

Revisado
599

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ORTODONCIA PREVENTIVA INFANTIL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ANA LILIA MACHORRO ARENAS

MEXICO, D. F.

1979

14983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CAPITULOS

Capítulo 1.- Breve Historia de la Ortodoncia
Infantil.

Capítulo 2.- Oclusión Aparentemente Normal.

Capítulo 3.- Clasificación de las Maloclusiones.

Capítulo 4.- Mantenedores de Espacio.

Capítulo 5.- Mordida Cruzada.

Capítulo 6.- Hábitos Bucales.

Conclusiones.

Bibliografía.

ANA LILIA MACHORRO

ARENAS.

INTRODUCCION.

Los diferentes aspectos tratados en esta tesis, dan una idea de la gravedad e importancia que tienen las maloclusiones como un problema que se presenta con frecuencia al Cirujano Dentista.

La maloclusión, así como los implementos necesarios para su corrección, debe ser estudiada por los nuevos investigadores en ortodencia, para que por medio de ellos, la rehabilitación pueda ser con el tiempo, un factor rápido de alivio y al alcance de muchos individuos carentes de una posición económica, indispensable ahora para su ejecución.

El estudio de las maloclusiones debe iniciarse desde la infancia.

Muchas veces al no tratar a un niño con maloclusión dental; ya sea por indiferencia, por ignorancia o por descuido de los padres, se pueden presentar en él, problemas sociales o psicológicos, aunque no en todos los casos, ya que se presentan en diferentes tipos de maloclusión, unos que deforman el aspecto facial y otros que no alteran la fisonomía considerada como normal.

Es posible aliviar estos problemas actualmente, solo que su tratamiento es prolongado, costoso y requiere ser vigilado constantemente el paciente.

CAPITULO 1.
BREVE HISTORIA DE LA ORTODONCIA INFANTIL

La Ortodoncia, es considerada, como la especialidad más antigua, puesto que desde 5 siglos A.C. ya se tenía conciencia sobre las maloclusiones existentes entre los individuos. Estas maloclusiones y anomalías dentales se han observado en cadáveres humanos que datan de la época del Hombre de Neanderthal. Esto fué la --- época primitiva.

Weinberger hizo notar que existía conciencia de la mala apariencia de los dientes torcidos siglos antes de que los griegos dieran un gran impulso a la medicina. La antigua literatura Ortodóntica se remonta a 350 años A.C. Hipócrates, Aristóteles y Solón, escribieron sobre la erupción, función, colocación y tratamiento de los dientes.

Celso afirmó, 25 años A.C. que los dientes podían moverse por presión digital; a lo que se considera que fué el primer paso de la Ortodoncia.

El nombre de la especialidad de Ortodoncia proviene de dos vocablos griegos: "orthos", que significa enderezar o corregir, y "dons" que significa diente.

Le Foulon en 1839, fué el primero en usar el término de Ortodoncia.

Le Foulon, Pierre Fauchard y Etienne Bourdet, franceses, hicieron en su época grandes descubrimientos que beneficiarían enormemente el campo de la Ortodoncia Moderna.

Etienne Bourdet en 1757 creó un aparato similar al "bandelette", que consiste en una banda metálica de mayor extensión, para ser ligada a todos los dientes por medio de hilos. Se usa en casos de prognatismo inferior. Se recomienda la extracción de los primeros molares permanentes, en la convicción de que con ellos se conseguirá una detección en el crecimiento del hueso.

BANDA METALICA DE BOURDET.

Pedro Jouquin Le Foulon, en su tiempo fué un ortodoncista muy notable (1839). En su libro NOUVEAU TRAITÉ DE L'ART DU DENTISTE, escribe sobre el tratamiento de las irregularidades dentarias, denominándolo ORTHOPÉDIE DENTAIRE Y ORTHODONTOIS; Que lo definió como "El tratamiento de las enfermedades congénitas y accidentes de la boca".

Le Foulon fué el primero en condenar la extracción dentaria como medio correctivo de las malposiciones dentarias, afirmó que "extraer no es tratar, sino destruir".

Diseñó el primer arco lingual para efectuar la expansión transversal de los arcos dentarios; al mismo tiempo utilizaba un arco vestibular cuando quería ejercer una fuerza concéntrica.

En Alemania, en 1836, Kneisel, escribió la primera obra sobre la maloclusión de los dientes, titulada: DER SCHIEFSTAND DER ZÄHNE (La oblicuidad de los Dientes). Kneisel fué el que introdujo la moderna cubeta de impresión.

En América, Delabarre en 1819, condenó la extracción prematura de los dientes caducos, y llamó la atención sobre la falta de armonías en relación con el crecimiento de la cara, y las causas de maloclusiones.

En 1825 Joseph Sigmund reconoció que el hábito es como un factor de hipoplasia del maxilar.

John Nutting Varrar (1830-1913) realizó la primera obra notable dedicada exclusivamente a la Ortodoncia. Después de 15 años de esfuerzo, publicó el primer tomo llamado "Tratado sobre irregularidades de los dientes y su corrección". Nueve años después publicó el Tomo II con el mismo título.

La ortodoncia como especialidad, data de principios del siglo XX. El año de 1900 fué elegido arbitrariamente como el año en que comenzó la especialidad de Ortodoncia, ya que en éste año, fundó la Escuela de Ortodoncia, en St. Louis, el Dr. Angle. Al año siguiente se fundó la Sociedad Americana de Ortodontistas.

Angle sostuvo continuas batallas con otros dos grandes de la Ortodoncia, que fueron, Calvin Case y Martin Dewey. Gracias a estas disputas que tenían o sostenían constantemente, hicieron aumentar el interés por la Ortodoncia, la dedicación y la devoción de sus discípulos. Muchos de los problemas a los que se enfrentaron los precursores de la Ortodoncia, aún nos acompañan y provocan una gran controversia.

CAPITULO 2

Oclusión Aparentemente Normal.

La oclusión dentaria es diferente en cada individuo. La oclusión depende de diferentes condiciones, tales como, la forma y el tamaño de los dientes, el tiempo y orden de erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial.

"Normal" implica una situación encontrada comunmente en ausencia de enfermedad, y los valores normales en un sistema biológico dados dentro de un límite de adaptación fisiológica. Por lo tanto se implicaría también en Oclusión Normal una adaptación fisiológica y una ausencia de manifestaciones patológicas reconocibles.

Se puede definir lo normal como lo habitual, a lo que sería una fila de dientes perfectamente alineados; 16 en cada maxilar. Solo que, pocas veces se ven éstos casos. Veintiocho dientes en una alineación correcta, y con un equilibrio con todas las fuerzas ambientales y funcionales, pueden considerarse normales. Y una oclusión atractiva, equilibrada, estable y sana, también puede considerarse como normal, aunque existan leves giroversiones.

En un niño que posea una marcada sobremordida vertical y horizontal y con incisivos derechos también se considera normal.

En algunos casos la oclusión puede ser considerada normal, y con el tiempo transformarse en una maloclusión. Esto depende del crecimiento y desarrollo de las arcadas dentarias y del factor-erupción dental. Lo anterior suele suceder en maloclusiones transitorias, como es el apinamiento de los incisivos centrales durante la erupción, proyección anterior de los incisivos laterales superiores, que dará el aspecto de "Patito Feo", la tendencia de los primeros molares de ocupar una posición de Clase II, antes de la pérdida de los segundos molares deciduos y la inclinación lingual de los segundos molares inferiores en erupción, antes de que la lengua haya podido influir en estos dientes en erupción.

Esto debe de tomarse en cuenta, porque, tanto ortodontistas como los odontólogos han realizado tratamientos que en vez de ayudar perjudican la erupción y los tejidos circundantes, por lo cual resultaría una maloclusión yatrogénica.

Se puede considerar una oclusión ideal, que alude a un ideal tanto estético como fisiológico. Est se ha desplazado progresivamente hacia el interés; la preocupación por la función, la salud y el bienestar.

En odontología, "oclusión" no es solamente el acto de cerrar o ser cerrado, sino que incluye tanto el cierre de las arcadas -- dentarias como los diversos movimientos funcionales con los dientes superiores e inferiores en contacto. Además la palabra oclusión se emplea para designar la alineación anatómica de los dientes y sus relaciones con el resto del aparato masticador.

