



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ORTODONCIA
PEDIATRICA

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

SARA MARIA SANCHEZ CARBAJAL



México, D. F.

1985



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 está 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.

INDICE.

INTRODUCCION

CAPITULO I IMPORTANCIA DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA.

- 1.- EMBRIOLOGIA
- 2.- FISIOLOGIA Y ANATOMIA
- 3.- PATOLOGIA

CAPITULO II ERUPCION DE LA 1a. DENTICION MIXTA Y SECUNDARIA.

- 1.- DESARROLLO PRENATAL DE LAS PIEZAS DENTARIAS.
- 2.- DESARROLLO POSNATAL DE LAS PIEZAS DENTARIAS.
- 3.- DENTICION PRIMARIA
- 4.- DENTICION MIXTA Y SECUNDARIA
- 5.- CAUSAS DE LAS ANOMALIAS EN LA OCLUSION.

CAPITULO III HABITOS PERNICIOSOS COMO FACTOR DESENCADANTE DE MALOCCLUSION ES

- 1.- CLASIFICACION DE HABITOS DEFORMANTES-
- 2.- TRATAMIENTO Y CORRECCION

CAPITULO IV LA ORTODONCIA PREVENTIVA.

- 1.- CONTROL DE ESPACIO EN LA DENTICION DECIDUA (TEMPORAL)
- 2.- MANTENIMIENTO DE ESPACIO EN LOS SEGMENTOS, ANTERIOR, SUPERIOR E INFERIOR-
- 3.- MANTENIMIENTO DE ESPACIO EN LOS SEGMENTOS POSTERIORES.

- 4.- APARATOS PARA LA RETENCIÓN DE ESPACIOS
- 5.- MANTENEDORES FIJOS
- 6.- MANTENEDORES REMOVIBLES
- 7.- RELACION DE LOS HABITOS BUCALES CON LA
PREVENCIÓN DE LA MALOCLUSIÓN.

CAPITULO V CASO CLINICO.

CAPITULO VI CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Los efectos secundarios en las enfermedades bucales - en el adulto, tiene su origen principalmente en la niñez, de - allí la importancia de las visitas tempranas al Cirujano Den- - tista.

En los niños como en los adultos, las causas más fre- cuentes de la caries son los irritantes locales, las cuales -- son causadas por una higiene oral deficiente, pues la placa -- bacteriana se forma más rápidamente en los niños que en los -- adultos.

El sarro es otro de los irritantes de la encla, no es tan comun en los niños, ocurre nada más en el 9% de los niños- de 4 a 6 años, 18% entre los de 7 a 9 años y de 33% a 43% entre los de 10 a 15 años.

La caries es la causa mayor de la pérdida de dientes- en la población adulta, la enfermedad empieza mucho tiempo an- tes de que la pieza deba ser extraída por eso la importancia - de su prevención.

La falta de información adecuada, hace que la pobla- ción sólo acuda al odontólogo con el objeto de una extracción, - o de una obturación, ya que ignoran el valor de conservar las - piezas dentarias, no sólo por estética sino por conservación de la armonía oclusal.

CAPITULO I

IMPORTANCIA DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA

*La ortodoncia preventiva se puede calificar como una -
vigilancia constante y dinámica, una rutina o disciplina entre-
el odontólogo y el paciente.*

*Comprende; la vigilancia de los procesos normales de -
la dentición, reabsorción de la dentición temporaria, y el ci-
clo de la erupción de las permanentes, establece la importancia
del tratamiento de la caries, el mantenimiento del espacio, la-
eventualidad de algunas extracciones y hábitos perniciosos, to-
do esto como prevención a graves anomalías en la oclusión.*

*Entendiéndose como oclusión el cierre de las arcadas -
dentarias con las piezas dentarias superiores e inferiores en -
relación intercuspídea, así como los movimientos funcionales, -
por lo tanto la oclusión normal se centra alrededor de los con-
tactos oclusales, el alineamiento de las piezas, sobremordidad-
y superposición, la colocación y relación de ellos en la arcada
y entre ambas y su relación con las estructuras óseas.*

*Normal implica, una situación encontrada comunmente en
ausencia de enfermedad. Oclusión normal por lo tanto, implica-
algo más que una gama de valores aceptables; indicará también -
adaptabilidad fisiológica y ausencia de manifestaciones patoló-
gicas reconocibles.*

1. - EMBRIOLOGIA

A) DESARROLLO DE MAXILAR Y MANDIBULA.

Para entender las diferentes variedades de anomalías - de los maxilares es necesario conocer su desarrollo embrionario.

Antes de las dos primeras semanas las cavidades, bucal y nasal forman una sola, en forma de depresión, que se encuentra situada entre la cabeza y el pericardio, y constituyen la boca primitiva; esta separada del intestino primitivo por la membrana buco-faringe que empieza a desaparecer al quinto día. La boca primitiva pronto empieza a cambiar debido a varias formaciones que aparecen arriba y a los lados de las cuales se desarrollan las diferentes partes de la cara. Hacia la quinta semana se forma a expensas del primer arco visceral, las protuberancias mandibulares que constituyen los límites inferiores y lateral de la boca primitiva, los que al crecer se unen a la línea media, para formar la mandíbula inferior.

A las cinco y media semanas, a los lados y en la base de las protuberancias maxilares que crecen hacia arriba y adentro formando las comisuras de la boca primitiva, creciendo hacia abajo, e iniciándose en la superficie anterior de ella dos pequeñas depresiones ovales (rudimento de las narinas) que al crecer dividen la protuberancia fronto-nasal en tres partes formando los procesos nasales medio y laterales.

En la sexta semana empieza a desarrollarse a cada lado de la protuberancia nasal media, la protuberancia globular, a expensas de la cual se forma la columna y la parte más baja y anterior del tabique nasal, así como el prelabio y el premaxilar. De las protuberancias nasales laterales se forman las alas de la nariz.

A la séptima semana las protuberancias maxilares crecen hacia adentro por debajo de los ojos para unirse a los procesos globulares y nasales laterales, a fin de completar los límites inferiores de las narinas.

En la octava semana la protuberancia globular se cierra para completar el labio superior.

Al mismo tiempo que se forma el labio la boca primitiva se divide en dos cavidades, la bucal y la nasal. En la parte anterior la protuberancia globular crece hacia atrás para formar el premaxilar, las protuberancias maxilares crecen horizontalmente hacia la línea media para unirse juntamente con el premaxilar y formar el paladar anterior (octava semana) el que continuará creciendo hacia atrás ya formará el paladar blando, el cual se une a la línea media y forma la úvula hacia la décima semana.

2. FISILOGIA Y ANATOMÍA

a) ANATOMÍA DE MANDÍBULA Y MAXILAR.

El maxilar superior forma la mayor parte de la arcada superior, su forma se aproxima a la cuadrangular, es un hueso par.

En la cara interna se destaca la apofisis palatina que forma parte del piso de las fosas nasales por su cara superior y por su cara inferior que es rugosa y tiene pequeños orificios vasculares se articula con el maxilar del lado opuesto y forma la bóveda palatina, en esta cara se encuentra un gran orificio llamado seno maxilar, esta cara también tiene articulación con los huesos, unguis y cornetes, en el borde inferior llamado también borde alveolar presenta una serie de cavidades cónicas o alveolos dentarios en donde se alojan las raíces de las piezas dentarias, los alveolos son sencillos en la parte anterior mientras en la parte

posterior llevan 2 ó 3 cavidades, su vertice perforado deja paso a su paquete vasculonervioso correspondiente, los diversos alveolos se encuentran separados por tabiques óseos que constituyen las apófisis dentarias.

La *mándibula o maxilar inferior* es un hueso non, tiene forma de herradura cuya concavidad se encuentra vuelta hacia -- atrás se puede dividir en un cuerpo y dos ramas. La cara anterior lleva en la línea media una cresta vertical resultado de la unión de las dos mitades del hueso conocida con el nombre de *sinfisis mentoniana*, hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano por donde sale el paquete vâsculo nervioso mentoniano, más atrás se observa la línea oblicua externa en donde se insertan los músculos triangular, triangular de los labios, cutáneo del cuello y -- cuadrado de la barba.

La cara posterior presenta cerca de la línea media -- las apófisi gení, que son cuatro y que sirven de inserción a los músculos geniohiodeos, por afuera de estas apófisis se encuentran las sublingual y submaxilar que sirven de alojamiento a las glándulas del mismo nombre.

En el borde superior o alveolar se presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios.

Ramas. - Son dos derecha e izquierda, tiene dos caras -- interna y externa, por su cara externa se inserta el músculo ma cetero, por la cara interna se encuentra un orificio que es el orificio superior del conducto dentario, el borde superior posee una amplia escotadura denominada escotadura Sigmoidea, situada entre gruesos salientes que son; por delante la apófisis coronoides y por atrás el cóndilo del maxilar inferior que se articula con la cavidad glenoidea del hueso temporal.

B).- FISILOGIA.

Fisiología. - Aquí mencionaremos los movimientos y funciones y posiciones que tienen una importancia vital en la prevención y corrección de la patología que se presenta en la cavidad oral.

Movimientos funcionales. - A primera vista el análisis de la fisiología muscular de la cabeza y el cuello no parece muy difícil, ya que el único hueso móvil de la cabeza y la cara es el maxilar inferior y sólo puede moverse en cierta dirección por las limitaciones de la morfología y estructura de la articulación temporomandibular.

La función postural deberá ser capaz de permitir la actividad muscular relacionada específicamente con la masticación - la deglución la respiración y la fonación.

Por lo tanto la articulación temporomandibular presenta movimientos de abatimiento y elevación, de propulsión y retropropulsión y deducción o lateralidad.

Abatimiento. - El mentón se dirige abajo y atrás, este movimiento lo limitan los haces posteriores del menisco por la acción del pterigoideo externo resultando de lo anterior que realiza un movimiento de deslizamiento y rotación y produciendo en los incisivos una simple traslación de adelante hacia atrás, los músculos abatidores son; el vientre anterior del digastrico, el milohioideo, y el geniohideo.

