbib.unmsm.edu.pe](#)

15. Chappuzeau E., Cortés D. Anomalías de la Dentición en Desarrollo: Agenesias y Supernumerarios. Revista Dental de Chile 2008 [accesado 2014 Jun 23]; 99(2) p.p 3-8. Disponible en:

www.revistadentaldechile.cl/temas_ago08/.../Dr%20Chappuzeau.pdf

16.- Olmos J. et al. Mantenedor de espacio o recuperador de espacio. Gaceta Dental 15 septiembre 2011. [accesado 2014 Jun 28] Disponible en:

<http://www.gacetadental.com/2011/09/mantenedor-de-espacio-o-recuperador-de-espacio-25695/>

17. Vásquez V, Di Santi de Modano. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Venezuela, 2003 [accesado 2014 Jul 12]; Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art8.asp>

18. Carrión M. Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil". Trabajo de Titulación, Guayaquil, Septiembre de 2012.

19. García S. et al. El mantenedor de espacio en la prevención de moloclusiones. Cuba marzo 2014 [accesado 2014 Jul 15]; p.p 193-199. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000200005

20. Barrios Z., Salas M. Tratamientos protésicos en dentición primaria: Revisión de la literatura. Mérida-Venezuela, Oct 2006 [accesado 2014 Jul 20]; p.p62-70. Disponible en:

www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24823/2/articulo8.pdf

21. Ram D. et al. Mantenedores de espacio mandibulares para la prevención de pérdida de espacio, posterior a la pérdida prematura de molares primarios. Odontol Pediatr, dic. 2010 [accesado 2014 Aug 13]; vol.9, p.p 127-140. Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67566&id_seccion=3916&id_ejemplar=6793&id_revista=240

22. Rodríguez I. et al. El mantenedor de espacio. Técnica preventiva al alcance del estomatólogo general integral. Rev Cubana Estomatol Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005 [accesado 2014 aug 13] v.42 . Disponible en:

scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072005000100001&script..

23. Hernández J. 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". Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Caracas – Venezuela, 2010 [accesado 2014 aug 13] p.p 1-33. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art22.asp>

24. Martínez N. et al. Pérdida prematura de dientes temporales y maloclusión en escolares. Policlínica "Pedro Díaz Coello", 2003. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Granjales Coello" 2005.[accesado 2014 Aug 14]; p.p 1-6 Disponible en:

<http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori4.htm>

25. Lucavechi T. et al. Estudio de la prevalencia y causas de las exodoncias en una población infantil española. Madrid , ene-feb. 2004 [accesado 2014 Aug 15]; 9(1): 65-72. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100005

7. ANEXOS

ANEXO N°1

FICHA PEDIÁTRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BÁSICO ÁREA #3 EL GUABO

Edad:

Sexo:

Motivo de la consulta:

Odontograma:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fístula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El fin del consentimiento informado es dar a conocer a los padres de familia el procedimiento que se llevara a cabo en esta investigación con sus hijos.

El presente estudio está a cargo de Paula Guerra Espadero, con CI: 0704504554 alumna egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El tema de este estudio es “Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños (3 -9 años) del cantón el guabo, enero – junio 2014”, el objetivo es determinar su incidencia y alteraciones de la oclusión, establecer a que género y edad afecta más, cual es la pieza con mayor frecuencia de extracción y los tratamientos indicados tras la pérdida dental.

Si usted está de acuerdo con que su hijo participe de esta investigación, se procederá a llenar una historia clínica y luego se iniciará una revisión dental utilizando espejos intraorales, explorador, torundas de algodón, gasas, baberos, porta baberos, pinza algodонера que vendrán en fundas herméticas esterilizadas, una para cada niño, el investigador llevará puesto guantes, mascarilla, gorro, gafas y aparte contara con una pluma, resaltador y un cuaderno de registro. Se debe indicar al padre de familia que luego se tomarán fotografías de la cavidad bucal, donde no saldrá el rostro de su hijo.

Su participación en este estudio es voluntaria, está en el derecho de no aceptar si así lo desea, le recordamos que la información que se recaude es confidencial.

En caso de tener alguna pregunta acerca de esta investigación se puede contactar al teléfono 0981288646 o al 6002323.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BÁSICO
ÁREA 3**

Yo, _____, de _____ edad,
identificado con la cedula de identidad
Nº _____,
domiciliado(a) en _____ como representante
legal o familiar de _____,
_____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

Mayo, _____, 2014

ANEXO N°3
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL HOSPITAL
BÁSICO AREA #3 CANTÓN EL GUABO

El Guabo, 14 de mayo de 2014

Obstetriz:

Priscila Hurtado

Directora del Hospital Básico Área 3

De mis consideraciones:

Yo, Paula Andrea Guerra Espadero, alumna egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, solicito a usted de manera especial se me permita acceder a los datos estadísticos del área odontológica, revisión de historias clínicas e inspección de pacientes pediátricos, por motivo de estar realizando mi trabajo de Titulación denominado: **Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños (3 -9 años) del cantón El Guabo, Enero – Junio 2014.**

Esperando se le dé una aceptación a mi pedido, desde ya anticipo mi agradecimiento.