Se conocen actualmente tres conceptos sobre lo que es la ---- oclusión:

- a) El concepto protético de oclusión balanceada.
- b) El concepto ortodóntico.
- c) El concepto de oclusión dinámica.

El primero es para las dentaduras completas por medio del cual la estabilidad y eficacia funcionales son mejoradas por contactos dentales bilaterales en las excursiones laterales y protusiva.

El segundo concepto se orienta para hacer resaltar ciertas -- relaciones estáticas aceptables entre cúspide y fosa. Al no llenar estos requisitos se considerara una maloclusión.

El tercero se basa en evaluación de la salud y funcionamiento de cada aparato masticador en particular.

GUIA DE OCLUSION.-

Se aplicaran ciertos términos que relacionan la oclusión con la práctica odontológica.

CUSPIDES DE APOYO.- Son las cúspides de apoyo linguales de molares y premolares superiores y las cúspides vestibulares de molares y - premolares inferiores. (Ver figura A.)

Frecuentemente se encuentran incluidos los bordes incisivos - de las piezas anteriores mandibulares.

En un adulto con oclusión normal, las cúspides de apoyo man- tienen contactos centrales de reposo con las fosas opuestas y --

-- los espacios interproximales, y determinan la dimensión vertical de la cara de la oclusión. En el cierre máximo, lo anterior debe quedar perfectamente establecido y ser estables.

Estas áreas de contacto son llamadas Contenciones Céntricas y no tienen relaciones rígidas en la oclusión normal, con excepción de la estabilidad en la oclusión. Dicha estabilidad debe mantenerse mediante fuerzas dirigidas axialmente que son las resultantes de -- las fuerzas aplicadas a las contenciones céntricas.

DECLIVES GUIA.-- Son los declives Vestibulooclusales (declives linguales de las cúspides vestibulares.) de los dientes posteriores del maxilar superior (figura B.), los declives linguales de los -- dientes anteriores del mismo maxilar, y los declives linguooclu-- sales (declives vestibulares de las cúspides linguales) de los --- dientes posteriores de la mandíbula. Los declives guía son los planos y bordes oclusales que determinan el trayecto de las cúspides de apoyo durante las excursiones funcionales normal lateral y protusiva.

GUIA INCISIVA.-- Se refiere a las influencias que ejercen las su-- superficies linguales de los dientes anteriores del maxilar sobre - los movimientos de la mandíbula.

Puede la guía incisiva, expresarse en grados en relación con el Plano Horizontal.

ANGULO DE LA CUSPIDE.-- Es aquel que se forma con las vertientes de una cúspide con un plano que pasa a través del vértice de la misma y que es perpendicular a una línea que corte en dos a la cúspide--.

CURVA DE SPEE.-- Es la curvatura de las superficies de oclusión de - los dientes, desde el vértice del canino inferior y siguiendo las cúspides vestibulares de las piezas posteriores de la mandíbula. - (Curva de Compensación.)

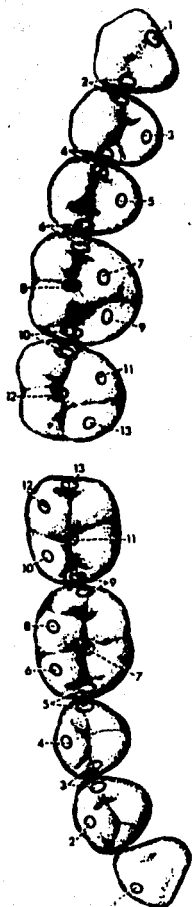
PLANO OCLUSAL.-- Es un plano imaginario que toca al mismo tiempo los

--bordes incisivos de los centrales inferiores y la punta de las --
cúspides distovestibulares de los segundos molares inferiores.

GUIA CONDILAR.- Es el camino que recorre el eje de rotación hori--
zontal de los cóndilos durante la abertura normal de la mandíbula.
Por lo tanto puede ser medido en grados, en relación al plano de --
Frankfort. (de la órbita al trago.)

La relación que tienen todos estos factores mencionados, res--
pecto a la oclusión o articulación ha sido expresada en la quinta
de Hanau y en los principios de Thielemann, señalando que la oclus--
ión balanceada es igual al producto de la guía condilar y la guía
incisiva dividido por el producto del ángulo de la cúspide, la ---
curva de Spee y el Plano de Oclusión. Con excepción de la guía ---
condilar, todos estos factores pueden ser alterados por la terapéu--
tica odontológica protética y ortodóntica; sin embargo, solo el --
ángulo de la cúspide y la guía incisiva pueden ser alterados en --
forma bastante apreciable mediante el ajuste de la oclusión.

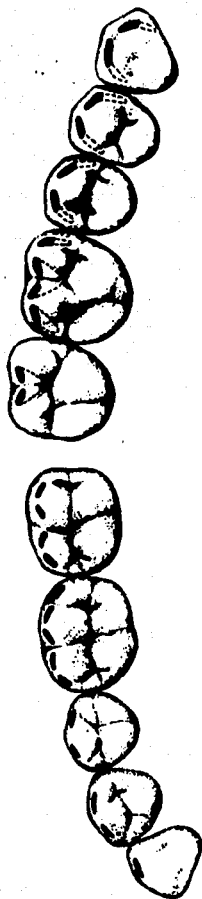
Esta fórmula es de valor limitado para el ajuste y el análisis
de la dentición natural cuando la oclusión balanceada no es una de
los objetivos.



1. Localización de las contenciones centrales. Los cúspides de apoyo incluyen las cúspides linguales de los molares y premolares superiores y las cúspides vestibulares de los molares y premolares inferiores. La relación entre las contenciones centrales y las superficies de oclusión no es rígida y puede variar considerablemente de un individuo a otro. Las relaciones de cúspides, fosas y bordes entre los dientes superiores e inferiores se encuentran marcadas con los mismos números. Tales relaciones se consideran habitualmente como pertenecientes a una oclusión "normal"; sin embargo, la estabilidad oclusal es de mayor importancia que las relaciones rigidamente establecidas para la oclusión normal.

Casi nunca (o nunca) se observa este esquema "ideal" de posición de todas las áreas de contacto. Con frecuencia, las contenciones centricas se hallan en la fosa central, más relacionadas con la superficie interna de las crestas marginales que con las superficies interdientarias de las crestas como aparece en el dibujo.

Localización de los contactos oclusales en relación activa e inclinaciones guía. Las inclinaciones guía comprenden las inclinaciones linguales de las cúspides vestibulares de los dientes posteriores superiores y las inclinaciones linguales de los dientes anteriores superiores. Comprénden también, pero no se encuentran ilustradas aquí, las inclinaciones vestibulares de las cúspides linguales de los dientes posteriores del maxilar inferior.



El cumplimiento de ciertas normas o condiciones relativas a las relaciones entre guía de la articulación temporomandibular y la guía de la oclusión, asegurarán la existencia de dicha armonía.

Estas condiciones son las siguientes:

- 1.- La relación maxilar debe ser estable cuando los dientes hacen contacto en relación céntrica.
- 2.- La oclusión céntrica debe ser un poco anterior a la relación céntrica y hallarse en el mismo plano sagital que el camino recorrido por la mandíbula cuando realiza un movimiento directamente protusivo entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.
- 3.- Es necesario un deslizamiento no restringido con contactos oclusales mantenidos entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.
- 4.- Es necesario tener una libertad completa para movimientos deslizantes suaves de los contactos oclusales en las excursiones realizadas tanto desde la oclusión céntrica como desde la relación céntrica.
- 5.- En las diferentes excursiones la guía oclusal debe estar de preferencia del lado de trabajo (activo) y no del lado de equilibrio (no activo). El grado dependiente de la guía incisiva o cuspidica no es importante para la armonía neuromuscular.

En una erupción normal, su orden de erupción en dentadura primaria es:

- a) Incisivos Centrales
- B) Incisivos Laterales
- c) Primeros Molares
- d) Caninos.

e) Segundos Molares. Las piezas mandibulares generalmente preceden a los maxilares. Esto no es general. Aunque el orden siguiente si se puede considerar así. (Dientes Primarios)

A los 6 meses los Incisivos Centrales Superiores.

De 7 a 8 meses los Incisivos Laterales Inferiores.

