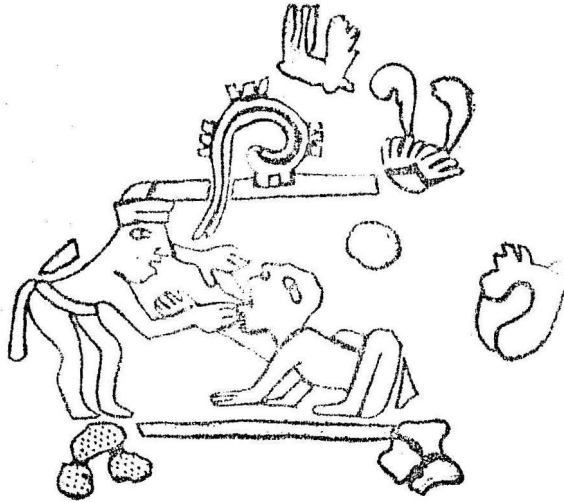


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



MANTENEDORES DE ESPACIO

TESIS PROFESIONAL

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

BLANCA LILIA AVILA HERNANDEZ

ROSALINDA AVILA HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1984



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

AGRADECIMIENTOS	I
INTRODUCCION	5
CAPITULO I	
ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL EN NIÑOS	7
PERIODONTO	8
CRONOLOGIA DE ERUPCION Y NUMERO DE DIENTES	10
ANATOMIA Y DIFERENCIA CON LOS PERMANENTES	24
DENTICION MIXTA	26
PLATITOS	29
CAPITULO II	
HISTORIA CLINICA	35
DEFINICION	36
CARACTERISTICAS	37
CAPITULO III	
CAUSAS DE PERDIDAS DE LOS DIENTES	42
CARIES	43
EXTRACCIONES PREMATURAS	48
FRACTURAS	57
CAPITULO IV	
MANTENEDORES DE ESPACIO	60
DEFINICION Y OBJETIVOS	61
CARACTERISTICAS	71
RECOMENDACIONES	79
CONCLUSIONES	85
BIBLIOGRAFIA	86

INTRODUCCION :

Los mantenedores de espacio forman parte de la Ortodoncia preventiva, pero incluye muchos más puntos.

La Ortodoncia Preventiva tiene dos objetivos primordiales

1.- Aliviar

2.- Evitar o prevenir.

Siendo el 1.^o al que se le brinda mayor interes.

Sin embargo para aliviar las enfermedades, es necesario emplear técnicas complicadas y costosas y que no siempre devuelven totalmente la salud.

La prevención resulta siempre mucho más sencilla y menos costosa.

Los problemas ortodónticos observados frecuentemente en el adulto, en su mayoría se inician en épocas tempranas de la vida y que se pueden evitar con métodos sencillos y es obligación del Cirujano Dentista adiestrar a sus pacientes para que los lleven a cabo.

Así mismo, es de vital importancia que sepa interpretar las pequeñas alteraciones que se pueden observar en la cavidad oral de los niños y que son el signo de alarma que antecede a las lesiones de mayor importancia, para que de esta forma se instale oportuno el tratamiento adecuado, evitando que el padecimiento avance, causando daños mayores, no solo en la salud oral sino en la salud general del paciente.

El objetivo de esta tesis ha sido recopilar lo más importante sobre las características de los mantenedores de espacio así como las causas más frecuentes de pérdida prematura de los dientes.

En el primer capítulo se habla de la Historia clínica que es muy importante para la recopilación de datos del caso a tratar.

En el mismo capítulo se hace una breve descripción de las características anatómicas e histológicas de los tejidos parodontales.

Es difícil dar una descripción exacta del parodonto, sobre todo en niños, dado que este se encuentra en constante cambio y sus características varían de acuerdo a la edad

del paciente.

En el segundo capítulo contiene la causa de la pérdida - prematura de dientes y en que forma influyen en los problemas ortodónticos posteriores.

Los mantenedores de espacio se describen en el capítulo tres, así como sus características, objetivo y clasificación.

Por último se encuentran unas breves consideraciones finales o conclusiones que ojala puedan ser ampliadas por el lector.

CAPITULO I :

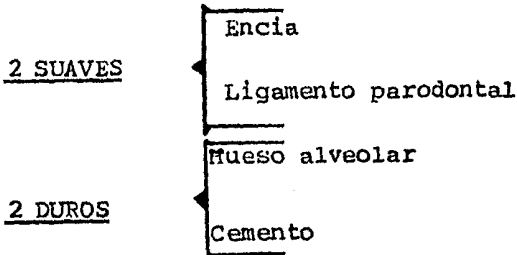
ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL EN NIÑOS:

- A) Parodonto.
- B) Cronología de erupción y número de dientes.
- C) Anatomía y diferenciación con los permanentes.
- D) Dentición mixta y parodonto en esta etapa.
- E) Hábitos.

PARODONTO :

Conjunto funcional de tejidos que le dan soporte a los --- dientes, dentro de la cavidad bucal y permiten desempeñar sus funciones.

Los tejidos que soportan al diente son 4 :



ENCIA.- Mucosa que cubre al proceso alveolar, hasta el cue -- llo de los dientes

ENCIA CLINICAMENTE SANA :

Color .- Rosado pálido, puede variar de acuerdo al grupo étni- co y grado de vascularización, queratinización, espe- sor del epitelio.

Papilas .- Son las que llenan los espacios interproximales, -- hasta el punto de contacto.

Puntilleo .- Se diferencia el grado de E. I. con aspecto de -- cáscara de naranja.

Textura .- Aterciopelada.

Consistencia .- Firme.

LIGAMENTO PARODONTAL.+ Es tejido diferenciado denso, rodea la raíz de este, une al diente al alveolo, mantiene al diente en el alveolo.

HUESO ALVEOLAR.- Es el tejido más importante del parodonto se encuentra en el proceso alveolar y su principal función es sostener y soportar a los dientes, cubrir las raíces.

CEMENTO.- es el tejido mesenquimatoso color amarillo pálido que cubre la dentina de la raíz del diente. Su dureza es menor que la de la dentina.

HISTOLOGICAMENTE SE DIVIDE EN:

- 1.- Cemento Celular.
- 2.- Tercio Apical Raíz.
- 3.- Cemento Acelular.
- 4.- Carece de células y se encuentra en el tercio cervical de la raíz.

CRONOLOGIA DE ERUPCION Y NUMERO

DE DIENTES

RADIOGRAFIAS:

La radiografía es la ayuda más importante para la acertada práctica de la Odontopediatría.

Si se usara juiciosamente la radiografía para realizar el valor del servicio dental, podrían salvarse muchas piezas y - se evitarían muchas maloclusiones. Los servicios adecuados para niños pequeños necesitan uso excesivo de este medio diagnóstico para que la Odontología pueda satisfacer el ideal de una ciencia preventiva. (Fig. I-1 y I-2)

VALOR DIAGNOSTICO DE LAS RADIOGRAFIAS:

Basicamente la radiografía de cualquier área proporciona información sobre forma, tamaño, posición, densidad relativa y número de objetos en el área. Las principales limitaciones de radiografías dentales normales es que nos presentan una figura bidimensional de un objeto tridimensional. La radiografía deberá emplearse para proporcionar mayores datos.

LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES:

Gran cantidad de lesiones incipientes interproximales no pueden ser detectadas con el espejo y el explorador, y deben localizarse con radiografías. Debido a las grandes cámaras pulpares y al rápido progreso de la caries en los niños, es de suma importancia detectar estos en su fase más temprana.

(Fig. I-3)

ANOMALIAS:

Existen anomalías en las piezas que son asintomáticas y no son visibles en la boca. Muchas de estas anomalías presentan riesgos para el desarrollo de de oclusiones de funcionamiento normal y pueden hallarse solo por medio de radiografías.



Fig. I-I Un examen periapical con doce películas y dos películas de mordida con aleta.

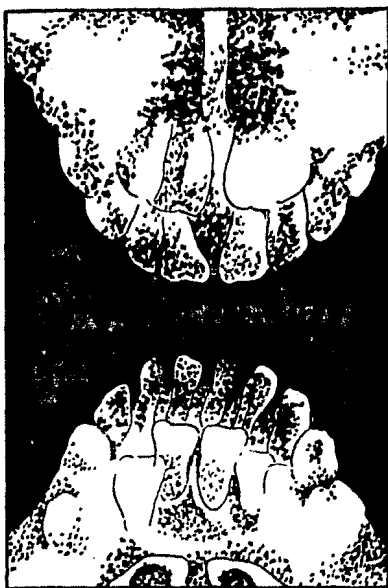


Fig. I-2 Proyecciones topográficas de piezas infantiles inferiores y superiores realizadas sobre una sola película oclusal.

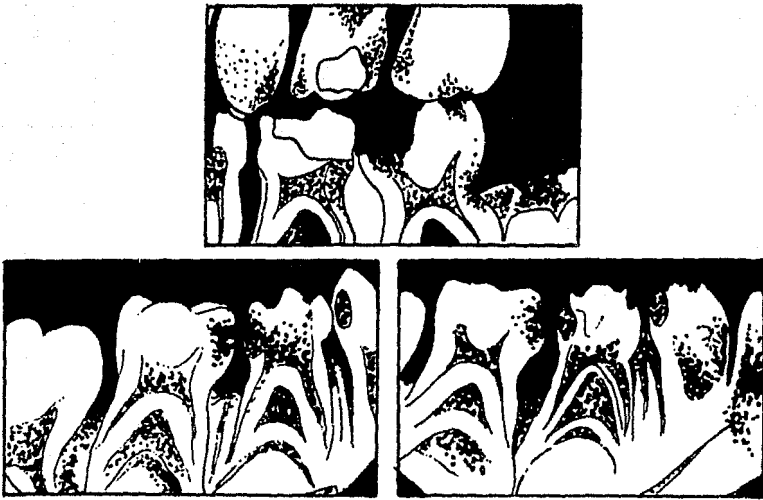


Fig. I-3 Molares primarios mandibulares y caninos con lesiones cariosas interproximales.

Entre las anomalías que pueden alterar el desarrollo de una-oclusión normal podemos mencionar ;

- (Fig. I-4) Dientes supernumerarios.
(Mesiodens).
Macrodoncia.
Microdoncia.
Piezas fusionadas.
Piezas anquilosadas.
- (Fig. I-5) Piezas germinadas.
- (Fig. I-6) Piezas en malposición.
Piezas impactadas.
Piezas ausentes.
- (Fig. I-7) Dens -in dent .
Odontomas.
- (Fig. I-8) Hipoplasias.
Piedras pulpares.

ALTERACIONES EN LA CALCIFICACION DE LAS PIEZAS.

Las radiografías ayudan a reconocer y diagnosticar enfermedades sistémicas que tienen manifestaciones. Entre las enfermedades sistémicas que pueden manifestarse podemos contar.

- Osteogenesis imperfecta.
- Sífilis congénita.
- Fluorosis crónica.
- Riquetziás y Displasia Ectodermica.

Entre las enfermedades particulares de los dientes que producen alteraciones en la calcificación podemos encontrar ;

- Amelogenesis Imperfecta.
- Dentinogenesis Imperfecta.
- Displasia Dentinal.
- Piedras pulpares.

ALTERACIONES EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO :

Aunque puede haber gran variación en la edad de erupción de las piezas en niños, físicamente normales deberán considerarse con cierto reparo, desviaciones de más de 3 años de la edad promedio de la erupción.

a)

b)



Fig. I-4 a).- Mesiodens con incisivos centrales en erupción normal.

b).- Mesiodens con interferencia de un incisivo central permanente.

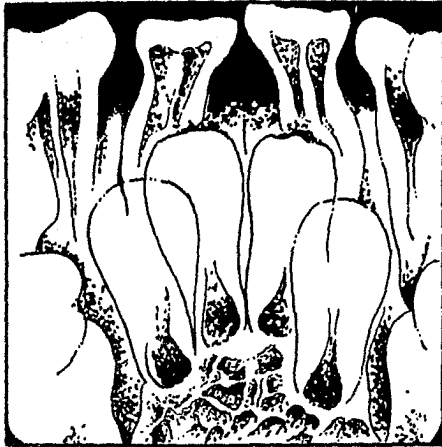


Fig. I-5 Germinación de los incisivos mandibulares primarios.



Fig. I-6 Un segundo molar primario sumergido.

a)

b)