Atentamente

Paula Andrea Guerra Espadero



Certificado No CQR-1497



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PBX: 042-206950
Ext. 1821-1839
www.ucsg.edu.ec
Guayaquil-Ecuador

Obstetrix
Priscila Hurtado
Directora
Área de Salud Nº 3 Del Cantón El Guabo
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente envié a Usted, La Dirección de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica, solicita a Usted se le permita realizar el Trabajo de Graduación a la Señorita Paula Guerra Espadero solicito a Usted autorice a la alumna en mención para que realice la revisión de Historias Clínicas de Enero a Abril y Revisión Clínica de Pacientes Pediátricos de Mayo 15 a 15 de Junio del año en curso.

Hago este petitorio por cuanto la alumna mencionada se encuentra realizando el Trabajo de Graduación, cuyo tema es "Incidencia de Extracción Prematura en Molares Temporarios Niños 3-9 años (Enero a Junio)". Por tal motivo solicito que se le brinde la ayuda necesaria que culminar con su Investigación.

Agradeciendo por la atención favorable a la presente y reiterándole mis consideraciones y estimas, me suscribo de Usted.

Atentamente,

HOSPITAL BASICO EL GUABO
DPTO. DE SECRETARÍA
RECEPCION DE CORRESPONDENCIA

Fecha: 11:23
Hora: (11:23) 02/06/14
Firma: [Signature]

Juan Carlos Gallardo Bastidas
Juan Carlos Gallardo Bastidas
Director (e)
Carrera de Odontología



ANEXO 4

CERTIFICADO DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO POR PARTE DEL HOSPITAL BÁSICO AREA #3 CANTÓN EL GUABO



Dirección Distrital 07D01 Chilla-El Guabo-Pasaje Salud
Hospital María Lorena Serrano



Las abajo firmantes DIRECTORA y RESPONSABLE DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO

CERTIFICAN:

Que la Señorita PAULA ANDREA GUERRA ESPADERO, portadora de la Cédula de Identidad N° 0704504554, realizó el trabajo de investigación con el tema INCIDENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORARIOS EN NIÑOS DE 3 A 9 AÑOS DEL CANTON EL GUABO, ENERO-JUNIO 2014, en los departamentos de odontología y estadística de este Hospital, durante los días comprendidos del 15 de mayo al 15 de junio del 2014.

Es todo cuanto puedo CERTIFICAR. DADO, hoy 30 de Julio de 2014 en el Guabo, Provincia de El Oro.

Atentamente,

Obst. Nuccia Priscilla Hurtado Chica
DIRECTORA TÉCNICA DEL
HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO



Dra. Nelly Rivas Jiménez
RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO

Av. Panamericana Sur entre 9 de Mayo y Carchi
Teléfonos: 2950-500 ext.: 200
asaludguabo@hotmail.com

ANEXO 5
TABLA CONSOLIDADA DE DATOS

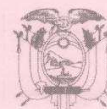
CERTIFICADO DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO POR PARTE DEL HOSPITAL BÁSICO AREA #3 CANTÓN EL GUABO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ministerio
de Salud Pública

Dirección Distrital 07D01 Chilla-El Guabo-Pasaje Salud
Hospital María Lorena Serrano



Las abajo firmantes DIRECTORA y RESPONSABLE DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO

CERTIFICAN:

Que la Señorita PAULA ANDREA GUERRA ESPADERO, portadora de la Cédula de Identidad N° 0704504554, realizó el trabajo de investigación con el tema INCIDENCIA DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORARIOS EN NIÑOS DE 3 A 9 AÑOS DEL CANTON EL GUABO, ENERO-JUNIO 2014, en los departamentos de odontología y estadística de este Hospital, durante los días comprendidos del 15 de mayo al 15 de junio del 2014.

Es todo cuanto puedo CERTIFICAR. DADO, hoy 30 de Julio de 2014 en el Guabo, Provincia de El Oro.

Atentamente,

Obst. Nuccia Priscilla Hurtado Chica
DIRECTORA TÉCNICA DEL
HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO



Dra. Nelly Rivas Jiménez
RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO

A CADA PACIENTE SE LE ENTREGO EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El fin del consentimiento informado es dar a conocer a los padres de familia el procedimiento que se llevara a cabo en esta investigación con sus hijos.

El presente estudio está a cargo de Paula Guerra Espadero, con CI: 0704504554 alumna egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El tema de este estudio es “Incidencia de pérdida prematura de molares temporarios en niños (3 -9 años) del cantón el guabo, enero – junio 2014”, el objetivo es determinar su incidencia y alteraciones de la oclusión, establecer a que género y edad afecta más, cual es la pieza con mayor frecuencia de extracción y los tratamientos indicados tras la pérdida dental.

Si usted está de acuerdo con que su hijo participe de esta investigación, se procederá allendar una historia clínica y luego se iniciará una revisión dental utilizando espejos intraorales, explorador, torundas de algodón, gasas, baberos, porta baberos, pinza algodонера que vendrán en fundas herméticas esterilizadas, una para cada niño, el investigador llevará puesto guantes, mascarilla, gorro, gafas y aparte contara con una pluma, resaltador y un cuaderno de registro. Se debe indicar al padre de familia que luego se tomarán fotografías de la cavidad bucal, donde no saldrá el rostro de su hijo.