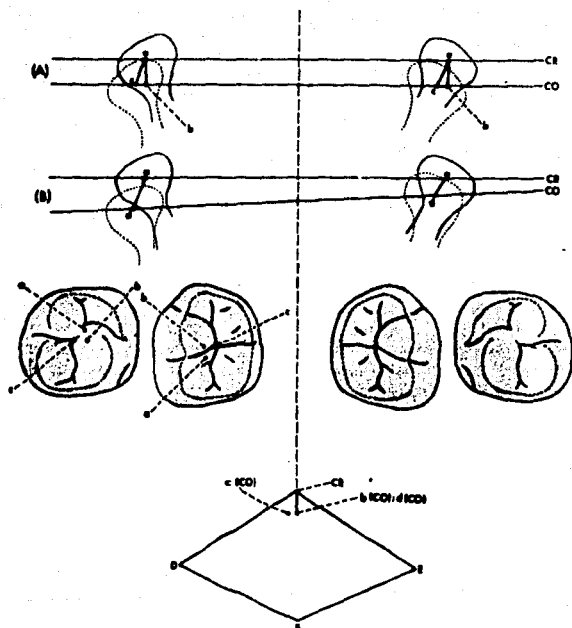
De 8 a 9 meses los Incisivos laterales Superiores.

Al año aproximadamente los primeros molares.

A los 16 meses aproximadamente los caninos.

Se considera que generalmente los segundos molares erupcionan a los dos años de edad.

En las piezas permanentes el primero en erupcionar es el primer molar permanente inferior, a los seis años aproximadamente. A menudo el incisivo central hace erupción al mismo tiempo, incluso puede ser antes.



Relaciones, en el plano horizontal, entre la posición del cóndilo y la oclusión céntrica, la relación céntrica y el punto incisivo. En A el centro de rotación del cóndilo *a* está en relación céntrica de cierre. Al ocurrir el contacto dental inicial a nivel del punto *a* sobre el primer molar inferior y el primer molar superior el maxilar inferior se desplaza lateralmente con el cóndilo, moviéndose hasta la posición *c* con desplazamiento en céntrica de *a* a *c* sobre los dientes. Este movimiento y desplazamiento laterales de los cóndilos se traduce a nivel del punto incisivo por un movimiento desde (CR) relación céntrica a oclusión céntrica [punto c(CO)]. Para que los cóndilos queden asentados en una posición más armoniosa a nivel del punto *b*, que se halla directamente anterior al punto *a*, el punto *b* deberá formarse como oclusión céntrica sobre el mismo plano horizontal que el punto *c*. Al realizar un ajuste oclusal o cierto tipo de restauraciones esto se logra creando una céntrica *larga* y *ancha*. Establecida dicha céntrica, el punto incisivo podrá moverse de (CR) hasta b(CO). En B, puede ocurrir una colocación asimétrica de los cóndilos con desplazamiento lateral estando el punto incisivo d(CO) directamente adelante del punto (CR); esta posición se presenta sobre todo en casos de desgaste oclusal incorrecto o procedimientos restaurativos imperfectos.

Los incisivos laterales inferiores pueden hacer erupción -- antes que todas la piezas maxilares permanentes.

Entre los 6 y 7 años erupciona el molar superior, seguido del incisivo central superior, entre los 7 y 8 años.

Los incisivos laterales superiores hacen erupción entre los - 8y 9 años.

El canino inferior hace erupción entre los 9 y 11 años, seguido del primer premolar, el segundo premolar y el segundo molar.

En el maxilar se presenta generalmente una diferencia en el - orden de erupción : el primer premolar superior hace erupción entre los 10 y 11 años, antes que el canino superior, que hace erupción entre los 11 y los 12 años de edad. Después aparece el segundo -- premolar superior, ya sea al mismo tiempo que el canino o después de él.

El molar de los 12 años o segundo molar, debe aparecer a los 12 años de edad. Las variaciones de este patrón pueden cons-----tituir un factor que ocasiona ciertos tipos de maloclusiones.

Capítulo 3.-

CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES.

Entre las diferentes clasificaciones que existen, la de Eduard-H. Angle es la más usada. El, sostenía que el primer molar era "la clave de la oclusión", por lo que era inmutable; ahora la mayoría de los ortodoncistas tienen una opinión diferente en cuanto al primer molar.

Estudios cefalométricos han mostrado considerable variación en la relación de todas la estructuras.

Una de las mejores clasificaciones es la de Simon, el cual usa la técnica gnatoestática y la orientación de la dentición en puntos de referencia antropométricos.

Clasificó las maloclusiones en tres planos especiales: horizontal, vertical y transversal.

SE han formulado diferentes sistemas de clasificación, solamente que éstas han encontrado limitaciones severas por el hecho de infinidades de anomalías bucales y oclusales.

La clasificación de Angle describe la relación anteroposterior de Maxilar y Mandíbula, que refleja generalmente la relación maxilar.

Angle clasificó en tres clases las maloclusiones.

Clase I (Neutroclusión)

Clase II (Distroclusión)

Clase III (Mesiocclusión)

Clase I.-

La relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, con la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluyendo en el surco mesio-vestibular del primer molar inferior, lo que representa que el primer molar inferior—representante de la arcada inferior se encuentra en relación anteroposterior normal con la arcada dentaria superior. Por lo cual sus bases óseas se encuentran en un estado de relación normal. Tanto las giroversiones, malposición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes se ven relacionados con la maloclusión Clase I Angle. En la protusión los dientes se encuentran desplazados hacia adelante sobre sus respectivas bases, por lo que este tipo de protusión también cae en el tipo de la Clase I.

CLASE II.

La arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal

— o posterior con respecto a la arcada superior, lo cual se manifiesta por la relación en que se encuentran los primeros molares permanentes. El surco mesio-vestibular del primer molar inferior recibe ya a la cúspide mesio-vestibular en el primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal.

En esta maloclusión se encuentran dos divisiones:

División 1.- La distoclusión que se presenta es igual que la ya mencionada, pero además se presentan otras características que se verán aquí. Con frecuencia en la zona anterior inferior suele existir una sobreerupción de los dientes incisivos, así como una tendencia al aplanamiento y a algunas irregularidades más. En la arcada superior, su forma de U se ve deformada en la mayoría de los casos, en forma de V. Lo anterior se presenta, debido a un estrechamiento considerable en las regiones de premolares y caninos, con lo que va unido una protusión o labioversión de los incisivos superiores. En esta división de clase II, la musculatura en lugar de servir como férula estabilizadora, se convertirá en una fuerza deformante.

Los casos más severos, son aquellos en que los incisivos centrales superiores se encuentran descansando sobre el labio inferior, aquí la lengua, durante la posición de descanso ya no toca el paladar. Durante la deglución las fuerzas musculares irán deformando aún más las arcadas.

Con frecuencia hay una sobreerupción de los incisivos inferiores, lo que dependerá de la posición y función de la lengua.

División 2.- Aquí se crea una imagen mental de las relaciones de los dientes y la cara.

Generalmente se presenta una curva de Spee exagerada y el segmento anterior inferior es más irregular, con superversión de los incisivos inferiores.

La arcada superior suele ser más amplia que lo normal en la zona intercanina.

Los incisivos centrales superiores presentan una inclinación lingual y los incisivos laterales superiores tienen una inclinación labial excesiva.

La sobremordida vertical es excesiva. (Mordida Cerrada).

Hay ocasiones en las que se presentan variaciones en la posición de los incisivos superiores. Los incisivos centrales y laterales pueden estar inclinados en sentido lingual y los caninos en sentido labial. Este tipo de oclusión es traumática y puede ocasionar daños en los tejidos de soporte del segmento incisal inferior.

La función muscular peribucal generalmente se encuentra dentro de los límites normales. (como en la Clase I) (Es lo contrario de la Clase II división 1.)

CLASE III.

El primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior.

Los incisivos inferiores se encuentran en mordida cruzada total, lo cual demuestra el tipo de maloclusión que se presenta.

En su mayoría, en las maloclusiones de Clase III los incisivos centrales inferiores se encuentran exageradamente inclinados hacia el aspecto lingual, a pesar de la mordida cruzada.

El espacio que va destinado a la lengua parece ser mayor, y, esta se encuentra adosada al piso de la boca la mayor parte del tiempo.

La arcada superior es más estrecha por lo cual la lengua no se llega a unir con el paladar como lo hace normalmente. Se presentan diferentes irregularidades en los dientes, aunque solo sea

en individualidades.

La llamada pseudoclase III se logra ver en muy pocas ocasiones.

Las maloclusiones mencionadas, son las clasificadas por el Doctor Eduard H. Angle.