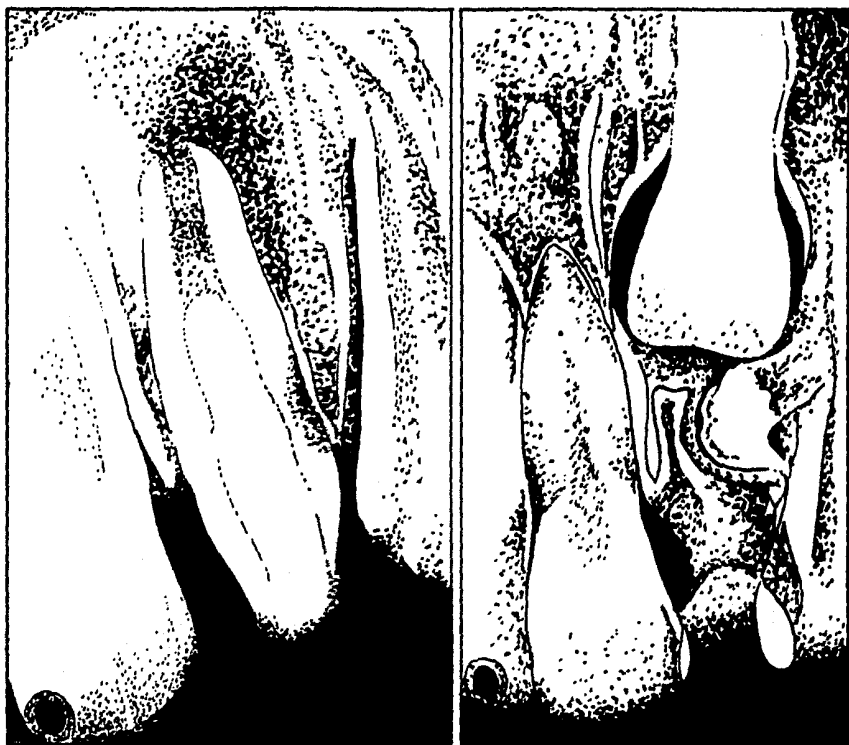
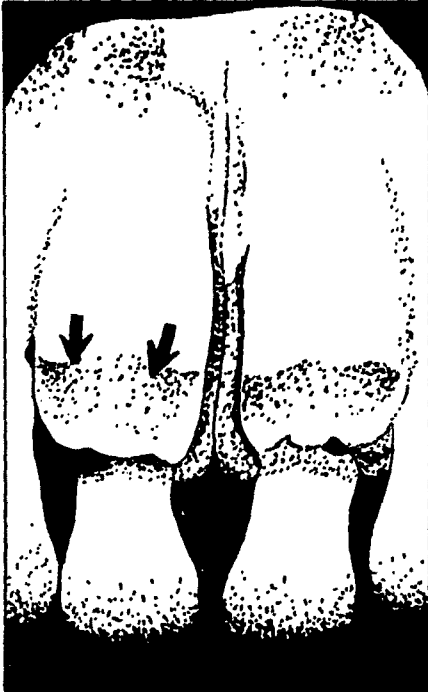


Fig. I-7 a).- Dens in dente de un incisivo lateral con patología periapical asociada.

b).- Odontoma con retención de incisivo central caduco e impacción del del sucesor permanente.

a)



b)



Fig. I-8 a).- Hipoplasia de incisivo central permanente no erupcionado.

b).- Piedras pulpaes presentes en un incisivo.

Hipotiroidismo.
Hipopituitarismo.
Disostosis Cleidocranel.

Pueden ocasionar Erupción Retardada.

ALTERACIONES EN LA INTEGRIDAD DE LA MENBRANA PERIODONTAL :

Las radiografías pueden ser de gran ayuda para diagnosticar -
Patosis Apical.- Una de las características cardinales de infecciones periapicales en el engrosamiento de la membrana periodontal adyacente. Factores generales y locales pueden dañar o destruir este tejido.

FACTORES LOCALES:

Irritación.
Oclusión traumática.
Falta de estimulación funcional.
Caries.

FACTORES GENERALES:

Infecciones bacterianas o virales.
Avitaminosis.
Discracias Sanguíneas.

ALTERACIONES EN HUESO DE SOPORTE:

Muchos cambios en la estructura ósea se pueden observar radiográficamente e indican enfermedad local o general.

DESTRUCCIONES OSEAS LOCALES ; Pueden indicar.

Abscesos.
Quistes.
Tumores.
Osteomielitis.
Enfermedades Periodontales.

DESTRUCCIONES OSEAS GENERALES:

Raquitismo.
Escorbuto.
Hiperparatiroidismo.
Disostosis Gleidocraneal.
Discracias Sanguíneas.
Diabetes.
Granuloma Eosinófilo.
Enfermedades metabólicas.

CAMBIO EN LA INTEGRIDAD DE LAS PIEZAS:

La inclusión de una pieza frecuentemente produce muerte gradual de la pulpa en formación de absceso. Radiografías dentinarias frecuentemente revelan la primera evidencia que hace el odontólogo para sospechar que la pulpa ha muerto, como ejemplo: Una formación incompleta de la raíz.

EVALUACION PULPAR:

Al apreciar la necesidad de tratamiento de la pulpa, ayuda a determinar, dentro de ciertos límites, la profundidad relativa de la lesión cariogénica y su proximidad a la pulpa. Permite evaluar el estado de los tejidos periapicales, muestra la forma de la pulpa y la gúfa más consistente disponible para la obturación de canales de la raíz y evaluar las alteraciones finales.

Es muy importante que la erupción dentaria corresponda con la edad del paciente. Para nuestra población puede tener validez los tiempos de erupción siguientes, Sin que se hayan tomado en cuenta extremos.

DENTICION TEMPORAL:

Incisivos centrales inferiores - 6 a 8 meses.

Incisivos centrales superiores - 8 a 10 meses.

Incisivos laterales superiores - 10 a 14 meses.

Primeros molares superiores e inferiores - 14 a 18 meses.

Segundos molares superiores e inferiores - 24 a 30 meses.

DENTICION PERMANENTE:

Primeros molares superiores e inferiores - 5 1/2 a 7 años.

Incisivos centrales inferiores - 5 1/2 a 7 años.

Incisivos centrales superiores - 6 a 7 1/2 años.

Incisivos laterales inferiores - 6 a 7 1/2 años.

Incisivos laterales superiores - 7 1/2 a 9 años.

Primeros molares superiores - 9 a 11 años.

Caninos y primeros premolares inferiores - 9 a 11 años.

Caninos y segundos premolares superiores	}	10 a 13 años.
Segundos premolares inferiores		
Segundos molares superiores e inf.	}	11 a 14 años.
Terceros molares superiores e inf.		

NUMERO DE DIENTES:

En la dentición temporal normal el número es de " 10 ":

- 8 - Incisivos.
- 4 - Caninos.
- 8 - Molares.

En la dentición permanente normal el número es de " 32 ":

- 8 - Incisivos.
- 4 - Caninos.
- 8 - Premolares (los cuales no existen en la primera dentición).
- 12 - Molares (Siendo normal que los terceros molares no erupcionan - en todas las personas).

ERUPCION RETARDADA:

La dentición que suele empezar con los dientes anteriores, puede iniciarse muy precozmente en ciertos niños (Hacia los 4 meses, mientras que en otros no empieza hasta después del primer año.

La causa de la erupción retardada, puede deberse a veces a que uno o más dientes no tienen la forma suficiente para empezar a erupcionar, y se recomienda en estos casos estimular la erupción, con el uso del mordillo que es de hule limpio y duro el cual ayudara a que la encía se perfore, no es recomendable la insisión en los sitios de erupción a esta edad, ya que puede ocasionar un proceso infeccioso.

DIENTES ATRAPADOS:

Cuando un diente no erupciona durante el periodo medio junto con un cierto margen de variación. Sobre todo cuando el mismo diente del lado contrario ha brotado ya o cuando un diente que normalmente brota más tarde se ha alineado en la arcada de

dental.

También se le llama Retención Dental - que es un espacio - relativamente extenso porque según indica la experiencia existen grandes discrepancias en cuanto a causa, diagnóstico, proyecto y tratamiento; en la región de los dientes frontales, - puede haber grandes consecuencias.

La retención afecta sobre todo a los caninos superiores y en segundo término a los centrales superiores. Estos son para el paciente de mayor importancia desde el punto de vista estético y funcional. Cualquier diente puede ser retenido pero uno aislado no posee gran importancia ni serios problemas ortodónticos.