Su participación en este estudio es voluntaria, está en el derecho de no aceptar si así lo desea, le recordamos que la información que se recaude es confidencial.

En caso de tener alguna pregunta acerca de esta investigación se puede contactar al teléfono 0981288646 o al 6002323.

Paciente #1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BÁSICO ÁREA

3

Yo, Daniela Mendia, de 29 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0703575878,
domiciliado(a) en Ciudad del Lago Verde como representante
legal o familiar de Heidy Orellana, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

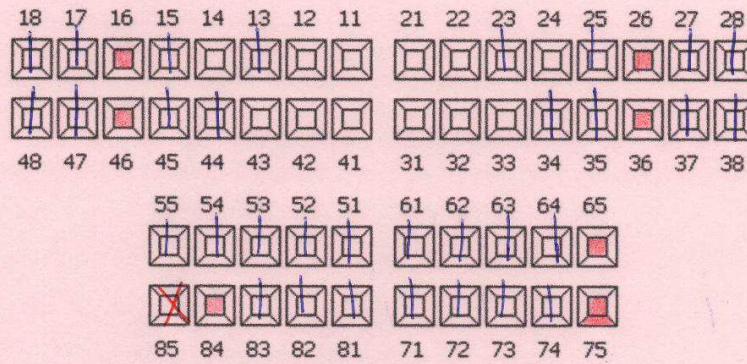


Mayo, 16, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: *Heidy Orellana*
 Edad: *9 años*
 Sexo: *femenino*
 Motivo de la consulta: *Control odontológico*

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalia de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #1 Pieza #85 Caries de la dentina 16/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Estheranía Aguilar, de 25 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704761782
domiciliado(a) en Guabo, Bolívar 20 de Enero como representante
legal o familiar de
Justin Navarri, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma: Estheranía Aguilar.

Mayo, 20, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

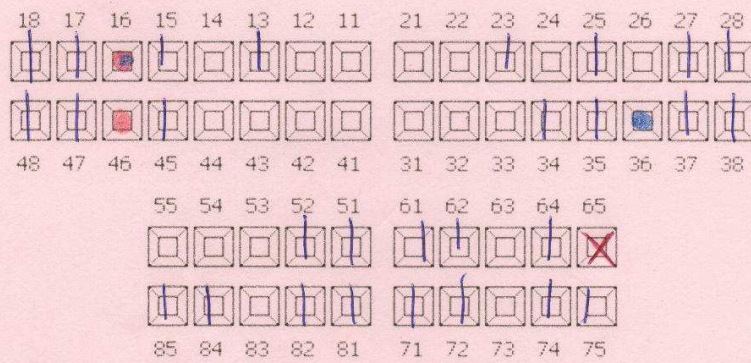
Nombre del Paciente: Justin Narvaez

Edad: 9 años

Sexo: masculino

Motivo de la consulta: Continuar con el tratamiento

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

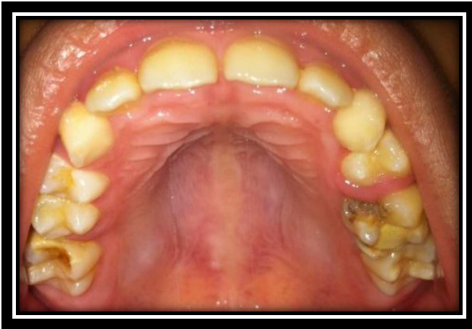
NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #2 Pieza # 65 Necrosis pulpar 20/5/2014



Paciente #3:

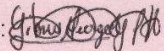
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Gilma Maqui León Ajilo, de 29 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704801823
domiciliado(a) en Casa 21 de Agosto como representante
legal o familiar de
Brush Steven Ajilo León, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma: 

Mayo, 16, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

2.- Relación Molar del/los normal

Nombre del Paciente: Brush Steven Ajilo Leon

Edad: 6 años

Sexo: Masculino

Motivo de la consulta: Curación de caries

Odontograma:

Clase III

Clase III

SI NO

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

SI NO

1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Ábsceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #3 Pieza #85 Caries de la dentina 16/5/2014



Paciente #4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA


3

Yo, Mariano García, de 24 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 1724292330,
domiciliado(a) en Sanbo Cristo Rey como representante
legal o familiar de Angelita Quinonez, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Mayo, 19, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

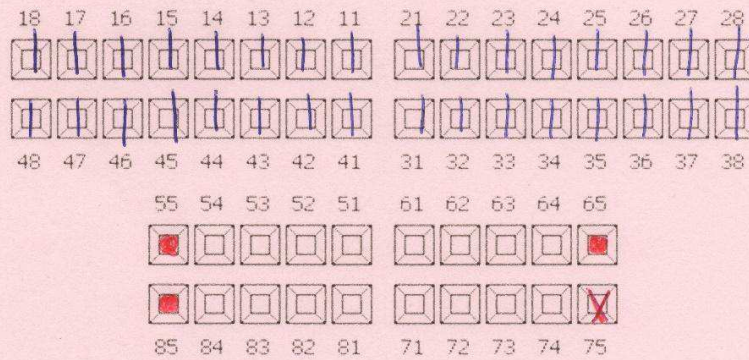
Nombre del Paciente: *Angelica Quiñonez*