Elevación. - Se realiza en sentido contrario al mecanismo de abatimiento y alcanza su máximo cuando se encuentran los arcos dentario intervienen en este los potentes músculos temporales, masetero y pterigoideo interno.

Propulsión.- Se realiza en la articulación menisco temporal intervienen en este mov. la contracción simultánea de los pterigoideos externo el interno y el masetero, el cóndilo como el menisco sufren el deslizamiento retropulsión de atrás adelante colocando el cóndilo maxilar por debajo del cóndilo temporal.

Retropulsión.- Se realiza en sentido inverso a la propulsión y se limita por el choque del cóndilo sobre la pared anterior del conducto auditivo intervienen en este los haces posteriores del temporal y el digastrico.

Diducción o lateralidad.- Se mueven las dos articulaciones alternativamente mientras uno de los cóndilos sufre con su menisco un movimiento de traslación el otro pivotea alrededor de un eje vertical que pase por su cuello, resultando que en cada movimiento un cóndilo se desaloja y el otro sirve de punto de apoyo o pivote intervienen los pterigoideos externos contrayéndose alternativamente. La combinación de los movimientos de abatimiento, elevación y diducción realiza el movimiento de circunducción que permite el frotamiento de los arcos dentarios consiguiendo la trituración de los alimentos.

C. POSICIONES DE LA MANDIBULA.

1.- **Posición de descanso.**- La mandíbula se encuentra suspendida literalmente de la base del cráneo por la musculatura.

2.- **Relación céntrica.**- Es la posición libre de tensión y neutra del maxilar inferior.

3.- **Contacto inicial.**- Si existe oclusión normal el punto de contacto inicial no provoca cambio en la función de la articulación temporomandibular, y todos los planos inclinados son puestos en contacto simultáneamente en los dientes superiores e inferiores.

4.- *Oclusión céntrica.* - La oclusión céntrica es una posición estática que puede ser reproducida fácilmente pidiendo al paciente que junte los dientes si no existe mala oclusión o disfunción.

5.- *Posición más retruida.* - Se trata de establecer la posición más retruida libre de tensión del maxilar inferior y la posición normal de los cóndilos en las fosas articulares.

6.- *Posición más protuida.* - La superficie posterior del cóndilo del maxilar inferior entra en contacto con la convexidad anterior de la eminencia articular a causa de la musculatura en contracción.

7.- *Posición habitual de descanso.* - No es la misma que la posición fisiológica ya que se encuentra afectada por los diferentes tipos de oclusión, existe cierto tipo de mal oclusiones que impide que el paciente adopte una posición fisiológica de descanso verdadera.

8.- *Relación oclusal habitual.* - Es en donde la posición oclusal habitual y la posición oclusal céntrica sean la misma y que se encuentre en armonía con la relación céntrica y la posición postural de descanso del maxilar inferior.

3.- PATOLOGIA

A) MALFORMACIONES: CONGENITAS:

De las malformaciones congénitas corrientes que afectan la boca, el labio (hendido) y la fisura palatina amenazan de modo particular la simbiosis padre-hijo a causa de la distorsión del semblante, la dificultad para la alimentación y la subsiguiente interrupción del desarrollo ordenado del habla inteligible.

La extensión de la fisura palatina congénita en términos de anchura suficiencia de tejido, relación espacial con el tejido conjuntivo y función neuromotora del complejo muscular palatofaríngeo son los puntos críticos para la habilitación del habla. - El paladar hendido crece, sin embargo la cirugía no traumática -- orientada hacia la dinámica del crecimiento y encaminada a proporcionar una obturación palatofaríngea obtiene óptimos resultados. - Las aplicaciones protésicas dentales para facilitar el habla pueden proporcionar ventajas similares transitorias en el caso de que se precise tiempo para el ulterior desarrollo del paladar, la decisión quirúrgica o ambas.

A fin desde el punto de vista fisiopatológico, la fisura palatina submucosa es un defecto palatino más sutil, congénito, que manifiesta insuficiencia funcional en forma de un reflujo nasal durante la deglución en la infancia y subsiguientemente en forma de un hablar gangoso, a menudo precipitado por la adenoidectomía. Aparentemente intactos desde el punto de vista morfológico son patognomónicos los signos palatinos siguientes; una óvula bifida, una membrana transparente en sustitución del rafe palatino de la línea media, una muesca palpable en la unión media del paladar -- bseo y el velo del paladar y una entalladura tensor -elevador palatino desplazada hacia delante durante la fonación. Si no produce una sintomatología franca en la primera infancia, el progresivo -- crecimiento hacia abajo del paladar que cambia la unión epifaríngea de contacto palatino y la involución linfoide adenoidea pueden combinarse para producir insuficiencia palatofaríngea, a menos que tengan lugar el crecimiento palatino diferencial o la actividad -- muscular Faríngea compensadora o ambas.

En el recién nacido y durante la primera infancia, la micrognacia puede constituir una urgencia respiratoria y plantear a continuación problemas de orden alimentario. El síndrome de Pierre Robin, que incluye una fisura palatina, maxilar inferior peque

ño y una lengua en retroposición, proporciona un ejemplo de las relaciones paralelas entre lengua y mandíbula, y de la influencia sobre el tamaño y la forma de la hipofaringe. La gravedad de la obstrucción mecánica esta relacionada con el grado de micrognacia y el tamaño de la lengua. Si los síntomas son ligeros o moderados puede ser suficiente para expandir la vía aérea el decubito prono y la dorsiflexión de la cabeza. En presencia de un pronunciado agobio respiratorio puede ser necesaria la fijación anterior de la lengua mediante varias suturas, o la traqueotomía. La mejoría en la succión y deglución corre parejas generalmente con el alivio respiratorio. En la disostosis mandibulo facial, la mandíbula deformada continúa creciendo pero conserva su configuración original. En la microtia unilateral en la que el cóndilo mandibular puede ser totalmente aplásico, la intensidad de la asimetría puede aumentar con la edad a causa del crecimiento desigual de las partes del maxilar. La macroglosia congénita tanto si es un fenómeno aislado o bien se acompaña de cretinismo o síndrome de Down, parece estar asociada con menor frecuencia con un trastorno funcional intraoral específico en la primera y segunda infancia si no complica con un defecto mandibular concomitante.

B) TRASTORNOS ADQUIRIDOS.

De los varios puntos de crecimiento del rostro son los cóndilos mandibulares los más importantes. Por tanto la lesión en una edad precoz o por infección o por afectación por una enfermedad general puede conducir a graves deformidades de desarrollo y restricción funcional.

El traumatismo del cóndilo mandibular puede producir hemorragia en la capsula con su siguiente organización, fibrosis y anquilosis parcial. La fractura si no se descubre y reduce puede producir asimetría facial y trastornos del desarrollo. --

Por eso la inspección de las heridas traumáticas de los maxilares y la cara debería incluir el examen de la movilidad maxilar en -- términos de amplitud y simetría de movimiento durante la abertura protusión y lateralización, y en la oclusión.

Los procesos patológicos, como la artritis reumatoide-juvenil, pueden afectar a las articulaciones temporomaxilares. - Si esto ocurre en una edad temprana, se producirá una grave deformidad facial (cara de pájaro) como resultado del paro del crecimiento en los condilos mandibulares.

Todas las malformaciones congénitas, los trastornos metabólicos, las enfermedades adquiridas, los traumas y los trastornos neurofuncionales contribuyen a la variedad de las deformidades orales, que pueden afectar a la nutrición, deglución, respiración habla y aspecto estético del niño. En presencia de tales influjos adversos, el crecimiento y el desarrollo proporcionan otra dimensión a la deformidad siguiente, dependiendo la gravedad final de la extensión.

El plan de tratamiento depende en parte de una comprensión de la historia natural de cada uno de los problemas encontradas en el niño que crece, por lo general unos procesos tienden a mejorar con el tiempo, algunos permanecen invariables y otros en fin aumentan en cuanto a su gravedad.

CAPITULO II

ERUPCION DE LA PRIMERA DENTICION MIXTA, Y SECUNDARIA

1. - DESARROLLO PRENATAL DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

Las piezas dentarias del ser humano se componen de tres estructuras especializadas que son:

a). - Las estructuras propiódonticas (esmalte, dentina) peculiares al diente, no encontrándose tejidos similares en ninguna otra parte del cuerpo.

b). - La pulpa (el órgano formativo de la dentina) de estructura endodóntica.

c). - Las estructuras periodontales (cemento, hueso, alveolar, membrana periodontal, y encla) estructuras de sostén y protección de los huesos y piezas dentarias.

CICLO VITAL DEL DIENTE

Cada pieza dentaria pasa sucesivos períodos durante su ciclo vital.

a) Crecimiento. - Comprende; iniciación que es el comienzo de la formación del brote dentario del epitelio bucal.

Proliferación, es la multiplicación de células y elaboración del órgano del esmalte Histodiferenciación, especialización de las células del epitelio interno del órgano del esmalte

que se transforman en ameloblastos, las células periféricas del órgano de la dentina se convierte en odontoblastos.

Morfodiferenciación, es el alineamiento de las células formativas a lo largo de la futura línea amelodentinaria y dentino-cementaria, a manera de bosquejo del tamaño y forma de la futura corona y raíz.

A posición, depósito de la matriz del esmalte y dentina en capas incrementables.

Clasificación, endurecimiento de la matriz por sales de calcio en capas incrementos.

Erupción, movimientos del diente hacia la cavidad bucal.

Abración, desgaste anormal de las piezas durante su función.

Reabsorción, remoción de las raíces de las piezas dentarias primarias por acción de los osteoclastos.

En la capa del maxilar embrionarios (correspondiendo a la posición de las 10 futuras piezas primarias) ciertas células de la capa basal comienzan a proliferar más rápido.