La causa se debe a la falta de espacio (apiñamiento), - dientes supernumerarios, odontomas, germenes falsos, dirección de erupción desviada, tumores y quistes. Para su tratamiento » tienen mayor importancia los caninos e incisivos retenidos, pero son en igual caso muy agradecidos.

En muchos casos la única solución es la extracción del » diente retenido con cierre de espacio, que puede ser espontánea con la erupción del segundo molar.

La retención de terceros molares en muchos casos es consecuencia de la falta de espacio, tiene sobre el apiñamiento que aumenta con los años en el frente inferior y en la región dental lateral. El tratamiento ante todo es causal, significa crear un espacio por extracción o expansión de un diente.

En otros casos suprimiendo el supernumerario o el odontoma

En todos los casos hay que esperar el resultado en 6 meses

AUSENCIA DE GERMEEN:

El examen radiográfico en niños es de suma importancia ya que podemos observar cuando un diente no ha erupcionado, si - es que se debe a la ausencia de germen, a la cual se le llama anodoncia parcial y pueden ser uno o más dientes esto se relaciona con la herencia.

Los dientes que tienden a desaparecer con mayor frecuencia en orden cronológico son;

- 1.- Laterales
- 2.- Terceros molares
- 3.- Segundos premolares

El problema sería la estética en anteriores y se moverían los demás. En niños se previene con un mantenedor de espacio - en adultos se guarda el espacio.

Cuando faltan todos los dientes se llama: ANODONCIA TO + TOTAL o AGENEZIA; Y es muy raro.

SUPERNUMERARIOS:

Existe un mayor número de dientes de lo normal, no importa el tamaño ni forma. Esto se debe a una Hiperactividad de la la mina dental y da lugar a otro germen dentario, es más frecuente en dientes permanentes. Existen 2 tipos : (Fig. I-4)

Mesiodens y Periodens

MESIODENS:

Cualquier diente supernumerario que se encuentre entre el incisivo central.

PERIODENS:

Cualquier diente supernumerario que se encuentre bucalmente a cualquier altura del arco bucal. El problema es el apiñamiento, diastema, mala oclusión, estética, retención de dientes, absorción radicular del otro diente. Esto solo puede apreciarse radiográficamente y determinar su posición. La solución es la extracción pero si falta otro diente ocupar su lugar.

ANATOMIA Y DIFERENCIA CON LOS PERMANENTES

Existen varias diferencias entre los dientes temporales y los permanentes, en cuanto a color, forma, etc. las cuales se mencionan en el siguiente orden. (Fig. I-9).

- 1.- NUMERO.- En la primera dentición son 20 dientes, mientras que en la segunda son 32. (En la primera no existen los premolares ni los terceros molares).
- 2.- TAMAÑO.- Los deciduos son más pequeños.
- 3.- COLOR.- Los dientes son más blancos (azulado) y los permanentes blanco amarillento.
- 4.- FORMA DE LA CORONA.- Los dientes hacia cervical se estrechan y forman un cuello, en los permanentes no.

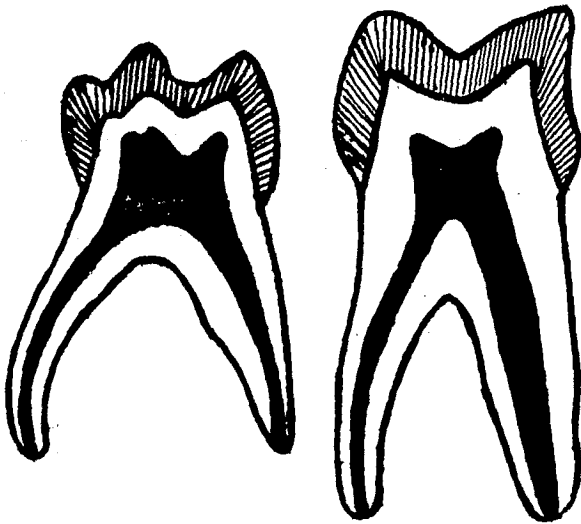


Fig. I-9 Comparación de segundos molares maxilares primarios y permanentes, sección transversal lin--guo-bucal.

- 5.- LAS RAICES.-- Son convexas para dar lugar al germen permanente y se encuentran más cercanas a la línea cervical. En premolares hay un cuello común.
- 6.- PULPA.-- La pulpa cameral es más grande y los cuernos pulpares más altos, la pulpa radical es más delgada y convexa.
- 7.- TEJIDO DENTARIO.-- Es menor grosor debido al ciclo vital del diente.

DIFERENCIA ENTRE CADA GRUPO DE DIENTES ANTERIORES

Y POSTERIORES

- 1.- MAMELONES.-- Más marcados en deciduos.
- 2.- CRESTAS MARGINALES.-- No se presentan en caras palatinas.
- 3.- DIAMETRO.-- Son más grandes Mesio-Distal que Ce-Oc, en los permanentes son más grandes Ce-Oc que Me-Di.
- 4.- BORDES INCISALES.-- Rectos.
- 5.- PRIMEROS MOLARES.-- Los deciduos son exactamente igual que el primer molar superior permanente. La diferencia es que el primero presenta 3 raíces y es más grande.
- 6.- SEGUNDOS MOLARES.-- Los temporales superiores son iguales al premolar, pero la cabeza ó techo oclusal no es muy profundo.
- 7.- PRIMER MOLAR INFERIOR.-- Es el diente característico de la dentición. El segundo molar superior es igual al primer molar permanente. Los segundos molares son los más grandes de la dentición decidua.

DENTICION MIXTA Y PARODONTO EN ESTA ETAPA

Entre los 5 y 7 años empiezan a esfoliarse los dientes deciduos y a erupcionar los permanentes (Cronología de erupción)

En esta edad es cuando existe el mayor número de dientes en el parodonto, pero también hay que tomar en cuenta los cambios que se dan en el parodonto debido a esto.

GINGIVITIS DE ERUPCION

En un padecimiento temporal observado durante la erupción de los dientes primarios y/o permanentes.

Esta es debida a la.

- a).- Erupción dental.
- b).- Acumulación de irritantes locales al rededor del diente en erupción.
- c).- La encia no recibe protección de la forma coronaria del diente durante el periodo incisal de la erupción activa.

Hay inflamación al rededor del diente o dientes en erupción, dolor y escozor.

TRATAMIENTO

Si el caso es leve, unicamente observar, una escrupulosa higiene dental, En niños muy pequeños, que aún no pueden asearse correctamente la boca por si mismos, debera recomendarse a la madre que trate de limpiar suavemente la cavidad oral del pequeño. Puede hacerlo envolviendo su dedo índice en una gasa y frotando suavemente la encia del niño removiendo todos los restos de alimentos que puedan haber quedado en la boca del mismo. Esto a la vez aliviara la sensación de comezón que acompaña la erupción.