Askerman y Proffit elaboraron un método basandose en las maloclusiones descritas por el Dr. Angle. El cual es bastante positivo.

Capítulo 4.

MANTENEDORES DE ESPACIO.

a) Indicaciones para mantenedores de espacio.

Siempre que se pierda un diente deciduo antes del tiempo en que esto debiera ocurrir en condiciones normales, y que predisponga al paciente a una maloclusión, deberá colocarse un mantenedor de espacio. En ocasiones, la pérdida de un diente anterior puede exigir un mantenedor de espacio por motivos estéticos y psicológicos. No existen normas definitivas para determinar si resultará maloclusión, debido a la pérdida prematura de un diente deciduo. Pero existen algunos principios que deberán ser estudiados cuidadosamente antes de tomar una decisión. Los dientes están sujetos a diversas presiones y en muchos casos se apoyan entre sí. Esto es lo que sucede en la relación proximal de contacto y en el contacto oclusal de la función. La posición de estos dientes representa un estado de equilibrio de las fuerzas morfogénicas y funcionales en ese momento en particular. El papel de la musculatura para establecer y obtener este equilibrio es importante.

FACTORES DETERMINANTES GOBERNADOS POR LA REACCION COMPENSADORA O ADAPTATIVA.

Finalmente otro factor que deberá ser considerado es la reacción adaptativa inherente del organismo humano a las situaciones cambiantes. Cuando un diente deciduo es perdido inoportunamente el dentista deberá preguntarse: 1) ¿Ha sido trastornado el equilibrio? 2) ¿Se adaptará la naturaleza a este cambio favorable o desfavorablemente? 3) ¿Es la pérdida del diente o de los dientes capaz de estimular función muscular o hábitos anormales? 4) ¿Será la oclusión suficiente, a través de la acción de plano inclinado de los dientes antagonistas, para evitar la migración hacia las zonas desdentadas? 5) Si ya existe maloclusión, ¿tendrá esto algún

--efecto en el espacio ya creado por la pérdida del diente deciduo?
6) ¿Como puede afectar la pérdida de un diente deciduo al tiempo de erupción del diente permanente? 7) Si en un espacio se requiere colocar un mantenedor de espacio, ¿De que tipo deberá de ser este?.

¿HA SIDO TRANSTORNADO EL EQUILIBRIO?

Esta pregunta no siempre puede ser contestada fácilmente, ya que, la pérdida de un diente medio en crecimiento y expansión puede -- ser diferente de la pérdida del diente después de haberse logrado el patrón de crecimiento. Por ejemplo: la pérdida de un incisivo superior o inferior de la boca de un niño de cuatro o cinco años de edad en que existen los llamados espacios del desarrollo se -- convierte principalmente en una consideración estética. El espacio no suele cerrarse si la oclusión es normal. Puede ser necesario-- posteriormente cerciorarse de que el diente permanente haga erupción oportunamente y que no sea retenido por una cripta osea o una barra de mucosa, que algunas veces sucede en casos de pérdida prematura, pero la colocación del mantenedor de espacio quizá sea -- innecesaria. Como la arcada inferior es la que está contenida -- dentro de la otra arcada (se ha comparado con la construcción de un arco gótico utilizado con tanta frecuencia en las iglesias de la Edad Media), la pérdida de una unidad estructural suele exigir-- mantenimiento con mayor frecuencia. Este es el caso en que los -- segmentos posteriores, en los que ha sido trastornado el equilibrio, debido a la pérdida de contacto proximal, y en que el di-- ente antagonista se encuentra ahora libre para hacer erupción hacia una posición inadecuada. Aunque exista un trastorno en el -- equilibrio del sistema estomatognático por la pérdida de un diente deciduo, deberán considerarse algunos otros factores antes de -- apresurarse a querer colocar un mantenedor de espacio.

¿SE ADAPTARAN LAS ESTRUCTURAS A LAS CONDI- CIONES CAMBIANTES EN FORMA FAVORABLE O DESFAVORABLE?

Uno de los atributos más sobresalientes del organismo humano es su capacidad para acomodarse a los estímulos ambientales. La ortodondia misma ha sido considerada por algunos como una reacción de adaptación a presiones activas. Generalmente la pérdida prematura de un diente deciduo en los segmentos anteriores, superior o inferior no representa un problema. Los dientes continuos asumen la carga de la oclusión y la mucosa recubre el agujero dejado por la extracción hasta que hace erupción el diente permanente. En ocasiones, el hueso que llena esta zona puede ser muy resistente a la erupción del diente permanente y deberá ser observado. O la mucosa al adaptarse a las exigencias funcionales y presiones ejercidas por el bolo alimenticio, puede tornarse fibrosa y más resistente a la fuerza eruptiva, exigiendo que el dentista haga una incisión en los tejidos resistentes para permitir la erupción del diente. Así las cosas, pueden presentarse secuelas favorables o desfavorables. Si se pierde un diente deciduo posterior prematuramente, un paciente puede presentar en ocasiones un hábito de proyección lingual en esta zona, que sirve para mantener abierto el espacio—una especie de mantenedor de espacio dinámico. No todos los "tics" musculares son favorables cuando se asocian con la pérdida de un diente deciduo, lo que nos conduce a la siguiente pregunta.

LA PERDIDA DE UN DIENTE O DIENTE ¿ESTIMULARA

LA FUNCION MUSCULAR ANORMAL O LOS HABITOS?

Mientras que la pérdida prematura de los dientes deciduos provoca actividad muscular de adaptación que sirve para conservar el espacio necesario en algunos casos en los que esa actividad muscular agrava la maloclusión. La aparición de hábitos musculares

anormales tales como la mordedura de la lengua o del carrillo (o quizá el hábito de chuparse los dedos si el diente faltante es un diente anterior) puede provocar mordida abierta y maloclusión. Los mantenedores de espacio pueden evitar este fenómeno.

¿SERA SUFICIENTE LA OCLUSION, ATRAVES DE LA ACCION DE PLANO INCLINADO DE LOS DIENTES OPUESTOS, PARA EVITAR LA MIGRACION DE LOS DIENTES HACIA EL AREA DESDENTADA?

Esta pregunta se refiere desde luego, a la pérdida de los caninos deciduos y el primero y segundo molares deciduos. Como la morfología cuspidéa está menos definida que en la dentición permanente y como el contacto oclusal en posición céntrica es solo momentáneo e ineficaz, es inútil esperar que los planos inclinados de la dentición decidua conserve el espacio. En ocasiones, las cúspides bien definidas que se encuentra bien interdigitadas con los dientes antagonistas mantendrán el espacio. Estos casos son excepcionales. Con la tendencia de una mordida borde a borde o un plano terminal al ras de los segmentos posteriores de las denticiones decidua y mixta, hasta la pérdida de los segundos molares deciduos, la interdigitación buscada en una entidad poco frecuente clínicamente. En realidad, con un contacto cuspidéo borde a borde, el desplazamiento de los dientes contiguos al espacio permite la interdigitación de Clase II, para evitar esto, los mantenedores de espacio son de capital importancia.

¿QUE HACE LA PERDIDA PREMATURA DE UN DIENTE DECIDUO AL TIEMPO DE ERUPCION DE UN DIENTE PERMANENTE?

En la mayor parte de los casos la erupción de un diente permanente se acelera y aparece en la cavidad bucal antes del tiempo en que hubiera aparecido normalmente si los dientes deciduos hubieran sido exfoliados normalmente. Se ha visto que los primeros premolares han hecho erupción en la boca de los niños hasta de 6 años de edad, que es muy temprano.

La utilización de un retenedor removible sobre los tejidos en --
ocaciones estimula la erupción prematura.

La erupción acelerada de un diente permanente es un fenóme--
no benéfico. A veces, el alveolo del diente deciduo extraído se
llena con hueso, y los tejidos supraalveolares forman una red fib
rosa cubriendo esta zona, y el hueso no se reabsorbe rápidamente,
como sería conveniente, o las mucosas no abren paso al diente pe--
manente en erupción, retrasando este fenómeno indefinidamente. .
Esta es solo una de las múltiples razones de que es impotante
hacer radiografías periódicas. Puede ser necesario cortar el ---
hueso resistente. Si los mismos dientes en los tres segmentos --
restantes han hecho erupción y aún no aparece clínicamente el --
diente para el cual se ha conservado el espacio, es correcta pre--
sumir que el tejido entre los dientes y la boca pueda estar re--
trasando su erupción. En cualquier caso, no hacemos ningún daño en
cortarlo.

