

24. 275



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

D E N T I C I O N M I X T A

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
MA. LUISA DURAN ORTIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCIÓN.	
I.- CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN.	6
II.- ESPACIO PRIMATE Y DE RECUPERACIÓN.	20
III.- ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN.	23
IV.- CONTROL Y RECUPERACIÓN DE ESPACIO.	34
V.- HÁBITOS	50
VI.- MALOCLUSIONES INCIPIENTES.	64
VII.- TRATAMIENTO DE LOS CASOS MÁS FRECUENTES DURANTE LA DENTICIÓN MIXTA.	74
VIII.- CONCLUSIONES.	92
IX.- BIBLIOGRAFÍA.	94

I N T R O D U C I Ó N

CON LA APARICIÓN DEL PRIMER DIENTE PERMANENTE QUE GENERALMENTE OCURRE A LOS SEIS AÑOS, SE INICIA EL PERÍODO DE LA DENTICIÓN MIXTA, EN LA QUE ALTERNARÁN LOS DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES, TRAYENDO CONSIGO UNA SERIE DE CAMBIOS QUE REPERCUTIRÁN EN LA SALUD DENTAL DEL ADULTO.

LAS CONDICIONES DE ALIMENTACIÓN, HIGIENE DENTAL Y HÁBITOS, INFLUYEN NOTABLEMENTE EN EL BUEN O MAL DESARROLLO DEL APARATO MASTICATORIO Y ÉSTE A SU VEZ EN LA SALUD GENERAL DEL INDIVIDUO.

ES COMÚN OBSERVAR PERSONAS CON PROBLEMAS DENTALES ORIGINADOS EN ESTA ETAPA Y QUE NO FUERON ATENDIDOS, BIEN POR FALTA DE RECURSOS O POR EL CONCEPTO EQUIVOCADO QUE SE TIENE SOBRE EL CAMBIO DE DENTICIÓN Y QUE YA EN LA EDAD ADULTA PRESENTAN MAYOR DIFICULTAD Y NECESITAN DE MÁS TIEMPO PARA SU TRATAMIENTO.

LA ATENCIÓN DENTAL RECIBIDA EN LA INFANCIA, CONDICIONA EL GRADO DE ACEPTACIÓN POSTERIOR, ASÍ COMO LA FRECUENCIA CON QUE EL PACIENTE SOLICITE EL SERVICIO.

POR LO ANTERIOR, CONSIDERO COMO UNA DE NUESTRAS RESPONSABILIDADES PROFESIONALES, LA DE ORIENTAR A LA POBLACIÓN A NUESTRO ALCANCE, SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN LOS NIÑOS, PREPARÁNDONOS PARA ESTAR EN CONDICIONES DE PREVEER LOS PROBLEMAS QUE PUEDEN PRESENTAR EN EL FUTURO Y APLICAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE SE CONSIDERAN NECESARIAS SEGÚN EL CASO.

I.- CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN

LA CALCIFICACIÓN DENTARIA COMIENZA APROXIMADAMENTE ENTRE LOS CUATRO Y SEIS MESES DE VIDA INTRAUTERINA, AL NACIMIENTO SE ENCUENTRA CALCIFICADA LA MITAD INCISAL DE LOS INCISIVOS CENTRALES, UN POCO MENOS LOS LATERALES Y LAS CÚSPIDES DE CANINOS Y MOLARES, SE COMIENZAN A CALCIFICAR LOS MOLARES DE LOS SEIS AÑOS Y SE APRECIAN TAMBIÉN LAS CÚSPIDES DE LOS PREMOLARES, CANINOS E INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES.

CUANDO HACEN ERUPCIÓN LOS PRIMEROS DIENTES TEMPORALES, APROXIMADAMENTE A LOS SEIS MESES, SE HA TERMINADO LA CALCIFICACIÓN DE LOS CANINOS Y MOLARES TEMPORALES, LA CORONA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE SE ENCUENTRA A LA MITAD DE SU DESARROLLO, HA CALCIFICADO EL TERCIO INCISAL DE LOS INCISIVOS CENTRALES, LOS BORDES DE LOS INCISIVOS LATERALES Y LAS CÚSPIDES DE LOS CANINOS.

A LOS DOS AÑOS SE ENCUENTRA TERMINADA LA ERUPCIÓN DE LOS TEMPORALES, SE TERMINA LA FORMACIÓN DE LA RAÍZ DE LOS INCISIVOS Y APARECE LA CALCIFICACIÓN DE LAS CÚSPIDES DE LOS PRIMEROS MOLARES.

A LOS TRES AÑOS ENTRAN EN OCLUSIÓN TODOS LOS DIENTES TEMPORALES Y SE ENCUENTRA AVANZADA LA CALCIFICACIÓN DE LAS CORONAS DE LOS INCISIVOS, CANINOS, PREMOLARES Y COMIENZA LA CALCIFICACIÓN DE LAS CÚSPIDES DE LOS SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES.

A LOS CINCO AÑOS, LA RAÍZ DE LOS INCISIVOS TEMPORALES ESTÁ EN UN PROCESO MUY AVANZADO DE REABSORCIÓN Y HAN CALCIFICADO COMPLETAMENTE LAS CORONAS DE LOS INCISIVOS PERMANENTES.

ENTRE LOS SEIS Y DOCE AÑOS, SE INICIA EL PERÍODO DE DENTICIÓN MIXTA CON LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE Y TERMINA CON LA APARICIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES Y LOS SEGUNDOS MOLARES.

ERUPCIÓN

ES LA SECUENCIA EN EL DESARROLLO DE UN DIENTE, QUE LO MUEVE DE SU SITIO DENTRO DEL PROCESO ALVEOLAR, HACIA LA CAVIDAD ORAL.

ESTE PROCESO DE ERUPCIÓN SE CREE QUE ESTÉ REGIDO POR UN CONTROL ENDÓCRINO Y QUE ES EL RESULTADO DE LA ACCIÓN SIMULTÁNEA DE DISTINTOS FENÓMENOS COMO SON: LA REABSORCIÓN DE LAS RAICES DE LOS DIENTES TEMPORALES, CAUCIFICACIÓN DE LAS RAICES DE LOS DIENTES PERMANENTES, PROLIFERACIÓN CELULAR Y APOSICIÓN OSEA ALVEOLAR.

LOS DIENTES PERMANENTES INICIAN SUS MOVIMIENTOS ERUPTIVOS, DESPUÉS DE QUE SE HA COMPLETADO LA CORONA, PASAN POR LA CRESTA ALVEOLAR CUANDO SE HAN FORMADO APROXIMADAMENTE DOS TERCIOS DE SU RAÍZ Y PERFORAN EL MARGEN GINGIVAL, CUANDO ESTÁN FORMADOS TRES CUARTOS DE LA RAÍZ APROXIMADAMENTE.

EL MOMENTO DE LA APARICIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL, ES LO QUE COMUNTE SE DENOMINA ÉPOCA DE ERUPCIÓN. LA ERUPCIÓN INTRABUCAL ALCANZA EN POCOS MESES LA EXPOSICIÓN DE LA PRIMERA MITAD DE LA CORONA Y SU APARICIÓN SE HACE MÁS LENTA A PARTIR DE ENTONCES. LA OCLUSIÓN SE ALCANZA DE DOCE A VEINTE MESES DESPUÉS DE LLEGAR AL MARGEN ALVEOLAR Y LAS RAICES HABITUALMENTE SE COMPLETAN UNOS POCOS MESES DESPUÉS DE LOGRADA LA OCLUSIÓN.

SECUENCIA DE LA ERUPCION

SE HA ESTABLECIDO UNA SECUENCIA FAVORABLE DE: 6-1-2-4-5-3-7 PARA EL MAXILAR Y 6-1-2-3-4-5-7 PARA LA MANDIBULA Y QUE ES MODIFICADA POR DIFERENTES FACTORES, QUE ANALIZAREMOS DESPUÉS DE HABLAR SOBRE LA ERUPCIÓN DE CADA UNO DE LOS DIENTES, DE ACUERDO A LA SECUENCIA ANTERIOR.

PRIMER MOLAR INFERIOR

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE:	AL NACER
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE:	2 1/2-3 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN:	6 - 7 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ:	9 - 10 AÑOS

LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES INFERIORES, SON COMUNMENTE LOS PRIMEROS EN ERUPCIONAR Y SON GUIADOS EN SU POSICIÓN OCLUSAL DURANTE LA ERUPCIÓN, POR LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL.

LA RELACIÓN OCLUSAL QUE EL PRIMER MOLAR INFERIOR OBTIENE INICIALMENTE CON SU ANTAGONISTA, ESTÁ DETERMINADA ENTONCES POR LA RELACIÓN DEL PLANO TERMINAL DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES.

LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN LA RELACIÓN OCLUSAL DURANTE EL PERIODO DE ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR SE DEBEN MÁS FRECUENTEMENTE AL CRECIMIENTO MANDIBULAR COINCIDENTE, QUE A LA ERUPCIÓN MISMA.

PRIMER MOLAR SUPERIOR

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE:	AL NACER
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE:	2 1/2-3 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN:	6 - 7 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ:	9 - 10 AÑOS

DURANTE SU FORMACIÓN, LAS CORONAS DE LOS MOLARES SUPERIORES SE ORIENTAN DORSALMENTE MÁS QUE HACIA OCLUSAL.

A MEDIDA QUE EL MAXILAR SE MUEVE EN SENTIDO ANTERIOR, SE CREA ESPACIO ATRÁS, PERMITIENDO EL AGRANDAMIENTO POSICIONAL DE LA TUBEROSIDAD.

DURANTE ESTE CRECIMIENTO BASTANTE RÁPIDO DE LA TUBEROSI

DAD, EL PRIMER MOLAR PERMANENTE GIRA Y PARA LA ÉPOCA QUE LA CORONA PERFORA LA ENCÍA, ESTÁ MÁS HACIA OCLUSAL.

INCISIVOS INFERIORES

DESARROLLO

CENTRAL

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: 3-4 MESES
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 4 - 5 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 6 - 7 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 9 AÑOS

LATERAL

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: 3-4 MESES
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 4 - 5 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 7 - 8 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 10 AÑOS

ERUPCIONAN EN SEGUIDA A LOS PRIMEROS MOLARES Y ALCANZAN LA ALTURA CLÍNICA CORONARIA TOTAL, MÁS PRONTO. SE DESARROLLAN POR IGUAL DE LAS RAICES EN REABSORCIÓN, DE LOS INCISIVOS PRIMARIOS, FORZÁNDOLOS HACIA LABIAL, PARA SER EXFOLIADOS. CUANDO TIENEN MAL POSICIÓN, SE CORRIGE SI LOS TEMPORALES SE ESTÁN REABSORBIENDO NORMALMENTE Y LA ACCIÓN MODELANTE DE LA LENGUA Y LOS LABIOS, LOS MUEVE HACIA LABIAL Y MEJORA SU RELACIÓN.

EL TAMAÑO DE LOS DIENTES TEMPORALES, LA SEPARACIÓN INTERDENTARIA Y EL TAMAÑO DEL PERÍMETRO ANTERIOR DEL ARCO, DE TERMINA SI LOS INCISIVOS PERMANENTES VAN A ERUPCIONAR APIÑADOS O NO. A MEDIDA QUE EMERGEN, EMPUJAN LABIALMENTE A LOS LATERALES Y MUEVEN A LOS CANINOS DISTAL Y LATERALMENTE, CERRANDO EL ESPACIO PRIMATE DESDE MESIAL.

CUANDO LOS INCISIVOS SON GRANDES PARA EL ARCO, SE PUEDE CAUSAR LA EXFOLIACIÓN DEL CANINO PRIMARIO O LA POSICIÓN

LINGUAL DE UNO DE LOS DOS LATERALES.

INCISIVOS SUPERIORES

DESARROLLO

CENTRAL

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE:	3-4 MESES
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE	4 - 5 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN:	7 - 8 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ:	10 AÑOS

LATERAL

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE:	10-12 MESES
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE:	4 - 5 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN	8 - 9 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ:	11 AÑOS

LOS CENTRALES SUPERIORES ERUPCIONAN DESPUÉS DE LOS INFERIORES O AL MISMO TIEMPO QUE LOS LATERALES INFERIORES. LO HACEN CON UNA INCLINACIÓN MÁS LABIAL QUE LOS TEMPORALES, PUEDEN SER DESVIADOS POR LA EXFOLIACIÓN ANORMAL DE LOS TEMPORALES, UN DIENTE SUPERNUMERARIO O POR TRAUMA. PRESENTAN UNA INCLINACIÓN DISTAL Y ALGUNA SEPARACIÓN ENTRE ELLOS EN LA LÍNEA MEDIA QUE SE REDUCE CON LA ERUPCIÓN DE LOS LATERALES Y CANINOS.

LOS LATERALES ENCUENTRAN MÁS DIFICULTAD PARA ENCONTRAR SU POSICIÓN NORMAL, PORQUE MIENTRAS ESTÁN ERUPCIONANDO, LAS CORONAS EN DESARROLLO DE LOS CANINOS SUPERIORES ESTÁN POR LABIAL Y DISTAL DE SUS RAICES Y PUEDEN HACER QUE EL LATERAL ERUPCIONE MÁS LABIALMENTE QUE EL INCISIVO CENTRAL, ESTAS MAL POSICIONES SE CORRIGEN A MEDIDA QUE ERUPCIONAN LOS CANINOS.

CANINOS INFERIORES

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE:	4-5 MESES
CALCIFICACION COMPLETA DEL ESMALTE:	6 - 7 AÑOS

PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 9 - 10 AÑOS -
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 12 - 14 AÑOS -

LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS ANTES DE LOS PREMOLARES ES FAVORABLE PORQUE TIENDE A MANTENER EL PERÍMETRO DEL ARCO E IMPEDIR LA INCLINACIÓN LINGUAL DE LOS INCISIVOS.

ES BASTANTE NORMAL PARA EL CANINO QUEDAR DETRÁS DEL PRIMER PREMOLAR DURANTE EL COMIENZO DEL DESARROLLO, PERO SE MUEVE MÁS RÁPIDAMENTE EN LOS ESTADIOS FINALES Y SUELE PASAR AL PRIMER PREMOLAR ANTES DE PERFORAR LA CRESTA ALVEOLAR. LA ERUPCIÓN DEL CANINO PUEDE SER ACELERADA POR LA EXTRACCIÓN DEL PRIMARIO, MIENTRAS EL PERMANENTE SE ENCUENTRA EN DESARROLLO.

PREMOLARES SUPERIORES

DESARROLLO

PRIMER PREMOLAR

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: $1\frac{1}{2}$ - $1\frac{3}{4}$ A.
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 5 - 6 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 10 -11 AÑOS
FORMACION COMPLETA DE LA RAÍZ: 12 -13 AÑOS

EL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR HABITUALMENTE ERUPCIONA SIN PROBLEMAS POR TENER CASI EL MISMO TAMAÑO QUE SU PREDECESOR Y NO DESPLAZA NI AL CANINO NI SEGUNDO MOLAR TEMPORALES.

SEGUNDO PREMOLAR

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: $2-2\frac{1}{4}$ AÑOS
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 6 -7 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 10-12 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 12-14 AÑOS

EL MAYOR ANCHO MESIODISTAL DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO - PERMITE LA FÁCIL ERUPCIÓN DEL SEGUNDO PREMOLAR EN SU LUGAR EN EL ARCO, SIN EMBARGO ESTE ESPACIO EN LA REGIÓN DEL SEGUNDO - PREMOLAR PUEDE SER NECESARIO PARA PROPORCIONAR ESPACIO ADELANTE, PARA LA ACOMODACIÓN DEL CANTINO PERMANENTE MÁS ANCHO, AÚN CUANDO EL ARCO ANTERIOR ESTÉ AUMENTADO EN ESTA ÉPOCA.

PREMOLARES INFERIORES

PRIMER PREMOLAR

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: $1\frac{3}{4}$ - 2 AÑOS
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 5 - 6 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 10-12 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 12-13 AÑOS

RARAMENTE EL PRIMER PREMOLAR INFERIOR EXPERIMENTA DIFICULTAD PARA ERUPCIONAR. LAS ROTACIONES DE PREMOLARES OCURREN A VECES POR LA REABSORCIÓN INADECUADA DE LAS RAICES DE LOS MOLARES PRIMARIOS.

SEGUNDO PREMOLAR

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: $2\frac{1}{4}$ - $2\frac{1}{2}$ AÑOS
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 6 - 7 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 11-12 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 13-14 AÑOS

COMO EL SEGUNDO PREMOLAR ES EL ÚLTIMO DE LOS DIENTES DE REEMPLAZO EN ERUPCIONAR, NO HABRÁ LUGAR PARA ÉL SI SE PRODUCE UN ACORTAMIENTO DEL PERÍMETRO DEL ARCO, POR MOVIMIENTO MESIAL DEL PRIMER MOLAR. LOS SEGUNDOS PREMOLARES INFERIORES MUESTRAN UNA EXTREMA VARIACIÓN EN SU CALCIFICACIÓN Y PLAN DE DESARROLLO, POR LO QUE ES DIFÍCIL PREDECIR LA ÉPOCA EXACTA DE SU APA

RICIÓN Y TAMBIÉN PUEDE FALTAR CONGÉNITAMENTE.

CANINOS SUPERIORES

DESARROLLO

PRINCIPIO DE ERUPCIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE: 4 - 5 AÑOS
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 6 - 7 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 11-12 AÑOS
FORMACION COMPLETA DE LA RAÍZ: 13-15 AÑOS

EL CANINO SUPERIOR ES EL QUE PRESENTA MAYORES DIFICULTADES EN SU ERUPCIÓN. CON FRECUENCIA ERUPCIONA CON UNA MARCA DA INCLINACIÓN MESIAL, APARECIENDO ALTO EN EL PROCESO ALVEOLAR. SU ERUPCIÓN CIERRA LA SEPARACIÓN INTERDENTARIA ENTRE - LOS INCISIVOS, PROPORCIONANDO ESPACIO PARA EL ENDEREZAMIENTO FINAL DEL CANINO. CUANDO ESTÁ EN SU CORRECTA POSICIÓN OCLUSAL, TIENE UNA LIGERA INCLINACIÓN MESIAL. SI LA LONGITUD DEL ARCO SE ACORTA, DEBIDO A CARIES INTERPROXIMAL O A UNA SECUENCIA DESFAVORABLE DE ERUPCIÓN, EL CANINO TENDRÁ ESPACIO INSUFICIENTE PARA SU UBICACIÓN FINAL. QUEDA ENTONCES EN LABIOVERSIÓN, CON UNA INCLINACIÓN MESIAL. SI LA LONGITUD ES CORTA EN AMBOS ARCOS, EL CANINO SUPERIOR Y EL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR LLEGAN EN MALPOSICIÓN, PORQUE SON TÍPICAMENTE LOS ÚLTIMOS DIENTES POR DELANTE DE LOS PRIMEROS MOLARES POR ERUPCIONAR.

SEGUNDOS MOLARES INFERIORES

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y ESMALTE: 2 1/2-3 AÑOS -
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE: 7 - 8 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN: 11- 13 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ: 14- 15 AÑOS

LLEGAN A LA CAVIDAD BUCAL DESPUÉS DE TODOS LOS DIENTES

QUE ESTÁN ANTES QUE ELLOS, CUANDO ERUPCIONAN PRIMERO QUE LOS SEGUNDOS PREMOLARES, PUEDEN INCLINAR AL PRIMER MOLAR MESIALMENTE Y OCUPAR PARTE DEL ESPACIO DEL SEGUNDO PREMOLAR.

GENERALMENTE ERUPCIONAN ANTES QUE LOS SUPERIORES.

SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES

DESARROLLO

PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE LA DENTINA Y EL ESMALTE:	2 ¹ / ₂ - 3 AÑOS
CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE:	7 - 8 AÑOS
PRINCIPIO DE ERUPCIÓN:	12-13 AÑOS
FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ:	14-16 AÑOS

NORMALMENTE SIGUE EN ERUPCIÓN A TODOS LOS DIENTES QUE ESTÁN ANTES QUE ÉL Y CUANDO SE ADELANTA CON RESPECTO AL SEGUNDO MOLAR INFERIOR, ES ORIGEN DE UNA MALOCCLUSIÓN CLASE II EN DESARROLLO.

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN PERMANENTE

DIENTE	PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE DENTINA Y ESMALTE.	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACER.	CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE.	PRINCIPIO DE ERUPCIÓN	FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ
SUPERIORES					
INCISIVO CENTRAL	3 - 4 MESES	.....	4 - 5 AÑOS	7 - 8 AÑOS	10 AÑOS
INCISIVO LATERAL	10 - 12 MESES	.....	4 - 5 AÑOS	8 - 9 AÑOS	11 AÑOS
CANINO	4 - 5 MESES	.....	6 - 7 AÑOS	11-12 AÑOS	13-15 AÑOS
PRIMER PREMOLAR	1 1/2-1 3/4 AÑOS	.....	5 - 6 AÑOS	10-11 AÑOS	12-13 AÑOS
SEGUNDO PREMOLAR	2 - 2 1/4 AÑOS	.....	6 - 7 AÑOS	10-12 AÑOS	12-14 AÑOS
PRIMER MOLAR	AL NACER	A VECES UN VESTIGIO	2 1/2-3 AÑOS	6- 7 AÑOS	9-10 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	2 1/2-3 AÑOS	.....	7 - 8 AÑOS	12-13 AÑOS	14-16 AÑOS
TERCER MOLAR	7 - 9 AÑOS	.....	12 - 16 AÑOS	17-21 AÑOS	18-25 AÑOS

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN PERMANENTE

DIENTE	PRINCIPIO DE FORMACIÓN DE DENTINA Y ESMALTE.	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACER	CALCIFICACIÓN COMPLETA DEL ESMALTE.	PRINCIPIO DE ERUPCIÓN.	FORMACIÓN COMPLETA DE LA RAÍZ
INFERIORES					
INCISIVO CENTRAL	3 - 4 MESES	.....	4 - 5 AÑOS	6 - 7 AÑOS	9 AÑOS
INCISIVO LATERAL	3 - 4 MESES	.....	4 - 5 AÑOS	7 - 8 AÑOS	10 AÑOS
CANINO	4 - 5 MESES	.....	6 - 7 AÑOS	9 -10 AÑOS	12-14 AÑOS
PRIMER PREMOLAR	1 3/4 - 2 AÑOS.....	.....	5 - 6 AÑOS	10-12 AÑOS	12-13 AÑOS
SEGUNDO PREMOLAR	2 1/4-2 1/2 AÑOS.....	.....	6 - 7 AÑOS	11-12 AÑOS	13-14 AÑOS
PRIMER MOLAR	AL NACER	A VECES UN VESTIGIO	2 1/2 - 3 AÑOS	6 - 7 AÑOS	9-10 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	2 1/2 - 3 AÑOS.....	.....	7 - 8 AÑOS	11-13 AÑOS	14-15 AÑOS
TERCER MOLAR	8 - 10 AÑOS.....	.....	12 - 16 AÑOS	17-21 AÑOS	18-25 AÑOS

FACTORES QUE DETERMINAN LA POSICIÓN DEL DIENTE DURANTE LA ERUPCIÓN

DURANTE LA ERUPCIÓN, EL DIENTE PASA POR CUATRO ESTADIOS PRECISOS DE DESARROLLO:

- 1.- PRE-ERUPTIVO.
- 2.- INTRALVEOLAR.
- 3.- INTRABUCAL.
- 4.- OCLUSAL.

AL COMIENZO, SE PIENSA QUE LA POSICIÓN DEL GERMEN DENTARIO, ESTÁ DETERMINADA MAYORMENTE POR MECANISMOS GENÉTICOS.

DURANTE LA ERUPCIÓN INTRALVEOLAR, LA POSICIÓN DEL DIENTE ES AFECTADA TAMBIÉN POR LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DIENTES ADYACENTES, LA PÉRDIDA PRECOZ DE DIENTES PRIMARIOS, PROCESOS PATOLÓGICOS LOCALIZADOS, U OTRO FACTOR QUE ALTERE EL CRECIMIENTO O CONFORMACIÓN DEL PROCESO ALVEOLAR.

HAY UNA FUERTE TENDENCIA DE LOS DIENTES A MOVERSE MESIALMENTE, AÚN ANTES QUE APAREZCAN EN LA CAVIDAD BUCAL.

EN EL ESTADIO INTRABUCAL, EL DIENTE PUEDE SER MOVIDO POR EL LABIO, CARRILLO Y MÚSCULOS LINGUALES, POR LOS OBJETOS LLEVADOS A LA BOCA Y MOVERSE A LOS ESPACIOS CREADOS POR CARIES O EXTRACCIONES.

CUANDO LOS DIENTES OCLUYEN CON SUS ANTAGONISTAS, UN SISTEMA MUY COMPLICADO DE FUERZAS DETERMINA LA POSICIÓN DEL DIENTE. LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN EJERCEN UNA INFLUENCIA POR MEDIO DEL ENGRANAJE CUSPÍDEO. LAS FUERZAS HACIA ARRIBA DE LA ERUPCIÓN Y EL CRECIMIENTO ALVEOLAR, SON CONTRARRESTADOS POR LA OPOSICIÓN DE LAS FUERZAS DE LA OCLUSIÓN Y MASTICACIÓN, DIRIGIDAS APICALMENTE Y DISPERSADAS AL HUESO ALVEOLAR.

HAY UNA DISPOSICIÓN DE LOS DIENTES PARA MOVERSE MESIAL-

MENTE, QUE SE LIMITA POR LOS CONTACTOS PROXIMALES Y POR LOS MUSCULOS DE LOS LABIOS Y CARRILLOS, PERO AFECTA EN LOS CASOS DE EXTRACCIÓN Y MALOCCLUSIÓN.

FACTORES ESTÉTICOS

EN EL PERÍODO QUE TRASCURRE DESDE LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS LATERALES, A LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES, SE PRESENTAN UNA SITUACIÓN ANTIESTÉTICA, QUE NORMALMENTE LLEVA A UN CAMBIO ESTÉTICO Y QUE EL DR. BROADBENT LLAMÓ ETAPA DE "PARTITO FEO" Y QUE SE CARACTERIZA POR LA EXISTENCIA DE ESPACIO ENTRE CENTRALES Y EN OCASIONES TAMBIÉN EN LATERALES, OCASIONADO POR EL EMPUJE QUE EFECTÚAN LAS CORONAS EN FORMACIÓN DE LOS CANINOS, APOYADAS CONTRA LAS RAICES EN FORMACIÓN DE LOS INCISIVOS LATERALES Y TRASMITIDA ESTA FUERZA A LOS CENTRALES, HACIENDO QUE SUS CORONAS SE HAGAN HACIA LOS LADOS.

AL IR ERUPCIONANDO LOS LATERALES, SUS RAICES SE VAN LIBERANDO DE LA PRESIÓN DE LOS CANINOS. EN LA REGIÓN CANINA SE VE UN ABULTAMIENTO AL ESTAR DESARROLLÁNDOSE EL PROCESO ALVEOLAR ALREDEDOR DEL CANINO EN FORMACIÓN, CON LA MIGRACIÓN DEL CANINO HACIA OCLUSAL, DE MODO QUE EMPUJAN LAS CORONAS HACIA MESIAL Y PROVOCAN EL CIERRE DEL ESPACIO ENTRE CENTRALES, AL ERUPCIONAR LAS CORONAS DE LOS CANINOS, LAS RAICES DE LOS LATERALES YA PUEDEN MOVERSE LATERALMENTE Y POR LO TANTO TOMAR UN LUGAR CONVENIENTE.

DURANTE ESTA ETAPA, ES MUY IMPORTANTE EFECTUAR UNA REVISIÓN PERIÓDICA Y ESTUDIO RADIOGRÁFICO, PARA DETERMINAR SI LA SITUACIÓN ESTÁ DENTRO DE LO NORMAL O SI EL PROBLEMA PERSISTIRÁ AÚN DESPUÉS DE ERUPCIONADOS LOS CANINOS.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- FINN SIDNEY B. D.M.D., M.S., "ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA", EDITORIAL BIBLIOGRÁFICA ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 2.- Mc. DONALD RALPH E. TR. DR. HORACIO MONTUES, "ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE", 2a. EDICION, EDITORIAL - MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 3.- MOYERS ROBERT E. D.D.S. "MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTÓLOGO GENERAL", 1976, 3a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, S.A. I.C. Y F. PARAGUAY 2100-JUNIN 985, BUENOS AIRES ARGENTINA.
- 4.- ELLIS R.G. "CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES EN LOS NIÑOS", 1a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

II.- ESPACIO PRIMATE Y DE RECUPERACIÓN

EN LA DENTICIÓN TEMPORAL, ES NORMAL LA PRESENCIA DE ESPACIOS ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES, CONOCIDOS COMO ESPACIOS DE RECUPERACIÓN O CRECIMIENTO Y DISPUESTOS PARA QUE LOS PERMANENTES QUE LOS VAN A SUBSTITUIR ENCUENTREN UN ÁREA SUFICIENTE PARA SU CORRECTA COLOCACIÓN.

LOS ESPACIOS INTERINCISIVOS NO AUMENTAN CON EL CRECIMIENTO, SINO QUE SE REDUCEN CON LA EDAD Y SU PRESENCIA DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE LOS PROBLEMAS DE MALPOSICIÓN DENTARIA.

A LOS ESPACIOS SITUADOS ENTRE EL LATERAL Y CANINO SUPERIORES Y ENTRE LOS CANINOS Y PRIMEROS MOLARES INFERIORES, SE CONOCEN COMO ESPACIOS PRIMATE, ESTOS ESPACIOS TIENEN IMPORTANCIA PORQUE PERMITEN EL MOVIMIENTO MESIAL DE LOS DIENTES POSTERIORES, CUANDO HACEN ERUPCIÓN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

SI EL ARCO INFERIOR TIENE UN ESPACIO PRIMATE, EL PRIMER MOLAR PERMANENTE ERUPCIONANTE, HARÁ QUE EL SEGUNDO MOLAR TEMPORARIO SE MUEVA HACIA ADELANTE, CERRANDO EL DIASTEMA EXISTENTE ENTRE EL CANINO Y EL PRIMER MOLAR INFERIORES Y ESTO PERMITIRÁ QUE EL MOLAR SUPERIOR ENTRE DIRECTAMENTE EN OCLUSIÓN DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORARIO INFERIOR. ENTONCES CUANDO LOS PRIMEROS MOLARES ERUPCIONEN, QUEDAN INMEDIATAMENTE EN DISTOCLUSIÓN

LA FALTA DE ESPACIOS ES UN SIGNO DE QUE NO HAY UN CRECIMIENTO NORMAL EN ANCHO, HAY ACUERDO GENERAL EN QUE LAS ARCADAS CERRADAS TIENEN UNA TENDENCIA EVOLUTIVA DE PRONÓSTICO MÁS DESFAVORABLE.

AL ATENDER A UN NIÑO CON ESTE TIPO DE PROBLEMA, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ EXPLICAR A SUS PADRES, LA IMPORTANCIA DE

MANTENER UN CONTROL EN LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES,
PARA PROGRAMAR LA ATENCIÓN QUE SE CONSIDERE CONVENIENTE EN LA
PREVENCIÓN DE MALOCLUSIONES POSTERIORES.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- FINN SIDNEY B., D.M.D., M.S. "ODONTOPEDIATRIA CLÍNICA", EDITORIAL BIBLIOGRÁFICA ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARG.

- 2.- HARNDT EWALD WEYERS HELMUT, TR. SCHWARCZ BERNARDO Y HORACIO MARTINEZ "ODONTOLOGIA INFANTIL, PATOLOGÍA DIAGNÓTICO Y TERAPEÚTICA DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES EN LA NIÑEZ", EDITORIAL MUNDI, S.A. C.I.F., BUENOS AIRES, ARGENTINA.

III.- ANÁLISIS DE LA DENTICION

UNA VEZ QUE HAN ERUPCIONADO LOS INCISIVOS INFERIORES, QUE GENERALMENTE OCURRE ENTRE LOS 7 Y OCHO AÑOS, SE ESTÁ EN CONDI-
CIONES DE EVALUAR EL ESPACIO DISPONIBLE PARA LOS CANINOS Y
PREMOLARES PERMANENTES Y PODER ESTABLECER DE ACUERDO A LA NE-
CESIDAD DETECTADA, EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE CONSIDERE NE-
CESARIO PARA AUMENTAR EL ESPACIO Y LOGRAR UN MEJOR ALINEAMIE-
NTO DE LOS DIENTES PERMANENTES, DISMINUYENDO ASÍ LOS PROBLEMAS
DE MALOCLUSIÓN POSTERIORES.

LOS FACTORES A CONSIDERAR EN EL ANÁLISIS DE LA DENTI -
CIÓN MIXTA SON:

-EL TAMAÑO DE LOS DIENTES PERMANENTES ERUPCIONADOS Y NO
ERUPCIONADOS, POR DELANTE DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

-EL PERÍMETRO DEL ARCO.

-LOS CAMBIOS ESPERADOS EN EL PERÍMETRO DEL ARCO QUE PUE-
DEN OCURRIR DURANTE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

PARA EFECTUAR UN BUEN ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN, SE DEBE
RÁ CONOCER Y UTILIZAR CORRECTAMENTE EL MÉTODO ELEGIDO.

A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN LOS METODOS DE MOYERS Y NAN-
CE, POR SER DE FÁCIL APLICACIÓN Y PROPORCIONARNOS UN MARGEN
DE ERROR MÍNIMO.

ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA DE MOYERS

ESTE ANÁLISIS SE BASA EN QUE HAY UNA RELACIÓN CONTINUA Y
PRECISA EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES Y QUE SE PUEDE PREDECIR
LA MEDIDA DE ÉSTOS ANTES DE ERUPCIONAR, MIDIENDO UNO O UN GRU-
PO, DE LA MISMA BOCA.

A) VENTAJAS

REQUIERE DE POCO TIEMPO.

SE PUEDE HACER EN EL PACIENTE O SOBRE EL MODELO.

B) MATERIAL

TABLAS DE PROBABILIDAD DE MOYERS.

VERNIER O COMPÁS DE PUNTAS AGUZADAS.

MODELOS DE ESTUDIO.

FICHA PARA EL REGISTRO DE DATOS.

REGLA MILIMETRADA.

C) PROCEDIMIENTO EN EL ARCO INFERIOR.

MEDIR EL MAYOR DIÁMETRO MESIODISTAL DE CADA UNO DE -
LOS CUATRO INCISIVOS INFERIORES Y REGISTRAR EL DATO. (FIG. 1)

DETERMINAR LA CANTIDAD DE ESPACIO NECESARIO PARA EL
ALINEAMIENTO DE LOS INCISIVOS, MEDIANTE LA COLOCACIÓN DEL COM
PÁS O VERNIER, CON UNA ABERTURA IGUAL A LA SUMA DE LOS ANCHOS
DEL INCISIVO CENTRAL Y LATERAL IZQUIERDO EN LA LÍNEA MEDIA Y
SEÑALAR EL PUNTO QUE ALCANZA EL OTRO EXTREMO SOBRE EL LADO IZ
QUIERDO. ESTE PUNTO ES DONDE ESTARÁ LA CARA DISTAL DEL INCISI
VO LATERAL CUANDO HAYA SIDO ALINEADO. REPETIR EL PROCECIMIENT
TO PARA EL LADO DERECHO DEL ARCO Y REGISTRAR LOS DATOS. ---
(FIG. 2)

MEDIR EL ESPACIO DISPONIBLE PARA EL CANINO Y PREMO
LARES PERMANENTES, A PARTIR DEL PUNTO SEÑALADO ANTERIORMENTE, A
LA CARA MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE Y REGISTRAR EL DA
TO (FIG. 3)

PARA PREDECIR LOS ANCHOS COMBINADOS DE CANINO Y PRE
MOLARES PERMANENTES, SE UTILIZA LA TABLA DE PROBABILIDADES, -
OBTENIENDO LA SUMA DE LOS ANCHOS DE LOS INCISIVOS PERMANENTES
INFERIORES, HALLANDO ESE VALOR EN LA COLUMNA HORIZONTAL SUPE-

RIOR, LEER HACIA ABAJO EN ESA COLUMNA, OBTENIENDO EL VALOR DE LOS ANCHOS ESPERADOS PARA CANINOS Y PREMOLARES EN EL NIVEL DE PROBABILIDAD DE 75% QUE NOS DA UN BUEN MARGEN DE SEGURIDAD. -- (FIG. 4)

CALCULAR EL ESPACIO QUE QUEDA EN EL ARCO, PARA LA ADAPTACIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, RESTANDO EL TAMAÑO DEL CANINO Y PREMOLARES CALCULADO EN LA TABLA DE PROBABILIDADES, A LA MEDIDA DEL ESPACIO DISPONIBLE EN EL ARCO, DESPUÉS DEL ALINEAMIENTO DE LOS INCISIVOS.

EN LA PRÁCTICA SE CONSIDERA CONVENIENTE PARA DAR UN MAYOR ÍNDICE DE SEGURIDAD, RESTAR AL VALOR ANTERIOR, EL ESPACIO QUE SE ESPERA SE DESPLACE MESIALMENTE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE, SIENDO DE 1.7 mm. POR LADO, EL PROMEDIO ACEPTADO.

D) PROCEDIMIENTO EN EL ARCO SUPERIOR.

ES SIMILAR AL UTILIZADO EN EL INFERIOR, SE TOMA COMO BASE, LA MEDIDA DE LOS INCISIVOS INFERIORES, PERO SE USA LA TABLA DE PROBABILIDAD PARA PREDECIR LA SUMA CANINA Y PREMOLAR SUPERIOR Y HAY QUE CONSIDERAR LA CORRECCIÓN DE LA SOBREMORDIDA, CUANDO SE MIDE EL ESPACIO A SER OCUPADO POR LOS INCISIVOS ALINEADOS.

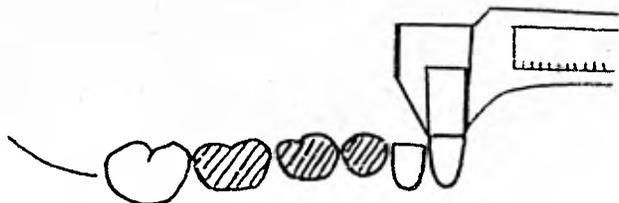


FIG. 1

DIAMETRO MESIODISTAL DE CADA UNO DE LOS INCISIVOS.

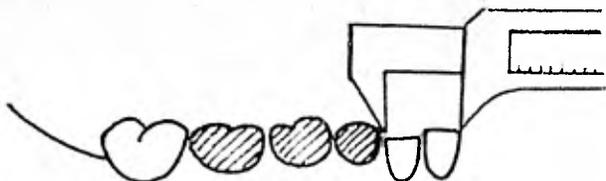


FIG. 2

ESPACIO NECESARIO PARA EL ALINEAMIENTO DEL INCISIVOS.