Los molares permanentes, se desarrollan a partir de la lámina dental, las otras piezas permanentes a partir de sus predecesores primarios. Se pueden dar el caso que existan anomalías en cuanto al número de piezas pudiendo existir Anodoncia parcial o total, dientes supernumerarios.

La anodoncia total o parcial, puede resultar de una --

falta de iniciación o detención durante la proliferación del germen. No debe confundirse con un fracaso en la erupción de las piezas dentarias.

Dientes supernumerarios, resultan comunmente de la continuada germinación del órgano del esmalte de las piezas precedentes. Los dientes supernumerarios primarios son mucho menos frecuentes que los permanentes.

2. - DESARROLLO POSNATAL DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

Período Predentario. - La conformación de los arcos dentarios alveolares en un recién nacido es semielíptica, si bien en estos momentos existe una gran variedad de forma, no es posible hablar de oclusión todavía ya que las piezas dentarias no han erupcionado. Según Stillman en el recién nacido no existen en plano anteroposterior relación entre los maxilares, por lo general la mandíbula se haya situada posteriormente con el maxilar.

Los procesos alveolares no son lisas; por el contrario se hayan recubiertos de crestas y surcos. En sus lados externos se perfilan eminencias correspondientes a gérmenes de los incisivos.

Los procesos presentan a menudo una incurvación de modo que no contactan en su posición anterior cuando se cierran los maxilares del niño, el contacto se hace únicamente en la región posterior, la presencia de esta apertura anterior indica un desarrollo normal de la oclusión ya que permite el establecimiento del entrecruzamiento incisivo normal. Cuando no hay apertura el entrecruzamiento sera excesivo.

El crecimiento del arco alveolar inferior sigue aproximadamente las mismas proporciones, al mismo tiempo, generalmente

existe un cambio en la relación anteroposterior. La mandíbula avanza y el perfil se endereza.

3. DENTICION PRIMARIA.

La dentición primaria consta de dos incisivos, un canino y dos molares por cada cuadrante. La genesis de estas piezas dentarias comienza entre la semana quince y diecisiete de la vida fetal, y la maduración esta completada a los treinta y seis meses aproximadamente del nacimiento. La erupción se inicia por lo general alrededor de los seis meses y termina a los veinticuatro meses aproximadamente. A los cuatro años y seis meses aproximadamente se inicia la descalcificación de estas estructuras. La caída de los dientes comienza alrededor de los seis años de edad y finaliza alrededor de las doce. Estos factores pueden variar dentro de límites normales más o menos en uno o dos meses. En ocasiones los incisivos brotan al nacer cuando esto ocurre la decisión de extraerlas depende de las lesiones que pueda sufrir el pecho materno, del traumatismo de la lengua del niño o del peligro de aspiración a causa de la deficiente fijación. La extracción requerirá por lo general la reparación ortodóntica en años posteriores.

La tabla de Robinow, Richards y Anderson nos sirve en la práctica como guía en la erupción de las piezas dentarias primarias.

Incisivos centrales	de 6 a 11 meses
Incisivos laterales	de 8 a 6 meses
Caninos	de 16 a 22 meses
Primer molar	de 14 a 18 meses
Segundo Molar	de 22 a 32 meses

4. - DENTICION SECUNDARIA Y MIXTA.

Durante el periodo comprendido entre los seis y doce años, ambas denticiones fundamentales ofrecen unidades para la oclusión funcional y así, clínicamente tenemos una tercera dentición que se describe como dentición mixta.

La calcificación de la dentición secundaria comienza inmediatamente antes del periodo neonatal y termina para todas las unidades salvo los terceros molares alrededor de los quince años. Estos dientes reciben el nombre de "dientes permanentes" existen dos incisivos, un canino, dos premolares, todos los cuales son sucedáneos de la dentición primaria, más tres molares en cada cuadrante.

La erupción se inicia con los incisivos centrales primarios alrededor de los seis meses y, los terceros molares se termina con los segundos molares alrededor de los trece años y seis meses más o menos. Los terceros molares no son constantes ni en desarrollo ni en la erupción funcional, y faltan a menudo congénitamente o están impactados contra los segundos molares. En ocasiones los incisivos laterales superiores y los segundos premolares inferiores faltan también en uno o en ambos lados. Esta anomalía es a menudo familiar.

Factores de la erupción.- Los fenómenos eruptivos de las piezas dentarias comienzan desde la formación de los gérmenes temporarios (tres meses de vida intrauterina) el diente es llevado desde su cripta de desarrollo y colocado dentro de la cavidad bucal. Para hacer erupción se destruyen tejidos que se interponen, se realiza la reabsorción de las trabéculas óseas - tejido conjuntivo laxo, y la mucosa la cual ofrece resistencia al germén el presionado por dentro de la corona de las piezas y por fuera por los alimentos o la presión de cuerpos extraños.

Cuando la pieza dentaria está en la boca cambia el movimiento vertical por horizontal debido a la presión de la lengua, labios, y carrillos, ayudada por la reorganización alveolar quedando así la relación con los antagonistas en oclusión.

Todas las piezas dentarias comienzan a calcificarse al rededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina.

La erupción comienza después de que los ralces se han empezado a formar. Es importante el orden en que se efectúa la erupción porque ayuda a determinar la posición de las piezas en el arco. Se ha demostrado que cierto orden de erupción es típico de determinadas maloclusiones. Cuando erupciona el primer molar superior antes que el inferior es patognómico de una disto-oclusión.

La erupción primaria depende del grado de desarrollo de las piezas en el interior del maxilar, de la situación del germén respecto de la encla y factores constitucionales, así como enfermedades febriles que la aceleran y enfermedades crónicas como el raquitismo y el cretinismo que la retardan.

El arco de la erupción primaria es semicircular, aunque su forma puede variar. En denticiones temporarias completamente erupcionadas hay dos tipos principales de arcos, uno sistemas interdentarios y otro con las piezas en contacto.

La diferencia entre las piezas dentarias primarias y permanentes son; tamaño, color, número, forma de las coronas ralces y pulpa.

Las piezas primarias de acuerdo al maxilar que es pequeño, y su función son más chicos, su volumen y superficie de esmalte expuesto es la mitad de las permanentes así como el espe-

sor de esmalte y dentina. La cámara pulpar es más grande y los cuernos pulpares más altos y anchos. Por lo que esto se debe tomar en cuenta en la preparación de cavidades.

En cuanto al color son blancos azulosas en contraste con los permanentes que son amarillo grisáceos. Cuando las piezas primarias erupcionan en la cavidad bucal pueden estar en posición incorrecta pero esto se corrige normalmente por la acción modeladora de los labios y la lengua.

En un 50% de niños se presenta una separación de dientes anteriores más o menos a la edad de 4 ó 5 años como preparación a la erupción de los permanentes y como adaptación al crecimiento del maxilar y mandíbula.

La reabsorción de los primarios es necesaria para la erupción de los secundarios, la absorción comienza a los dos años de edad para los incisivos, para los caninos y molares a los tres años, siendo la caída entre los 7 y los 11 años.

6.- TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ERUPCIÓN PRIMARIA.

Durante la erupción de la primera dentición hemos observado que se presentan trastornos locales y generales como son: encla inflamada, mayor flujo salival, excitación, temperaturas subfebriles y trastornos gastrointestinales.

El proceso de erupción ocasiona cierta presión en la encla dando por resultado una pequeña inflamación en esta zona provocando comezón y mayor flujo salival, el niño para satisfacer esto se lleva objetos a la boca (frecuentemente sucios) -- provocandole trastornos gastro intestinales y temperaturas subfebriles, ya que el niño no tiene bien establecida su flora intestinal y fácilmente puede presentarse dichos trastornos. -- CIERTOS AUTORES OPINAN que tales trastornos son ocasionados --

por otras causas, pero nuestra opinión es que si están relacionados dichos trastornos con la erupción, ya que es un proceso - que aunque fisiológico sí altera las Funciones normales del organismo.

5.- CAUSAS ANOMALIAS EN LA OCLUSION

A.- *Retención del patrón infantil.*- Logan y Frinfield mencionan como posible causa de maloclusión el hecho de que - - ciertas piezas conserven sus posiciones relativas entre sí después de la erupción, aún cuando haya espacio suficiente. Aunque la misma regularidad puede producirse por otros factores, - tales como la falta de crecimiento del maxilar, pérdida prematura de las piezas primarias, permitir el angostamiento del arco dental, inclinación mesial de las piezas posteriores, o inclinación distal o lingual de los incisivos.

La pérdida de contacto proximal puede producirse por - ausencia congénita o hereditaria de las piezas dentarias, caries, pérdida prematura de las piezas primarias o de piezas permanentes, falta de espacio en el arco. Cuando se pierde el contacto de las piezas posteriores se inclinan mesialmente y los - anteriores hacia distal.

B.- *Pérdida prematura y retención prolongada de piezas dentarias temporales.*

La pérdida prematura de piezas primarias puede permitir - a las piezas estrechar el espacio de tal manera que deja insuficiente lugar para que el permanente erupcione en posición correcta, las piezas del arco antagonista que ocluyan con la pieza primaria pueden exfoliarse, reduciendo el espacio verticalmente, y en esta forma impedir la correcta erupción.

Retención prolongada.- Se produce a veces porque la pieza esta anquilosada por lo que la raíz no se absorve en la época correcta, esto puede impedir temporariamente la erupción del permanente o hacer que salga por bucal o lingual desviándolo antes de que erupcione, o hacer que permanezca retenido.

C.- Erupción tardía de piezas dentarias permanentes.- Frecuentemente la erupción tardía se presenta en ambas denticiones del mismo individuo.