Si el padecimiento avanza, puede evolucionar a pericoronitis. Esto se caracteriza por:

- a).- Dolor
- b).- Inflamación de la encia que cubre el diente por erupcionar.
- c).- Puede presentar exudado purulento.

Esta lesión es más común durante la erupción de molares permanentes y si existe sobre infección puede acompañarse por tumefacción y adenopatías, en cuyo caso sera necesario un tratamiento con antibióticos.

En la dentición mixta; el color, el contorno y la consistencia son variables por los cambios fisiológicos que se producen.

El ligamento parodontal parece más amplio y el complejo alveolar posee una lámina dura delgada, y está paralela a la unión del cemento y el esmalte de los dientes adyacentes. También es similar al exfoliarse los dientes, el permanente trae su proceso alveolar. Esto es el mecanismo normal de la erupción fisiológica.

Durante la erupción primaria, el niño está generalmente más irritable e inquieto, debido a la inflamación de sus encías, sensibilidad al tacto o presión, salivación excesiva y malestar en general. Esta inflamación desaparece después de la erupción.

HEMATOMA DE LA ERUPCION:

Se da por presión del tejido escamoso estratificado, es tan fuerte que no permite la erupción y hay acúmulo de sangre. En este caso es necesario hacer la INCISION LIBERATRIZ; que consiste en observar radiográficamente donde está el diente y hacer presión, para que el tejido mencionado se dirija a otras partes y en incisal se ve más claro; ese es el punto donde se debe hacer la incisión.

TECNICA DE INCISION LIBERATRIZ:

- 1.- Se anestesia con puntos locales.
- 2.- Se localiza el lugar donde se debe hacer la incisión.
- 3.- Se hace ésta en forma de ojal.
- 4.- Se recomienda al paciente no comer grasa, chile o cualquier tipo de irritante.

HABITOS

Se describiran los hábitos los de especial importancia, durante la transición de la dentadura temporal y la permanente, indiscu- tible es el influjo en el origen de las anomalías de posición y -- oclusión. Los pediatras y psicólogos relacionan este hábito en el- reflejo de succión presente en todos los niños aún antes del naci- miento y que proporciona satisfacciones psicológicas.

Estas implicaciones deberan ser motivo de un estudio más deta- llado. La mayoría de los autores concuerdan en que los efectos del hábito de succión dependeran de la posición del dedo en la boca y la acción de palanca que puede ejercer sobre las estructuras bucales

No se considerara como potencialmente nocivo si desaparece an- tes de la erupción de los incisivos permanentes solo tendra conse- cuencias desfigurantes si persiste de los 6 a los 12 años época en que la dentadura es mixta. Los hábitos más importantes son los si- guientes.

- I.- Chupar en cualquier forma:
 - Dedo
 - (Fig. I- I0 y I- II)
 - Chupete
 - Objetos (esquivia de la sábana)
 - Lengua
 - 2.- Morder.
 - Labios
 - Lengua
 - Uñas
 - 3.- Comprimir con la lengua los dientes.
 - 4.- Respirar
Tragar
Hablar
- De modo anormal.
- 5.- Actitudes anormalas de todo el esqueleto.

SUCCION DEL DEDO

Según la variedad de la que se trate se produce.

- Oclusión abierta.
- Protusión espaciada lateral de los Inc. Sup.
- Inclinação del eje de los inferio. hacia
atras
- Oclusión dista o empeorarla.

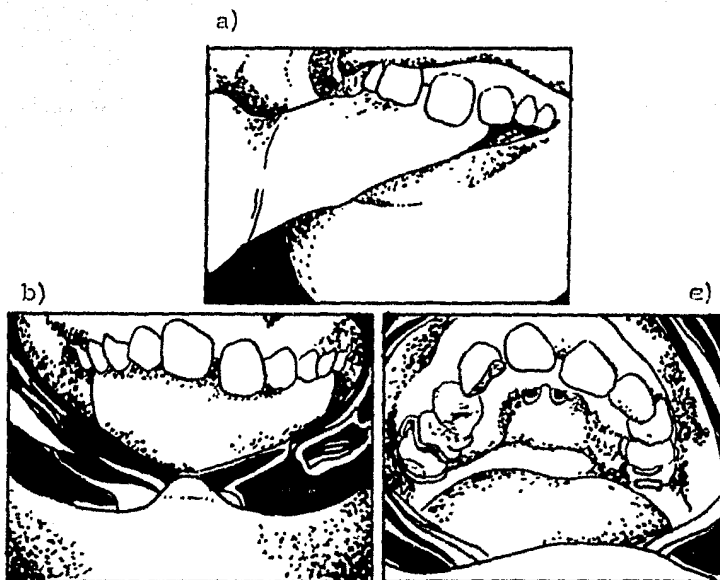


Fig. I-10 a).-- Succión lateral del pulgar.
 b).-- La maloclusión resultante y mor-
 dida abierta anterior unilateral.
 c).-- Aparato removible para romper -
 el hábito.

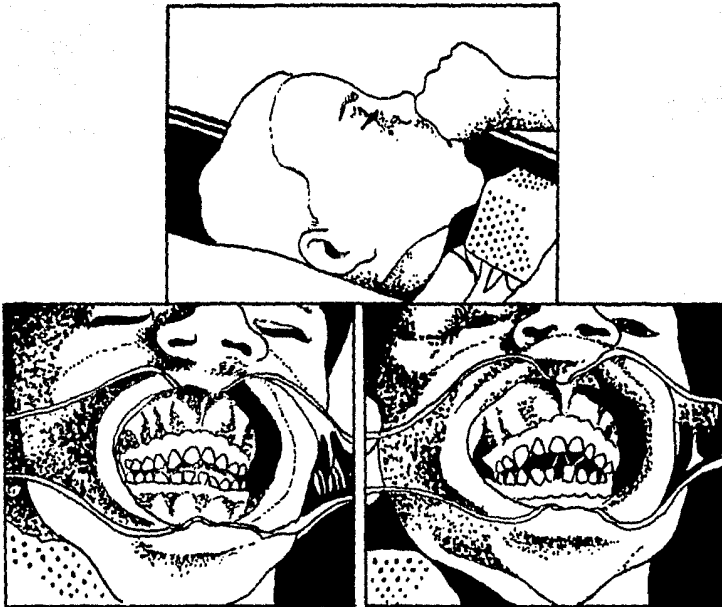


Fig. I-II Niño de cinco años con el hábito de chuparse el dedo. Como resultado mordida abierta anterior.