TABLA PARA PREDECIR LA SUMA DE LOS ANCHOS DE 345 A PARTIR DE $\overline{21/12}$

ARCO INFERIOR

$\overline{12/12} = 19,5$ 20 20,5 21 21,5 22 22,5 23 23,5 24 24,5 25

95 %	21,1	21,4	21,7	22	22,3	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8	24,1	24,4
85 %	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22	22,3	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8
75 %	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1	23,4
65 %	19,8	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1
50 %	19,4	19,7	20	20,3	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,1	22,4	22,7
35 %	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22	22,3
25 %	18,7	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22
15 %	18,4	18,7	19	19,3	19,6	19,8	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6
5 %	17,7	18	18,3	18,6	18,9	19,2	19,5	19,8	20,1	20,4	20,7	21

TABLA PARA PREDECIR LA SUMA DE LOS ANCHOS DE 345 A PARTIR DE $\overline{21/12}$

ARCO SUPERIOR

$\overline{21/12}$ = 19,5 20 20,5 21 21,5 22 22,5 23 23,5 24 24,5 25

95 %	21,6	21,8	22,1	22,4	22,7	22,9	23,2	23,5	23,8	24	24,3	24,6
85 %	21	21,3	21,5	21,8	22,1	22,4	22,6	22,9	23,2	23,5	23,7	24
75 %	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22	22,3	22,6	22,9	23,1	23,4	23,7
65 %	20,4	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22	22,3	22,6	22,8	23,1	23,4
50 %	20	20,3	20,6	20,8	21,1	21,4	21,7	21,9	22,2	22,5	22,8	23
35 %	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4	22,7
25 %	19,4	19,7	19,9	20,2	20,5	20,8	21	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4
15 %	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,4	20,7	21	21,3	21,5	21,8	22,1
5 %	18,5	18,8	19	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,7	21	21,2	21,5

ANÁLISIS DE LA LONGITUD DEL ARCO DE NANCE

BASADO EN LA LONGITUD DEL ARCO DENTAL, DESDE LA CARA MESIAL DE UN PRIMER MOLAR PERMANENTE INFERIOR, HASTA LA DEL LA-DO OPUESTO, SIEMPRE SE ACORTA DURANTE LA TRANSICIÓN DEL PERIODO DE LA DENTICIÓN MIXTA AL DE LA PERMANENTE.

EN EL PACIENTE PROMEDIO, EXISTE UNA PÉRDIDA DE 1.7 mm. ENTRE LOS ANCHOS COMBINADOS MESIODISTALES DE LOS PRIMEROS Y - SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES INFERIORES Y EL CANINO TEMPORAL, RESPECTO DE LOS ANCHOS COMBINADOS MESIODISTALES DE LOS DIENTES PERMANENTES CORRESPONDIENTES, SON MAYORES LOS TEMPORALES.

ESTA DIFERENCIA ENTRE EL ANCHO TOTAL MESIODISTAL DE LOS CORRESPONDIENTES TRES DIENTES TEMPORALES EN EL ARCO SUPERIOR Y LOS TRES PERMANENTES QUE LOS REEMPLAZAN ES DE SOLO 0.9 mm. DEBEMOS ACLARAR QUE LAS MEDIDAS DADAS, SON POR LADO EN AMBAS ARCADAS.

A) MATERIAL

COMPÁS DE EXTREMOS AGUZADOS.

RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES.

REGLA MILIMETRADA.

TROZO DE ALAMBRE DE BRONCE DE 0.725 mm.

MODELOS DE ESTUDIO.

B) TÉCNICA

-MEDIR EL ANCHO DE LOS CUATRO INCISIVOS PERMANENTES - INFERIORES ERUPCIONADOS, DETERMINANDO EL ANCHO REAL, ANTES QUE EL ESPACIO QUE OCUPAN LOS INCISIVOS EN EL ARCO. SE REGISTRAN LAS MEDIDAS INDIVIDUALES.

-EL ANCHO DE LOS CANINOS Y PREMOLARES INFERIORES SIN ERUPCIONAR, SE MIDE SOBRE LAS RADIOGRAFÍAS Y SE REGISTRAN LAS MEDICIONES ESTIMATIVAS.

-SI UNO DE LOS PREMOLARES ESTUVIERA ROTADO, SE UTILIZARÁ LA MEDIDA DEL DIENTE CORRESPONDIENTE DEL LADO OPUESTO DE LA BOCA.

-DETERMINAR LA CANTIDAD DE ESPACIO DISPONIBLE PARA LOS DIENTES PERMANENTES, TOMANDO EL ALAMBRE DE LA LIGADURA DE BRONCE Y ADAPTÁNDOLO SOBRE LAS CARAS OCLUSALES, DESDE LA CARA MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE DE UN LADO, HASTA LA DEL LADO OPUESTO. EL ALAMBRE PASARÁ SOBRE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE LOS DIENTES POSTERIORES Y LOS BORDES INCISALES DE LOS ANTERIORES. TAMBIÉN SE PUEDE HACER CON LA REGLA.

-A LA MEDIDA ANTERIOR SE RESTAN 3.4 mm. QUE ES LA PROPORCIÓN QUE SE ESPERA SE ACORTE EL ARCO, POR EL DESPLAZAMIENTO MESIAL DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. COMPARANDO ESTAS MEDIDAS SE PUEDE PREDECIR LA SUFICIENCIA O INSUFICIENCIA DEL ARCO.

HAY OTROS METODOS DE ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA, COMO EL NIXON OLDFATHER, EL JOHNTHON Y TANAKA ETC., QUE VARIAN DE LOS DESCRITOS EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO Y MATERIAL UTILIZADO, PERO TIENEN EL MISMO OBJETIVO.

LO IMPORTANTE ES HACERLO LO MÁS CUIDADOSAMENTE POSIBLE, YA QUE SI LOS AUTORES DEL MÉTODO QUE SE ELIJA, LOGRARON UN MARGEN DE EXACTITUD, NOSOTROS LO PODEMOS DISMINUIR, CON LOS ERRORES QUE AGREGUEMOS, TALES COMO: NO MEDIR CONVENIENTEMENTE, MODELOS MAL HECHOS O RADIOGRAFÍAS MAL TOMADAS.

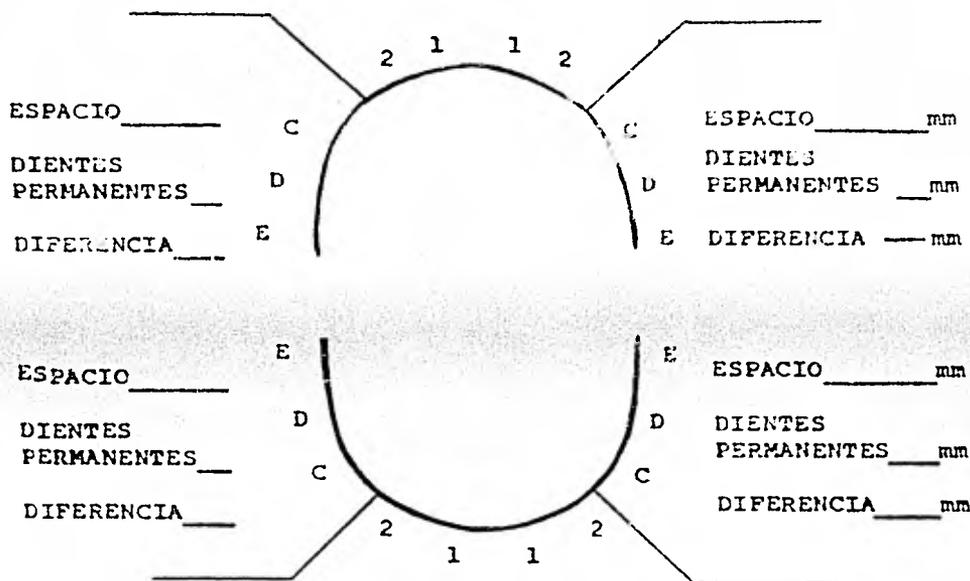
NUNCA OLVIDEMOS, QUE UNOS MILÍMETROS MAS O MENOS, TIENEN UN GRAN SIGNIFICADO EN UN ANÁLISIS DE DENTICIÓN MIXTA.

ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA

ESPACIO _____ mm

DIENTES
PERMANENTES _____ mm

DIFERENCIA _____ mm



ESPACIO _____ mm

DIENTES
PERMANENTES _____ mm

DIFERENCIA _____ mm

TABLA PARA REGISTRAR LOS DATOS DE LONGITUD DEL ARCO

B I B L I O G R A F Í A

- 1.-- MOYERS ROBERT E. D.D.S. "MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL - ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL" 1976, 3a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y P., PARAGUAY 2100-JUNIN 985, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

- 2.-- Mc. DONALD RALPH E., TR. DR. HORACIO MONTUES "ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE", 2a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

IV.- CONTROL Y RECUPERACIÓN DE ESPACIO.

AUMENTO Y REDUCCIÓN DE LA LONGITUD DE LOS ARCOS DENTARIOS

EN LA ÉPOCA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL Y PARTE DE LA MIXTA, EL ARCO DENTARIO AUMENTA LIGERAMENTE ENTRE LOS CUATRO Y OCHO AÑOS, ESTE AUMENTO ES MUY PEQUEÑO EN ALGUNOS NIÑOS Y NULO EN OTROS.

EL AUMENTO TRANSVERSAL DEL ARCO, SE DA POR CRECIMIENTO POSTERIOR, A MEDIDA QUE VAN ERUPCIONANDO LOS MOLARES PERMANENTES, SIENDO MAYOR EN EL MAXILAR Y SE DEBE PRINCIPALMENTE A SU VESTIBULARIZACIÓN Y LA LABIALIZACIÓN DE LA MANDÍBULA.

LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ESPACIOS, ES UN SIGNO DE QUE HAYA O NO UN CRECIMIENTO NORMAL, LAS ARCADAS CERRADAS TIENEN UNA TENDENCIA EVOLUTIVA MÁS FAVORABLE.

CIERRE DE ESPACIOS

EXISTE UNA GRAN TENDENCIA PARA EL CIERRE ESPONTANEO DE LOS ESPACIOS, TANTO MÁS JOVEN ES EL INDIVIDUO, SON MÁS LAS PROBABILIDADES DEL CIERRE.

DEBEMOS HACER HINCAPIÉ SOBRE ESTE HECHO A LOS PACIENTES, YA QUE SI A VECES RESULTA FAVORABLE Y CON ELLO ALGUNOS CASOS PUEDEN SER LLEVADOS A RESULTADOS ESTÉTICOS Y FUNCIONALES, CON MÁS FRECUENCIA OCASIONA PROBLEMAS DE OCLUSIÓN.

SU VALORACIÓN SE HARÁ MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES MORFOLÓGICAS SOBRE TODO DE LA BASE APICAL, RELACIONES DE TAMAÑO EN LA ZONA DE SOPORTE, INCLINACIÓN DE LOS EJES, OCLUSIÓN, INSIDENCIA DE CARIES Y EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA ZONA, PARA COMPROBAR EVENTUALES AUSENCIAS DE DIENTES.

EXISTEN VARIOS FACTORES LOCALES, QUE PROPICIAN EL CIERRE DE ESPACIOS, COMO SON:

SECUENCIA ANORMAL

CUANDO LOS DIENTES ERUPCIONAN ANTES DE QUE HAYA ESPACIO PARA SU CRECIMIENTO Y ADAPTACIÓN, TIENDEN A VESTIBULARIZARSE Y ACORTAR EL ESPACIO QUE LES ESTÁ RESERVADO, OCACIONANDO ALTE RACIONES EN LA SECUENCIA DE LOS OTROS DIENTES. ESTE FACTOR DE SEMPEÑA UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN ARCO NORMAL.

PÉRDIDA DE CONTACTO PROXIMAL

CUANDO SE PIERDE EL CONTACTO, LOS DIENTES POSTERIORES -- AL ESPACIO SE INCLINAN MESIALMENTE Y LOS ANTERIORES LO HACEN HACIA DISTAL. ESTE CORRIMIENTO ES RESULTADO DE LA DISTORSIÓN DE LAS FUERZAS NORMALES ANTERIORES SOBRE LOS DIENTES. EL MOVI MIENTO MESIAL ES EN GENERAL EL MÁS PRONUNCIADO.

PÉRDIDA PREMATURA Y RETENCIÓN PROLONGADA DE DIENTES TEMPORALES.

LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES, PUEDE -- PERMITIR A LOS DIENTES POR MESIAL Y DISTAL AL ESPACIO, INCLI NARSE HACIA ÉL Y DEJAR ASÍ LUGAR INSUFICIENTE PARA QUE EL -- DIENTE PERMANENTE ERUPCIONE EN POSICIÓN CORRECTA.

LA RETENCIÓN PROLONGADA SE PRODUCE A VECES, PORQUE EL -- DIENTE ESTÁ ACUÑADO O ANQUILOSADO, PERO CON MÁS FRECUENCIA, PORQUE LA RAÍZ NO SE REABSORBE EN LA ÉPOCA CORRECTA. ESTO PUE DE IMPEDIR TEMPORALMENTE LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE, HACER -- QUE SALGA POR BUCAL O LINGUAL, DESVIÁNDOLO ANTES DE QUE ERUP CIONE, O HACER QUE PERMANEZCA RETENIDO.

TAMBIÉN PUEDE SER QUE NO HAYA SUCESOR, LA AUSENCIA CON GÉNITA PARECE SER UNA MANIFESTACIÓN HEREDITARIA, POR LO QUE --

ES ACONSEJABLE RECURRIR A LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PA
CIENTE.

ERUPCIÓN TARDÍA DE DIENTES PERMANENTES

OCASIONA TAMBIÉN UNA MESIALIZACIÓN Y CIERRE DE ESPACIO
Y PUEDE ESTAR ORIGINADA POR:

- RETARDO EN LA CALCIFICACIÓN.
- PRESENCIA DE UNA CAPA DE HUESO QUE CUBRE EL DIENTE Y -
NO SE DESCUBRE RADIOGRÁFICAMENTE.
- UN TEJIDO BLANDO SOBRE EL DIENTE Y CASI QUERATINIZADO
DEBIDO AL TRABAJO DE MASTICACIÓN.
- CUANDO LA CÁPSULA O FOLÍCULO DENTARIO, SE HA ENCONTRADO
CALCIFICADO EN UN SACO DE TIPO ÓSEO, QUE ACTÚA IMPIDIEN
DO LA ERUPCIÓN.

CONTROL DE ESPACIO

EL CONTROL DE ESPACIO CONSISTE MÁS QUE NADA, EN LA PERIÓDICA REVISIÓN DEL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN Y SU COMPARACIÓN CON LOS PARÁMETROS NORMALES, PARA DETERMINAR EN UN MOMENTO DADO, SI SE ESTÁ PROPICIANDO O NO, LA PÉRDIDA DE ESPACIO.

DEBIDO AL EFECTO CRÍTICO DE LA RELACIÓN MOLAR EN LA UTILIZACIÓN DEL ESPACIO DISPONIBLE, SE NECESITA TOMAR EN CONSIDERACIÓN TRES ASPECTOS BÁSICOS:

- EL CONTROL DE ESPACIO SE INICIA CUANDO EL CANINO Y EL PRIMER PREMOLAR INFERIORES, ESTÁN EN EL ESTADIO DE DESARROLLO.
- LOS DIENTES PRIMARIOS SE EXTRAEN EN FORMA SERIADA PARA PROPORCIONAR UNA SECUENCIA DE ERUPCIÓN DE CANINO, PRIMER PREMOLAR Y SEGUNDO PREMOLAR EN LA MANDÍBULA Y PRIMER PREMOLAR, CANINO Y SEGUNDO PREMOLAR EN EL MAXILAR.
- SE HACE UN ESFUERZO POR MANTENER LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES INFERIORES, BIÉN ADELANTADA RESPECTO A LOS SUPERIORES.

NO DEBE OCURRIR UN CORRIMIENTO MESIAL TARDÍO DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

NO HAY QUE PROMETER DEMASIADO A LOS PADRES EN CUANTO AL CONTROL DE ESPACIO. SE DEBEN ESTUDIAR LOS CASOS CON GRAN CUIDADO Y MANTENER REGISTROS MINUCIOSOS, PUES SE PUEDE HACER NECESARIA LA CANALIZACIÓN CON EL ESPECIALISTA.

EL ÉXITO DEPENDE MUCHO DEL CONOCIMIENTO SOBRE LOS DETALLES DE LA DENTICIÓN MIXTA.

MANTENIMIENTO DE ESPACIO

EL MANTENEDOR DE ESPACIO SE UTILIZA CUANDO NO EXISTEN - RAÍCES O DIENTES REIMPLANTADOS QUE ACTÚEN COMO MANTENEDORES - NATURALES DEL ESPACIO; SU FORMA SE REGIRÁ POR LAS CONDICIONES MORFOLÓGICAS EXISTENTES Y SU FUNCIÓN SERÁ LA DE PRESERVAR EL LARGO DE LA ARCADA, MIENTRAS NO ERUPCIONEN LOS DIENTES PERMANENTES.

EL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO SE EFECTÚA, CUANDO SE PRESENTAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

PÉRDIDA DE UNO O MÁS DIENTES PRIMARIOS.

NO HAY PÉRDIDA DE LONGITUD DEL ARCO.

PREDICCIÓN FAVORABLE DE LA DENTICIÓN MIXTA.

EL SUCESOR PERMANENTE ESTÁ PRESENTE Y DESARROLLÁNDOSE - NORMALMENTE.

CASOS EN QUE SE ACONSEJA EL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO.

CARIES DE DIENTES PRIMARIOS

ESTA ES UNA DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA DE PERÍMETRO DEL ARCO EN LA DENTICIÓN MIXTA, LA CARIES EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL, PERMITE AL PRIMER MOLAR PERMANENTE MOVERSE HACIA MESIAL; ASÍ QUE UNA FORMA DE MANTENER EL ESPACIO, SERÁ EFECTUAR LAS RESTAURACIONES NECESARIAS - EN LAS CORONAS DE LOS DIENTES TEMPORALES.

PÉRDIDA DE DIENTES PRIMARIOS

INCISIVOS

EN CASO DE PÉRDIDA PREMATURA, SEA POR TRAUMATISMO O CARIES, SE HACE UN MODELO DE REGISTRO Y ESTUDIO RADIOGRÁFICO - PARA ANALIZAR SI EL TIEMPO QUE FALTA PARA LA ERUPCIÓN DE LOS

DIENTES PERMANENTES, AMERITA LA COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

CANINOS PRIMARIOS

ADEMÁS DE PROBLEMAS DE CARIES, LOS CANINOS TEMPORALES PUEDEN PERDERSE PREMATURAMENTE POR LA ERUPCIÓN DE INCISIVOS GRANDES, CASO QUE OCURRE PRINCIPALMENTE EN LA MANDÍBULA Y - QUE POR SU TENDENCIA A LINGUALIZARSE, EJERCEN PRESIÓN EN - LAS RAÍCES DE LOS CANINOS PERMANENTES. ESTA MAL POSICIÓN - SE EVITA IMPIDIENDO LA INCLINACIÓN LINGUAL DE LOS INCISIVOS CON UN ARCO LINGUAL.

PRIMEROS MOLARES

DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR PRIMARIO SE - PUEDE COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO UNITARIO, COMO EL DE CORONA Y ANSA, O UN ARCO LINGUAL, SI SE ESPERAN OTROS PRO - BLEMAS DE ESPACIO.

SEGUNDOS MOLARES

CUANDO SE PIERDE ESTE DIENTE, ES NECESARIA LA COLOCA - CIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO PARA EVITAR LA MESIALIZA - CIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, EL APARATO PUEDE CONSIS - TIR EN UNA CORONA PREFORMADA O UNA BANDA EN EL PRIMER MOLAR PERMANENTE. SI EL PRIMER MOLAR NO HA ERUPCIONADO, SE PUEDE USAR UN TIPO DE MANTENEDOR CON UN EXTREMO LIBRE.