SI YA EXISTE LA MALOCLUSION ¿AFECTARA AL ESPACIO CRE-- ADO POR LA PERDIDA DEL DIENTE DECIDUO?

La respuesta depende del tipo de maloclusión. En un paciente
con diferencia en la longitus de la arcada, la pérdida prematura
de un diente deciduo puede significar el cierre rápido del espa--
cio para aliviar el apinamiento en otro sitio. Esto, en realidad,
puede ser un fenómeno benéfico. Si existe tendencia a Clase II, con
función muscular peribucal anormal, la pérdida de un diente de--
ciduo en la arcada inferior puede aumentar la sobremordida hori--
sontal y vertical, al mismo tiempo que las fuerzas musculares---
provocan el desplazamiento de los dientes a cada uno de los lados
del espacio. Con una maloclusión de Clase III incipiente, la pér--
dida prematura del incisivo superior puede significar la diferen--
cia entre una sobremordida horizontal normal y una mordida cruza--

-da anterior. En los casos en que el niño presente contacto incisal borde a borde durante la oclusión y musculatura labial activa, es conveniente colocar un mantenedor de espacio anterior. Estos son los casos en que generalmente no existen espacios entre los incisivos superiores, de tal forma que las fuerzas musculares tienden a reducir la arcada superior y el maxilar inferior o mandíbula puede entonces crear una mordida de conveniencia y deslizarse hacia el prognatismo en oclusión total, atrapando así los incisivos en erupción hacia el lado lingual. Si la maloclusión se debe a una lengua agrandada o función lingual anormal, con presencia de espacios en toda la arcada, esto afectaría a la decisión sobre la conservación del espacio. Es muy posible que en este caso no sea necesario mantener el espacio.

¿SI HA DE COLOCARSE UN MANTENEDOR DE ESPACIO, ¿DE

QUE TIPO DEBERA SE ESTE?

Obviamente, esto ^Pdepnde de la pérdida dentaria, de la edad del paciente, del estado de salud de los dientes restantes, del tipo de oclusión, de la cooperación del paciente y de habilidad manual y las preferencias del operador.

b) REQUISITOS PARA MANTENEDORES DE ESPACIO.

Existen ciertos requisitos para mantenedores de espacio, ya sean fijos o removibles.

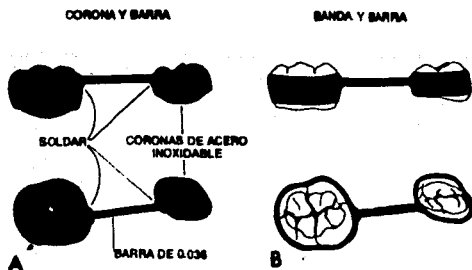
- 1) Deberán mantener la dimensión mesiodistal del diente perdido
- 2) De ser posible, deberán ser funcionales, al menos al grado de evitar la sobreerupción de los dientes antagonistas.
- 3) Deberán ser sencillos y lo más resistentes posible.
- 4) No deberán poner en peligro los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
- 5) Deberán, poder ser limpiados fácilmente y no fungir como

trampas para restos de alimentos que pudieran agravar la caries dental y las enfermedades de los tejidos blandos.

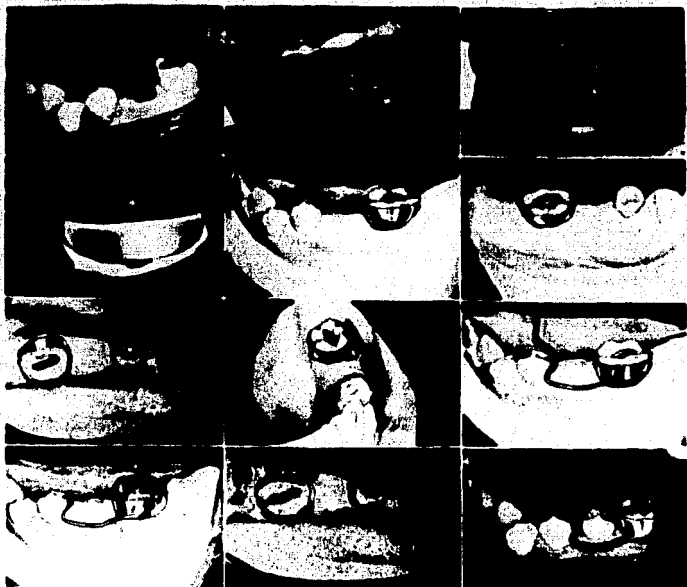
6) Su construcción deberá ser tal que no impida el crecimiento normal ni los procesos del desarrollo, ni interfiera en funciones tales como la masticación, habla o deglución.

Dependiendo del diente perdido, el segmento afectado, el tipo de oclusión, los posibles impedimentos al habla y la cooperación, puede estar indicado un cierto tipo de mantenedor de espacio.

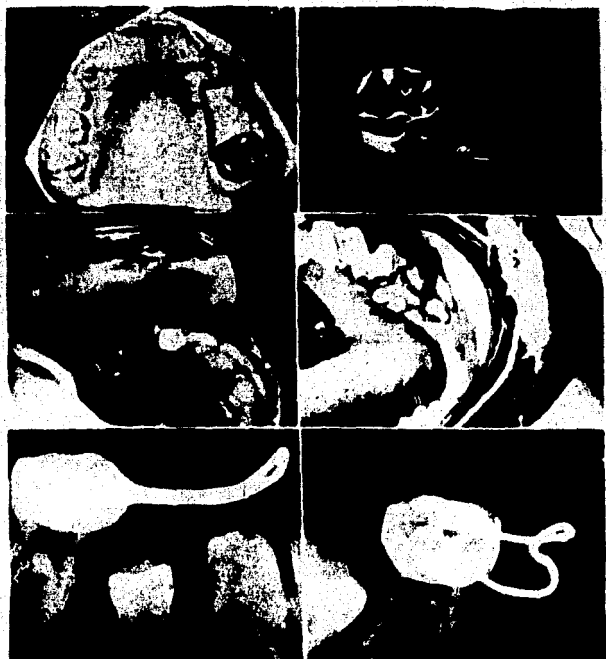
MANTENEDOR DE ESPACIO FUNCIONAL FIJO



Mantenedor de espacio fijo funcional de tipo corona y barra, y banda y barra. La barra está soldada en ambos extremos a los aditamentos de soporte. Este es el tipo de mantenedor de espacio más simple y funcional, aunque no el más deseable. Se prefieren coronas metálicas completas para los soportes, ya que ofrecen menos posibilidades de requerir cementación posteriormente.



Mantenedor de espacio, de Mayne. Se hace la impresión con la banda sobre el primer molar permanente. La banda se coloca dentro de la impresión (arriba, izquierda) y se vacía en yeso piedra después de reforzarla con una grapa para papel colocada en modelina en el centro de la banda del molar. (Ver en la segunda fila cómo la grapa para papel sobresale del yeso.) Se suelda alambre de acero inoxidable de 0.036 pulgada al aspecto vestibular, se dobla lingualmente en la superficie distal del primer premolar (primera fila), se corta lingualmente en sentido distal al primer premolar y se pule. El alambre puede ser doblado para desplazar el premolar en sentido mesial, para recuperar el espacio para el segundo premolar en erupción. El mismo aparato funcionaría si el diente mesial fuera un premolar decíduo. El diseño no interfiere en la erupción del sucesor permanente. La desventaja es que el retenedor no es funcional, pero esto no es motivo de preocupación si la oclusión evita la sobrerupción del diente antagonista.



Mantenedores de espacio de tipo volado o brazo de palanca de corona y criba, o banda y criba. La criba deberá conformarse a los contornos de los tejidos y poseer la suficiente anchura en sentido bucolingual para permitir la erupción sin obstáculos de los preñadares. En las figuras intermedia e inferior derecha el mantenedor de espacio no fue retirado oportunamente. El extremo mesial se encuentra atrapado bajo el punto de contacto en la imagen central derecha y deberá ser cortado antes de retirarse.

Capítulo 5.-

MORDIDA CRUZADA.

Esto se refiere, cuando uno o varios dientes se encuentran en sentido vestibular, lingual o labial incorrectamente con sentido o con respecto a sus dientes antagonistas.