Ocasionalmente ciertas piezas, por ejemplo los segundos premolares comienzan a calcificarse hasta el sexto año o más tarde, una capa de hueso que cubre la corona del diente pero que no se descubre radiográficamente, puede impedir la erupción, o un tejido blando sobre una pieza dentaria y casi queratinizado debido al masaje durante la masticación puede tener el mismo efecto, se puede dar el caso que el folículo dentario se encuentre calcificado en un saco de tipo óseo que impida la erupción.

D.- Erupción precoz de piezas permanentes.- Las piezas permanentes pueden erupcionar antes que las raíces de los primarios se reabsorban, o de que los maxilares hayan crecido lo suficiente para acomodarlos. Cuando los centrales y laterales permanentes inferiores empiezan a erupcionar tempranamente en posición lingual respecto a los primarios, no siempre se deben extraer estos dientes de inmediato, pues se cree que la presión producida por los permanentes puede servir para estimular o acelerar el crecimiento de esta zona. Si las raíces de las piezas temporales estan reabsorbidas y la posición de los centrales inferiores no ha mejorado para la época en que los primarios estan exfoliados, las centrales temporales deben extraerse, por ningun motivo deben extraerse más piezas temporales.

Cuando los arcos son muy estrechos es muy importante de terminar si se esta ejerciendo alguna presión local que angostela cara o impida el crecimiento lateral.

Si esta presión es descubierta debe ser eliminada en lo posible. Si las mediciones mandibulares indican que el maxilar y el arco dentario permitiran eventualmente el alojamiento de todos los permanentes mesiales al primer molar, pueden extraerse los caninos temporales y colocar un arco lingual de alambre o -- acrílico.

A veces sucede que un permanente erupciona precozmente en completa oclusión pero precisa a la edad en que la raíz se ha formado suficientemente. Por lo general la mitad o dos tercios de largo de la raíz se forma antes de que la pieza erupcione en la boca. En tales circunstancias es necesario explicar al paciente, tener cuidado de evitar presiones indebidas sobre las piezas dentarias que podrian producir su pérdida, evitando en esta zona los caramelos pegajosos. Aunque una pieza así puede inmovilizarse, es mejor permitir su movimiento funcional, y la raíz continuará formandose de manera corriente.

E. - Erupción tardía de piezas dentarias permanentes. - Por medio de radiografías podemos saber, cuando una pieza no erupciona, si es ocasionado por falta de germen, desarrollo insuficiente de la raíz, o si esta impactado. Si el espacio es insuficiente para la erupción debido a la inclinación de las piezas vecinas, debe ser recuperado. Si esto se consigue la pieza erupcionará, si la erupción esta impedida por una capa de hueso, una capsula calcificada o un tejido blando endurecido sobre la corona, la remoción de este tejido producirá una erupción acelerada de la pieza demorada.

Durante la erupción activa hay un aporte mayor alre-

dor de la zona apical de la raíz, por lo que es aconsejable estimular la irrigación en está haciendo que el paciente presione intermitentemente sobre la corona de la pieza expuesta.

Se ha observado que la presión de la masticación sobre el tejido blando que cubre el germen permanente, cuando el temporal ha sido extraído prematuramente, ha producido queratinización y que la fuerza de erupción del permanente no es suficiente para erupcionar a través del tejido blando endurecido.

En ocasiones la razón para la erupción tardía es la anquilosis de la pieza al hueso alveolar. Las piezas de las que se sospecha deben ser descubiertas y hacerles espacio para que erupcionen.

Perdida prematura de piezas permanentes. Cuando existe pérdida prematura de piezas permanentes y desea colocarse -- una prótesis debe hacerse un estudio radiográfico porque puede ser que las piezas pilares sean demasiado jóvenes y las raíces están incompletamente formadas, ya que un puente puede dañar a las piezas, debido a que la dentina no está totalmente calcificada y la cámara pulpar es muy grande. Puede conservarse el espacio usando un mantenedor removible (placa hawley) en tanto -- las piezas adquieren su madurez.

F.- Dientes supernumerarios. -- Las piezas supernumerarias pueden ser descubiertas por estudios radiográficos completos precoces, entre los 5 y 6 años de edad como previamente se ha aconsejado. Si los hay pueden extraerse antes de que se produzca una deformidad. Raramente se encuentran en dentaduras -- primarias, y cuando están, salvo que no exista germen dentario de las piezas permanentes no se extraen. Si los supernumerarios temporales no han erupcionado, la posición de las piezas erupcionadas y el análisis de la radiografía, indicarán si es--

tan produciendo trastornos. Si no son exfoliados junto con los temporales deben extraerse ya que existe el peligro de que reabsorban las raíces adyacentes o que ellos mismos se enquisten. - La zona más frecuente de los supernumerarios es la incisiva superior.

G.- Dientes malformados.- Son aquellos en los cuales se forma un lóbulo adicional en la cara lingual del diente y -- cuando este es exagerado hace que proteja labialmente respecto a los incisivos, a menudo puede reducirse por desgaste y el -- diente es llevado a una alineación correcta, esto si no se encuentra cámara vital pulpar. Donde la deformidad es desfigurante y no es posible un desgaste se recurre a la extracción reemplazándolo con un mantenedor de espacio.

H.- Piezas dentarias retenidas.- Por medio de radiografías podemos descubrir piezas retenidas. Hay dos tipos de -- retención que pueden ser tratados por el odontólogo preventivo -- con éxito, en uno las piezas vecinas se corren hacia el espacio pero pueden ser movidos fácilmente hacia atrás porque la distancia es pequeña y haya lugar para hacerlo, el otro tipo puede inducir por ejemplo; un molar en erupción que queda retenido bajo la corona de una pieza mesial o distal a él. En tal caso este cierre puede ser liberado.

I.- Diastema.- Es la separación de los dientes, especialmente de los incisivos centrales superiores permanentes, es común durante la niñez ya que es parte del patrón de crecimiento, normalmente esto se corrige entrando los centrales en contacto. La separación anormal de los centrales puede deberse a un fracaso de unión premaxilar, espesamiento del hueso interproximal, acuñaamiento producido por dientes supernumerarios, incisivos laterales faltantes o un frenillo labial grande. Este -- frenillo puede estar engrasado a las fibras adheridas al paladar

duro o más que que a la mucosa labial.

J.- Frenillo labial anormal.- o se deberan eliminar - hasta que sea evidente que los laterales y caninos nos llevaran a los centrales a contacto, a medida que se ubican ellos mismos en posición. La acuñación de estos dientes contra la resistencia del frenillo pueden ser estímulo necesario, para producir la espaciación de las seis piezas anteriores permanentes.

Sin embargo si los centrales siguen separados después de la erupción de los laterales, será necesario aproximarlas mecánicamente.

K.- Indicaciones y contradicciones de la extracción como factor preventivo de la oclusión.- Está muy generalizada la creencia de que las piezas temporarias no tienen importancia pues pronto serán reemplazadas por las permanentes.

Por consiguiente su pérdida se considera sin ningún valor y no se intenta retenerlas hasta que se pierden en el curso natural de la vida.

Los que están mejor informados saben que la retención indevida a la pérdida prematura de las piezas caducas, es a menudo responsable de la maloclusión de las dentaduras permanentes.

En algunos niños las piezas dentarias temporales se pierden rápida y prematuramente a causa de los estragos de los estragos de la caries y todo intento de obturación fracasa. -- Causas que ameritan una extracción:

- a) Caries de cuarto grado.
- b) Absceso.

- c) Movilidad.
- d) Retención prolongada.
- e) Dientes supernumerarios.
- f) En la falla de pulpotomía o pulpectomía.

I.- Alteraciones de la oclusión ocasionadas durante el parto.- Estas alteraciones se producen durante el trabajo de parto; en caso de parto prolongado y de un canal relativamente estrecho, pueden ocurrir deformaciones de la cabeza. Ramher opina que estas deformaciones de la cabeza explicaban muchas causas de la maloclusión, en particular si el obstetra introduce un dedo en la boca para realizar tracción durante el parto algo semejante suele ocurrir con el uso de forceps en partos difíciles.

CAPITULO III

HABITOS PERNICIOSOS COMO FACTOR DESENCADENANTE DE MALOCLUSIONES

El ser humano es conjunto de hábitos. Muchos son deseables, otros perniciosos y pueden producir maloclusiones.

Un hábito es una práctica fija producida por una constante repetición de un acto, a cada repetición el acto se hace menos conciente y si se repite a menudo puede ser relegado completamente al inconciente.

Los hábitos anormales son factores etiológicos de las malposiciones dentarias los hábitos tienen origen en circunstancias que son relativamente comunes a grandes grupos de individuos, sin embargo cada paciente tiene características propias -- que deben estudiarse por separado.

Primero se investiga por medio de la historia clínica, y una vez descubierto el mal hábito se estudian los medios para corregirlo. Las preguntas hechas al paciente deben ser escogidas cuidadosamente, ya que en muchos casos el hábito es inconciente y sólo se dan cuenta de ello cuando se les informa acerca de que esto puede cambiar la posición de las piezas dentarias.

La edad y el sexo desempeñan un papel importante en la formación de los malos hábitos, pues cuando se les deja alguno hasta la adolescencia pueden producir alteraciones dentarias -- más graves que pueden ser para toda la vida.

En ocasiones un mal hábito estimula los tejidos durante cierto tiempo, esto traera como consecuencia irritación, por

lo tanto una baja en la resistencia de los tejidos de sosten, de generando en estado patológico.:

1. CLASIFICACION DE HABITOS DEFORMANTES

A) Hábitos que son perversiones de los procesos funcionales normales.

- a) hábitos de succión
- b) hábitos anormales de la respiración
- c) hábitos anormales de la fonación
- d) hábitos anormales de la deglución

B) Hábitos diversos.

- a) hábitos de la lengua
- b) hábitos de los labios
- c) hábitos de llevarse cuerpos extraños a la cavidad bucal.
- d) hábitos de roerse las uñas

C) Hábitos de postura

- a) presiones anormales.
- b) hábitos al dormir.
- c) hábitos al estudiar, mímica, etc.