PÉRDIDA MÚLTIPLE DE DIENTES PRIMARIOS

CUANDO LA PÉRDIDA ES POR EXTRACCIONES, SE RECOMIENDA CONSTRUIR EL APARATO ANTES DE EFECTUARLAS Y COLGARLO EL -- MISMO DÍA.

UN ARCO LINGUAL O UN MANTENEDOR DE ESPACIO MÚLTIPLE DE ACRÍLICO, QUE PROPORCIONE UNA CARA OCLUSAL LISA, MANTEN-

GA LA ALTURA Y EVITE LA EXTRUSIÓN DE LOS ANTAGONISTAS.

AUSENCIA CONGÉNITA

EN EL CASO DE AUSENCIA CONGÉNITA, DE SEGUNDOS PREMOLARES E INCISIVOS LATERALES, SE RECOMIENDA DEJAR CERRAR EL ESPACIO, A MENOS DE QUE EN EL ÚLTIMO CASO SEA NECESARIO EL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO.

EN LA PLANIFICACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO, SE TOMARÁ EN CUENTA LO SIGUIENTE:

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PÉRDIDA

EL CIERRE DEL ESPACIO, HABITUALMENTE TIENE LUGAR DURANTE LOS SEIS MESES POSTERIORES A LA EXTRACCIÓN O PÉRDIDA.

EDAD DENTAL DEL PACIENTE

LA EDAD CRONOLÓGICA NO ES TAN IMPORTANTE, COMO SU EDAD EVOLUTIVA.

CANTIDAD DE HUESO QUE RECUBRE EL DIENTE ERUPCIONADO

SI HAY HUESO RECUBRIENDO LAS CORONAS, ES FÁCIL PREDECIR, QUE NO SE PRODUCIRÁ LA ERUPCIÓN POR MUCHOS MESES Y QUE ES NECESARIO UN APARATO, PARA MANTENER EL ESPACIO.

SECUENCIA DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES

SE OBSERVARÁ LA RELACIÓN DE LOS DIENTES EN FORMACIÓN Y ERUPCIÓN, CON LOS DIENTES ADYACENTES, AL ESPACIO CREADO POR LA PÉRDIDA DE UN DIENTE.

MANTENEDORES DE ESPACIO

EL MANTENEDOR DE ESPACIO NO CORREGIRÁ NINGUNA MALOCCLUSIÓN EXISTENTE, SOLO PREVIENE EL EMPEORAMIENTO DE UNA SITUACIÓN DESFAVORABLE.

LOS APARATOS UTILIZADOS DURANTE LA DENTICIÓN MIXTA, NO DEBEN INHIBIR NI DESVIAR LOS CAMBIOS QUE ESTÁN OCURRIENDO, - POR LO QUE SU ELECCIÓN Y ELABORACIÓN TENDRÁ QUE SER MUY CUIDADOSA.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO PUEDEN CLASIFICARSE EN DOS TIPOS: REMOVIBLES Y FIJOS Y SUBDIVIDIRSE EN FUNCIONALES O NO FUNCIONALES, ACTIVOS Y PASIVOS.

LOS FUNCIONALES SON AQUELLOS QUE RESTABLECEN LA FUNCIÓN DE OCLUSIÓN Y MASTICACIÓN.

LOS NO FUNCIONALES ÚNICAMENTE PRESERVAN EL ESPACIO AL DIENTE POR ERUPCIONAR.

LOS ACTIVOS PROPICIAN EL MOVIMIENTO EN LOS DIENTES.

LOS NO ACTIVOS NO PRODUCEN NINGÚN MOVIMIENTO DENTAL.

REMOVIBLES

VENTAJAS:

- ES FÁCIL DE HIGIENIZAR.
- PERMITE LA HIGIENE ORAL.
- MANTIENE O RESTABLECE LA DIMENSIÓN VERTICAL.
- PUEDE UTILIZARSE CON OTROS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS.
- PUEDE USARSE PARTE DEL TIEMPO Y PERMITE LA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE, HACIA LOS TEJIDOS BLANDOS.
- RESULTA ESTÉTICAMENTE SATISFACTORIO.
- FACILITA LA MASTICACIÓN Y EL HABLA.

- AYUDA A MANTENER LA LENGUA DENTRO DE SUS LÍMITES.
- ESTIMULA LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES.
- NO ES NECESARIA LA ELABORACIÓN DE BANDAS.
- FACILITA LA VERIFICACIÓN DE LA EXISTENCIA DE CARIES.
- PUEDE HACERSE LUGAR PARA LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, -
SIN NECESIDAD DE HACER UN NUEVO APARATO.

DESVENTAJAS:

- PUEDE PERDERSE.
- EL PACIENTE PUEDE NO USARLO.
- PUEDE ROMPERSE.
- PUEDE RESTRINGIR EL MOVIMIENTO DE EXPANSIÓN, SI SE LE
INCORPORAN GANCHOS.
- PUEDE IRRITAR EL TEJIDO BLANCO.

ENTRE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES TENEMOS
LOS SIGUIENTES:

ARCO VESTIBULAR

ES UN MANTENEDOR ACTIVO, NO FUNCIONAL, INDICADO EN LA
PÉRDIDA DE MOLARES TEMPORALES, CUANDO HAY TENDENCIA DE DES-
PLAZAMIENTO DE LOS DIENTES ANTERIORES HACIA VESTIBULAR.

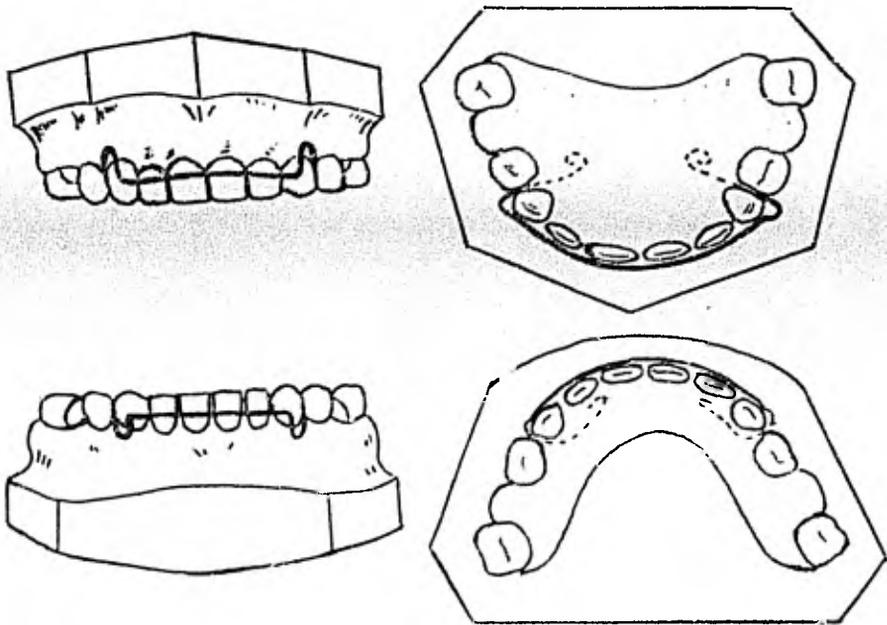


FIG. 5

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

ES UN APARATO ACTIVO Y FUNCIONAL, INDICADO EN LA ZONA INCISIVA TEMPORAL, POR PÉRDIDA BILATERAL Y PÉRDIDAS MÚLTIPLES. DEVUELVE EL ASPECTO ESTÉTICO, RESTABLECE LA FUNCIÓN E IMPIDE LA APARICIÓN DE ANOMALÍAS FONIÁTRICAS O HÁBITOS LINGUALES.

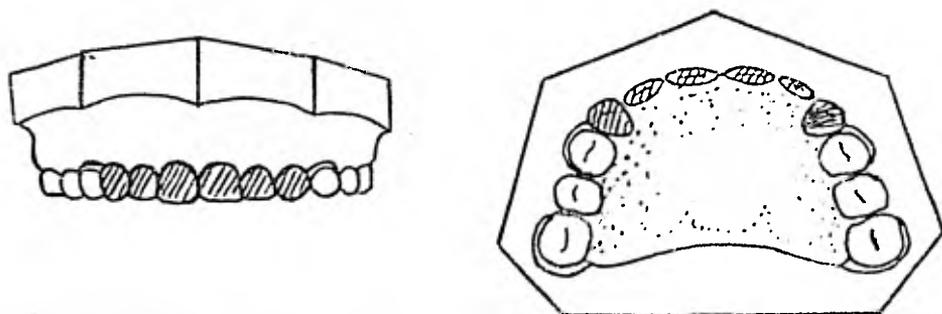


FIG. 6

PRÓTESIS COMPLETAS

INDICADA CUANDO TIENEN QUE SER EXTRAÍDOS TODOS LOS DIENTES, DARÁ UN BUEN ASPECTO Y RESTITUIRÁ LA FUNCIÓN.

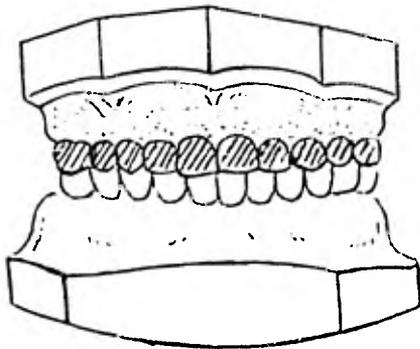


FIG. 7

FIJOS

VENTAJAS:

- EL PACIENTE NO PODRÁ RETIRARLO DE SU EPOCA Y PERDERLO.
- NO PUEDE ROMPERSE FÁCILMENTE.
- MANTIENE O RESTABLECE LA DIMENSIÓN VERTICAL.
- FACILITA LA MASTICACIÓN Y EL HABLA.
- AYUDA A MANTENER LA LENGUA DENTRO DE SUS LÍMITES.

DESVENTAJAS:

- REQUIERE DE MÁS CUIDADO PARA SU HIGIENE.
- LLEVA MÁS TIEMPO EN SU ELABORACIÓN.

ENTRE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS TENEMOS:

CORONA Y ANSA

ES UN APARATO FUNCIONAL Y NO ACTIVO, INDICADO CUANDO -
EL DIENTE PILAR POSTERIOR TIENE CARIES EXTENSA Y NECESITA -
RESTAURACIÓN CORONARIA, O SI SE HACE UN TRATAMIENTO PULPAR -
QUE REQUIERA DE PROTECCIÓN. ES DE FÁCIL ELABORACIÓN, BAJO -
COSTO Y NO IMPIDE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.

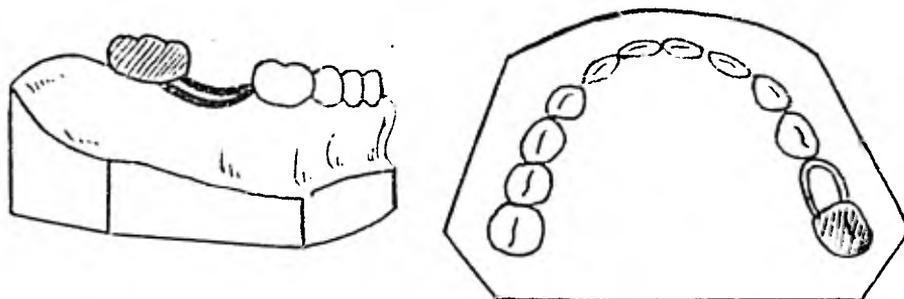


FIG. 8

BANDA Y ANSA

INDICADO EN CASO DE PÉRDIDA DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL TOMANDO COMO PILAR EL PRIMER MOLAR PERMANENTE Y EN CASO DE PÉRDIDA DEL CANINO TEMPORAL, ES DE FÁCIL ELABORACIÓN Y BAJO COSTO COMO EL ANTERIOR.

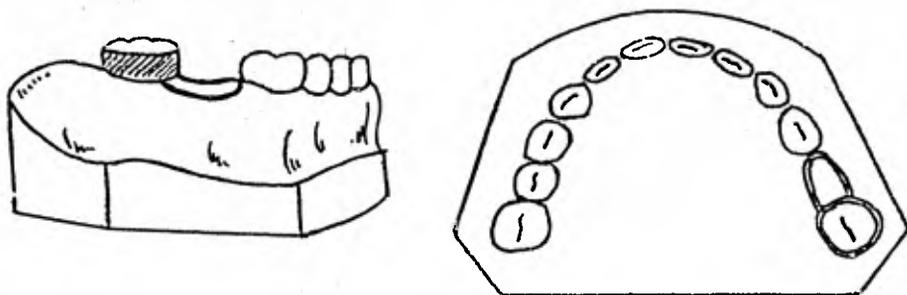


FIG. 9

MANTENEDOR DE BANDA Y CORONA CON EXTENSIÓN DISTAL

GUÍA AL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO ERUPCIONADO A SU POSICIÓN NORMAL, ESTÁ INDICADO EN LA PÉRDIDA DEL 2º. MOLAR TEMPORAL, ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

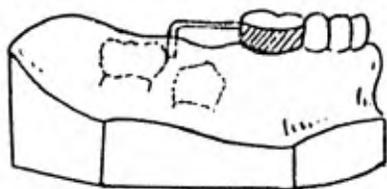


FIG. 10

RECUPERACIÓN DE ESPACIO

RECUPERACIÓN DE ESPACIO SE PUEDE REALIZAR CON MAYOR ÉXITO DURANTE LA DENTICIÓN MIXTA, EN CASOS DE PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES PRIMARIOS Y EN LA REUBICACIÓN DE DIENTES PERMANENTES, QUE SE VAN A UTILIZAR COMO PILARES EN UNA PRÓTESIS POSTERIOR.

LOS RECUPERADORES DE ESPACIO, SON APARATOS QUE NOS AYUDAN A GANAR EL ESPACIO PERDIDO EN EL ARCO DENTARIO, VOLVIENDO A SU POSICIÓN AQUELLOS DIENTES QUE SE HAN INCLINADO CUANDO SUS PROXIMALES SE PIERDEN.

ENTRE LOS RECUPERADORES DE ESPACIO TENEMOS:

RECUPERADOR CON RESORTE ELICOIDAL

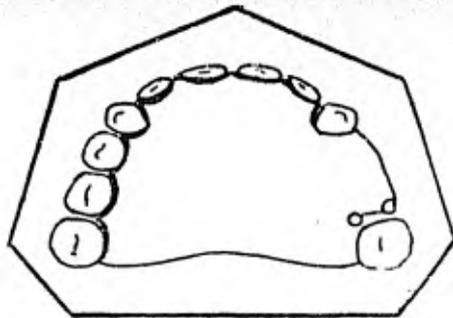


FIG. 11

RESORTE ELICOIDAL PARA INCLINAR MOLARES DISTALMENTE

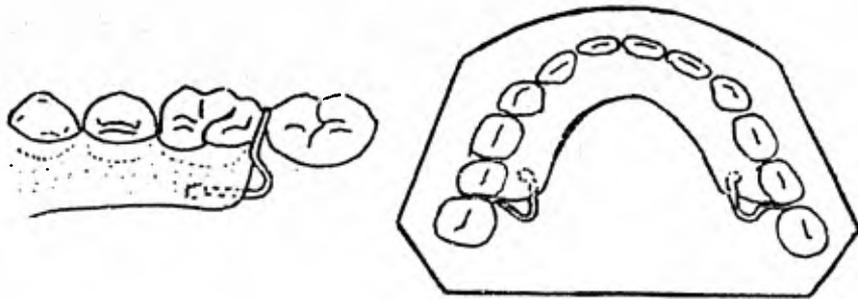


FIG. 12

SILLA ENDIDA

SE UTILIZA CUANDO ES NECESARIO RECUPERAR UN ESPACIO MAYOR.

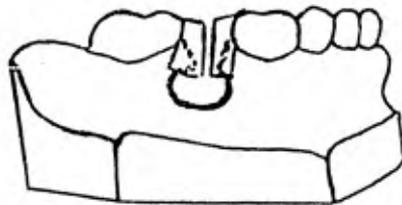


FIG.13

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- FINN SIDNEY B., D.M.D., M.S. "ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA"
EDITORIAL BIBLIOGRÁFICA ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 2.- BRAUER JOHN CHARLES, "ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS", 4a. EDICIÓN,
1960, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 3.- MOYERS ROBERT E. D.D.S. "MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL
ESTUDIANTE Y EL ODONTÓLOGO GENERAL", 1976, 3a. EDICIÓN
EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y F. PARAGUAY 2100-JUNIN 985,
BUENOS AIRES ARGENTINA.
- 4.- HARNDT EWALD WEYERS HELMUT, TR. SCHWARCS BERNARDO Y HORACIO MARTINEZ,
"ODONTOLOGÍA INFANTIL, PATOLOGÍA DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICA DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES EN LA NIÑEZ", EDITORIAL MUNDI, S.A. C.I.F., BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1969.

V.- HÁBITOS

UN HÁBITO ES UNA PRÁCTICA FIJA, PRODUCIDA POR LA CONSTANTE REPETICIÓN DE UN ACTO, CADA VEZ EL ACTO SE HACE MENOS CONSCIENTE Y SI SE REPITE CON MUCHA FRECUENCIA, PUEDE SER RELEGADO POR COMPLETO AL INCONSCIENTE.

LOS HÁBITOS QUE DEFORMAN LA DENTICIÓN SE CLASIFICAN - EN:

- 1.- HÁBITOS CORRESPONDIENTES A PERVERSIONES DE LOS PROCESOS FISIOLÓGICOS NORMALES.
 - HÁBITOS DE SUCCIÓN.
 - HÁBITOS NORMALES DE DEGLUSIÓN.
 - HÁBITOS NORMALES DE LA FONACIÓN.
- 2.- HÁBITOS DIVERSOS DE LA LENGUA Y LAS MEJILLAS.
 - INTRODUCIR CUERPOS EXTRAÑOS EN LA CAVIDAD ORAL.
 - INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA.
 - INTERPOSICIÓN DEL FRENILLO.
- 3.- HÁBITOS DE POSTURA.
 - PRESIONES ANORMALES.
 - MALOS HÁBITOS AL DORMIR O ESTUDIAR.
 - MÍMICA.
- 4.- HÁBITOS NERVIOSOS ESPASMÓDICOS.
 - RESPUESTA DEL INFANTE BAJO STRESS.

EL TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS ORALES REQUIERE ANTE TODO DEL CONOCIMIENTO DE SU ETIOLOGÍA, PARA ESTAR EN CONDICIONES DE ORIENTAR ADECUADAMENTE A LOS PADRES SOBRE LAS MEDIDAS QUE DEBERÁN TOMAR, COMO PUEDEN COOPERAR Y LA FORMA EN QUE DEBEN CONducIR AL NIÑO PARA AYUDARLE A ELIMINAR POCO A POCO EL HÁBITO QUE LE ESTÁ DAÑANDO.

PODEMOS MENCIONAR COMO CAUSAS DE LA ADQUISICIÓN DE UN HÁBITO, LAS SIGUIENTES:

- A) IMITACIÓN DE OTROS NIÑOS QUE PRACTICAN EL HÁBITO.
- B) CELOS PRODUCIDOS POR ALGUNA DIFERENCIA DE TRATO EN EL HOGAR.
- C) DIFICULTADES Y CONFLICTOS FAMILIARES.
- D) PRESIÓN ESCOLAR.
- E) ANSIEDAD.
- F) ESPECTÁCULOS DE VIOLENCIA O TEMOR.
- G) FALTA DE SATISFACCIÓN ALIMENTICIA O AFECTIVA.