La mordida cruzada puede presentarse en la zona anterior bucal y en la zona posterior de piezas aisladas.

Durante años, diferentes personas se han dedicado al estudio de mordida cruzada. Lo más frecuente es la mordida cruzada posterior.

Cualquier clase de Mordida Cruzada, si se trata en el período de dentición primaria o mixta, su erupción en molares y premolares será en una relación adecuada y con sus relaciones normales.

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR.

Para corregir este tipo de mordida cruzada, se colocaran bandas en los molares aislados tanto superiores como inferiores, a los -- cuales se les soldaran ganchos de alambre de oro de 0.030 pulgadas (0.75mm.).

La banda que va en la parte superior, el gancho deberá de ir en la parte palatina de la banda, la extremidad libre se dirigirá hacia arriba, no deberá tocar tejidos blandos. En la banda inferior, el gancho irá soldado en la parte bucal de la banda, la parte libre se dirige hacia abajo, sin tocar el pliegue mucobucal.

Las extremidades de los ganchos pueden ser redondeadas, poniéndolos sobre una llama hasta que empieza a derretirse, esto será para que no produzca traumatismo de ninguna especie en las zonas blandas. Las bandas se cementan. Se instruye al paciente con el fin de usar bandas elásticas para mordidas cruzadas medianas o pequeñas.

Puede presentarse mordida cruzada en un premolar superior o inferior, aunque la mordida cruzada posterior no suele presentarse si hay suficiente espacio en la arcada para acomodar los dientes.

Pero cuando existe el problema, deberá ser tratado por un especialista.

El premolar puede hacer erupción hacia vestibular o lingual, debido a la retención prolongada y a un molar deciduo, que harán que se desvíe.

Si el molar deciduo es extraído, el premolar puede no deslizarse o desplazarse hacia una posición normal porque existan interferencias oclusales. Apesar de contarse con el espacio necesario para su erupción normal, la acción del plano inclinado impedirá el ajuste autónomo.

El dentista ayudará por medio de aparatos sencillos y en poco tiempo. Se usarán bandas de ortodoncia para los dientes en malposición y para el premolar antagonista. Se usarán alambres separadores si es que el espacio no es el deseado para la erupción, en la otra arcada si se usarán alambres separadores para lograr un espacio, ya que con frecuencia tiende el premolar antagonista desplazarse en un sentido no deseado, resultado de la malposición primaria de mordida cruzada del premolar antagonista. La fuerza que se ejercerá será recíproca.

Las bandas para premolares pueden ser formadas directamente en la boca. El material será de 0.004 pulgadas de grueso y de 0.150 pulgadas de ancho. Podrán ser usadas bandas perforadas y contorneadas de un tamaño adecuado.

La banda para premolares debe terminar igual que la de molares. Se solda la banda en diferentes zonas y se coloca una incisión a nivel de la unión, como en las bandas para ditamentos.

Ya pulida la banda, se coloca sobre el diente y se adapta con un condensador para amalgama, se bruñen los margenes. Las bandas pueden ser cementadas.

Fraguado el cemento y eliminados los exedentes se coloca un

elástico intermaxilar "atraves de la mordida", se espera doce horas antes de usar los elásticos habituales, para permitir el fraguado total del cemento.

El elástico es utilizado en todo momento por el paciente, excepto en las comidas.

Los elásticos que se retiren durante la comida no deberá volver a ser usado, se descartará , y en su lugar se colocará uno --- nuevo.

Se deberá tener cuidado con los elásticos y tener una vigilancia continua del paciente, porque puede suceder que el premolar --- antagonista se mueva más de lo deseado.

Con cooperación del paciente y si el espacio existente es el adecuado, la corrección en la zona de premolares en mordida cruzada, dura de ocho a quince semanas.

Otro tipo de Mordida Cruzada Posterior, el la del segundo molar superior. El molar inferior al hacer erupción se desplaza - hacia lingual y su superficie oclusal hace contacto con la lengua La técnica que se usa en estos casos, es similar a la anterior. Generalmente el tipo de recuperación del segundo molar es de 16 a 20 semanas.

Los hábitos de succión digital y de lengua pueden causar problemas de mordida cruzada, debido a las fuerzas anormales que se ejercen sobre los tejidos blandos e inmaduros de la arcada, superior, por lo que puede resultar una arcada angosta.

El desplazamiento de la mandíbula será del lado opuesto a la zona donde se ejerce la presión por el hábito, es decir si el niño succiona el pulgar de la mano derecha, la mandíbula en su zona izquierda se deslazará hacia adelante, produciendo la mordida cruzada.

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.

Hay que tener cuidado con los pacientes que presentan una mordida cruzada anterior, porque puede presentarse un error en el diagnóstico y en el tratamiento a seguir. Puede confundirse en una mordida cruzada anterior, un caso de maloclusión Clase I tipo 3 -- con una maloclusión Clase III.

Se pedirá al paciente que coloque la punta de la lengua sobre el paladar blando y cierre lentamente la boca para ver el desplazamiento de la mandíbula. Si la mandíbula se mueve hacia arriba -- en un arco limpio, hasta que los incisivos coincidan borde a borde, y si la mandíbula se desliza hacia adelante para lograr un --- cierre completo, el caso puede ser una maloclusión Clase I tipo 3. (Mordida Cruzada).

Pero si la mandíbula cierra en un arco limpio hasta una posición cerrada, el caso será una maloclusión de tercera Clase. Este paciente deberá de tener un tratamiento ortodóntico especial.

Si no se tiene una certeza de , sobre que clase de maloclusión se presenta, puede empezarse un tratamiento a base de bandas ortodónticas, si responde rápidamente al tratamiento, más o menos tres semanas, se tratará de un caso de primera clase tipo 3. Pero si no se registra ningún cambio importante, deberá de mandarse al pa--- ciente con un ortodontista para su tratamiento, pues se trata de una maloclusión de Clase III.

Cuando una mordida cruzada anterior se encuentra en desarrollo y es tratada a tiempo, (bastará con un abatelenguas) el paciente hará presión con el abatelenguas en los incisivos centrales superiores hacia adelante, cuidando las piezas antagonistas. Este -- ejercicio deberá ser constante y periódico ;debe ser vigilado.

Para iniciar un tratamiento de mordida cruzada, deberán te--- nerse unos buenos modelos de estudio, radiografías periapicales--

completas, radiografías panorámicas, fotografías de la cara y un buen examen clínico visual armado. Se verá si hay espacios suficientes para llevar a cabo los procedimientos correctivos.

En pocos días puede ser tratada la mordida cruzada lingual de un incisivo central superior, por medio de un aparato de plano inclinado que será opuesto al diente que se encuentre en mordida cruzada.

Este aparato puede ser de acrílico o de metal vaciado, el cual se cementará a los incisivos inferiores opuestos a los dientes en mordida cruzada.

No debe usarse más de seis semanas.

Antes de colocar algún aparato correctivo se hace un examen radiográfico completo, para saber si es que la mordida cruzada no se debe a, algún diente supernumerario, el cual estaría provocando esta malposición.

Las radiografías sirven también para ver el desarrollo que han alcanzado los ápices de los dientes a tratar, ya que al colocar algún aparato puede provocar que las raíces queden demasiado cortas. Otro punto importante que debe vislumbrarse es sobre el espacio que debe haber, debe ser el adecuado para que se pueda corregir la malposición inicial.

Ventajas del Plano Inclinado.

- 1)Facilidad de fabricación.
- 2)Rapidez de corrección, usando las fuerzas musculares y funcionales.
- 3)No habrá dolor en los dientes, o movilidad de éstos durante el movimiento.
- 4)Pocas Recidivas.

Desventajas.

- 1)Va a recomendarse una limitación dietética durante el tiempo en que se use el aparato.

2) El habla se verá afectada temporalmente.

3) Si el aparato no se elimina en el tiempo adecuado, podrá ser la causa de una mordida abierta anterior.

4) El aparato puede ser desalojado de su sitio, debido a la gran fuerza que se ejerce durante la oclusión, se debe volver a reintegrar a su lugar volviéndolo a cementar.

5) El diente puede no quedar en una alineación correcta, al retirarse el aparato, por lo cual, deberá valerse el dentista, del ajuste autónomo para su corrección.

Otro método para la corrección de mordida cruzada anterior es la construcción de una prótesis de acrílico de tipo Hawley colocada en el paladar, constará de un resorte de presión que ejercerá su fuerza con los incisivos desde el espacio lingual.