Edad: *5 años*

Sexo: *femenino*

Motivo de la consulta: *Dolor de muela*

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #4 Pieza #75 Caries de la dentina 19/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Mariam Garcia, de 24 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 1724592330
domiciliado(a) en Guabo Cristo Rey como representante
legal o familiar de Katlo Quinonez, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

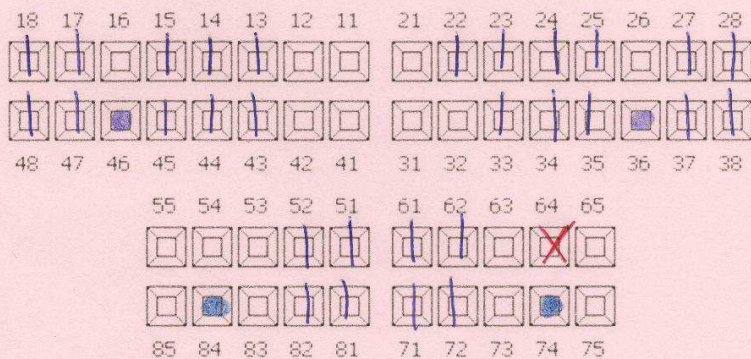


Mayo, 19, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Karla Quiñonez
 Edad: 8 años
 Sexo: femenino
 Motivo de la consulta: Chequeo

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #5 Pieza #64 Caries de la dentina 19/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BÁSICO ÁREA

3

Yo, Joselyn Fariz, de 19 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0706520038
domiciliado(a) en Guayaquil, Barrio 20 de Enero como representante
legal o familiar de Maryuri Calero, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

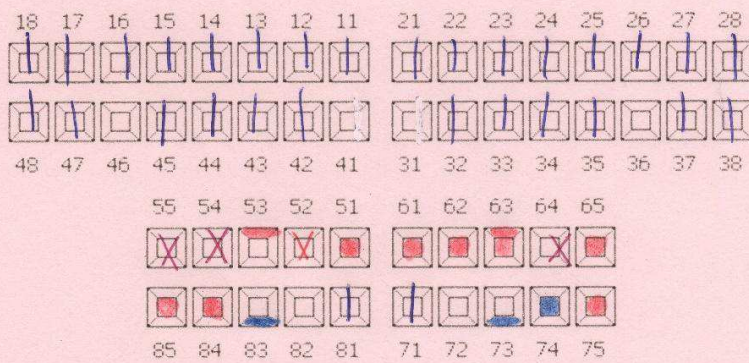


Mayo, 22, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Marguri Marchis Colero farez
 Edad: 5 años
 Sexo: femenino
 Motivo de la consulta: Curarse caries

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalia de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #6 Pieza #54, 55 Caries de biberón 22 /5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Reinodel Rocio Garcia, de 29 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704383587,
domiciliado(a) en Guabo, Barriada Rio Seco como representante
legal o familiar de Eddy Valk Garcia, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Mayo, 23, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

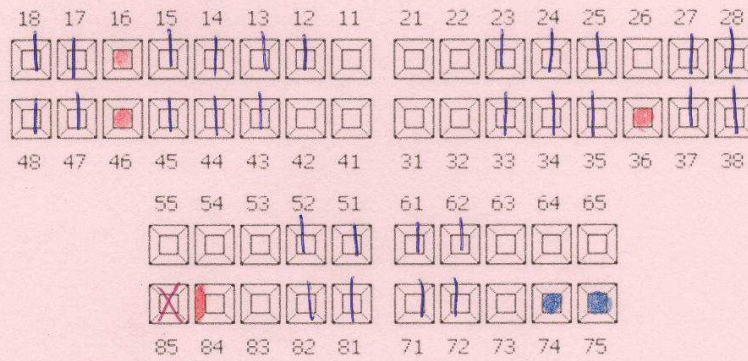
Nombre del Paciente: Eddy rohin valle Garúa

Edad: 8 años

Sexo: Masculino

Motivo de la consulta: Continuar con el tratamiento

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Rafz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalia de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #7 Pieza #85 Necrosis Pulpar 23/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Tania Vargas, de 23 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0305996775,
domiciliado(a) en Guabo, Juana mora como representante
legal o familiar de Ernesto Bzjána, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

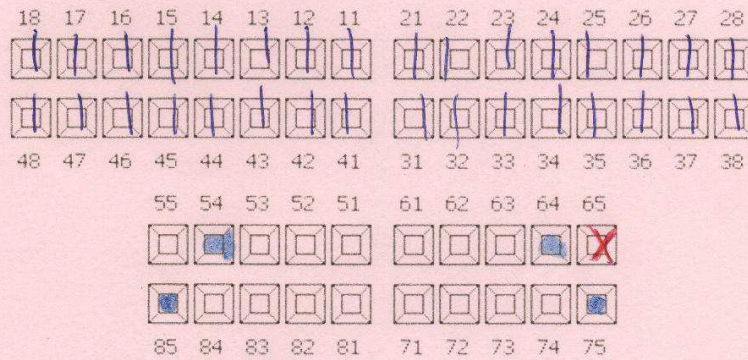
Firma: Tania Vargas

Mayo, 23, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Ernesto Bujano
Edad: 6 años
Sexo: masculino
Motivo de la consulta: Continuar con el tratamiento