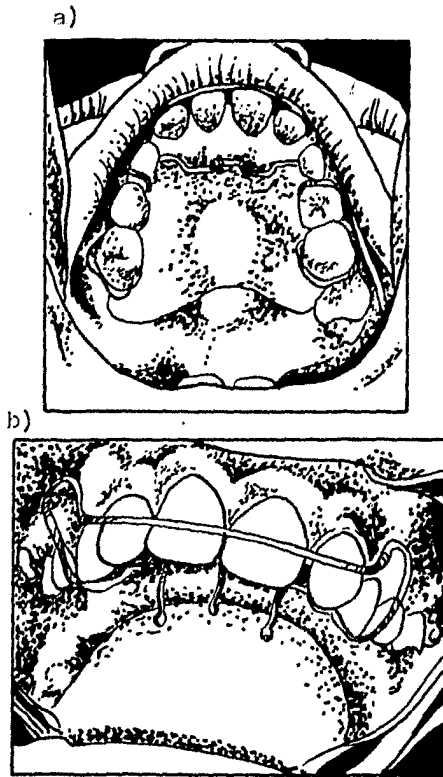


Fig. I-12 a).- Instrumento removible de "recordatorio" para hábitos de succión del pulgar u otro dedo.

b).- Trampa de rastrillo removible para interceptar un hábito de empuje lingual.

En la mayoría de los casos el hábito cesa entre los 2 y 3 años, pero si a los 4 años persiste se debe poner fin.

SUCCION DE LABIOS: Es más frecuente el labio inferior y como consecuencia da una oclusión distal.

MORDER: El hábito de morderse las uñas, se encuentra casi siempre en una oclusión distal o abierta. Las consecuencias se consideran más como causa aunque no es muy claro, porque morderse las uñas se encuentra una oclusión distal o abierta, precisamente en niños que casi nunca muerden con incisivos.

Es posible que la ausencia de función en esta forma de oclusión sea lo que induzca a practicar este hábito, aún cuando en la mayoría de los casos las uñas son mordidas con los laterales

PRESION LINGUAL: Es un hábito más generalizado, en cualquier forma de mordida abierta encontramos este hábito y a veces es causa de espacios al faltar el germen dentario o después de extracciones. El método más fácil es hacer deglutir varias veces al paciente con la boca cerrada, en tanto el dentista mantiene los labios separados. Entonces la lengua es presionada hacia los espacios, si el paciente tiene esta costumbre.(Fig. I-I2B).

COMPRESION LINGUAL: Es expresión de hábitos de deglución anormal, se solucionan defectos de lenguaje sobre todo sonidos, aunque la lengua se avanza con exageración.

RESPIRACION BUCAL: Puede ser como consecuencia de un resfriado de larga duración o dificultad en la respiración nasal, también se le atribuye a la posición corporal que influye sobre la posición de las arcadas dentales.

A estos pacientes también se les remite con el Otorrino - laringólogo. Todos estos influjos anormales, no deben considerarse por separado; sino siempre conjuntamente. Obran directamente sobre la dentadura o se hallan en una relación recíproca con otros factores; pueden ser en parte consecuencia, factores acompañantes y en parte factores causales auténticos .

Su acción durante las fases críticas del desarrollo de la dentadura es particularmente grande; es decir, sobre todo en la primera dentición tardía y la dentición precoz de cambio, en la -transición desde la edad del lactante a la del niño pequeño y niño ya mayor. Su reconocimiento y eliminación constituye con frecuencia la condición previa necesaria para una terapéutica-lograda y permite, de vez en cuando, una terapéutica o Terapia Causal Pura.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

A).- Definición.

B).- Características.

HISTORIA CLINICA:

La Historia clínica es una recopilación de datos, de suma importancia, ya que por medio de ésta podemos hacer un diagnóstico

Esta se obtiene por medio del interrogatorio, que es una serie ordenada o lógica, de preguntas que se dirigen al enfermo o a sus familiares y que tienen por objeto ilustrar al clínico, sobre aquellos datos que no puede aprender por la observación personal del enfermo.

Estos datos son los relativos a los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y géneros de vida, principio y evolución de la enfermedad actual hasta el momento en que se examina al enfermo, síntomas subjetivos actuales, medios empleados para combatir el padecimiento y resultado obtenido.

Generalmente el interrogatorio se dirige al enfermo, llamándose en éste caso Directo; pero si el paciente es un niño o un adulto que por sus condiciones no pueda responder las preguntas se dirigen a los familiares, calificándose entonces como Indirecto.

El examen de urgencia, está generalmente limitado al emplazamiento de la herida y se diseña básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que nos lleve a un tratamiento rápido y a la eliminación de la causa principal.

El historial de un paciente de odontopediatría puede dividirse en estadísticas vitales, historia de los padres, historia prenatal y natal, e historia posnatal y de lactancia.

HISTORIA CLINICA INFANTIL :

0

HISTORIA DEL NIÑO:

INFORMACION GENERAL:

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____
Diminutivo.

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de Nac. _____

Raza: _____

Sexo: _____

Grado Escolar: _____

Dirección del niño (Con quien vive): _____

Teléfono: _____

Nombre de la persona que proporciona esta información:

RELACION MADRE:

PADRE:

OTRA:

Ocupación del padre: _____

Ocupación de la Madre: _____

Médico actual del niño: _____

¿ Quien recomienda al niño?: _____

Queja principal: _____

Que le hizo traer al niño al dentista: _____

Historia de los Padres:

¿ Lleva Ud. dentaduras postizas? SI: () NO: ()

¿ Lleva su conyugue dentaduras postizas? () ()

SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE A LO ANTERIOR:

¿ Aque edad le extrajeron sus dientes? _____

¿ Y los de su Conyugue ? _____

¿ Porque le extrajeron los dientes? _____

¿ Porque le extrajeron los dientes a sus conyugue? _____

¿ Son o han sido sus dientes o los de su conyugue grisaceos - amarillentos o parduscos? Si () No ()

EN CASO AFIRMATIVO EXPLIQUE:

Se desgastaron sus dientes excesivamente? Si () No ()

¿ Tiene Ud. Miedo a una visita con el dentista? Si () No ()

HISTORIA PRENATAL :

Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? Si () No ()

De que tipo _____ Cuando _____

¿ Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante el embarazo?

Si () No () De que tipo _____ Cuando _____

¿ Tomo antibioticos durante el embarazo? Si () No ()

Indique que medicamentos cuanto tiempo y con que frecuencia?

¿ Tuvo alguna dieta de alto valor vitaminico o calcio durante el embarazo? Si () No ()

¿ Tomo Ud. tabletas de fluoruro o existia fluoruro en el agua que Ud. bebia durante el embarazo? Si () No ()

HISTORIA NATAL:

¿ Fue prematuro su hijo? Si () No ()

¿ Tenia escorbuto al nacer? Si () No ()

¿ Le hicieron transfusiones de sangre? Si () No ()

¿ Fue un bebé azul? Si () No ()

HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA:

¿ Tuvo convulsiones durante la lactancia? Si () No ()

¿ Fue amamantado? Si () No ()

¿ Durante cuanto tiempo? _____

¿ Se le alimento con biberon? Si () No ()

Durante cuanto tiempo? _____

¿Le administraron suplementos de fluoruro en agua de bebé, Vit calcio, hierro, u otros minerales ? Si () No ()

EN CASO AFIRMATIVO CUALES:

¿ Uso chupetes de azucar ? Si () No ()

SEÑALE CON UNA CRUZ SI SU HIJO A PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES. Edad: _____ Edad: _____

Asma () _____

Hemofilia () _____

Paladar endido () _____

Anemia () _____

Epilepsia () _____

Diabetes () _____

Enf. Cardiaca () _____

Sarampeon () _____

Hepatitis () _____

Tosferina () _____

Enf. Renal () _____

Varicela () _____

Transtor. de lenguaje	() _____	Escarlatina	() _____
Fiebre Reumática	() _____	Difteria	() _____
Fiebre eruptivas	() _____	Tifoidea	() _____
Tuberculosis	() _____	Paperas	() _____
Poliomelitis	() _____	Otras	() _____

Recibió su hijo antibióticos? Si () No ()

A que edad ? _____

Durante cuanto tiempo? _____

Que antibiótico se les administro ? _____

Tuvo su Hijo dificultades para aprender a caminar Si () No ()

Sufrió alguna operación en la lactancia Si () No ()

Por que razón ?