El arco de alambre labial simple, y dos bandas para primeros molares superiores, es otro tipo de los aparatos de los cuales se puede hacer uso para la corrección de dientes en malposición. El cual ya ajustado; deberán de pasar cuando menos dos semanas antes de hacer otro ajuste correctivo.

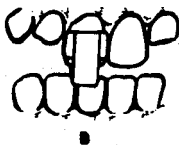
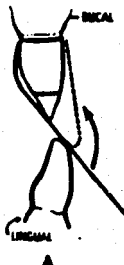
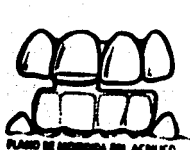
Aquí se necesitaran entre 3 y 4 ajustes para llevar al diente en malposición a una alineación correcta. Este tratamiento es más efectivo, en comparación con el palno guía inclinado, en cual, después, de saltar el diente en malposición, su mala colocación, depende del ajuste autónomo.

El tiempo del tratamiento del arco de alambre y bandas para molares es de 8 a 10 semanas en el cual se deberá de terminar.

Como ya se ha descrito, el diente consiente, deberá preever una mordida cruzada en desarrollo mediante el exámen de registros de diagnósticos sistemáticos.

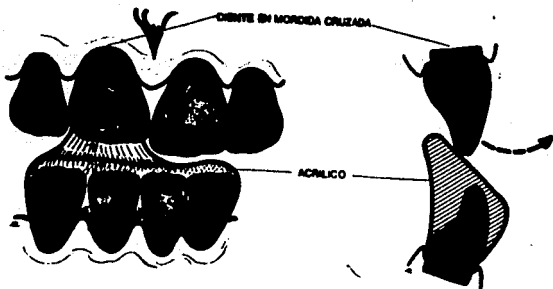
Vía de erupción, patrones de resorción, tiempo del cambio de dientes, antecedentes de un traumatismo en la zona, tipo o patrón

-facial y patrón hereditario; todo lo anterior, puede darnos la clave de "lo que vendrá". Si se advierte al paciente lo que deberá de esperar durante el desarrollo normal y lo que puede pasar, nos podrá ayudar a interceptar la mordida cruzada en desarrollo, así como otros aspectos de la maloclusión.

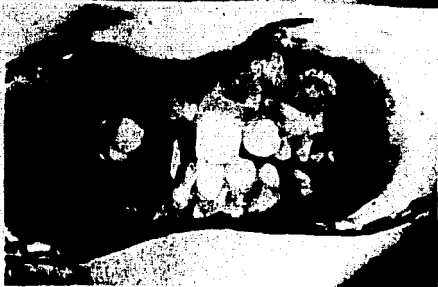


Un tipo de plano inclinado para corregir mordidas cruzadas anteriores.

Planos inclinados bandeados para corregir mordida cruzada anterior.



Relación de los dientes en mordida cruzada con el plano inclinado y el recubrimiento de los incisivos inferiores por el acrílico. Solo el diente en mordida cruzada hace contacto con el plano guía.



pieza aislada en mordida cruzada inferior con suficiente espacio para moverse. B, piano melonado, bandeado cementado al incisivo. La mordida se alina postoperatorio. C, otra vez el incisivo central, tres semanas después, ahora actúa como si propio plano inclinado y la mordida errata.

CAPITULO 6.

HABITOS BUCALES.

Durante años, los odontólogos, han visto y atendido diferentes tipos de hábitos bucales en niños.

Los hábitos bucales pueden causar serios daños dentro de la forma y anatomía de la región bucal, debido a la gran presión que se ejerce sobre los tejidos inmaduros intraorales, pues éstos son bastante maleables. Cuando un hábito se continúa por un período de tiempo mayor a los cuatro años, puede causar un tipo de maloclusión, misma que se sometería a un tratamiento especial, que requeriría, no solamente el cuidado del ortodontista, sino de un psicólogo y un psiquiatra. Esto es, a que la causa del hábito puede deberse a trastornos emocionales en el niño. Como puede ser, que el infante, al sentirse solo y sin apoyo, buscará algo con que compensarse, como podrá ser el adoptar el hábito de Succión Digital.

REFLEJO DE SUCCION.

Usando métodos radiográficos, y actualmente por medio de la microfotografía se han logrado observar movimientos de succión y otros reflejos primarios como es la prehensión, la deglución, y el Reflejo de Moro.

Aparte de lo anteriormente mencionado, el reflejo de succión puede llegar a aparecer, cuando la criatura llega a tener hambre, durante el cansancio, el aburrimiento. etc.

Hay veces en que el hábito se lleva a cabo, por que el niño es sometido a diferentes castigos, por lo cual tratará de encontrar alivio o protección de esta manera.

Se ha llegado a observar que es más intenso, el hábito de succión digital y el hábito de lengua en aquellos niños que llevaron una alimentación artificial durante su primera etapa de vida.

Las malformaciones que se suceden, por el hábito de succión

-digital son variadas, esto se debe a que la succión no es siempre igual, hay veces en que los niños llegan a estar succionando hasta tres dedos, dos, uno, o puede, estar asociado con otro tipo de hábito.

La erupción primaria llega a veces a estar en malposición, debido a la gran fuerza que en algunos casos de succión es mucho más grave y no sencilla. Esta clase de malposición puede ser corregida espontáneamente en este caso; si el hábito es dejado antes de los cuatro años de edad.

Los hábitos de succión resultan influenciados por:

- a) Tics musculares.
- b) Peso deficiente.
- c) Retardo del crecimiento.
- d) Anorexia
- e) Trastornos del sueño.
- f) Inquietud.
- g) Llanto excesivo, etc.

La maloclusión Clase I de Angle con deformación de mordida -- abierta puede presentarse debido a los hábitos de succión, y aún -- la Clase II división 1 (Angle) y la Clase III que es producida por la fuerza ejercida en dirección anterior por medio de los dedos. Se encuentran tres fuerzas anormales que se realizan debido a la - succión del pulgar:

- 1) La primera fuerza es aquella en la cual el dedo queda mantenido entre las arcadas dentarias.
- 2) La contracción anormal de las mejillas contra los lados de la arcada.
- 3) La presión anormal de los dedos contra el paladar.

Ejemplos.

Tambien hay factores que intensifican mayormente la deformación dentofacial.

- a) El raquitismo.
- b) La retrusión anormal de la mandíbula en el nacimiento.
- c) La lactancia artificial.

Una fuerza succional pasiva puede dar lugar a una fuerza activa, que si llegase a persistir por un largo tiempo, es capaz de producir una deformidad dentofacial.

Los infantes, para substituir a los dedos, hacen uso anormal de las mejillas, del labio o de la lengua, que al llegar a hacer continuo este otro tipo de hábito, producirá tambien deformidad dentofacial aunque con diferentes características.

SUCCION DE LABIO.

Se presenta por lo general en la edad escolar, Esta succión desplaza al igual, que la succión digital las piezas dentarias, provocando con esto una mordida abierta. La mordida del labio es por lo general en el labio inferior, y que provoca por lo general la intrusión de los dientes inferiores. En estos casos, es más frecuente, que el hábito sea dejado en poco tiempo con la cooperación del infante.

EMPUJE ANORMAL DE LA LENGUA.

En este caso se presentan los incisivos superiores en protrusión y mordida abierta.

Aún los estudios que se han realizado con niños que presentan este tipo de defecto, no se ha logrado aclarar, si esta situación es debida a la presión de la lengua sobre los tejidos dentales, o porque la mordida abierta provoque el empuje de la lengua.

Tratamiento.- Educar al niño para tratar de mantener la lengua en una posición adecuada durante la deglución.

Se puede construir una trampa de puas vertical. Es similar a la construida para evitar la succión digital, solo que, las barras palatinas estan soldadas en posición horizontal, que se extienden— desde el paladar hacia abajo, evitando así el empuje de la lengua hacia adelante.

Otra causa que podria contribuir con la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas o adencoides.

EMPUJE DEL FRENILLO.

Este hábito es rara vez observado, consiste en mantener el -- frenillo labial entre los incisivos centrales superiores, provocando con esto la separación o desplazamiento de los incisivos centrales.

Es hábito con tendencia masoquista es poco usual.

En el hábito en que se observe un marcado desgaste en las --- piezas anteriores es el de la apertura de los pasadores, el des--- gaste se produce en el tercio incisal, en el cual hay una privación del esmalte labial.