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #8 Pieza #65 absceso periapical 23/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

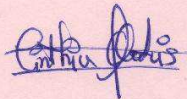
3

Yo, Cynthia Quintisaca, de 24 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0903880542,
domiciliado(a) en Carmen Mora como representante
legal o familiar de Snsidel Mendoza, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Mayo, 27, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

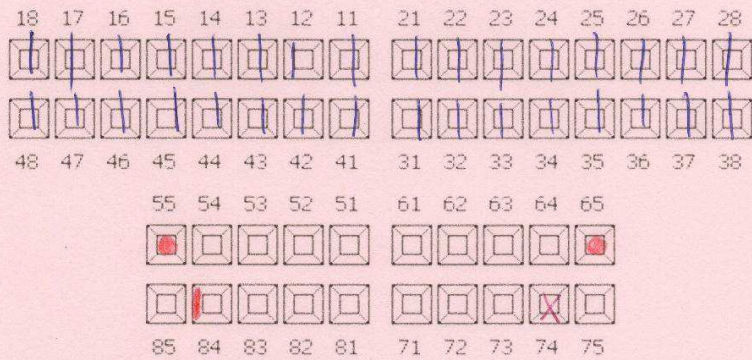
Nombre del Paciente: Snaidel Mendoza

Edad: 6 años

Sexo: Masculino

Motivo de la consulta: Continuar con el tratamiento odontológico

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #9 Pieza #74 necrosis pulpar 27/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Briyit Torres, de 26 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 1206715447
domiciliado(a) en Bolivia Rizzo como representante
legal o familiar de Britany Camba, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma: Briyit Torres

Mayo, 27, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

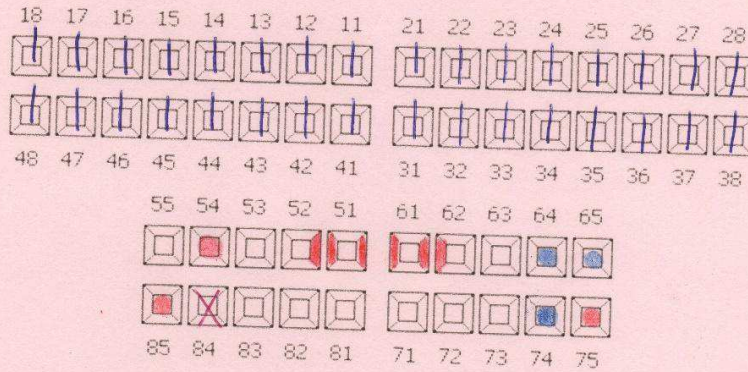
Nombre del Paciente: Britany Camba

Edad: 4 años

Sexo: femenino

Motivo de la consulta: Curar caries

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalia de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #10 Pieza #84 caries de la dentina 27/5/2014



Paciente #11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BÁSICO AREA

3

Yo, María Tamó, de 27 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704962455,
domiciliado(a) en Guabo, Chontilla como representante
legal o familiar de Belinda Mejía, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

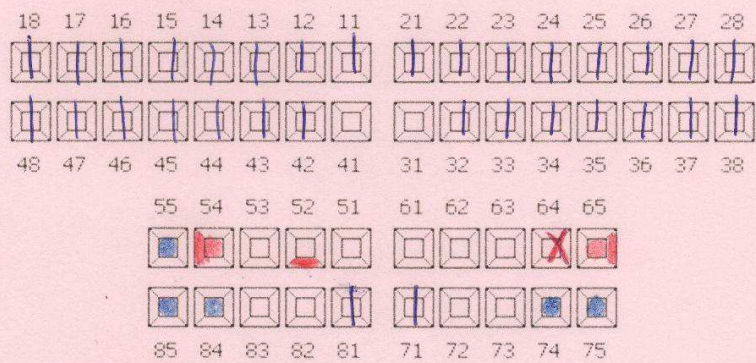
Firma:

Mayo, 28, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Belinda Mejia
 Edad: 6 años
 Sexo: femenino
 Motivo de la consulta: Curarse con res

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Katherine Gómez, de 32 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704678192
domiciliado(a) en Guabo, Cooperativa Triunfo como representante
legal o familiar de Jose Ullaguari, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Mayo, 28, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