LA FALTA DE CONOCIMIENTOS AL RESPECTO, LLEVA A LOS PADRES A TOMAR MEDIDAS INADECUADAS COMO: CASTIGOS CORPORALES, SOBORNOS, APLICACIÓN DE SUBSTANCIAS DESAGRADABLES ETC., QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, INCREMENTAN EL NEGATIVISMO DEL NIÑO O PROPICIAN LA ADQUISICIÓN DE OTROS HÁBITOS O SENTIMIENTOS DE CULPA.

ANALIZAREMOS AHORA LOS HÁBITOS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA.

SUCCIÓN DE UNO O VARIOS DEDOS

ES UN HÁBITO COMÚN, MUCHO MÁS EL DEL PULGAR, LOS TRASTORNOS QUE PRODUCE LA SUCCIÓN, AFECTAN TANTO A LA ESTÉTICA, COMO A LA FUNCIÓN.

LA GRAVEDAD DEL DESPLAZAMIENTO DEPENDERÁ DE LA FUERZA Y PERSISTENCIA DEL HÁBITO, PUES VA FORZANDO A LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES HACIA VESTIBULAR Y SEGÚN LA PALANCA PRODUCIDA, LOS INFERIORES HACIA LINGUAL, PROVOCANDO UNA MORDIDA ABIERTA. LA PROMINENCIA DE LOS INCISIVOS LOS HACE MÁS PROPENSOS A FRACTURAS ACCIDENTALES Y LA MORDIDA ABIERTA PUEDE LLEVAR A LA INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA Y A DIFICULTADES DE FONAR

CIÓN. SI EL HÁBITO SE INTERRUMPE ANTES DE LA ERUPCIÓN DE -
LOS DIENTES PERMANENTES, SE EFECTÚA UNA AUTOCORRECCIÓN, EN
CASO CONTRARIO SE REQUERIRÁ DE LA COLOCACIÓN DE UN APARATO
CORRECTIVO.

HAY TRES TEORÍAS EN RELACIÓN A LA ETIOLOGÍA DE ESTE -
HÁBITO:

TEORÍA PSICOANALÍTICA DE FREUD

LA SUCCIÓN ES UN SÍNTOMA NEURÓTICO DE UNA PERTURBA --
CIÓN EMOCIONAL RESULTANTE DE UNA FIJACIÓN DEL ESTADÍO PSICO
SEXUAL ORAL. SI HAY UNA FRUSTRACIÓN O SOBREINDULGENCIA DE -
NECESIDADES ORALES DURANTE LA INFANCIA, LA CONDUCTA POSTE--
RIOR DEL NIÑO SUFRIRÁ ALGÚN DETERIORO.

TEORÍA DE LA PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN DE LEVY

SE BASA EN QUE LA SUCCIÓN INSUFICIENTE O INADECUADA -
EN LOS PRIMEROS VEINTICUATRO MESES DE VIDA, CONTRIBUYE A LA
FORMACIÓN DEL HÁBITO.

TEORÍA DE LA CONDUCTA ADQUIRIDA DE SEARS, BASADA EN -
LA TEORÍA DE PAVLOV

SUGIERE QUE EL NIÑO APRENDE A ASOCIAR LA SUCCIÓN CON
LAS PERSPECTIVAS AGRADABLES, COMO LA HORA DE COMER, O EL SA
BER QUE PRONTO LO TOMARÁN EN BRAZOS.

ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE ESTE HÁBITO, DEBE SER
ELIMINADO, SIN IMPORTAR LA EDAD DEL NIÑO, OTROS, QUE LA SUC-
CIÓN DEL DEDO ES UNA FUNCIÓN NORMAL Y QUE NO DEBEN PREOCU--
PARSE LOS PADRES, SI SE OBSERVA QUE VA DESAPARECIENDO POCO
A POCO. SE CREE QUE EN LA EDAD PREESCOLAR, EL HÁBITO SERÁ -
REEMPLAZADO POR EL DESEO DE ADAPTARSE A LA CONDUCTA DE SUS
COMPAÑEROS DE JUEGO Y CON LA APARICIÓN DE OTRAS FUENTES DE

INTERÉS, EN SU ASISTENCIA AL JARDÍN DE NIÑOS.

LOS HÁBITOS PLACENTEROS NO IMPULSADOS EMOCIONALMENTE - NO SUELEN SER PERJUDICIALES, SIRVEN DE LIBERACIÓN O ESCAPE - PARA LA TENSIÓN QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍA HASTA PRODUCIR MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD.

PERO SI SE OBSERVA QUE EL NIÑO YA ESTANDO EN EDAD ESCOLAR, SIGUE CON ESTA COSTUMBRE, QUE LO HACE CON MUCHA FRECUENCIA Y NO SE FIJA EN EL LUGAR O CIRCUNSTANCIAS, PODEMOS PENSAR QUE SE TRATA DE UNA NECESIDAD DEFINIDA, QUE PUEDE HABER SIDO ORIGINADA POR UNA FRUSTRACIÓN PRESENTE O PASADA, COMO - SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE.

GENERALMENTE CUANDO LOS PADRES RECURREN AL ODONTÓLOGO, ES PORQUE YA HAY UNA DEFORMACIÓN NOTORIA Y YA FROBARON LAS - MEDIDAS CORRECTIVAS A SU ALCANCE, SIN ÉXITO.

EL TRATAMIENTO INCLUIRÁ LA COLABORACIÓN DE LOS PADRES, EL DESEO DEL PROPIO NIÑO DE ROMPER EL HÁBITO, MEDIANTE UNA - EXPLICACIÓN OBJETIVA SOBRE EL DAÑO QUE LES ESTÁ CAUSANDO A - SUS DIENTES Y EL ASPECTO ANTIESTÉTICO QUE TENDRÁ SU CARA POSTERIORMENTE. ELIMINAR LA CAUSA DE FORMACIÓN DEL HÁBITO Y LA COLOCACIÓN DE UN APARATO INTRAORAL, QUE RECUERDE AL PACIENTE QUE NO DEBE LLEVARSE LOS DEDOS A LA BOCA.

TODO CASO DEBE SER TRATADO COMO UN PROBLEMA INDIVIDUAL SIN OLVIDAR LA GRAN INFLUENCIA QUE TIENE LA EDAD MENTAL DEL NIÑO.

LOS APARATOS CORRECTIVOS PUEDEN SER FIJOS O REMOVIBLES. LA REJILLA REMOVIBLE SE CONSTRUYE DE ACRÍLICO Y ALAMBRE. DA BUENOS RESULTADOS EN AQUELLOS CASOS DE PACIENTES QUE QUIEREN COOPERAR CON EL TRATAMIENTO. (VER FIG. No. 14)

LOS APARATOS FIJOS SE UTILIZAN EN PACIENTES QUE RECHA-

ZAN LA IDEA DE SUSPENDER ESTE HÁBITO Y DE PREFERENCIA DEBEN ESTAR EN CONTACTO CON EL PSICÓLOGO.

CONSISTEN EN BANDAS CEMENTADAS SOBRE LOS DIENTES --- POSTERIORES, A LAS QUE SE LES AGREGA UN ARCO LINGUAL DE A--- LAMBRE POR MEDIO DE TUBOS Y PERNOS DE MEDIA CAÑA, EN LA POR--- CIÓN ANTERIOR DEL ARCO, SE SOLDAN BARRAS DE ALAMBRE QUE CRU--- ZAN EL PALADAR, UNIENDO AMBOS LADOS DEL ARCO PALATINO, EL --- NÚMERO DE BARRA VARÍA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL CASO. (VER FIG. 14)

FUNCIONES DE LA REJILLA:

ROMPE LA SUCCIÓN Y LA FUERZA SOBRE EL SEGMENTO ANTERIOR
DISTRIBUYE LA PRESIÓN SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES.
RECUERDA AL PACIENTE QUE ESTÁ RECAYENDO EN SU HÁBITO.
EL HÁBITO YA NO RESULTA PLACENTERO.

SUCCIÓN DEL LABIO

LA SUCCIÓN O MORDIDA DEL LABIO, PUEDE LLEVAR AL MISMO -- DESPLAZAMIENTO ANTERIOR, DE LA SUCCIÓN DEL DEDO. EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR CON LA RECOMENDACIÓN DE EJERCICIOS, TALES COMO, -- LA EXTENSIÓN DEL LABIO SUPERIOR POR DEBAJO DEL BORDE DE LOS -- INCISIVOS SUPERIORES Y LA APLICACIÓN CON FUERZA DEL LABIO IN-- FERIOR CONTRA ÉL. LA EJECUCIÓN DE INSTRUMENTOS METÁLICOS DE -- VIENTO AYUDA A REFORZAR LOS MÚSCULOS LABIALES Y A EJERCER PRE-- SIÓN EN LA CORRECTA DIRECCIÓN SOBRE LOS DIENTES SUPERIORES.

INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA

LA INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA HA SIDO OBSERVADA EN NI--- ÑOS CON MORDIDA ABIERTA, E INCISIVOS SUPERIORES EN PROTRUSIÓN SIN EMBARGO NO HA SIDO PROBADA EN FORMA CONCLUYENTE, SI LA IN-- TERPOSICIÓN PRODUCE LA MORDIDA ABIERTA O SI LA MORDIDA ABIER-- TA, PERMITE AL NIÑO, INTERPONER SU LENGUA, EN EL ESPACIO EXIS

TENTE ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES.

LA INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA PRODUCE UNA PROTRUSIÓN E INCLINACIÓN VESTIBULAR DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, AUNQUE A DEMÁS PRODUCE UNA DEPRESIÓN DE LOS INCISIVOS INFERIORES CON PRONUNCIADA MORDIDA ABIERTA Y CECEO.

TAMBIÉN PUEDE SER OCASIONADA, POR UNA LENGUA HIPERTRÓFICA, QUE PUEDE TENER LA MISMA IMPORTANCIA EN LA FORMACIÓN DE UNA MORDIDA ABIERTA O DE UNA PROTRUSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES.

EL TRATAMIENTO DE LA INTERPOSICIÓN LINGUAL, SE HACE EDUCANDO AL NIÑO, PARA QUE COLOQUE SU LENGUA EN LA POSICIÓN ADECUADA DURANTE LA DEGLUCIÓN. A UN NIÑO MAYOR AL QUE LE PREOCUPE SU ASPECTO Y SU DIFICULTAD DE FONACIÓN, SE LE PUEDE ENSEÑAR A COLOCAR LA LENGUA CONTRA LAS RUGAS PALATINAS Y TRABAJAR EN ESTA POSICIÓN. TAMBIÉN ES POSIBLE CONSTRUIR UNA REJILLA VERTICAL, SE HACE SIMILAR A LA SUGERIDA PARA LA SUCCIÓN DEL PULGAR, EXCEPTO EN QUE LAS BARRAS PALATINAS SE SOLDAN EN POSICIÓN HORIZONTAL, EXTENDIÉNDOSE HACIA ABAJO DESDE EL PALADAR, PARA EVITAR LA INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA. (VER FIG.15)

INTERPOSICIÓN DEL FRENILLO

LA INTERPOSICIÓN DEL FRENILLO ES UN HÁBITO POCO FRECUENTE, SI LOS DIENTES SUPERIORES ANTERIORES PRESENTAN UN LIGERO DIASTEMA, EL NIÑO PUEDE INTRODUCIR EN ÉL SU FRENILLO Y DEJARLO EN ESA POSICIÓN POR VARIAS HORAS Y CON EL TIEMPO QUE SE MANTENGA LA SEPARACIÓN DE LOS INCISIVOS CENTRALES.

ONICOFAGIA

UN HÁBITO NORMAL QUE SE DESARROLLA DESPUÉS DE LA EDAD DE LA SUCCIÓN, ES EL DE MORDERSE LAS UÑAS. EL NIÑO PASARÁ CON

FRECUENCIA DIRECTAMENTE DE UNA A OTRA ETAPA, ESTE HÁBITO - NO ES CAUSANTE DE MALOCCLUSIÓN, SOLO EN CASOS SEVEROS, PRODUCE ATRICIÓN DE LOS DIENTES INFERIORES. CUANDO SE TRATA - DE EVITAR ESTE HÁBITO, EL NIÑO ENCUENTRA COMO SUBSTITUTOS, LA GOMA DE MASCAR, LÁPICES, OTROS OBJETOS Y AÚN LOS PRO -- PIOS CARRILLOS Y LA LENGUA, PUES CADA EDAD TIENE SUS TRANQUILIZADORES.

HÁBITOS DE POSICIÓN

LOS HÁBITOS DE POSICIÓN QUE LLEVAN A UNA MALOCCLUSIÓN SON RAROS Y DEBEN DIAGNOSTICARSE ORTODÓNCICAMENTE, SOBRE - UNA BASE INDIVIDUAL.

ESTOS HÁBITOS DE POSICIÓN SON:

A) EL DE AMAMANTAMIENTO, QUE PUEDE CAUSAR UNA GLOSOP TOSIS, POR UNA POSICIÓN INCONVENIENTE DEL NIÑO, MIENTRAS - SE ALIMENTA Y PUEDE SER CAUSA DE UNA POSTERIOR INSUFICIEN- CIA RESPIRATORIA NASAL.

B) HÁBITO DE SUEÑO, QUE PUEDE PROVOCAR DEFORMACIONES MAXILARES, CUANDO LO HACE SIEMPRE EN LA MISMA POSICIÓN, YA SEA BOCA ARRIBA, BOCA ABAJO O CON LA ALMOHADA POR DEBAJO - DE LA MANDÍBULA O SIEMPRE SOBRE UN LADO; POR ESO SE ACONSE JA CAMBIAR DE POSICIÓN AL NIÑO MIENTRAS DUERME.

C) HÁBITOS DE LECTURA O DESCANSO, QUE CONSISTE EN EN COLOCAR LA MANO O EL PUÑO, APOYADO EN UN LUGAR DE LA CARA Y EN FORMA SISTEMÁTICA, PROVOCANDO UNA DEFORMACIÓN DENTA--- RIA DE ESE LADO.

RESPIRACIÓN BUCAL

LA RESPIRACIÓN BUCAL PUEDE ESTAR OCASIONADA POR DOS

FACTORES: POR OBSTRUCCIÓN O POR HÁBITO.

EN EL PRIMER CASO SE TRATA DE NIÑOS QUE TIENEN UNA -- VENTILACIÓN ENTORPECIDA O UNA OBSTRUCCIÓN TOTAL DEL PASAJE DE AIRE, POR VÍAS NASALES. CON LA DIFICULTAD PARA LA ASPIRACIÓN Y LA ESPIRACIÓN NASAL, EL NIÑO SE VE FORZADO POR LA NECESIDAD, DE RESPIRAR POR LA BOCA. EL RESPIRADOR BUCAL POR HÁBITO, ES UN NIÑO QUE RESPIRA EN FORMA CONSTANTE POR LA BOCA, PESE HABERLE ELIMINADO LA OBSTRUCCIÓN O AUNQUE LA HAYA TENIDO; TAMBIÉN PUEDE SER QUE SE TRATE DE UN NIÑO QUE RESPIRA POR LA NARIZ, PERO QUE DEBIDO A SU LABIO SUPERIOR CORTO U OTRAS CAUSAS, MANTIENE SUS LABIOS SEPARADOS O DEJA CAER SU MAXILAR INFERIOR, SOBRE TODO CUANDO DUERME DE ESPALDAS.

LA DISMINUCIÓN DE LA PERMEABILIDAD NASAL PUEDE ESTAR CAUSADA POR:

A) HIPERTROFIA DE LOS CORNETES, CAUSADA POR ALERGIAS, INFECCIONES CRÓNICAS DE LA MEMBRANA MUCOSA QUE RECUBRE LAS VÍAS NASALES, CONDICIONES CLIMÁTICAS CÁLIDAS, SECAS O AIRE VICIADO.

B) TABIQUE NASAL DESVIADO, CON BLOQUEO DE LA VÍA NASAL.

C) HIPERTROFIA ADENOIDEA, PUESTO QUE EL TEJIDO ADENOIDEO AMIGDALINO FARÍNGEO ES FISIOLÓGICAMENTE HIPERPLÁSTICO EN LA NIÑEZ, NO ES RARA LA RESPIRACIÓN BUCAL POR ESTA CAUSA. SIN EMBARGO LA RESPIRACIÓN BUCAL PUEDE CORREGIRSE POR SI MISMA, SI EL NIÑO CRECE Y EL PROCESO FISIOLÓGICO NORMAL PRODUCE LA RETRACCIÓN DEL TEJIDO ADENOIDEO.

LOS RESPIRADORES BUCALES TIENEN UN ASPECTO TÍPICO, SU ROSTRO ES ESTRECHO, LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES HACEN

PROTRUCCIÓN HACIA LABIAL Y LOS LABIOS SE HABREN CON EL INFERIOR, UBICADO POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. A CAUSA DE LA FALTA DE ESTIMULACIÓN MUSCULAR NORMAL DE LA LENGUA Y POR LA PRESIÓN AUMENTADA EN LAS ZONAS DE CANINOS Y MOLARES TEMPORALES, PROVOCADA POR EL MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS FORZADO, LAS PORCIONES VESTIBULARES DEL MAXILAR SUPERIOR, CLAUDICAN Y SE OBTIENE UN PALADAR ATRÉSICO EN "V" CON BÓVEDA PALATINA ELEVADA.

ANTES DE INTENTAR FORZAR AL NIÑO A QUE RESPIRE POR LA NARIZ, MEDIANTE EL USO DE UN PROTECTOR VESTIBULAR, ES PRECISO ASEGURARSE DE QUE LAS VÍAS NASOFARÍNGEAS ESTÁN BASTANTE LIBRES, COMO PARA PERMITIR EL INTERCAMBIO DEL AIRE, AÚN CON UNA RESPIRACIÓN INCREMENTADA POR UNA GRAN EMOCIÓN O EJERCICIO FÍSICO.

SE PUEDE HACER UNA PRUEBA FÁCIL, COLOCANDO UN PAPEL ANTE LA NARIZ DEL NIÑO, ESTANDO ESTE CON LOS OJOS Y BOCA CERRADOS, PARA QUE RESPIRE TRANQUILAMENTE, SI LO HACE SE MOVERÁ EL PAPEL RÍTMICAMENTE Y SI NO, NOS MANIFESTARÁ LA IMPOSIBILIDAD DE HACERLO.

SI NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR NI DESPUÉS DE UN EJERCICIO VIOLENTO, YA PODEMOS UBICAR EL PROBLEMA DEL NIÑO, COMO UN HÁBITO QUE PUEDE CORREGIRSE, MEDIANTE UNA PANTALLA PROTECTORA U OBTURADOR BUCAL; QUE SE INSERTA EN EL VESTÍBULO DE LA BOCA, DESCANSA CONTRA LOS SURCOS LABIALES Y SE UTILIZA PARA EVITAR LA RESPIRACIÓN BUCAL Y ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN NASAL. SE PONE EN LA NOCHE Y SE MANTIENE EN LA BOCA DURANTE EL TRANSCURSO DEL SUEÑO, DE MODO QUE EL NIÑO SE VEA OBLIGADO A RESPIRAR POR LA NARIZ. (VER FIG. 16)

BRUXISMO

CONOCIDO MÁS COMO RECHINAMIENTO DENTARIO, SUELE SER UN HÁBITO NOCTURNO, MANIFESTADO DURANTE EL SUEÑO Y CUANDO ES MÁS SEVERO, TAMBIÉN SE MANIFIESTA DURANTE EL DÍA.

EL NIÑO PUEDE PROVOCAR UNA ATRICIÓN CONSIDERABLE EN SUS DIENTES Y PUEDE QUEJARSE DE DOLOR EN LA REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR AL DESPERTAR.

SU ORIGEN NO ESTÁ MUY DEFINIDO, SE CREE QUE SE DEBE A UNA GRAN TENSIÓN REPRIMIDA, SE OBSERVA EN CASOS DE EPILEPSIA, COREA, MENINGITIS Y PERTURBACIONES GASTROINTESTINALES.