D) Hábitos nerviosos espásmicos.

GRUPO A.

a) HABITO DE SUCCION.

Sin duda este hábito, bajo diversas formas, es una de las causas principales más frecuentes de malposición, esto no debe sorprendernos porque la función de la succión es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica en las estructuras del órgano masticatorio. El niño parece encontrar alivio-

a todas las irritaciones al succionar, esto representa normalmente la presencia del pezon entre las encias superior e inferior, articulos habituales que producen aproximadamente el mismo efecto sedante. Para comprender el efecto producido de este acto, sabemos que la succión se lleva a cabo normalmente por medio de actividades musculares y cambios tisulares.

El acto de succión puede ser continuo o consistir en una serie de acciones rítmicas de succión, la última es la forma usual en que esta función se manifieste consistiendo en numerosas repeticiones de los movimientos musculares, con depresión y elevación de la mandíbula y relajación de los musculos. Si analizamos esta fuerza muscular vemos que es recibida (después de la erupción dentaria) sobre las superficies labiales de los incisivos, caninos y molares temporarios, al acercarnos a los molares disminuye la intensidad. La mayor cantidad de presión lingual durante este acto se localiza sobre caninos, primeros molares temporarios, o primeros premolares, estas piezas dentarias junto con los incisivos no están protegidos contra el exceso de esta presión lingual, por lo que la lengua es llevada al fondo de la cavidad oral y sus lados se desarrollan lateralmente. En esta posición cambiada la lengua soporta bien los molares inferiores pero no a los superiores.

Cuando el hábito de succión comparte el uso de una sustancia dura entre los incisivos, los molares temporarios, premolares o molares permanentes no llegan muchas veces a establecer contacto oclusal en grado tal que desarrollan una supraoclusión mientras que los incisivos inferiores muestran infraoclusión, si al succionar se emplea el pulgar y otros dedos, los incisivos pueden sufrir alteraciones afectados.

El dolor y la incomodidad especialmente los provenientes de trastornos nutricionales, pueden producir cualesquiera de

estos hábitos de succión pero son de particular interés, aquellos que llevan la mandíbula hacia adelante y las posturas incorrectas al dormir. El hábito mandibular es resultado directo del dolor - pero el hábito de dormir en posición de decúbito ventral se produce porque el padre coloca al niño en esta posición para eliminar el dolor. En esta posición se produce considerable fuerza sobre la cara, además el niño coloca su mano o el brazo debajo de la cabeza, como apoyo ejerciéndose una presión adicional indevida. -- Una dieta adecuada prevendrá los malos hábitos provenientes de -- esa fuente. Para evitar malas posturas durante el dormir debe enseñarse al niño hacerlo en varias posiciones y darle vuelta ocasionalmente (sobre todo cuando está dormido) si tiende a quedarse en una sola posición; un colchón duro le permitirá cambiar su propia posición con más facilidad.

CHUPADORES DE DEDO:

Poco se ha hecho para establecer la incidencia de estos malos hábitos, pero de algunos estudios hechos se ha llegado a -- una conclusión bastante aproximada, que establece el hábito de -- chuparse los dedos (pulgares) como etiología de maloclusiones en un 17% de los casos, la época en que se inicia es poco después del nacimiento aunque autores como Salzman creen que puede iniciarse en la vida intrauterina cuando el feto muestra una actividad muscular aumentada y el dedo llega a encontrar la boca. Generalmente los padres concuerdan en que el chico comenzó este hábito desde su nacimiento, aunque puede instalarse posteriormente en cualquier época de la vida sobre todo después del destete y cuando comienza a erupcionar las piezas temporales para evitar esto se -- aconseja el uso de chupón.

Indudablemente que no hay que confundir el acto normal de llevarse el pulgar a la boca, que se observa en un período preciso comprendido entre los 6 y 12 meses en el cual el niño trata-

de examinar los objetos que llegan a sus manos y llevarlos a la boca, existe en esta época el peligro de que esta acción pasiva se convierta en activa.

Comunmente se observa que a la edad de dos años este hábito declina en la mayoría de los casos, pero en otros se - - acentúa aún más y en otros principia en esta etapa de la vida. - La frecuencia y presión ejercida durante el acto de chuparse -- los dedos esta vinculada al efecto nocivo de la dentición.

En cuanto a la etiología de este hábito varios autores coinciden en que sea un factor hereditario, ya mencionamos este hábito en fetos y recién nacidos en donde no puede haber influencia del medio ambiente. Posiblemente sea cierto que se le en - - cuentra muchas veces en varios miembros de una misma familia, como consecuencia de la tendencia a imitar actos de los hermanos. - Se puede concluir entonces diciendo que podría haber disposición heredada para la practica del hábito, pero la herencia no es el - único factor casual.

Algunos autores dicen que la dieta insuficiente seria - la causa principal habiendo encontrado madres de chicos con este hábito que se encontraban en estado de salud pobre cuando amaman - taban a sus hijos. Levy por otra parte ustenta que se debe a un periodo prolongado entre alimentación, notandose menor inciden - - cia del hábito en aquellos chicos que se amamantaban a base de - régimen sin horario fijo.

Todos conocemos los efectos de este mal hábito sobre -- nuestros pacientes, la típica maloclusión se produce por la ac - - ción del pulgar actuando como palanca, presionando las piezas -- dentarias de la arcada hacia labial, muchas veces los inferiores hacia atras cuando el chico usa una posición muy horizontal se - produce al mismo tiempo la infraoclusión de estas piezas anterio

res dando como resultado una mordida abierta anterior.

En otros casos el hábito se realiza en una forma tan violenta que la succión contrae los músculos de los carrillos en tal forma que presionan sobre las arcadas dentarias produciendo atresia de estas y por consiguiente un paladar duro muy elevado y ojival.

Hay niños que se conforman con chuparse el pulgar o cualquier otro dedo, pero hay otros que pueden chuparse dos y tres veces simultáneamente, lo cual produce una deformación más acentuada en relación con la presión ejercida.

b) HABITOS ANORMALES DE LA RESPIRACION

Dentro de estos hábitos encontramos el de respiración bucal, es causado por desviaciones de procesos funcionales normales, los casos más frecuentes son;

Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides.

Defectos intranasales, como septum desviado y espolones óseos de septum.

Padecimientos crónicos de la rinofaringe.

Las cavidades nasal y oral se abren a la faringe en espacios bien protegidos por el llamado tejido linfoideo, formando particularmente un estroma de tejido conectivo, en cuyas mallas hay grupos de células linfáticas o leucocitos. Este tejido puede agruparse y encapsularse en masas foliculares como las amígdalas de las fauces laríngeas y glándulas linfáticas, o pueden distribuirse como una masa menos diferenciada en la amígdala lingual.

El tejido linfóideo reacciona a la irritación crónica con una -- proliferación celular que aumenta mucho de volumen, a veces sufre degeneración patológica haciendo un foco de infección sistémica que afecta la salud del niño.

Cuando las amígdalas faríngeas aumentan de tamaño pueden cerrar por acción mecánica los pasajes de la nariz y faringe bloqueando las coanas y forzando al niño a respirar por la boca.

Este bloqueo es en muchos casos solo nocturno, cuando el niño esta acostado, esta postura acumula la sangre en los tejidos irritados, aumentando de tamaño el proceso anormal ya existente - Este agrandamiento se denomina vegetaciones adenoideas y su único tratamiento eficaz es la extirpación quirúrgica lo antes posible.

Las vegetaciones adenoideas se encuentran en niños de -- dos a diez años de edad y desaparecen reabsorbiéndose después de la adolescencia, dejando tras de sí, al persistir deformaciones orales o faciales, respiración bucal, catarro nasal crónico y un físico poco desarrollado, anémico.

El septum o tabique nasal desviado, tiene el parecer origen similar al de muchas deformaciones de las arcadas, por lo tanto es común encontrarlo con ellas.

Produce respiración bucal por una aproximación de la pared septal del conete nasal inferior, que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura, los espolones óseos del septum actúan del mismo modo.

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son típicas, como por ejemplo tenemos la clase dos primera división de Angle, en la que se observa una posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada infe--

rior, estrechamiento de la arcada superior y protusión de los incisivos superiores.

Se cree que en esta clase no hay grandes cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que este cambio existe a nivel de los músculos temporales, afectando la región de la cavidad glenoidea y modificando la posición, encontramos también una falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana, dando el perfil huido.

En estos casos el labio inferior ocupa un lugar entre los incisivos superiores e inferiores, cuando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores moviéndose ligeramente y elevándose, los caninos son llevados lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares y estos no pueden erupcionar con la altura normal, quedando en infraoclusión. Así se origina en la arcada inferior una curva de Spee exagerada con pérdida de crecimiento vertical en el proceso alveolar.

Cuando el paciente trata de humedecer los labios anormalmente por la respiración bucal, generalmente el labio inferior tiene aspecto desagradable, placido y con hipotonismo.

C) HABITOS ANORMALES DE LA FONACION

Los niños que hablan sin claridad especialmente los ceceos lo hacen porque la extremidad de su lengua tiene contacto con los bordes de los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos estacionaria. Estos hábitos producen desviación labial de los incisivos o infraoclusión de los mismos, el estudio detenido de la posición de la lengua de niños con defectos de pronunciación revela causa de malposiciones dentarias cuando estas acompañan estos impedimentos.

D) HABITOS ANORMALES DE DEGLUCION

El niño al nacer debe alimentarse con leche materna, fisiológicamente los dos problemas más importantes son:

1o.- Físico-Biológico.- Mediante el cual el niño lucha por alimentarse, los pequeños músculos tienen que hacer un esfuerzo extraordinario, realizar un estímulo para el crecimiento y desarrollo de las estructuras máxilo-faciales.

2o. El psico-somático.- El niño amamantado en los brazos de la madre adquiere un sentimiento de alegría y protección.