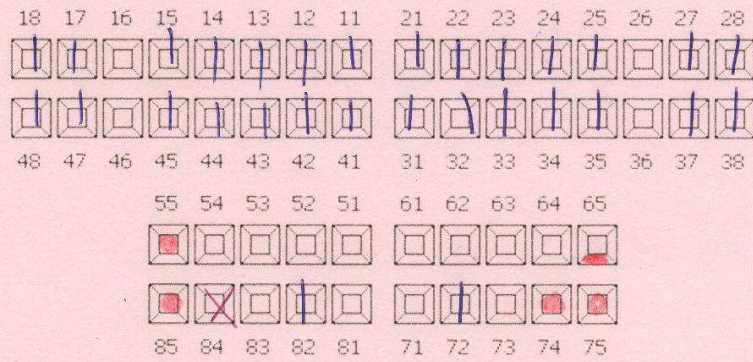
Nombre del Paciente: Jose Ullaguari Bone

Edad: 6 años

Sexo: Masculino

Motivo de la consulta: Chequeo

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #12 Pieza #84 necrosis pulpar 28/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

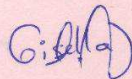
3

Yo, Gisela Ordoñez, de 26 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 1722035923,
domiciliado(a) en barrio Lago Verde como representante
legal o familiar de
mama Juan Stomani Forjas, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Mayo, 28, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

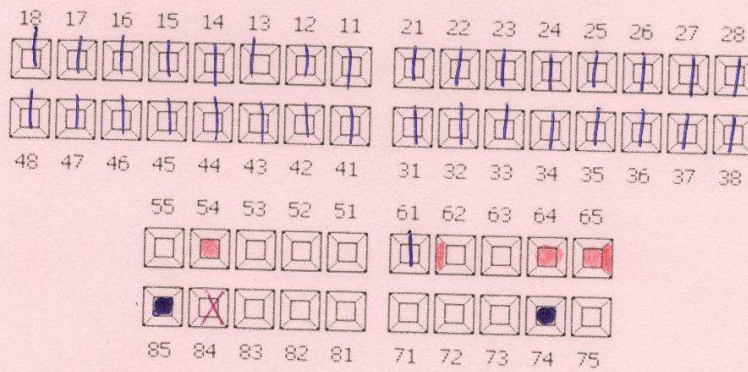
Nombre del Paciente: *Joao Jasmani Farias*

Edad: *5 años*

Sexo: *masculino*

Motivo de la consulta: *Sacar el diente*

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #13 Pieza #84 resto radicular 28/5/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Maria Gabriela Siguenza, de 23 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0705302153
domiciliado(a) en Av. 10 de Agosto, La Aduna como representante
legal o familiar de Steven Mite, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

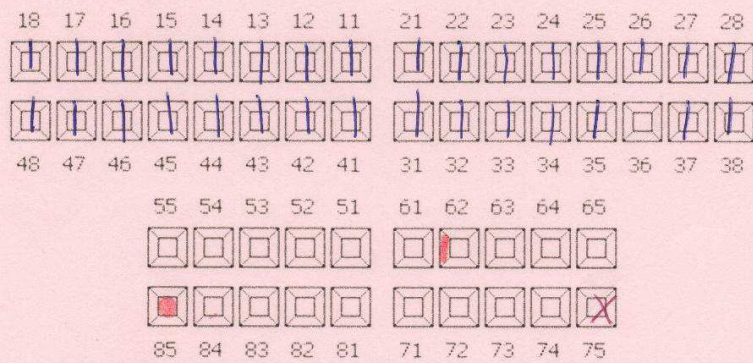
Maria Siguenza

Mayo, 29, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Steven Mite
 Edad: 5 años
 Sexo: Masculino
 Motivo de la consulta: Dolor de muela

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalia de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #14 Pieza #75 pulpitis 29/5/2014



Paciente #15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Maritza Vaca, de 25 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 1900652585,
domiciliado(a) en Guabo, Teniente Ledezma como representante
legal o familiar de Daniel Brito, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Mayo, 30, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

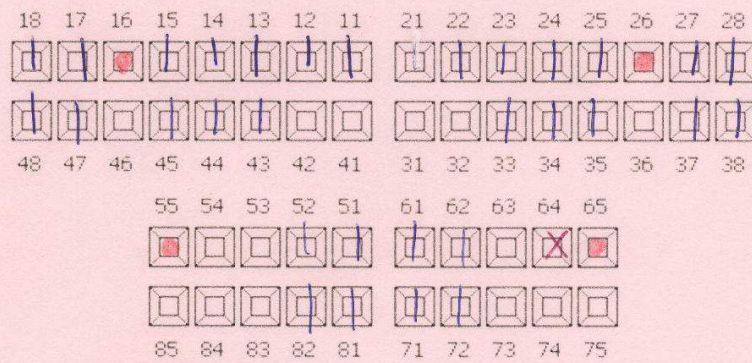
Nombre del Paciente: Daniel Brito

Edad: 8 años

Sexo: masculino

Motivo de la consulta: Continuar con el tratamiento

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #15 Pieza #64 resto radicular 30/5/2014



Paciente #16

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Johana Dela A., de 28 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704337252,
domiciliado(a) en Guabo, Potosgo como representante
legal o familiar de Santiago Miranda, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

Johana Dela A.