EL TRATAMIENTO SERÁ PRINCIPALMENTE EL CONOCIMIENTO Y ELIMINACIÓN DE LA CAUSA.

EL ODONTÓLOGO AYUDARÁ A ROMPER EL HÁBITO CON LA COLABORACIÓN DE UNA FÉRULA DE GOMA BLANDA, QUE SE USARÁ SOBRE LOS DIENTES DURANTE LA NOCHE, AL NO BRINDAR UNA SUPERFICIE DURA Y RESISTENTE PARA LA ATRICIÓN, EL HÁBITO PIERDE SU EFICACIA COMO SATISFACTOR. (VER FIG. 17)

APARATOS PARA INTERFERIR LA SUCCIÓN DE DEDOS

REMOVIBLE

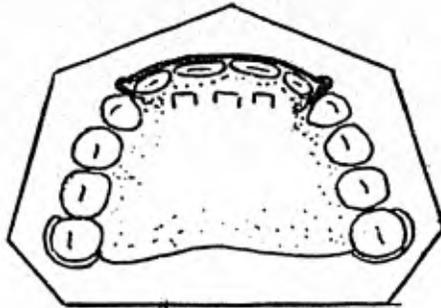
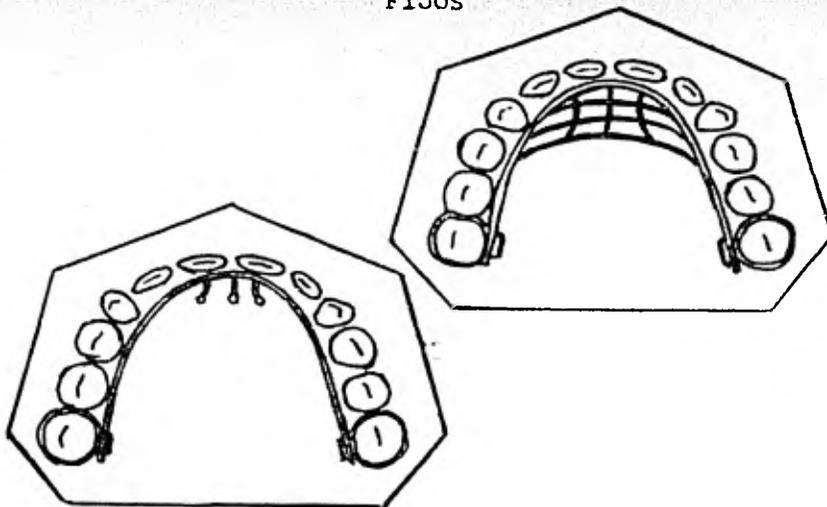


FIG. 14

FIJOS



RASTRILLO FIJO PARA IMPEDIR EL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN

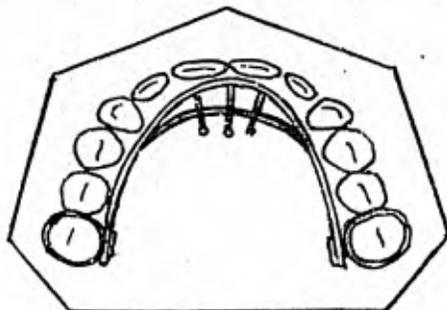


FIG. 15

PANTALLA ORAL

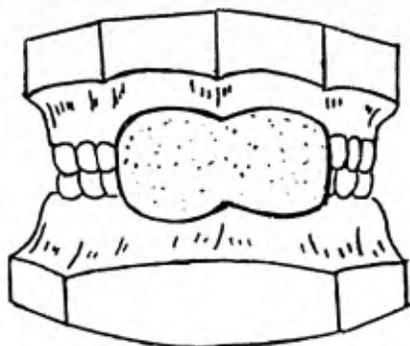


FIG. 16

GUARDA NOCTURNA

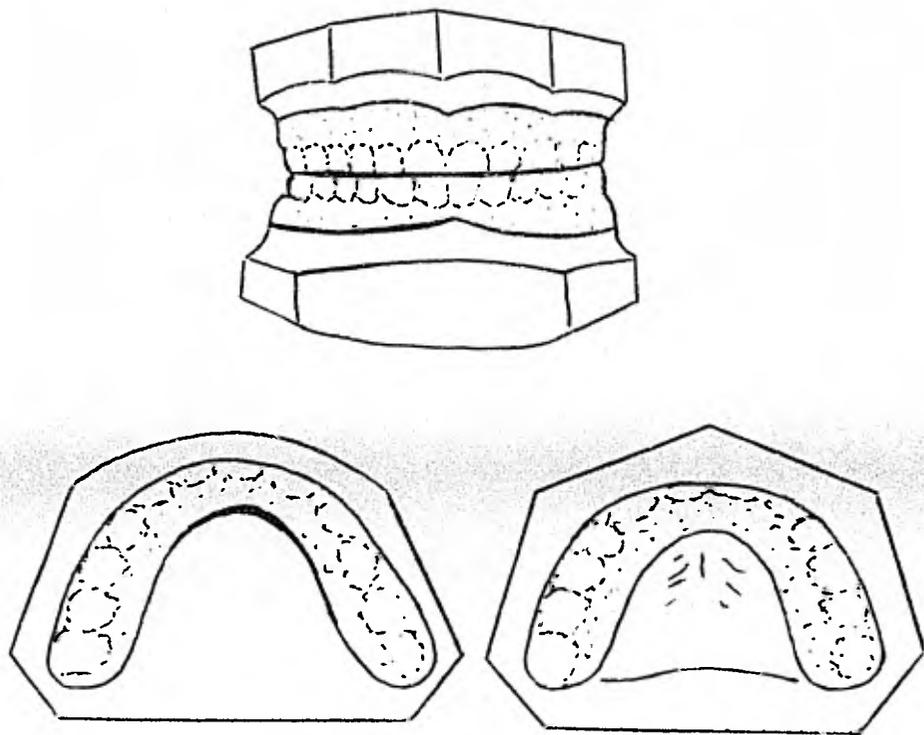


FIG. 17

B I B L I O G R A F I A

- 1.- FINN SIDNEY B., D.M.D., M.S. "ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA", EDITORIAL BIBLIOGRÁFICA ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARG.
- 2.- BRAUER JOHN CHARLES, "ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS", 4a. EDICIÓN 1960, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 3.- SYDNEY I. KOHN "HÁBITOS ORALES DAÑINOS", DE LOS FOLLETOS DE "ODONTOLOGIA PREVENTIVA", PROPORCIONADOS POR CREST, CON LA AUTORIZACIÓN DE SUS EDITORES Y PRODUCTORES MEDCOM, INC.

VI.- MALOCLUSIONES INCIPIENTES

EL EXAMEN TEMPRANO Y CUIDADOSO DE LA DENTICIÓN EN CRECIMIENTO ES VITAL. COMO PARTE DEL EXAMEN CLÍNICO AL NIÑO, DEBE PEDIRSELE QUE OCLUYA, OBSERVANDO CON CUIDADO Y EVALUANDO LA OCLUSIÓN. MUCHAS MALOCLUSIONES VISTAS EN LA CONSULTA DIARIA, PRODRIAN HABERSE EVITADO POR COMPLETO O AL MENOS HABERSE REDUCIDO EN SEVERIDAD, SI AL EXAMINAR LA OCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN EN CRECIMIENTO, SE HUBIESE PUESTO MÁS ATENCIÓN E INTERCEPTADO AQUELLAS IRREGULARIDADES DEL DESARROLLO QUE SON FÁCILES DE TRATAR.

LA MAYORÍA DE ESTAS MALOCLUSIONES MENORES, SE PRESENTAN DENTRO DEL TIPO DE CLASE I, (CON RELACIÓN MUTUA NORMAL DE LOS MOLARES DE SEIS AÑOS) Y MUESTRAN UNA RELACIÓN DE MORDIDA BASTANTE NORMAL, PERO PUEDEN SUFRIR DESVIACIONES, TALES COMO MORDIDA ABIERTA, MORDIDAS CRUZADAS O PÉRDIDAS DE ESPACIO, EN EL SECTOR POSTERIOR DE LA ARCADA DENTARIA.

MORDIDA ABIERTA

CUANDO QUEDA UNA APERTURA ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES, ES DECIR, QUE ESTOS NO SE TOCAN CUANDO LO HACEN LOS POSTERIORES, GENERALMENTE ES OCASIONADA POR UN HÁBITO DE SUCCIÓN.

MORDIDA CRUZADA

INDICA QUE LOS DIENTES POSTERIORES O ANTERIORES, ESTÁN TRABADOS FUERA DE SU POSICIÓN, CUANDO EL NIÑO CIERRA LA BOCA, ESTO PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL, E IMPLICAR UNO O MÁS DIENTES.

INCISIVO CRUZADO

SE OBSERVA CON LOS DIENTES EN OCLUSIÓN Y CON FRECUENCIA SE ATRIBUYE ESTA IRREGULARIDAD A LA RETENCIÓN PROLONGADA

DE UN INCISIVO PRIMARIO, LO QUE ORIGINA QUE EL INCISIVO PERMANENTE EN DESARROLLO SE DESVÍE LINGUALMENTE DE SU PATRÓN DE ERUPCIÓN.

UN PROCEDIMIENTO RELATIVAMENTE SIMPLE Y EFECTIVO, PARA TRATAR EL INCISIVO CRUZADO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA COMPROBADO QUE HAY ESPACIO SUFICIENTE PARA DESCRUZARLO, ES EL USO DE UN PLANO INCLINADO DE ACRÍLICO, COLOCADO SOBRE LOS DIENTES INFERIORES. ES IMPORTANTE OBSERVAR QUE DURANTE EL CIERRE, EL ÚNICO DIENTE QUE SE ENCUENTRE EN CONTACTO CON ESE PLANO, SEA EL QUE NECESITAMOS MOVILIZAR.

POCO A POCO SE VERÁ QUE EL INCISIVO SE MUEVE HACIA VESTIBULAR, ESTANDO DESPUÉS BORDE A BORDE Y FINALMENTE EN POSICIÓN NORMAL. EN ESTOS CASOS NO ES NECESARIO UTILIZAR UN APARATO DE RETENCIÓN, LAS CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DEL INCISIVO, LO MANTIENEN EN SU NUEVA POSICIÓN.

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR FUNCIONAL

ESTE TIPO DE MALOCLUSIÓN, SE PUEDE CONVERTIR EN SEVERA, LOS DIENTES EN ERUPCIÓN SE FORZARÁN A RELACIONES OCLUSALES, QUE DESTRUIRÁN SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE.

SI SE INICIA UN TRATAMIENTO INTERCEPTIVO, TAN PRONTO COMO LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES HAYAN ALCANZADO LA OCLUSIÓN, LA PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE DIENTES ES ÓPTIMA. EL RESULTADO SERÁ SIMETRÍA DENTAL FACIAL, TANTO EN LAS POSICIONES DE CIERRE, COMO DE DESCANSO Y UN AMBIENTE ORAL MÁS NORMAL, PARA DIENTES POSTERIORES EN ERUPCIÓN.

COMO RECONOCER UNA MORDIDA CRUZADA.- HAY QUE OBSERVAR LA CARA DE LOS PACIENTES. LA CARA HUMANA NORMALMENTE ES SIMÉTRICA, SIN EMBARGO, UN NIÑO CON CARA SIMÉTRICA, PUEDE MOSTRAR UNA ASIMETRÍA NOTABLE, CUANDO CIERRA SUS DIENTES EN

CONTACTO OCLUSAL MÁXIMO. CASI SIEMPRE TAL ASIMETRÍA, ESTÁ RE
LACIONADA CON INTERFERENCIAS OCLUSALES, QUE PROVOCAN UN DES-
PLAZAMIENTO LATERAL DE LA MANDÍBULA.

CUANDO EL PACIENTE REALIZA UN CONTACTO MÁXIMO OCLUSAL,
LA MANDÍBULA Y LA LÍNEA MEDIA DENTAL INFERIOR, SE DESVÍAN HA
CIA UN LADO. LA DESVIACIÓN COLOCA A LOS CANINOS Y A LOS DIEN
TES POSTERIORES DE ESE LADO, EN UNA RELACIÓN CRUZADA. LAS --
CÚSPIDES BUCALES DE LOS MOLARES PRIMARIOS Y LOS MOLARES PER-
MANENTES OCLUYEN LINGUALMENTE A LAS CÚSPIDES BUCALES DE LOS
DIENTES MANDIBULARES OPUESTOS.

EN EL OTRO LADO DE LA BOCA, LOS DIENTES OCLUYEN APAREN
TEMENTE EN UNA FORMA NORMAL.

CUANDO EL ODONTÓLOGO GUÍA LA MANDÍBULA, DE LA POSICIÓN
DE DESCANSO AL PRIMER CONTACTO OCLUSAL, SIN PERMITIR NINGUNA
DESVIACIÓN LATERAL, LAS LÍNEAS MEDIAS, ESTARÁN ALINEADAS. EN
EL LADO QUE SE ENCONTRABA CRUZADO, LAS CÚSPIDES BUCALES DE -
LOS MOLARES MAXILARES Y MANDIBULARES, SE ENCONTRARÁN CASI EN
EL MISMO PLANO VERTICAL. EN EL LADO QUE PARECÍA NORMAL, LAS
CÚSPIDES NORMALES DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS, TAMBIÉN SE EN
CONTRARÁN EN EL MISMO PLANO VERTICAL.

LOS CANINO PRIMARIOS DEBERÁN OCLUIR CÚSPIDE A CÚSPIDE.
ESTOS DIENTES SON NORMALMENTE, LOS LUGARES INICIALES DE LAS
INTERFERENCIAS OCLUSALES, QUE DESVÍAN LATERALMENTE LA MANDI-
BULA.

SE PUEDEN ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES MENO--
RES DESGASTANDO LAS SUPERFICIES APROPIADAS DE LOS DIENTES --
PRIMARIOS. TAMBIÉN SE PUEDEN RESOLVER INTERFERENCIAS OCLUSA-
LES MAYORES, OCASIONADAS POR LA MALPOSICIÓN DE LAS CÚSPIDES
DE LOS DIENTES PRIMARIOS, MEDIANTE LA EXTRACCIÓN DE ALGUNOS
DE ESTOS DIENTES.

PÉRDIDA DE ESPACIO

POR LA PÉRDIDA PREMATURA Y NO ATENDIDA DE UN MOLAR PRIMARIO Y TRAS LA PÉRDIDA DE UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO, CUANDO NO SE HA MANTENIDO EL ESPACIO PARA EL PREMOLAR SUCESOR. EN TALES CASOS, EL PRIMER MOLAR PERMANENTE TIENDE A INCLINARSE O A EMIGRAR HACIA EL ESPACIO CREADO, CAUSANDO UNA PÉRDIDA DE LA DIMENSIÓN DEL ARCO Y BLOQUEANDO AL PREMOLAR QUE AÚN NO HA ERUPCIONADO, CON LO QUE SU ANTAGONISTA NO PODRÁ ESTAR EN OCLUSIÓN CORRECTA.

RECONOCIMIENTO Y DIAGNOSTICO DE LAS DESARMONIAS OCLUSALES CLASE II.

EL MOMENTO OPORTUNO PARA TRATAR CIERTAS DESARMONÍAS DE CLASE II, ES A COMIENZOS DE LA DENTICIÓN MIXTA, EN NIÑOS ENTRE LOS SIETE Y LOS NUEVE AÑOS.

ANTES DE TRATAR LAS DESARMONÍAS OCLUSALES EN LA DENTICIÓN MIXTA, SE DEBE DETERMINAR SI EL ARCO INFERIOR SE ESTÁ A COMODANDO Y SI HABRÁ ESPACIO PARA QUE ERUPCIONEN LOS DIENTES PERMANENTES SIN APIÑAR A LOS INCISIVOS INFERIORES.

EN UN DIAGNÓSTICO ANALÍTICO DE LA DENTICIÓN MIXTA, SE DEBERÁN TOMAR EN CUENTA, LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS FAVORABLES:

- A) DIASTEMAS ENTRE LOS INCISIVOS INFERIORES.
- B) CRECIMIENTO INTERCANINO POR APOSICIÓN OSEA, EN LA CARA EXTERNA DE LA APÓFISIS ALVEOLAR.
- C) INCLINACIÓN VESTIBULAR DE LOS INCISIVOS PERMANENTES.
- D) OCLUSIÓN.

ES MUY IMPORTANTE COMPRENDER LA DIFERENCIA ENTRE UNA OCLUSIÓN SATISFACTORIA, EN UNA DETERMINADA ETAPA DEL DESARRO-

LLO Y LO QUE PUEDE CONSIDERARSE UNA OCLUSIÓN NO SATISFACTORIA.

EN LA RELACIÓN MIXTA HAY CON FRECUENCIA UNA RELACIÓN CÚSPIDE A CÚSPIDE, QUE PUEDE CONSIDERARSE ERRONEAMENTE UNA DESARMONÍA DE CLASE II INCIPIENTE. POR LO GENERAL LA RELACIÓN MOLAR DEFINITIVA, NO SE PRODUCE, HASTA QUE SE HAN PERDIDO LOS MOLARES PRIMARIOS.

CUANDO SE OBSERVA UNA RELACIÓN DE CLASE II, EN LA DENTICIÓN PRIMARIA, SE DEBERÁN HACER MODELOS DE ESTUDIO Y PONER AL NIÑO EN OBSERVACIÓN ORTODÓNTICA.

UNA RELACIÓN DE CLASE II VERDADERA, CON O SIN UN ENTRECruzAMIENTO EXCESIVO, RARA VEZ SE CORRIGE POR SI MISMA E INVARIABLEMENTE SE ACENTÚA DESPUÉS DE LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS PERMANENTES.

EL DIAGNÓSTICO ANALÍTICO, DEPENDE DE LA EVALUACIÓN DEL ARCO INFERIOR, INCLUYENDO UN ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA Y UN ESTUDIO CEFALOMÉTRICO.

DEL ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA, SE HABLÓ AMPLIAMENTE EN EL CAPÍTULO III.

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

WILLIAMS (1969) SUGIRIÓ UN MÉTODO SIMPLE PARA LA EVALUACIÓN DE LA POSICIÓN VESTIBULOLINGUAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES, UTILIZANDO UNA RADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA.

SE TRAZA UNA LÍNEA QUE VA DESDE LA CAVIDAD POR ABAJO DE LA ESPINA NASAL ANTERIOR O PUNTO A, HASTA LA CONCAVIDAD QUE SE ENCUENTRA POR ARRIBA DEL MENTÓN O PUNTO B.

UN CRITERIO CEFALOMÉTRICO COMÚN, EN LA MAYORÍA DE LOS INDIVIDUOS EN CUANTO A UN PERFIL ARMONIOSO Y BIÉN BA--

LANCEADO, ES LA RELACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR, CON LA LÍNEA AB.

EN EL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO, SE DIBUJA LA PUNTA DEL INCISIVO INFERIOR, SOBRE EL PAPEL DEL TRAZADO Y SE MIDE EN MILÍMETROS LA DISTANCIA DE LA LÍNEA AB. LA PUNTA DEL INCISIVO, PUEDE CAER POR DELANTE, SOBRE O POR ATRÁS DE LA LÍNEA AB.

SI LA PUNTA DEL INCISIVO ESTÁ UBICADA POR DELANTE DE LA LÍNEA AB Y EL ESPACIO REQUERIDO ES IGUAL O MAYOR, QUE EL ESPACIO DISPONIBLE, ES MUY PROBABLE QUE ESTE PACIENTE NO REQUIERA DE TRATAMIENTO CON FUERZA EXTRAORAL.