ONICOFAGIA (comerse las uñas)

Se presenta frecuentemente en personas neviosas, este hábito, puede llegarse a presentar desde los tres años de edad, antes no. Es más frecuente encontrarlo en niños opubertos, que en niñas. Se va acentuando en una edad, entre los 13 y los 14 años para después declinar rápidamente. Aunque hay ocasiones en que el nerviosismo, -- provoca que vuelva a parecer. (ejem. Observando algún deporte.)

BRUXISMO. (Frotación de los dientes entre si)

Generalme, se presenta durante el sueño, el continuo movimiento de un lado hacia otro, rítmicamente de los dientes.

Cuando se presenta un punto de contacto prematuro, la persona inconscientemente tratará de eliminarlo por medio de movimientos -- rítmicos, los cuales seran con una fuerza tal, que el rechinariento

podrá ser oído a una distancia más o menos notable. Este rechina-
miento producirá un desgaste tan notable en el tercio incisal (an-
teriores) y en el tercio oclusal, (posteriores) que habrá ocasiones
en las que se presentaran fracturas dentarias.

En el desgaste oclusal hay veces en las que se llegan a perder
las cúspides de los molares, y tendrán una apariencia casi o total-
mente plana. Suelen presentarse dolores de cabeza, o dolores en la
región condilar.

El bruxismo generalmente se presenta en personas nerviosas e
irritables, aunque su causa exacta no se conoce.

También se ha observado en personas con enfermedades orgánicas
como son : el corea, epilepsia, meningitis, y en trastornos gastro-
intestinales.

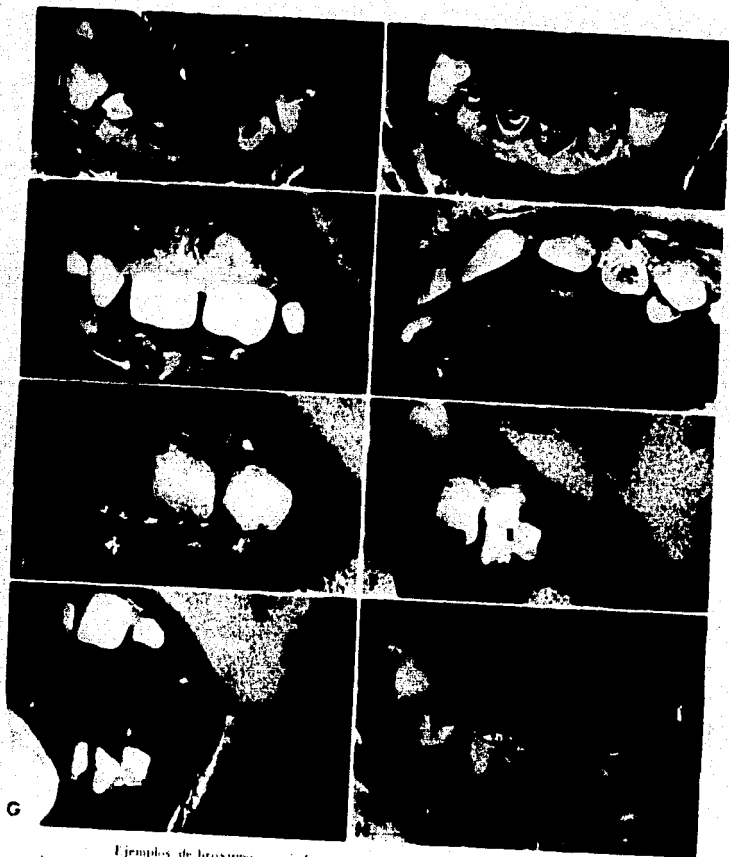
Este tipo de problema puede ocasionar una mordida demasiado -
profunda.

En todo tipo de edades se presenta este hábito.

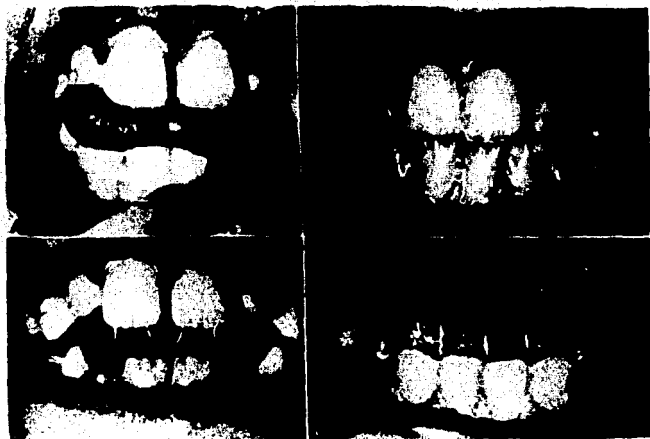
Tratamiento.- El paciente deberá ser atendido, no solamente por el
odontólogo, sino también por un médico familiar, y un psiquiatra-.

El odontólogo ayudara con la construcción de una férula de --
caucho blando, para ser llevado sobre los dientes durante la noche.
De esta manera el hábito se irá perdiendo poco a poco.





Ejemplos de bruxismo, asociados con subcondilita excesiva. *A* y *B*. Desgaste incisal, asociado con una dentadura parcial y falta de armonía oclusal. *C* y *D*. Mordida profunda y desgaste subsiguiente del canino superior. *E*, *F* y *G*. Niño de 10 años de edad con hábito compulsivo de bruxomanía de día y de noche. Obsérvese el desgaste del ángulo distal del incisivo lateral en *G*. *H*. Nuevamente ilustra la occlusión vertical deficiente y el bruxismo. La restauración protésica en estos casos es difícil sin eliminar la subcondilita.



Hábito de proyección de lengua (A), con aparato y corrección de mordida abierta (B y C). El aparato palatino, similar al de la figura 14-15, fue el aparato empleado. D, Ilustra un aparato inferior para evitar la proyección lingual, este tiene espolones soldados a un arco lingual que se extiende de canino a canino. Los espolones se doblan en sentido lingual y se pulen para evitar irritación de la lengua.

CONCLUSIONES.

Dependiendo de las características que presentan las clases de maloclusión, se usará el tipo de mantenedor de espacio que sea --- conveniente.

Entre los difentes tipos de mantenedores de espacio que se conocen, se encuentran los que cuidaran que el espacio dejado por un donto primario extraido prematuramente, sea preservado para la erupcion normal del diente permanente.

Tambien hay mantenedores de espacio en los cuales su acción --- será la de desplazar los dientes que esten abarcando el espacio --- que deberá ocupar el diente permanente.

En muchas ocasiones será necesario la extracción de alguna pieza dental para evitar apifiamientos futuros, ya sea porque la arcada --- sea demasiado pequeña o porque los dientes que erupcionaron son demasiado grandes para ésta.

Muchas de las deformaciones que producen los hábitos bucales en los Niños serán tratados ortodonsicamente por medio de protesis. Y trataran de evitarse, con la ayuda de aparatos especialmente diseñados para cada tipo de hábito.

En algunos de los casos se aplicarán diferentes ejercicios --- bucales para su más pronta recuperación.

Para evitar yatrogenesis , cada caso que se presente deberá ser estudiado a fondo desde sus inicios y secuencias para llegar a un diagnostico preciso; y como consecuencia traera el utilizar un tratamiento adecuado.

El ayuda^{ar} a un niño con problemas bucales , es uno de los trabajos que con más consciencia debe ejecutar cualquier odontologo.

.BIBLIOGRAFIA.

Graber.T.M.

**Orodoncia:Teoría
y Práctica.**

**Editorial. Interamericana
Tercera Edición. (1974)**

Sidney B. Finn.

Odontología Pediátrica

**Editorial. Interamericana.
Cuata Edición. (1976)**

A. Bénites N.

Tésis Profesional.

**Métodos de Diagnóstico y
Tratamiento, dentro de la
Ortodoncia Preventiva.
(1976)**

John R. Mink.

**Clinicas Odontológicas
de Norteamérica.**

**Editorial. Interamericana.
Odontología Pediátrica.
(1973)**

Ranfjord.

Oclusión.

Ash.

**Editorial. Interamericana.
Segunda Edición. (1972)**

TESIS EN UN DIA

Tesis por computadora

consultanos sin compromiso
presupuestos gratis

Odontologie 57 Local 2-A
Tel. 548-33-44