Junio, 2, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

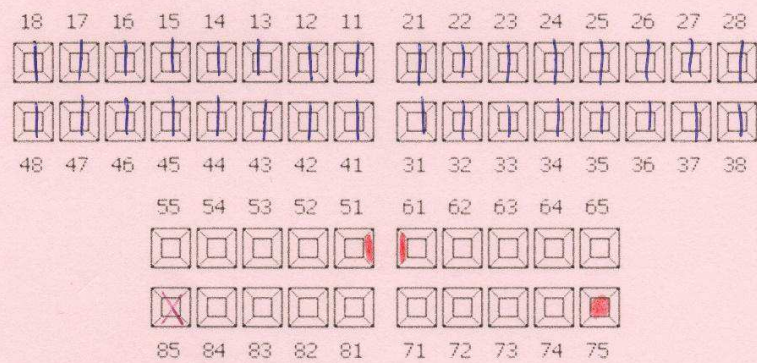
Nombre del Paciente: Scarlet Miranda

Edad: 5 años

Sexo: femenino

Motivo de la consulta: Cheque

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalia de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

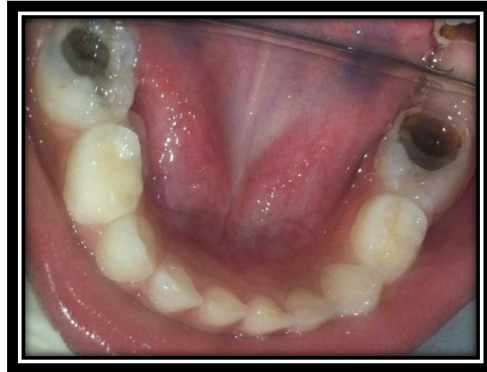
NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #16 Pieza #85 necrosis pulpar 2/6/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Rocio Sánchez, de 23 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0922722889,
domiciliado(a) en Guabo, Guadalupe El Triunfo como representante
legal o familiar de Jean Carlos Perez, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

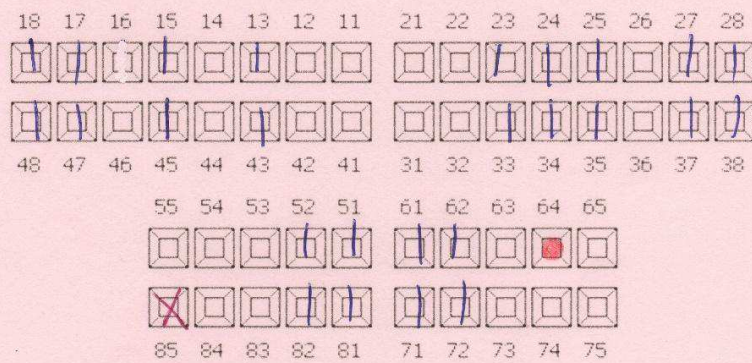
Firma: Rocio Sánchez

Junio, 3, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Jean Carlos farez
 Edad: 9 años
 Sexo: masculino
 Motivo de la consulta: Cheques

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

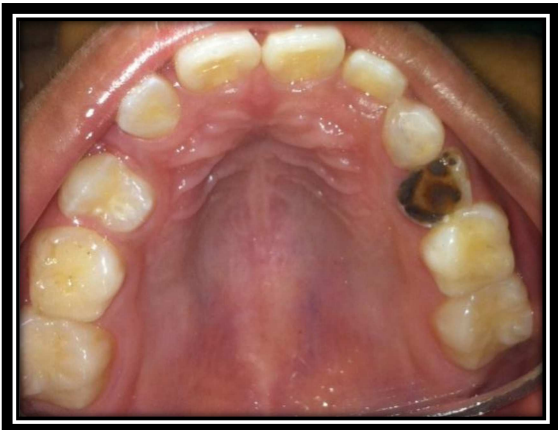
NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #17 Pieza #85 Necrosis Pulpar 3/6/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Rocio Bohorquez, de 29 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0704913000,
domiciliado(a) en Guano Octubrio Paez como representante
legal o familiar de Samiel Liendres, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma: Rocio Bohorquez

Junio, 5, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

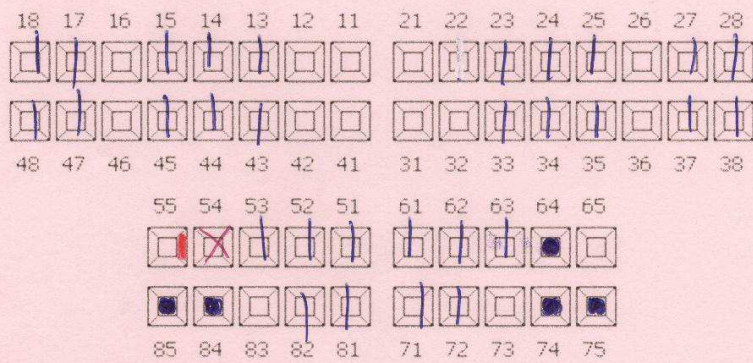
Nombre del Paciente: Janslet Lendres Boharquez

Edad: 8 años

Sexo: femenino

Motivo de la consulta: Continuar Cheques

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #18 Pieza #55 resto radicular 5/6/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Cesar Gabriel Jurado Pinayo, de 31 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0922923206,
domiciliado(a) en Cerro, Cooperativa Jude Agosto como representante
legal o familiar de
papá Luis Jurado, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:

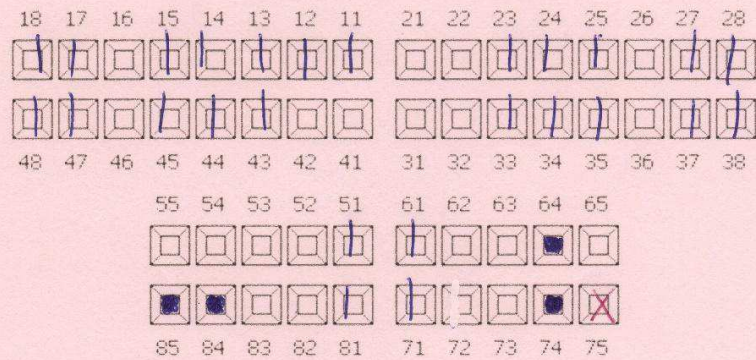
Cesar Jurado

Junio, 6, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: *Wis Gabriel Jurado Romero*
 Edad: *7 años*
 Sexo: *masculino*
 Motivo de la consulta: *Chegues*

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #19 Pieza #75 necrosis pulpar 6/6/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA

3

Yo, Glenda Intriago, de 27 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0705317212
domiciliado(a) en Guaya, El Privilegio como representante
legal o familiar de Wilson Diaz, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

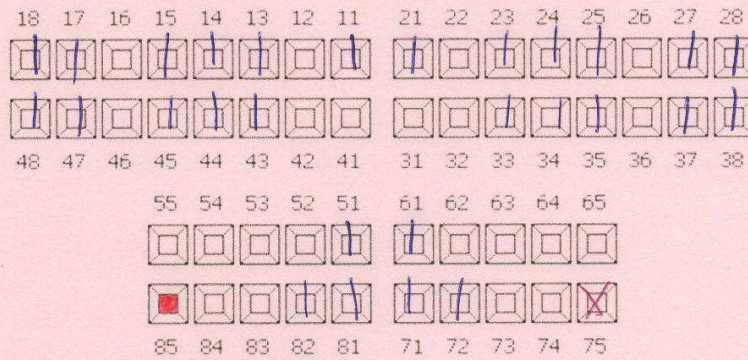
Firma: Glenda Intriago

Junio, 11, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

Nombre del Paciente: Wilson Ismael Diaz Intrigo
Edad: 7 años
Sexo: masculino
Motivo de la consulta: Chequeo

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #20 Pieza #75 Necrosis Pulpar 11/6/2014



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL BASICO AREA
3

Yo, Maria Verónica Fierro, de 27 edad,
identificado con la cedula de identidad
N° 0905315927,
domiciliado(a) en barrio Jose Mara Arizón como representante
legal o familiar de Arianz Coello, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo
asistencial, que mi hijo (a) será atendida para revisión clínica por parte de una
estudiante egresada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para
fines de estudios estadísticos para su trabajo de titulación.

Acepto la realización de fotografías, encuestas y otros medios de diagnósticos que
sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad
de mi representado y la utilización de dichos record con fines académicos.

Firma:



Junio, 11, 2014

FICHA PEDIATRICA PARA PACIENTE DEL HOSPITAL BASICO AREA #3 EL GUABO

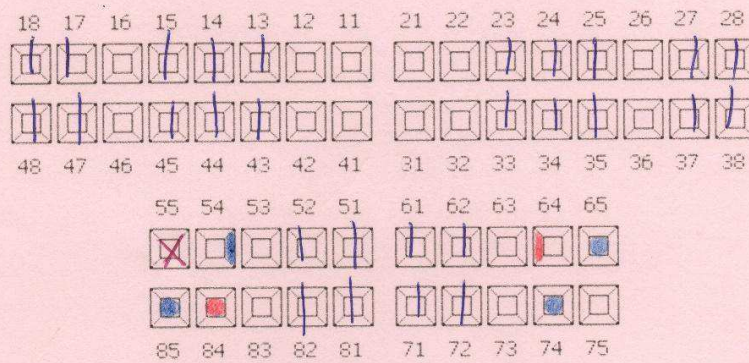
Nombre del Paciente: Ariana Pamela Coello fierro

Edad: 7 años

Sexo: femenino

Motivo de la consulta: Continuar chequeo

Odontograma:



1.-Causa de la extracción

- Pulpitis crónica
- Raíz dental retenida
- Necrosis Pulpar
- Caries de la dentina
- Resto radicular
- Anomalía de posición
- Pulpitis
- Absceso Peri apical con Fistula

2.- Relación Molar del lado normal

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Relación Molar del lado de la extracción

Clase I

Clase II

Clase III

4.- Línea media superior : Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

5.- Línea media inferior: Desviada hacia el lado de la extracción

SI

NO

6.- Reducción de la dimensión mesiodistal de la zona de la extracción

SI

NO

7.- Uso de recuperador de espacio

SI

NO

8.- Uso de mantenedor de espacio

SI

NO

Paciente #21 Pieza #55 necrosis pulpar 11/2/2014