Las mamilas artificiales, largas y con grandes agujeros llenan completamente la boca del bebe ya que el chupón se extiende hacia atrás hasta paladar blando, por lo tanto el niño no tiene necesidad de mucho trabajo de su parte. No se usa el dorso de la lengua, ni sus labios ni sus músculos.

Muchos niños empiezan su vida así, y nunca tienen oportunidad de aprender a succionar y deglutir devidamente, así podemos observar como principia el habito de deglutir indevidamente y cuan común es encontrarlo asociado con el hábito de chupeteo, esto es un círculo vicioso en que el niño no ha tomado parte alguna al comenzarlo.

La deglución pervertida se origina por la presión entre los dientes en todos los actos de la deglución por el vicio que Whiteman denominó pervención muscular y es de resultados indeseables, ya que produce mordida abierta. Es bien sabido que la posición normal de la lengua en reposo es descansando en el piso de la boca. Una de sus funciones esenciales es formar con el alimento y la saliva el bolo alimenticio, que guiado a la faringe, constituye el primer acto de deglución. En cambio los que -

tienen deglución pervertida, en la forma ya señalada, sacan la lengua entre los dientes cuando se pasa la saliva o alimento.

GRUPO B

En este grupo encontramos que es prácticamente ilimitada la cantidad de ellos pues la mayoría son individuales y varían en cada paciente.

A) HABITOS DE LENGUA

La lengua es el órgano susceptible a colocarse en posiciones imprevistas, con más frecuencia que ningún otro, compuesto de una masa muscular cuyo único objeto responder, por modificaciones especiales de forma y posición, a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación. Esta bien adaptada a sus funciones pero también puede con facilidad responder a los deseos del niño nervioso y de la mala coordinación que le lleva a contorsiones gimnásticas que le causan placer.

El hábito de tener la lengua entre los dientes es el más grave, la posición viciosa de la lengua puede producir por su presión constante (día y noche) trastornos serios, estética y funcionalmente. Lo peligroso de este hábito es que el sujeto se da cuenta del mal que se provoca, pues la mayoría no se imagina que el lugar donde coloca la lengua no es que corresponde a la posición natural, si consideramos la fuerza de la lengua, es fácil comprender el daño y la deformación que puede producir la modificación de las piezas dentarias.

La posición normal de la lengua es, el piso de la boca, el hábito de morderse la lengua se puede localizar en la región de los incisivos provocando mordida abierta o en la región de premolares y molares ocasionando una anoclusión de estas piezas.

Estos hábitos pueden estar relacionados con *infinidad* de objetos y muchas veces es difícil descubrirlos, los más comunes son los que el niño adquiere en la escuela, de morder lapiceros, reglas, gomas etc. estos hábitos los efectúan por placer, hay niños que llegan a tal grado que un lápiz lo acaban mordiendo en dos o tres días lo mismo que las reglas, otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son prácticamente antes de dormir y estos son los que muerden un pedazon de tela, como una esquina de la almohada o la sabana, la esquina de la pijama etc.

C) HABITO DE ROERSE LAS UNAS

Hay muchas personas que cultivan la mala costumbre de roerse las uñas, ocasionando trastornos buco-dentales. Este hábito inconsciente puede producir maloclusión dentaria, es frecuente que en niños como en adultos y como las demás difícil de suprimir.

Algunos autores clasifican a los roedores de uñas como enfermos de tipo neurotico. Se piensa que este hábito se sucede al de chuparse los dedos, que más tarde se trunca por mordisqueo de uñas, más rara vez de una sola uña, al parecer esto se debe en definitiva a una tensión emocional contenida por conflictos psicicos, tales como sentimientos de agresividad, poca atención afectiva de los padres o de otra persona de quien tal se espere.

El paciente nervioso esta predispuesto a este hábito y sobre todo ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones de trabajo intenso inadaptabilidad social. Con frecuencia esto puede llegar a abandonarse por la sola fuerza de voluntad.

Los procedimientos de manchar las uñas con amargas y colorantes, a veces da resultados, sumados a la persuasión y al convencimiento para abandonar dicho hábito.

No es raro sustituir este hábito por el de mordisqueo -

de lapices, labio o carrillos.

GRUPO C;

HABITOS DE POSTURA.

Estos hábitos se encuentran en niños que acostumbran dormir con las manos o el brazo sobre el carrillo o quienes al estudiar apoyan una mano sobre la cara, causando deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias, estos hábitos se corrigen fácilmente.

GRUPO D;

HABITOS NERVIOSOS

A) BRUXISMO

El bruxismo puede ocasionar un desgaste o desviación de las piezas dentarias de carácter no funcional. El hábito se -- practica con mayor frecuencia en la noche si se mantiene por un tiempo prolongado, puede provocar tanto la abración de las piezas temporales como las de los permanentes.

Los niños nerviosos pueden desarrollar bruxismo, el --- cual podrá continuar conciente o inconcientemente, por un periodo indefinido, se debe buscar la causa.

Ramfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar como factor desencadenante del bruxismo, en particular si se -- cambia con una tensión nerviosa. Este hábito se encuentra frecuentemente asociado con el aumento de movilidad de las piezas dentarias, estas piezas presentan un sonido sordo a la percusión y pueden causar dolor al morder con ellas especialmente -- por la mañana.

Puede existir en el bruxismo hiperemia pulpar con hipersensibilidad, especialmente al frío, en algunas ocasiones el bruxismo grave puede también ocasionar necrosis pulpar. Con frecuencia existe hipertrofia unilateral o bilateral de los músculos masticadores, en especial de los maseteros que puede confundirse con tumor de la glándula parótida. La hiperfunción de los músculos maseteros puede influenciar el desarrollo de la mandíbula durante el crecimiento y dar lugar a marcada asimetría facial. El bruxismo provoca incomodidad y dolor de la articulación temporomaxilar, de origen traumático.

Las exostosis de los maxilares pueden ser ocasionadas por el bruxismo estas malformaciones óseas pueden reincidir si el bruxismo continúa después de su extirpación.

2.- TRATAMIENTO Y CORRECCION.

Para corregir los hábitos perniciosos se puede recurrir al convencimiento a los aparatos correctivos, o a la terapia funcional. Una vez descubierto el hábito pernicioso, se debe investigar el origen de él, si es emocional, en primer lugar se tratará de eliminar la causa.

Se debe instruir a la madre para que junto con el Cirujano Dentista hagan una labor de convencimiento para que el paciente abandone dicho hábito, en caso de no dar resultado porque el hábito este muy arraigado se debe recurrir a la terapia funcional o a los aparatos correctivos.

TERAPIA FUNCIONAL.

El objetivo principal tanto de los ejercicios musculares como del empleo de aparatos en la terapia funcional, es el de crear nuevos reflejos neuromusculares en la región buco fa-

cial con el fin de que dichos reflejos cambien las condiciones de las disgnasias (es la mala conformación y funcionamiento del aparato masticatorio debido a la evolución anormal de mismo) -- la terapia funcional se vale de dos medios que son:

A) MEDIOS FISIOLÓGICOS.

El desequilibrio funcional se puede corregir mediante el ejercitamiento muscular, no obstante que se sabe que el funcionamiento muscular gula el desarrollo de la oclusión y sirve para que el patrón de crecimiento facial se realice lo mejor posible. Sin embargo el ejercitamiento muscular no alterará mucho el patrón de crecimiento óseo, ni se obtendrá grandes movimientos dentales cuando se emplea como única terapéutica de las disgnasias.

Cuando la disgnasia es consecuencia de malos hábitos de deglución o lengua protáctil, se instituyen ejercicios tales como el de deglución pasiva se hace tomando un sorbo de agua, cerrar suavemente los labios manteniéndolos inmóviles y deglutir. También se indica al paciente que lleve la lengua a la parte media del paladar, que la apoye ahí cierre la boca hasta que queden en contacto los dientes y que trague sin dejar de apoyar la lengua.

Cuando además de hipotonía del orbicular existe estrechamiento de las arcadas dentarias se recurre al método de Macari, el que se basa en un aparato preconizado por el especie de posicionador, el cual lleva en la parte media dos elásticos en forma de omega, en el aparato se fijan dos ganchos uno a cada lado en donde se efectúan tracciones laterales rítmicas teniendo el aparato en la boca a la vez que se realizan amplios movimientos respiratorios, como cada movimiento obliga a apretar la mandíbula al maxilar, se favorece la actividad muscular al mismo tiempo que se logra la disyunción del maxilar.

Para que los objetivos produzcan óptimos resultados resultados es necesario que se repitan de 10 a 20 veces y se hagan 3 series al día.

Segun Rogers, en los casos de distoclusión los ejercicios descritos por el son bastante útiles el principal objetivo es el adelantamiento de la mandíbula por robustecimiento de -- los p^{tr}igoideos externos. De pie se cruzan los brazos sobre -- la espalda, se inspira y se hecha hacia atrás la cabeza y los -- hombros se protuye la mandíbula, la que se mantiene en esta po -- sición durante algun tiempo (de 10 a 20 segundos) luego lenta -- mente se retrae a su posición original, se descansa y se repi -- te nuevamente hasta que se canse.

En la clase III de Angle y el pseudo-prognatismo, el -- paciente deben tratar de llevar la mandíbula lo más distal posi -- ble y repetir varias veces el ejercicio también se recomienda -- el uso del chupete -plano-inclinado.

En las disgncias que existe labioversión de los insi -- civos superiores y que el labio superior es corto, además de -- atónico, puede desarrollarse mediante los ejercicios y con el -- tiempo cerrar la boca y movilizar los insicivos hacia palatino -- Los ejercicios recomendados son:

10.- Tratar de estirar el labio superior hacia abajo -- sobre el inferior en un intento de tocar el mentón.

20.- Introducir los Indices en la comisura y tratar -- de separarlos contrayendo al mismo tiempo el músculo orbicular.