Se a roto su hijo algún hueso? Si () No ()

Como ocurrió? _____

Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas? Si () No ()

Existe algo en su hijo que se salga de lo corriente? Si () -

No () Como que ? _____

Considera a su hijo enfermizo Si () No ()

Tiene alguna incapacidad física o mental? Si () No ()

Cual? _____

Sufre frecuentemente dolores de dientes? Si () No ()

Sangran sus encías con facilidad? Si () No ()

Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros ? Si () No ()

Le salen erupciones fácilmente ? Si () No ()

Es alérgico algún tipo de medicamento, comida, anestésicos --
locales, penicilina u otras drogas ?

Tiene dificultad para detener el sangrado ? Si () No ()

Le salen fácilmente moretones ? Si () No ()

Tiene problemas para hacer amigos ? Si No ()

No se lleva bien con otros niños ? Si () No ()

Prefiere jugar en su casa que al aire libre ? Si () No ()

Tiene hermanos o hermanas ? _____

Cuales son sus edades? _____

Teme al dentista ? Si No ()

TEJIDOS BLANDOS :

Labios	Lengua
Mucosa bucal	Piso de boca
Paladar	Glandulas salivales
Velo del paladar	Ganglios
amigdalas	Observaciones
Tejido gingival	

EXAMEN DENTAL :

Higiene oral: Buena: () Regular: () Mala: ()
Métodos y frecuencia:

DIENTES:

Faltantes	Ausencia Congénita
Forma	Tamaño
Textura	Número
Color	Posición
Anomalías	Fracturas
Observaciones	

Conclusion:

Neutroclusión;	Mordida abierta
Disto "	" cruzada anterior
Mesio "	" " posterior
Sobre mordida	Observaciones
Apilamiento Anterior	

HABITOS:

Succión del pulgar ()	Protusión de lengua ()
Otros dedos ()	Otros ()
Morder labios ()	Anotaciones ()
Respirador bucal ()	

ORTODONCIA PREVENTIVA Y/O INTERCEPTIVA :

Edad actual del problema :
Análisis de dentadura mixta:

Premedicación;
drogas
Observaciones;

Diagnóstico;
Plan de tratamiento;
Dosis ;

ODONTOLOGIA PREVENTIVA;

Tratamiento Tópico de Fluor;

Fecha :

Edad;

CAPITULO III

CAUSA DE PERDIDA DE LOS DIENTES:

- A).- Caries.**
- B).- Extracciones prematuras.**
- C).- Fracturas.**

CARIES

Se define como una afección de los tejidos mineralizados de los dientes, que se caracteriza por la destrucción de las áreas de predilección (fosas, fosetas, fisuras, surcos, áreas de contacto).

Progresando hacia la pulpa. También se puede definir como un mecanismo bioquímico con la presencia de gérmenes acidogénicos, que destruyen los tejidos dentarios, esto es lento, continuo, patológico e irreversible. Uno de los principales gérmenes acidogénicos es el lactobacilo, que al actuar sobre los hidratos de carbono se desdoblan y produce ácido láctico. (Fig. I-3)

LA PREVALENCIA DE CARIES A LOS 6 AÑOS:

Es aproximadamente de un 50 a 90% de los niños de diferentes grupos presentan dientes obturados a esa edad es de 4.5 a 6 %.

LAS SUPERFICIES MAS ATACADAS SON:

OCLUSAL 43 %
PROXIMAL 31 %
BUCAL 13 %
LINGUAL 13 %

LA ORDEN DE SUCEPTIBILIDAD CARIOSA ES:

1.- PRIMER MOLAR
2.- SEGUNDO MOLAR
3.- ANTERIORES SUPERIORES
4.- ANTERIORES INFERIORES

PARA LA SEGUNDA DENTICION ES SIMILAR:

1.- PRIMER MOLAR INFERIOR
2.- MOLARES SUPERIORES
3.- PREMOLARES
4.- ANTERIORES SUPERIORES

ALIMENTACION

ERUPCION EN EPOCAS PREERUPTIVAS Y CARIES DENTAL:

La nutrición es muy importante en el período en que las piezas están en formación de matriz y calcificación, pueden influir, la dieta materna y del niño durante y después de lactancia. Las propiedades físicas y químicas, del esmalte podrían alterarse favoreciendo la susceptibilidad a la caries.

Con la formación de las piezas primarias que empiezan en la vida uterina hasta el doceavo año del niño excepto con terceros molares por lo que el cirujano dentista debe dar consejos dietéticos a mujeres embarazadas y niños, recomendándoles alimentos ricos en fósforo, Vitaminas A, C, D, leche, huevo frutas cítricas, con esto lograremos salud para la formación de los dientes. Ya es reconocido que los carbohidratos en cantidades excesivas en periodo de formación dental, aumenta la susceptibilidad a la caries en la poserupción.

DIETA Y CARIES DENTAL:

Los carbohidratos grasas y proteínas que están al alcance del hombre por lo que se ha demostrado que los primeros son agentes etiológicos.

CARBOHIDRATOS:

Los carbohidratos son sustancias que se componen de carbono, hidrógeno y oxígeno, contienen por átomo de carbono, la misma cantidad de hidrógeno y oxígeno que contiene el agua.

(La mayor parte es consumida en forma de almidón). En la alimentación, los carbohidratos están representados por las diferentes clases de azúcares y almidones. La mayor parte es consumida en forma de almidón o de productos que la contienen, por ejem. el pan y otros productos preparados a base de harina así como las patatas y otros tubérculos y raíces, el azúcar; así como sus componentes, la glucosa y la fructuosa es un alimento de gran valor y de mucha importancia en la fisiología alimentaria.

GRASAS:

La mayor parte de las grasas de nuestra alimentación son ésteres de la glicerina y de 3 ácidos grasos superiores: palmítico, estearico y oléico. No se puede establecer con seguridad si es posible mantener a los seres vivos con una dieta exenta de grasas, porque prácticamente todos los alimentos contienen en mayor o menor cuantía pequeñas cantidades de las mismas.