SI LA POSICIÓN DE LA PUNTA DEL INCISIVO INFERIOR, ESTÁ POR DETRÁS DE LA LÍNEA AB, LA LONGITUD DEL ARCO PUEDE AUMENTARSE, MOVIENDO LOS INCISIVOS INFERIORES POR FUERA DE LA LÍNEA MEDIA. POR CADA MILÍMETRO QUE SE MUEVEN HACIA DELANTE LOS DIENTES, SE GANAN DOS MILÍMETROS EN LA LONGITUD DEL ARCO. ESTE TIPO DE DESARMONÍA CLASE II, CON FRECUENCIA PUEDE SER TRATADO CON ÉXITO, SIN LA EXTRACCIÓN DE PREMOLARES, CON EL USO DE FUERZA EXTRAORAL, LA CUAL CORRIGE CON EFECTIVIDAD LA RELACIÓN MOLAR DE CLASE II Y LA PROTRUSIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

LA EVALUACIÓN DEL ARCO INFERIOR Y EL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO, SON SOLO GUÍAS EN LA DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO PRECOZ, EN UNA DESARMONÍA CLASE II.

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO PRECOZ

A) LOS DIENTES PERMANENTES PUEDEN SER MOVIDOS A TRAVÉS DEL HUESO MÁS JOVEN E INMADURO, CON MAYOR FACILIDAD Y EN MENOS TIEMPO, QUE EN EL NIÑO MAYOR.

B) SI EXISTE UNA MORDIDA CRUZADA, LA CORRECCIÓN PRECOZ, PERMITE QUE LA PRESIÓN DE MORDIDA SOBRE EL RESTO DE LOS DIENTES SE NORMALICE, ASÍ COMO, PREVIENE EL DESGASTE ANORMAL DE LAS SUPERFICIES DE LOS DIENTES EN MORDIDA CRUZADA. LA FUERZA DE LOS MÚSCULOS FACIALES Y MASTICATORIOS PUEDE AYUDAR A LOS HUESOS INFANTILES A CRECER DE UNA MANERA MAS NORMAL

C) SI SE PRODUJO UNA PÉRDIDA DE ESPACIO, A CAUSA DEL DESPLAZAMIENTO HACIA DELANTE, DE UN MOLAR DE LOS SEIS AÑOS, SE LE PUEDE RECUPERAR CON MAYOR FACILIDAD, EN UN NIÑO PEQUEÑO, QUE EN UNO MAYOR.

D) SI EXISTE UN HÁBITO, TAL COMO LA PROLONGADA SUCCIÓN DE ALGÚN DEDO, O LA PRESIÓN EXCESIVA DEL LABIO INFERIOR DURANTE LA DEGLUCIÓN, EL HÁBITO PUEDE SER CORREGIDO CON MAYOR FACILIDAD, EN EL NIÑO PEQUEÑO.

E) LOS NIÑOS MENORES DE DOCE AÑOS, PARECEN COOPERAR MEJOR CON EL USO MÁS DILIGENTE DE SUS APARATOS Y MANTENIENDO SUS DIENTES MÁS LIMPIOS DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE MALOCLUSIONES MENORES, A DIFERENCIA DE LOS MAYORES.

DESVENTAJAS

A) HAY SIEMPRE LA POSIBILIDAD, DE QUE UNO O DOS DE LOS DIENTES REMANENTES, ERUPCIONEN EN UNA POSICIÓN INCORRECTA Y DEBAN SER CORREGIDOS EN UNA OCASIÓN POSTERIOR.

B) PUEDE PRODUCIRSE UN RETORNO DE LOS DIENTES A SUS

POSICIONES ORIGINALES INCORRECTAS; DESPUÉS DE COMPLETADO EL TRATAMIENTO Y RETIRADO EL DISPOSITIVO DE CONTENSIÓN. (SI ES QUE FUE NECESARIO).

CUANDO SE CONSIDERE QUE EL PACIENTE REQUIERE DE UN --- TRATAMIENTO DE MALOCLUSIÓN MENOR, SERÁ NECESARIO INFORMAR A LOS PADRES SOBRE LA MALOCLUSIÓN DE SU NIÑO, HACIENDO LO MÁS OBJETIVA POSIBLE LA EXPLICACIÓN, MEDIANTE RADIOGRAFÍAS SE--- SIADAS, MODELOS DE YESO, ASÍ COMO MUESTRAS DE LOS APARATOS QUE PODRÍA TENER QUE USAR. TAMBIÉN SE HABLARÁ SOBRE LA DURA CIÓN Y COSTO APROXIMADOS DEL TRATAMIENTO.

TIPOS DE APARATOS PARA TRATAR MALOCLUSIONES MENORES

EN GENERAL HAY CUATRO TIPOS DE APARATO: REMOVIBLES, -
FIJOS, PARA ACCIÓN MUSCULAR Y DE CONTENCIÓN.

REMOVIBLES

ESTOS PUEDEN SER RETIRADOS POR EL NIÑO, QUIEN LOS USA
RÁ INSERTADOS EN SUS DIENTES.

EL PACIENTE HABITUALMENTE, PODRÁ QUITARSE ESTE TIPO -
DE APARATO PARA COMER Y MIENTRAS LO USE DEBERÁ MANTENERLO -
AL IGUAL QUE SUS DIENTES, BIEN LIMPIO TODO EL TIEMPO.

ESTÁN ELABORADOS CON RESORTES DE ALAMBRE DE ACERO INO
XIDABLE, QUE AYUDAN A MOVER LOS DIENTES A POSICIONES NUEVAS.

FIJOS

SUELEN SER REALIZADOS CON BANDAS METÁLICAS, CEMENTA---
DAS EN LOS DIENTES, CON ALAMBRE QUE PASA SOBRE LAS BANDAS.
AUNQUE OCASIONALMENTE PUDIERA PERDERSE UNA LIGADURA DE A---
LAMBRE, EL APARATO NO SE DOBLARÁ, NI SE PERDERÁ FACILMENTE.

DE ACCIÓN MUSCULAR

SU ACCIÓN DEPENDE DE LA FUERZA DE MORDIDA, DE LA FUER
ZA DE DEGLUCIÓN O DE LA FUERZA MUSCULAR LABIAL. ESTOS SON -
LOS LLAMADOS APARATOS DE ACCIÓN MUSCULAR Y PUEDEN SER ADAP-
TADOS PARA TRATAR CIERTAS MALOCLUSIONES O MALOS HÁBITOS MUS
CULARES, LABIALES O DE DEGLUCIÓN. TAMBIÉN SE PUEDE UTILIZAR
MIENTRAS EL PACIENTE USA OTRO APARATO PRINCIPAL.

APARATOS DE CONTENCIÓN.

SE UTILIZAN DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PARA MANTENER -
LOS DIENTES EN SUS NUEVAS POSICIONES, ESENCIALMENTE ES UN
APARATO REMOVIBLE, ESTRECHAMENTE ADAPTADO PERO SIN EJERCER
PRESIONES SOBRE LOS DIENTES, SE USA CIERTO NÚMERO DE HORAS
DURANTE TRES A SEIS MESES, SEGÚN EL CASO.

VII.- TRATAMIENTO DE LOS CASOS MÁS FRECUENTES DURANTE LA DENTICIÓN MIXTA.

EL MOTIVO DE LA PRIMERA VISITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL, SUELE SER POR CARIES, TRAUMATISMOS O EXPERIENCIAS ANTERIORES EN SUS HERMANOS; UNA VEZ ATENDIDO EL PROBLEMA ESPECÍFICO, DEBEMOS INFORMAR A LOS PADRES EN FORMA GENERAL, DE LAS CONDICIONES BUCALES DEL NIÑO Y HABLARLES DE LA NECESIDAD DE VISITAS POSTERIORES, CON LA FRECUENCIA QUE EL CASO REQUIERA.

LA ATENCIÓN DEL NIÑO EN ESTE PERÍODO, PERMITE AL ODONTÓLOGO, OBSERVAR CIERTOS ASPECTOS QUE SON FUNDAMENTALES PARA LA SALUD DENTAL Y QUE LE PERMITIRÁN VALORAR, SI ESTÁ EN SUS MANOS ATENDERLO, O DEBERÁ CANALIZARLO AL ESPECIALISTA.

ESTE PRINCIPIO SE APLICARÁ CUANDO LOS PADRES LLEVEN A SUS HIJOS A REVISIÓN PERIÓDICA Y SE OBTENGAN LOS SIGUIENTES DATOS:

- A) CLASIFICACIÓN DEL PERFIL.
- B) PATRÓN ESQUELÉTICO MÁXILO MANDIBULAR.
- C) NÚMERO DE DIENTES Y FORMA.
- D) ESTADO DE SALUD DENTAL, PARODONTAL Y TEJIDOS ADYACENTES.
- E) POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR DE INCISIVOS.
- F) PRESENCIA DE DIENTES PERMANENTES.
- G) ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA.

LA DENTICIÓN MIXTA ES LA ÉPOCA DE MAYOR OPORTUNIDAD, PARA LA GUÍA OCLUSAL Y LA INTERCEPCIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN Y EN LA QUE EL ODONTÓLOGO GENERAL, PUEDE ATENDER CON ÉXITO, -

LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- PÉRDIDA DE DIENTES PERMANENTES
- AUSENCIA CONGÉNITA DE DIENTES
- DIASTEMA DE CENTRALES SUPERIORES
- MOLARES SUMERGIDOS O ANQUILOSADOS
- ERUPCIÓN ECTÓPICA
- DIENTES SUPERNUMERARIOS
- ANOMALÍAS DE TAMAÑO
- MORDIDA CRUZADA ANTERIOR
- MORDIDA CRUZADA POSTERIOR
- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

PÉRDIDA DE DIENTES PERMANENTES

CAUSAS:

- CARIES
- TRAUMATISMOS
- EXTRACCIONES

TRATAMIENTO:

SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE LA PÉRDIDA, LO IMPORTANTE ES MANTENER EL PERÍMETRO DEL ARCO, HASTA LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES. LO IDEAL ES COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN SI SE COLOCA CUANDO YA HA DISMINUIDO EL ESPACIO, SU FUNCIÓN SE LIMITA A RESTABLECER LA FUNCIÓN OCLUSAL, CONVINIENDO ENTONCES, LA COLCCACIÓN DE UN APARATO ACTIVO, RECUPERADOR DE ESPACIO. (VER CAPÍTULO IV)

AUSENCIA CONGÉNITA DE DIENTES

CAUSAS:

HERENCIA
INFECCIONES LOCALES
MAL DESARROLLO DEL GERMEN

DIAGNÓSTICO:

CLÍNICO.- ES MUY IMPORTANTE, CONTAR LOS DÍAS DEL PACIENTE, PUES EN OCASIONES, HABIENDO AUSENCIAS, -- POR ESTAR MUY BIÉN ALINEADOS, PASAN DESAPERCIBIDAS.

RADIOGRÁFICO.- MEDIANTE ESTE ESTUDIO, SE PODRÁ COMPROBAR ESTA ANOMALÍA Y TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS.

FRECUENCIA:

POR NÚMERO DE CASOS TENEMOS:

1er. LUGAR.-- 2os. PREMOLARES INFERIORES
2o. " .- LATERALES SUPERIORES
3er. " .- 2os. PREMOLARES SUPERIORES
4o. " .- CENTRALES INFERIORES

TRATAMIENTO:

SI EL ESPACIO ES ADECUADO Y NO HAY PROBLEMAS - DE MALOCCLUSIÓN, SE PUEDE COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO Y POSTERIORMENTE UNA PRÓTESIS (VER CAPÍTULO IV)

CUANDO LA AUSENCIA ES BILATERAL Y LOS DIASTEMAS NO SON AMPLIOS, CONVIENE DEJAR EN OBSERVACIÓN, PUES -- TIENDEN A CERRARSE CON LA ERUPCIÓN DE LOS DEMÁS DIENTES.

EN CASO DE REQUERIR MOVIMIENTO DE DIENTES, COMO EN AUSENCIA DE LATERALES SUPERIORES, EL MOVIMIENTO DE CA NINOS; EN PREMOLARES INFERIORES, LA MESIALIZACIÓN DE PRIME-

ROS MOLARES, EL PROBLEMA DEBERÁ SER CANALIZADO AL ORTO--
DONCISTA.

DIASTEMA EN CENTRALES SUPERIORES

ETIOLOGIA:

DIENTES SUPERNUMERARIOS
DIASTEMA FISIOLÓGICO
FUSIÓN IMPERFECTA DE LA LÍNEA MEDIA
FRENILLO LABIAL HIPERTRÓFICO
AUSENCIA CONGÉNITA DE LATERALES

EXAMEN:

RADIOGRÁFICO.- MEDIR EL ANCHO DE LOS -
INCISIVOS, OBSERVAR LA INSERCIÓN DEL FRENILLO LABIAL.

TRATAMIENTO:

DIENTES SUPERNUMERARIOS.- EN ESTE CASO
RECIBE EL NOMBRE DE MESIODENS Y SU TRATAMIENTO ES LA EX-
TRACCIÓN, MANTENER EN OBSERVACIÓN Y COLOCACIÓN DE UN APA
RATO SI ES NECESARIO.

DIASTEMA FISIOLÓGICO.- GENRALMENTE DESA
PARECE CON LA ERUPCIÓN DE LATERALES Y CANINOS.

FUSIÓN IMPERFECTA DE LA LÍNEA MEDIA.- -

A) CERRAR EL DIASTEMA, MEDIANTE UNA PLACA HAWLEY, CON RE
SORTES ACTIVADOS, BANDAS EN CENTRALES Y FUERZA RECÍPROCA.

B) UNIR LOS CENTRALES MEDIANTE RESINAS COMPUESTAS DE AUTO-POLIMERIZACIÓN Y ALAMBRE 0.22 REDONDO.

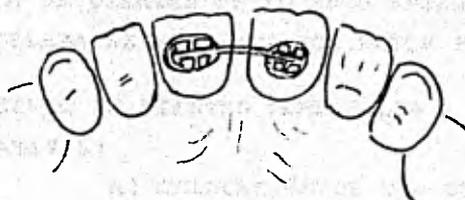


FIG. 18

PRENILLO LABIAL HIPERTRÓFICO.- A) COLOCA ---
CIÓN DE PLACA HAWLEY CON RESORTES ACTIVADOS Y FUERZA RECÍ-
PROCA.

B) FRENILLECTOMÍA, ES RECOMENDABLE DES ---
PUÉS DE CERRADO EL DIASTEMA, PARA QUE EL TEJIDO DE CICATRI-
ZACIÓN LOS MANTENGA JUNTOS, DE LO CONTRARIO HACE QUE SE SE
PAREN.

AUSENCIA CONGÉNITA DE LATERALES.- ESTOS CA-
SOS DEBEN CANALIZARSE AL ORTODONCISTA, PUES REQUIEREN DE
MOVIMIENTOS DENTALES.

B) UNIR LOS CENTRALES MEDIANTE RESINAS COMPUESTAS DE AUTO-POLIMERIZACIÓN Y ALAMBRE 0.22 REDONDO.

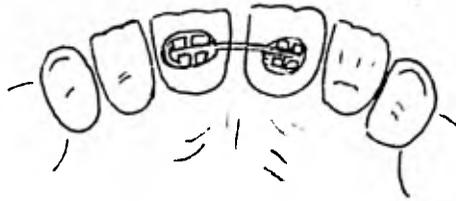


FIG. 18

FRENILLO LABIAL HIPERTRÓFICO.- A) COLOCA ---
CIÓN DE PLACA HAWLEY CON RESORTES ACTIVADOS Y FUERZA RECÍ-
PROCA.

B) FRENILLECTOMÍA, ES RECOMENDABLE DES ---
PUÉS DE CERRADO EL DIASTEMA, PARA QUE EL TEJIDO DE CICATRI-
ZACIÓN LOS MANTENGA JUNTOS, DE LO CONTRARIO HACE QUE SE SE-
PAREN.

AUSENCIA CONGÉNITA DE LATERALES.- ESTOS CA-
SOS DEBEN CANALIZARSE AL ORTODONCISTA, PUES REQUIEREN DE
MOVIMIENTOS DENTALES.

DIENTES ANQUILOSADOS O SUMERGIDOS

CUANDO NO ALCANZAN EL NIVEL DE LA OCLUSIÓN, OCASIONANDO CON ELLO:

-PÉRDIDA DE LA LONGITUD DEL ARCO.

-EXTRUSIÓN DE DIENTES EN EL ARCO ANTAGONISTA

ESTE PROBLEMA SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN MOLARES.

TRATAMIENTO EN DIENTES TEMPORALES

ALTERNATIVAS:

A) COLOCACIÓN DE UNA CORONA, SOBRE EL DIENTE ANQUILOSADO, PARA RESTAURAR SU ALTURA OCLUSAL, HASTA QUE DEBA SER EXTRAÍDO.

B) ELIMINACIÓN DEL DIENTE ANQUILOSADO Y COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

TRATAMIENTO EN DIENTES PERMANENTES

ALTERNATIVAS:

A) APOJAMIENTO Y REUBICACIÓN DEL DIENTE CON PINZAS, ESTO DEBE INTENTARSE SIEMPRE, EN EL CASO DE ANTERIORES, SIENDO OPCIONAL EN POSTERIORES.

B) EXTRACCIÓN, CUANDO SE FRACASA EN EL TRATAMIENTO ANTERIOR, SIENDO EN POSTERIORES MÁS CONVENIENTE CUANDO SE HACE OPORTUNAMENTE Y EL 2º. MOLAR PASA A OCUPAR SU LUGAR.

ERUPCIÓN ECTÓPICA

LOS DIENTES ECTÓPICOS, SON AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN FUERA DE LA POSICIÓN NORMAL. ESTE FENÓMENO SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER DIENTE, PERO CON MÁS FRECUENCIA EN: PRIMER MOLAR SUPERIOR, CANINO SUPERIOR E INCISIVOS INFERIORES.

CAUSAS:

MAYOR TAMAÑO
MAL POSICIÓN DEL GERMEN
POCO DESARROLLO DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

TRATAMIENTO:

PRIMER MOLAR PERMANENTE SUPERIOR.

A) INSERTAR ALAMBRE DE BRONCE PARA SEPARAR, ENTRE EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO Y EL PRIMERO PERMANENTE.

B) APRETAR EL ALAMBRE CADA CINCO A SEIS DÍAS, FORZANDO EL DIENTE PERMANENTE HACIA DISTAL, HASTA LIBERARLO.

EN EL TRATAMIENTO DE ÉSTE Y OTROS DIENTES ECTÓPICOS, SE DEBE CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

A) COLOCACIÓN DEL DIENTE EN SU POSICIÓN NOR
MAL.

B) MANTENIMIENTO DE UNA SECUENCIA FAVORABLE DE ERUPCIÓN.

C) MANTENIMIENTO DEL PERÍMETRO DEL ARCO.

(VER FIG. 19)

DIENTES RETENIDOS

SON AQUELLOS QUE NO PUEDEN ERUPCIONAR, POR ESTAR ESTRECHAMENTE ALOJADOS EN EL HUESO ALVEOLAR.

CAUSAS:

RETENCIÓN PROLONGADA DE DIENTES PRIMARIOS
LESIONES PATOLÓGICAS LOCALES.

TRATAMIENTO:

CANINOS SUPERIORES.- CUANDO NO HAY ESPACIO SU
FICIENTE PARA SU ERUPCIÓN, DEBERÁ SER TRATADO POR EL ESPE-
CIALISTA. SI LA RETENCIÓN ES SIMPLE, SE SEGUIRÁN ESTOS PA-
SOS:

A) DESCUBRIR EL DIENTE RETENIDO, MEDIANTE LA
EXTRACCIÓN DEL TEMPORAL SI ESTÁ PRESENTE.