30.- Introducir agua en la cavidad oral y forzarla a -- travez de los dientes hacia vestibular regresándola nuevamente -- al interior de la boca por actividad de los músculos labiales -- y bucales.

40.- Tomar entre los labios un disco o lámina metálica de 3 a 4 cm. de longitud por 2 ó 3 de espesor y mantenerlo horizontal durante un minuto progresivamente se aumenta la duración del ejercicio y el peso del mismo.

En caso de que la hipotonía y flacidez sea de ambos labios además de los ejercicios anteriores, se recomiendan las siguientes:

10.- Cerrar la boca quedando los dientes en contacto y contraer la comisura izquierda durante 10 ó 20 segundos y después la derecha.

20.- El ejercicio de Wilson, consiste en cerrar la boca quedando en contacto labios y dientes, contraen la comisura izquierda arriba y atrás y con los dedos de la mano izquierda se presiona la mejilla derecha hacia adelante cerrando la fosa nasal con la misma mano después de tres minutos se hace lo mismo del lado opuesto.

B) MEDIOS MECANICOS.

Comprenden estos los aparatos que se emplean en la terapia funcional, para que aprovechando los estímulos fisiológicos de la deglución y masticación, corregir las alteraciones -- del aparato masticatorio.

Los aparatos se dividen en activos y pasivos, el tipo pasivo solamente transmite estímulos musculares y el activo provisto de determinados aditamentos como resortes, tornillos etc. transmite los estímulos a los tejidos de soporte a través del diente, produciendo cambios individuales en los mismos.

APARATOS PASIVOS.

Activador de Andersen. Este aparato favorece la actividad muscular en la boca y desplaza los incisivos superiores - hacia palatino. Esta indicado en las disgnacias que se caracterizan por distoclusión, arcos dentales estrechos, protución de los incisivos superiores, entrecruzamiento incisal, en la sobre mordida profunda etc.

Planos de mordida p quedan comprendidas en este grupo:

- 1o.- La superficie de mordida plana superior
- 2o.- plano de mordida inclinado
- 3o.- plano de mordida hueco.
- 4o.- Placa de S.V E D
- 5o.- Plano inclinado inferior.

Todos ellos son placas de acrílico, sobre las cuales - sblo pueden ocluir determinadas piezas dentarias, con lo que se logra inclinar y llevar a su lugar las piezas dentarias deseadas, otras funciones que desempeñan son, provocar la erupción - de piasas dentarias, corregir sobremordida, eliminar interferencias oclusales, dan alivio al dolor de la articulación temporomandibular cuando es ocasionado por desequilibrio oclusal. Estos aparatos se usan en la noche y en el día para aprovechar -- las fuerzas de la deglución y masticación.

Ferulas de sobre-elevación de Chateau (gotgs).- indicadas en la falta de contacto oclusal posterior, retrognatia mandibular sobre mordida vertical etc.

El posicionador.- Aparato de caucho, que se utiliza - como medio de retención sirve para lograr movimientos dentarios individuales, en conjunto y desplazamientos mandibulares se usa ante todo durante la noche.

La placa de Hamley.- Es un medio de retención, tiene - asimismo indicaciones para lograr desplazamientos dentarios no muy amplios.

APARATOS ACTIVOS.

Son placas a las que se les agrega tornillos elásticos, alambres etc. y están indicadas sobre todo en las displacias de la dentadura permanente cuando se requieren movimientos dentales más amplios, y porque en esta edad el tejido óseo responde menos a los estímulos, ya sea por la misma edad o esclerosis marcada del hueso. Los aparatos que se consideran activos son:

Placa de expansión Noruega.

Placa de Schwarz

Los cuidados que se deben tener con los aparatos usados en la terapia son mínimos, el paciente debe usarlos de día o de noche según el caso, que no doble los recortes o alambres, que sean lavados diariamente con agua fría y jabón, y dejarlos con agua fría cuando no se estén usando.

3.- APARATOS QUE PUEDEN EVITAR HABITOS CAUSANTES DE MALOCCLUSION.

Los hábitos perniciosos de los que hablamos anteriormente se pueden llegar a romper por medio de otros aparatos como son:

A).- DISPOSITIVO CONSTANTE PARA EVITAR LA SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Existen protectores de alambre de varios diseños para el pulgar, o guante con dedo para el pulgar, de aluminio, guante de maya o de alambre.

Otro aparato que interfiere en forma bastante efectiva en el acto de la succión es un aparato que consiste en un espón puntiagudo colocado sobre una banda de incisivos canino o - premolar según donde se produzca más incomodidad.

B) LA MANERA MAS EFICAZ DE RESTABLECER LA RESPIRACION NASAL ES- IMPEDIR LA ENTRADA DE EL AIRE POR LA CAVIDAD BUCAL, PARA CON SEGUIR ESTO NOS VALEMOS DE DIFERENTES MEDIOS.

Existe un dispositivo estiralabios que se coloca en la boca tratando de cerrar los labios sobre el, repitiendo el ejercicio, debe hacerse por la mañana por la noche. También se pue de usar una tira de celuloide, o un disco de metal, sostenido - entre los labios, no solo necesitan que estos esten cerrados, - sino que hacen que en niño este conciente de su apertura si el - objeto cae. Un dispositivo eficaz durante las horas de sueño - es una delgada membrana de caucho, contada especialmente para - adaptarse sobre las superficies labiales y bucales de los dientes y encías incluidas en el vestibulo bucal. También puede ha cerse de latex, que ha probado ser valioso como antirespirador- bucal y también como factor en la eliminación de hábitos, tales como forzar la lengua, morderse el labio y la succión del pul- - gar u otros dedos.

C) CORRECCION DE HABITOS DE FONACION.

Para combatir dichos hábitos se requiere de la coopera- ción de un maestro de elocución (foniatra) que se encargara de- enseñar al paciente a vencer los defectos fonéticos eliminando- así la causa de presión anormal ejercida sobre la arcada, cuyo- origen es principalmente la lengua.

Cuando el problema de la fonación defectuosa es el fre- nillo lingual largo se podrá solucionar por medio de una freni- lectomía.

D) HABITOS DE DEGLUSION

Para romper este hábito se puede emplear una pastilla de menta sin azúcar indicándole al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de la deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o mantenedor de acrílico superior, con una valla, para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

E).- HABITOS LINGUALES.

Para impedir que la lengua se mantenga entre las piezas dentarias superiores o inferiores, o sea empujada entre ellas al deglutir; puede soldarse verticalmente a un arco de alambre ya sea superior o inferior, un armazón de alambre. Para los pacientes mayores deseosos de cooperar para vencer el hábito, este armazón puede formar parte de un retenedor removible de Hamley, y dará resultados satisfactorios.

F) .- HABITOS DE POSTURA.

Estos hábitos son mucho más difíciles de vencer de lo que se pensaba.

Los hábitos de posturas defectuosas durante el día pueden cambiarse si se obtiene la cooperación activa del niño y los padres. Una mala postura durante el sueño es más difícil de corregir y requiere del uso de dispositivos especiales como;

correas de las muñecas a la cama, quitar la almohada si esta es el objeto de la presión y otros esfuerzos similares dirigidos a localizar las fuerzas anormales. Si se esta seguro de que este sea el factor etiológico de la enfermedad que tratamos se debe vencer el hábito de cualquier manera.

G).- HABITOS NERVIOSOS

Dado que el bruxismo tiene una doble etiología que incluye factores oclusales locales y factores psicicos, el tratamiento racional debe incluir la eliminación de ambos factores.

Este hábito disfuncional puede ser eliminado por terapéutica local o psicoterapia, esta encaminada a disminuir - - - la tensión emocional de paciente.

En la terapia funcional de ejercicios relajantes, tanto locales como generales pueden servir para hacer disminuir la tensión muscular y el bruxismo. También se puede emplear el -- uso de férulas para mordida y placas, cuyas indicaciones son;

a) Frenar el bruxismo por la eliminación de interferencias oclusales.

b) Dejar que el paciente frote los dientes contra el - acrilico, o bién las dos férulas oclusales y de esta manera evitar el desgaste oclusal.

c) Restringir los movimientos del máxilar y romper el hábito del bruxismo.

Los principales requisitos para ambos tipos de dispositivo son:

*Eliminar las interferencias oclusales con un mínimo de-
abertura de la mordida y mantener una posición estable de los --
dientes mientras se está empleando el dispositivo.*

CAPITULO IV

La Ortodoncia Preventiva significa una vigilancia "dinámica" y constante, un sistema y una disciplina tanto para el dentista como para el paciente.

Primeramente para lograr esto se debe tener una comunicación entre el dentista, el paciente y sus padres durante la primera visita, explicando con con ilustraciones la forma de erupción dentaria, que no sucede por casualidad, para lograr que se comprenda el por qué de un posible tratamiento.

Se refiere que la edad ideal para comenzar el tratamiento es a los dos años y medio tomando registros como modelos de estudio, radiografías que permanecerán y se renovarón cada seis meses a un año, y con más cuidado entre los seis y los doce años que son los más críticos e importantes.

CONTROL DEL ESPACIO EN LA DENTICION DECIDUA (TEMPORAL)

Una parte parte importante de la Ortodoncia Preventiva es el manejo adecuado de los dientes deciduos; mientras más personas se hagan conscientes de la importancia de la reparación de estos dientes este problema deberá surgir cada vez en menor frecuencia. Desgraciadamente, algunos dentistas son los culpables de recomendar a los padres que no procedan a la reparación de los dientes deciduos porque serán exfoliados.

Siempre que se pierda un diente deciuo antes del tiempo en que esto debiera ocurrir normalmente, y que predisponga el paciente a una mal oclusión deberá colocarse un mantenedor de espacio que deberá cumplir los siguientes requisitos:

1.- Deberá mantener la dimensión medio-distal del diente perdido.

2.- Ser funcionales y sencillos y lo más resistentes posible.

3.- Deberán ser limpiados fácilmente y no fungir como trampa de alimentos que agraven la caries dental o enfermedad de tejidos blandos.

4.- Su construcción deberá ser tal que no interfiera -- con las funciones de masticación, habla o de deglución.

2.- MANTENIMIENTO DEL ESPACIO EN LOS SEGMENTOS ANTERIORES SUPERIOR E INFERIOR.

En los segmentos anteriores superiores, generalmente no se requiere mantenedores de espacios, aún con el desplazamiento de los dientes contiguos, ya que el crecimiento normal y los procesos del desarrollo generalmente aumentan la anchura inter canina; aunque en el niño muy pequeño puede ayudar para facilitar el habla o satisfacer una necesidad estética y psicológica.

La pérdida dentaria en el segmento anterior inferior es muy rara y el mantenimiento de espacio en esta zona ha sido muy controvertido, parte de la controversia estriba en el tipo de -- mantenedor de espacio, ya que es muy difícil anclar un mantenedor de espacio sobre los pequeños insicivos deciduos, además de poner en peligro los dientes contiguos que sirven como soporte, -- ya que se acelera la pérdida de estos.

Un mantenedor de espacio fijo es preferible, no obstante la dificultad para construirlo; un mantenedor de espacio removable no es muy aconsejable por su mala retención es retirado ge

neralmente durante las comidas y se pierde con mayor facilidad. Los mantenedores deberán retirarse a la primera señal de erupción.

3. - MANTENIMIENTO DE ESPACIO EN LOS SEGMENTOS POSTERIORES.

Es en los segmentos posteriores en los que la conservación del espacio encuentra su mayor aplicación y donde deberá emplearse la mayor discreción al decidir cómo y cuándo deberá ser resuelto el problema de espacio. El factor primordial para controlar el espacio, es la dimensión de los dientes deciduos y permanentes, para así saber que espacio se tendrá al hacer el tratamiento de mantenimiento de espacio.

Otros factores que pueden afectar a la decisión sobre el mantenimiento de espacio son la edad y el sexo del paciente, el estado de la oclusión en general, la morfología de los planos cuspldeos inclinados, la forma en que éstos se oponen durante la oclusión céntrica y durante la mordida de trabajo, así como la presencia o ausencia de hábitos musculares peribucal -- anormales.

4. - APARATOS PARA LA RETENCIÓN DE ESPACIOS.

5. - MANTENEDORES FIJOS.

A. TIPO FUNCIONAL.

La mejor forma de mantener un espacio de llenarlo con un aparato cementado a los dientes adyacentes. Si es posible el aparato deberá ser diseñado para que imite la fisiología normal. Este tipo de mantenedor consta de un aditamento de barra y coronas de acero cromo.

B. TIPO NO FUNCIONAL.

El tipo de mantenedor de espacio no funcional más popular consta de coronas de acero cromo ó acero inoxidable pero con una barra intermedia ó malla que se ajusta al contorno de los tejidos. Si se diseña correctamente, el diente para el que se ha fabricado el mantenedor de espacio hace erupción entre los brazos del mantenedor.

C. TIPO BRAZO DE PALANCA O VOLADO.

Indicados cuando hay pérdida prematura de un segundo molar deciduo antes que erupcione el primer molar permanente; es posible colocar un mantenedor de espacio volado, o sea, con un solo soporte que evite el desplazamiento mesial del primer molar permanente y guardar el espacio para el segundo premolar conservando así la integridad de la oclusión.

D. ARCO LINGUAL FIJO.

Cuando existe pérdida bilateral de los molares deciduos está indicado el uso de este tipo de mantenedor de espacio.

E. ARCO LINGUAL FIJO Y REMOVIBLE.

El aditamento empleado con mayor frecuencia es el tubo de media caña y su poste respectivo para ser retirado verticalmente.

+ MANTENEDORES REMOVIBLES.

Los mantenedores de espacio removibles poseen ciertas ventajas definitivas:

- Aplican menor presión a los dientes restantes
- Aceleran la erupción de los dientes que se encuentran abajo de ellos.
- Son más estéticos que los fijos
- Más fáciles de fabricar y más fáciles de limpiar.
- No pueden dejarse demasiado tiempo.

7. RELACION DE LOS HABITOS BUCALES CON LA PREVENCIÓN DE LA MALOCCLUSION.

Se mencionó con anterioridad que la prevención debe comenzar con la lactancia y un buen funcionamiento neuromuscular - en este momento bien puede impedir que se presenten posteriormente hábitos anormales de dedo, labio y lengua con su acción deformante.

Es importante también verificar que los tejidos blandos circundantes conserven un desarrollo y función normales, al -- igual que se observará ello se debe hacer un interrogatorio a -- los padres y al paciente respecto a todos los hábitos anormales -- que se observen al comer, hablar ó deglutir, y hacer una advertencia de que si éstos existen repercutirán en la deformación de las estructuras dentarias y tejidos adyacentes y como consecuencia mediata se tendrán problemas psicológicos en el niño.

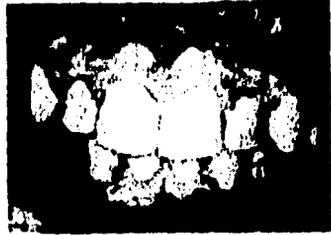
CAPITULO V

CASO No. 8

Caso No. 8. Hábito de proyección de lengua, arca superior ancha y desplazamiento de conveniencia hacia la derecha del paciente. En la secuencia fotográfica se muestra en las dos primeras fotografías superiores el desplazamiento y la mordida cruzada. En la segunda fila observamos el aparato con estambres labial en los tubos vestibulares

tribulares sobre coronas completas metálicas. El aparato es cementado sobre los segundos molares deciduos. La tercera fila muestra las pinzas abriendo las alas palatinas en forma de V para mejorar la expansión en la última secuencia fotográfica encontramos al mismo paciente, después de haberse retirado el aparato.

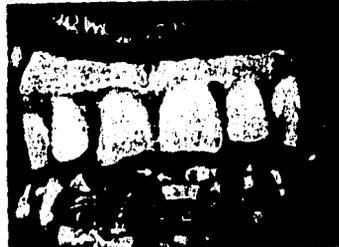
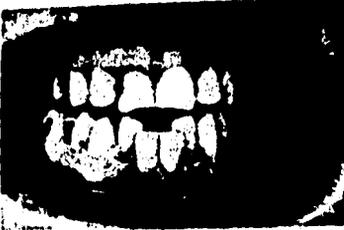




CASO No. 2.

Caso No. 2. Utilización de resorte de "espiral cerrada" o "espiral de tracción" para unir los dientes. La aplicación de la fuerza es recíproca, al igual que con el resorte espiral de empuje, pero es dirigida solamente en los dientes sobre los que han sido colocados resortes al cerrarse el espacio. La oclusión mandibular es eliminada por la co-

acción de un incisivo y la alineación de los dientes anteriores inferiores restantes. No se utilizaron bandas premolares en este caso, aunque generalmente son recomendables. En este caso hubiera sido conveniente realizar un tratamiento más prolongado para lograr el paralelismo radicular.



CAPITULO VI
CONCLUSIONES

1.- La ortodoncia preventiva es eficaz siempre y cuando se lleve a cabo desde la erupción de los temporales.

2.- Crear hábitos de higiene oral adecuada desde temprana edad tomando las medidas preventivas ya mencionadas nos permite evitar problemas posteriores.

3.- Se deben tomar series radiográficas, principalmente en la dentición mixta para descubrir, dientes supernumerarios anodoncias, malposiciones, etc. y así prevenir maloclusiones.

4.- Antes de hacer extracciones para corregir un arco dentario se debe hacer un estudio detallado.

5.- Se debe preservar las piezas dentarias temporales - hasta donde sea posible ya que es el mejor mantenedor de espacio.

6.- No se puede corregir hábitos si no se elimina la -- causa.

7.- Para que los aparatos que nos ayudan a corregir hábitos nos den el resultado deseado necesitamos la cooperación del paciente y de la madre.

8.- Es importante evitar en pacientes infantiles el temor, dolor, etc. creando una corriente de confianza entre el cirujano dentista y el niño.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Compendio de Anatomía Descriptiva*; L. Testut- A. Latarjet- vigésima segunda edición; Salvat Editores S.A. -1968.
- 2.- *Ediciones Médicas del hospital infantil; Embriología* -1954
- 3.- *Malformaciones Congenitas de Labio y Paladar y su tratamiento*; Dr. Felipe Cacho; Ediciones Médicas del Hospital Infantil 1964.
- 4.- *Medicina Bucal*; Dr. Lester W. Burket; Traducción Dr. Roberto Folch; Interamericana, S.A.; 1973.
- 5.- *Oclusión*; Drs. Ramjord, Ash; Traducción Dra. Irina Coll; -- Segunda Edición; Interamericana S.A.; 1975.
- 6.- *Odontología Infantil*; Drs. E. Harndt, H. Weyers; Editorial Mendi; 1976.
- 7.- *Odontología Infantil e Higiene Odontológica*; F.E. Hgeboom; - Segunda edición; Editorial Uthea.
- 8.- *Odontología para niños*; John C. Brauer; Editorial Mundi.
- 9.- *Odontología preventiva en Acción*; Katz, Mac. Donal, Stookey Editorial Médica panamericana; 1972.
- 10.- *Odontología Pediátrica*; Dr. Sidney B. Finn. Traducido al español por; Dra. Carmen Muñoz Seca; Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. cuarta edición 1981.

- 11.- *Ortodoncia Teoría y Técnica; Segunda Edición; Editorial -- revista de occidente, S.A.; 1973.*
- 12.- *Tratado de Ortodoncia; Dr. Chateau; 1968.*
- 13.- *Ortodoncia; Actualización Odontológica Continua; Dr. Enrique Correa Mayoral. Fasciculos Bimestrales. 1982.*