B) HACER UNA INCISIÓN CIRCULAR EN LA MUCOSA
QUE CUBRE EL DIENTE RETENIDO.

C) ELIMINAR EL HUESO QUE PODEA LA CORONA, CON
UNA PRESA QUIRÚRGICA.

D) FORMAR UN ANSA DE LIGADURA DE ACERO, 0.14,
PASARLA AL REDEDOR DEL CUELLO DEL CANINO Y DEJAR QUE LOS -
EXTREMOS LIBRES DE LA LIGADURA SE EXTIENDAN FUERA DE LA IN
CISIÓN.

E) EL ALAMBRE DE LA LIGADURA SE ENROSCA SUAVE
MENTE ALREDEDOR DEL CUELLO DEL INCISIVO LATERAL O DEL PRI-

MER PREMOLAR.

F) DESPUÉS DE LA CICATRIZACIÓN, EL ALAMBRE PUEDE ATARSE A UN ARCO LINGUAL O A UN RESORTE AUXILIAR DE UN ARCO LINGUAL, PARA APLICAR TRACCIÓN Y LLEVAR AL DIENTE A LA POSI-
CIÓN DESEADA.

EN EL TRATAMIENTO DE OTROS DIENTES EN ERUPCIÓN, ANTES ---
QUE SE COMPLETE LA FORMACIÓN RADICULAR.

MANTENER EL ESPACIO SUFICIENTE EN EL ARCO.

DIENTES SUPERNUMERARIOS

CAUSAS:

HERENCIA

RESTOS EPITELEALES

ABERRACIONES EN EL DESARROLLO

CLASIFICACIÓN:

SUPLEMENTARIOS

MESIODENS

ODONTOMA

MALFORMADOS E HIPOPLÁSICOS

DIAGNÓSTICO:

MEDIANTE EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO, SE PUEDE DETEC-
TAR LA PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS Y DECIDIR LA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA INMEDIATA, O MANTENER EN OBSER-
VACIÓN EL DIENTE. ESTO ÚLTIMO SE PREFIERE EN EL DESARRO-
SIMÉTRICO Y ERUPCIÓN DE LOS DIENTES ADYACENTES Y SI NO
HAY EVIDENCIAS DE FORMACIÓN DE QUISTE, SOBRE TODO SI EL

NIÑO ES MUY PEQUEÑO

TRATAMIENTO: EXTRACCIÓN.

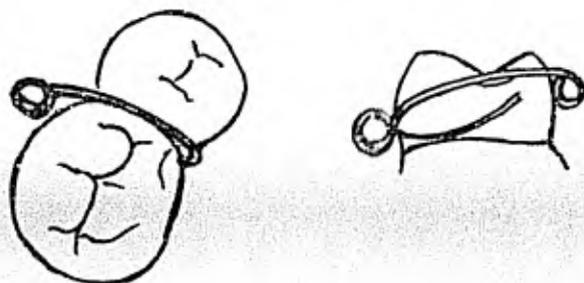


FIG. 19

PROBLEMAS DE DISCREPANCIA.

CUANDO SE PRESENTA UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA , EN LOS TAMAÑOS DE TODOS LOS DIENTES PERMANENTES Y EL ESPACIO DISPONIBLE PARA ELLOS, DENTRO DEL PERÍMETRO DEL ARCO ALVEOLAR.

DIAGNÓSTICO:

PARA HACER UN BUEN DIAGNÓSTICO, SE NECESITA UN ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA, LO MÁS EXACTO POSIBLE.

TRATAMIENTO:

EL ODONTÓLOGO GENERAL PODRÁ ATENDER ESTE PROBLEMA, SI SE REUNEN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A) RELACIÓN MOLAR DE CLASE I BILATERAL.
- B) ESQUELETO FACIAL EQUILIBRADO, EN LOS SENTIDOS ANTEROPOSTERIORES, VERTICAL Y MEDIO LATERAL.
- C) LA DISCREPANCIA DEBE SER POR LO MENOS DE 5 mm. EN CADA CUDRANTE.
- D) LAS LÍNEAS MEDIA, SUPERIOR E INFERIOR DEBEN COINCIDIR.
- E) NO DEBE EXISTIR NI MORDIDA ABIERTA NI MORDIDA PROFUNDA.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ELIMINACIÓN PLANEADA, DE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES CON ESTA SECUENCIA:

- A) EXTRACCIÓN DEL PRIMER MOLAR PRIMARIO INFERIOR, -- CUANDO SE HA FORMADO UNA PARTE DE LA RAÍZ DEL CANINO Y PRIMER MOLAR.
- B) ELIMINACIÓN DEL PRIMER PREMOLAR INFERIOR, HASTA -

QUE LA ERUPCIÓN INTRABUCAL PERMITA LA FORMACIÓN DE LA ALTURA ALVEOLAR NORMAL.

- D) EXTRACCIÓN DEL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR.
- E) LOS CANINOS, ESTARÁN EN CONDICIONES DE MOVERSE HACIA DISTAL.

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

TAMBIÉN LLAMADA MORDIDA EN TIJERA O DIENTE CRUZADO, CUANDO SE TRATA DE UN SOLO DIENTE.

CAUSAS:

UN DIENTE SUPERNUMERARIO, SITUADO EN VESTIBULAR.

TRAUMATISMO EN UN DIENTE ANTERIOR TEMPORAL.

DEFICIENCIA EN LA LONGITUD DEL ARCO.

DIAGNÓSTICO:

SE REQUIERE DE MODELOS DE ESTUDIO, CORRECTAMENTE ARTICULADOS, RADIOGRAFÍAS SERIADAS Y REUNIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A) ESPACIO SUFICIENTE, PARA MOVER EL DIENTE, A SU POSICIÓN CORRECTA.
- B) PRESENTAR UNA OCLUSIÓN NORMAL EN LAS ZONAS MOLAR Y CANINA.
- C) QUE LA RAÍZ DEL DIENTE TRABADO, NO ESTÉ MUY FUERA DE SU POSICIÓN NORMAL.

TRATAMIENTO:

- A) CUANDO LOS DIENTES ESTÉN RECIEN ERUPCIONADOS, BASTARÁ CON LA UTILIZACIÓN DE UN BAJA

LENGUAS PARA CORREGIRLA.

EL BAJALENGUAS SE COLOCA DETRÁS DEL DIEN-
TE Y SE EJERCE PRESIÓN HACIA VESTIBULAR,
DIEZ MINUTOS DE CADA HORA DURANTE EL DÍA.

B) PLANO INCLINADO DE ACRÍLICO.

-OBTENCIÓN DE MODELOS DE YESO Y ARTICULAR-
LOS.

-APLICAR ACRÍLICO DE AUTOPOLIMERIZACIÓN EN
LA ZONA DE INCISIVOS INFERIORES.

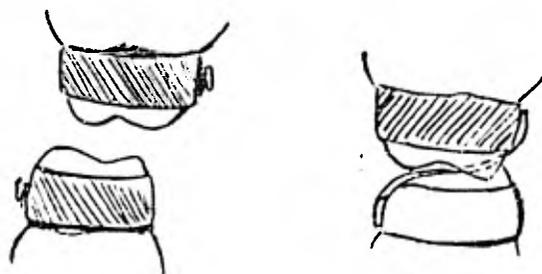
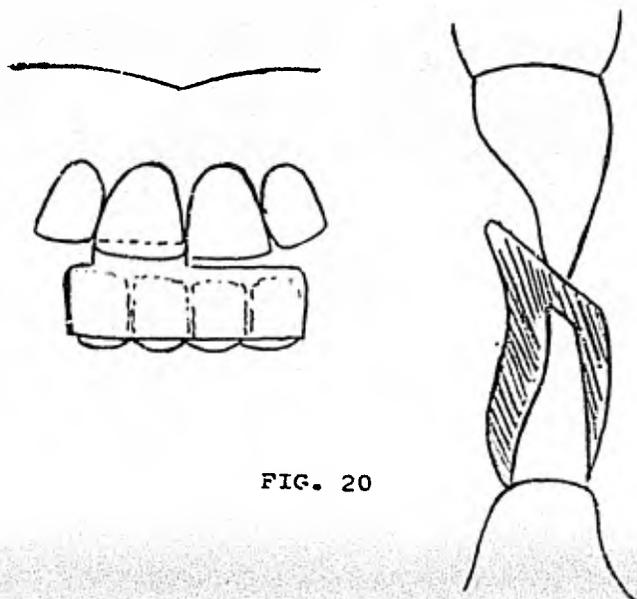
-FORMAR UN PLANO INCLINADO, EXTENDIENDO HA
CIA LINGUAL EN ÁNGULO DE 45° , RESPECTO --
DEL EJE LONGITUDINAL DE LOS INCISIVOS IN-
FERIORES.

-PULIR.

-CEMENTAR, AL CEMENTARLO, SOLAMENTE EL --
DIENTE TRABADO DEBE ESTAR EN CONTACTO CON
EL PLANO INCLINADO, LOS DIENTES POSTERIO-
RES NO LLEGAN A ESTAR EN OCLUSIÓN POR DOS
O TRES MILÍMETROS.

-MANTENER EN OBSERVACIÓN LOS LOGROS OBTENI
DOS Y RETIRARLO CUANDO EL DIENTE TRABADO,
HAYA SOBREPASADO EL BORDE INCISAL DE LOS
INCISIVOS INFERIORES.

(VER FIG. 20)



MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR PUEDE SER:

ESQUELÉTICA.- COMO RESULTADO DE UNA DISCREPANCIA DE LA ESTRUCTURA DE LOS MAXILARES. LA LÍNEA MEDIA SUPERIOR E INFERIOR, NO COINCIDE EN POSICIÓN DE REPOSO.

DENTAL.- POR LA MALPOSICIÓN DE DIENTES POSTERIORES.

FUNCIONAL.- OCURRE POR EL DESPLAZAMIENTO DE LA MANDÍBULA A UNA POSICIÓN ANORMAL, PERO MÁS CÓMODA. EN POSICIÓN DE DESCANSO, LA LÍNEA MEDIA SUPERIOR E INFERIOR COINCIDE.

TRATÁNDOSE DE UNA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR DENTAL O FUNCIONAL, CLASE I PODEMOS ATENDERLA; LA ESQUELÉTICA Y LAS CLASES II Y III, DEBERÁN SER REMITIDAS AL ESPECIALISTA.

TRATAMIENTO:

ELÁSTICO CRUZADO.- CUANDO SE TRATA DE UN SOLO DIENTE POSTERIOR.

A) ADAPTAR BANDAS DE ACERO A LOS MOLARES QUE SE ENCUENTRAN EN MORDIDA CRUZADA.

B) CEMENTAR LAS BANDAS.

C) COLOCAR LA BANDA ELÁSTICA CRUZADA, RECOMENDANDO QUE PERMANEZCA EN LA BOCA DEL NIÑO O EL MAYOR TIEMPO POSIBLE, INCLUSO PARA COMER.

D) GENERALMENTE EL PROBLEMA SE CORRIGE EN TRES O CUATRO SEMANAS.

(VER FIG. 21)

APARATO DE EXPANSIÓN DE RICKETT

PARA LA CORRECCIÓN DE MORDIDA CRUZADA POSTERIOR FUNCIONAL.

MATERIAL:

ALAMBRE 0.36

BANDAS PARA LOS MOLARES.

MODELOS DE YESO.

PAPEL DE ASBESTO.

PINZAS YOUNG.

SOLDADURA.

PROCEDIMIENTO:

ADAPTACIÓN DE LAS BANDAS EN EL MODELO.

DOBLAMIENTO DEL ALAMBRE COMO LO INDICA EL ESQUEMA.

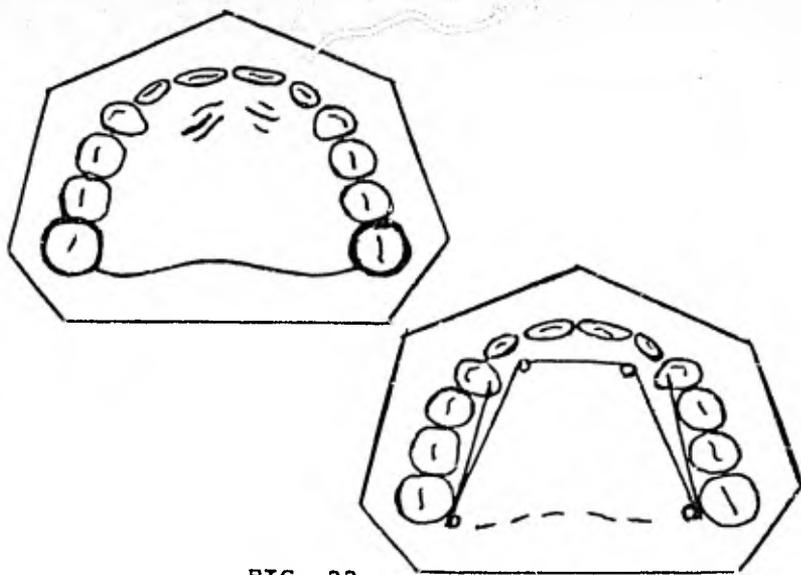


FIG. 22

- SE COLOCA EL APARATO PASIVO EN EL MODELO, CUBRIENDO CON EL PAPEL DE ASBESTO MOJADO, DEJANDO LIBRE ÚNICAMENTE LAS ZONAS QUE VAMOS A SOLDAR.
- SE SOLDA A LAS BANDAS.
- SE PULEN LAS ASPEREZAS.
- SE ACTIVA SEGÚN CONSIDEREMOS NECESARIO.
- SE CEMENTA EN EL PACIENTE.
- SI SE REQUIERE DE ACTIVACIÓN POSTERIOR, SE EFECTÚA INTRAORALMENTE, SEGÚN LAS NECESIDADES QUE PRESENTE EL PACIENTE.

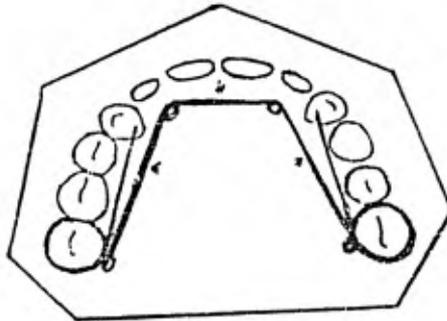


FIG. 23

B I B L I O G R A F I A

- 1.- COHEN MICHAL M., "PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS -- DEL NIÑO EN CRECIMIENTO", EDITORIAL PANAMERICANA, - BUENOS AIRES ARGENTINA.
- 2.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA, "PRINCIPIOS PARA GUÍAR UNA DENTICIÓN EN DESARROLLO", 1978, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.
- 3.- ELLIS ROY GILMORE, "CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES EN LOS NIÑOS", 1a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA, - 1970.
- 4.- FINN SIDNEY B., D.M.D., M.S., "ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA", EDITORIAL BIBLIOGRÁFICA ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 5.- LAW DAVID B. TR. HALPERIN DE HAINES FRINA, "UN A--
TLAS DE ODONTOPEDIATRÍA", EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 6.- MOYERS ROBERT E. D.D.S. "MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTÓLOGO GENERAL", 1976, 3a. E DICIÓN, EDITORIAL MUNDI, S.A.I.C. Y F. PARAGUAY --- 2100-JUNIN 985, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

VIII .-- CONCLUSIONES.

EL PERIODO DE LA DENTICIÓN MIXTA, ES DE GRAN SIGNIFICANCIA EN LA SALUD DENTAL DEL ADULTO, POR OCURRIR EN ÉL, EL CAMBIO DE LA DENTICIÓN TEMPORAL, A LA QUE TENDRÁ PARA EL RESTO DE SU VIDA Y CUYO DESARROLLO ÓPTIMO, ESTÁ CONDICIONADO POR AGENTES BIOLÓGICOS, QUÍMICOS Y FÍSICOS.

PARA QUE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO TENGA RESULTADOS POSITIVOS, DEBEMOS EMPEZAR POR CREARLES TANTO A ÉL COMO A SUS PADRES, UN CLIMA DE TRANQUILIDAD Y SEGURIDAD TÉCNICA. PARA LOGRARLO, HAY QUE ESCUCHAR DEL NIÑO, TODAS LAS INQUIETUDES Y TEMORES QUE TIENE Y DE LOS PADRES, LOS ANTECEDENTES DEL PROBLEMA, EL GRADO DE IMPORTANCIA QUE LE CONCEDEN Y LO QUE ESPERA DE NOSOTROS. DANDO A ÉSTO ÚLTIMO, UNA RESPUESTA BASADA EN UN BUEN DIAGNÓSTICO, QUE NOS PERMITIRÁ FORMULAR EL TRATAMIENTO A SEGUIR, O SUGERIR SU CANALIZACIÓN AL ESPECIALISTA.

SE INFORMARÁ A LOS PADRES CON ANTERIORIDAD, DE LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN, LA DURACIÓN Y COSTO DEL TRATAMIENTO.

NUNCA ATENDER SOLAMENTE EL PROBLEMA ESPECÍFICO, POR EL QUE ES LLEVADO EL NIÑO AL CONSULTORIO, SIEMPRE INFORMAR A LOS PADRES, SI ES NECESARIO EL TRATAR UN PROBLEMA QUE IGNORAN O HAN QUERIDO IGNORAR Y HABLARLES DE LA IMPORTANCIA QUE TIEN EN ESTA ETAPA, UNA REVISIÓN PERIÓDICA.

CADA NIÑO REPRESENTA UN CASO ESPECIAL, EN EL QUE PODEMOS ENCONTRAR UNO O VARIOS DE LOS PROBLEMAS DESCRITOS, - POR LO QUE SU TRATAMIENTO Y LA FORMA COMO NOS CONDUCTIREMOS CON ÉL EN LA CONSULTA, DEPENDERÁ DE SUS CARACTERÍSTICAS.

EL PREVENIR O INTERCEPTAR LOS PROBLEMAS DENTALES OPORTUNAMENTE, AHORRARÁN EN EL FUTURO, TRATAMIENTOS LARGOS Y MOLESTOS PARA EL PACIENTE.

IX.-B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BRAUER JOHN CHARLES, "ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS", 4a. EDICIÓN 1960, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 2.- COHEN MICHAL M., "PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS - DEL NIÑO EN CRECIMIENTO", EDITORIAL PANAMERICANA,- BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 3.- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA, "PRINCIPIOS PARA GUÍAR UNA DENTICIÓN EN DESARROLLO", 1978, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.
- 4.- ELLIS ROY GILMORE, "CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES EN LOS NIÑOS", 1a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1970.
- 5.- FINN SIDNEY B., D.M.D., M.S., "ODONTOPEDIATRÍA CLÍNICA", EDITORIAL BIBLIOGRÁFICA ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 6.- HARNDT EWALD WEYERS HELMUT, TR. SCHWARCZ BERNARDO Y HORACIO MARTINEZ, "ODONTOLOGÍA INFANTIL, PATOLOGÍA DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICA DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES EN LA NIÑEZ", EDITORIAL MUNDI, S.A. C.I. F., BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1969.
- 7.- LAW DAVID B. TR. HALPERIN DE HAINES FRINA, "UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRÍA", EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

- 8.- Mc. DONALD RALPH E., T.R. DR. HORACIO MONTUES, "ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, 3a. EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 9.- MOYERS ROBERT E. D.D.S. "MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTÓLOGO GENERAL", 1976, 3a. - EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI, S.A.I.C. Y F., PARAGUAY 2100-JUNIN 985, BUENOS AIRES, ARGENTINA.
- 10.- SYDNEY I. KOHN, "IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE - MALOCLUSIONES INCIPIENTES", FOLLETO DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, MEDCOM, INC.