PROTEINAS:

El aporte rutinario de una determinada cantidad de proteínas es imprescindible, de lo contrario no se puede mantener el funcionamiento del organismo, se produce una pérdida de alimentos y - por último, surgen considerables perturbaciones en la salud. ! Constituyen el único grupo de sustancias que contienen nitrógeno y son, las únicas ideonas para la construcción de los materiales nitrogenados del organismo, que se pierden continuamente, incluso en una dieta exenta de proteínas.

ALIMENTACION Y ENFERMEDADES DENTARIAS:

Constituye una exigencia del Médico y del Dentista, que el individuo mantenga su dentadura en tan buen estado funcional que - pueda masticar correctamente los alimentos, pues un desmenuzamiento hecho por los dientes es la mejor garantía de una buena utilización de la dieta. Una alimentación deficiente confora factores que favorecen el desarrollo de la Caries o si en dicha dieta no - están contenidos o resultan destruidos ciertos factores necesarios para la conservación de los dientes. Sin duda la caries es una enfermedad que no existía hace muchos siglos o al menos que no se presentaba con tan extraordinaria frecuencia como actualmente. Los hallazgos prehistóricos permiten concluir que en este tiempo solo padecía caries un escaso porcentaje de dientes, pero en la Edad Media comenzó un neto aumento de la enfermedad. En esta época en todas las poblaciones de los países se ha operado una, transformación en la alimentación, a consecuencia de la industrialización y de la superpoblación de las ciudades, la mayor parte de los alimentos no se pueden consumir en su lugar de producción o en su --

ciudad. Muchos alimentos se almacenan o conservan, el último y rápido ascenso en la frecuencia de la caries dentaria coincide casi con el comienzo del consumo de azúcar refinada y de la harina fina.

PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

NIVELES DE PREVENCIÓN:

1.- FOMENTO DE LA SALUD.- Se ven las condiciones más favorables para que el individuo pueda resistir el ataque de una enfermedad o grupo de enfermedades.

En este caso o grado la labor no es específica, se trata de colocarlo en un ambiente favorable para que permanezca la salud. Ejem. Cepillado de dientes, Visita al Dentista periódicamente (2 veces al año), Alimentación balanceada, Deporte, etc.

2.- PROTECCIÓN ESPECÍFICA.- Se protege al individuo específicamente contra una enfermedad, se actúa con medidas comprobadas como; la Vacunación, Fluoración del agua, etc.

3.- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ.- En las enfermedades que no se evitaron, se debe orientar al individuo para la identificación de estas y tratarla o combatirla.

4.- LIMITACIÓN DEL DAÑO DENTAL.- Se deberá limitar el daño ya causado para evitar un mal mayor.

5.- REHABILITACIÓN DEL INDIVIDUO.- Es la fase final de la enfermedad, el individuo es portador de:

- Secuelas
- Lesionado e incapacitado parcial o totalmente.

Aún en esta situación se puede prevenir para evitar que el individuo se convierta en parásito, para sí mismo y para la Sociedad.

MÉTODOS DE PREVENCIÓN:

MECANISMOS DE ACCIÓN ENDOGENOS

MÉTODOS DE PREVENCIÓN

MECANISMOS DE ACCIÓN EXÓGENOS

MECANISMOS DE ACCIÓN ENDOGENOS:

- 1.- Fluoración del agua.
- 2.- Tabletas de Fluor.
- 3.- Fluor en la sal de mesa.
- 4.- Fluor en la leche, cereales y goma de mascar.

MECANISMOS DE ACCIÓN EXÓGENOS:

- 1.- Fluoración de Estaño.
- 2.- Fluoración de Sodio.
- 3.- Fluoración de Sodio acidulado.
- 4.- Fluoración por ionización
- 5.- Técnicas de aplicación.
- 6.- Colutorios a base de fluor
- 7.- Pastas dentales con fluor.

MECANISMOS ENDOGENOS:

1.- FLUORACIÓN DEL AGUA.- Es el mecanismo más eficaz, seguro económico que se puede usar por la reducción de caries. La concentración debe ser una parte por millón, si esta sobre pasa se causaría fluorosis dental (esmalte moteado).

2.- TABLETAS DE FLUOR.- Para mayor eficacia se administran durante el embarazo, lactancia, niñez y hasta los 12 años o 13. Pero existe el inconveniente de que se necesita gran colaboración del paciente, costo elevado y el riesgo de una intoxicación.

DOSIS:

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| Adultos | - | I tableta diaria. |
| Lactantes | - | 3 cucharaditas cafeteras al día antes de cada comida. |
| Niños menores de 3 años. | - | I pastilla masticable cada tercer día. |
| Mayores de 3 años. | - | I tableta diaria. |

3.- FLUOR EN LA SAL DE MESA.- Presenta la desventaja de la variación de ingestión, como consecuencia la concentración de fluor en la sal de mesa debiera mantenerse a nivel muy bajo -- para tener un margen de seguridad.

4.- FLUOR EN LA LECHE.- Presenta la misma desventaja de la sal o sea su variación en la cantidad de ingestión.

MECANISMOS EXOGENOS:

Fluoruro de sodio.

Fluoruro de estaño.

Fluoruro de sodio acidulado.

Estos fluoruros tienen aproximadamente la misma concentración, su prevención es entre un 50 y 60% de inmunidad, su aplicación es tópica y las edades son preescolares, escolares y preadolescentes. Se aplican una vez cada año o bien cada que erupciona un diente, porque de lo contrario podemos ocasionar fluorosis.

CEPILLADO:

El uso de una técnica inadecuada de cepillado por ejem. el cepillado horizontal, trae problemas, pues se acumulan residuos de alimento. Es sumamente importante la instrucción al paciente del uso adecuado del cepillado dental y dentrífico que debe usar. El cepillado debe ser aquel que el paciente pueda manejar con facilidad y que limpie todas las zonas de la boca. Respecto al dentrífico será de preferencia fluorado, de sabor agradable y de abrasividad no excesiva. (Fig. III-I)

EXTRACCIONES PREMATURAS

La principal causa de la extracción de piezas dentarias es la caries, ya que ésta, si no es atendida a tiempo se desarrolla y extiende a veces a tal grado que ya no es posible salvar la pieza dentaria y por consiguiente la extracción. Las discusiones a favor y en contra de la extracción de dientes es indiscutible, es unicamente la indicación, la elección de los dientes a extraer y el momento oportuno.

1

Coloque la cabeza del cepillo con las cerdas recostadas sobre la cara externa de sus dientes superiores, con las puntas de las cerdas donde se unen dientes y encías. (Ver figura 1)



2

Realice movimientos vibratorios cortos repetidos varias veces sobre cada uno de los dientes. Esta operación debe efectuarse tanto en los dientes superiores como en los inferiores.



3

Repita el procedimiento en 1 y 2 sobre todas las superficies interiores de cada diente, tanto superiores como inferiores, usando siempre los movimientos vibratorios sugeridos en 2.



4

Realice movimientos de "barrido" de las encías hacia cada diente en sus caras externa e interna, primero en los superiores y después en los inferiores.



5

Con las cerdas de la punta del cepillo en posición casi vertical, cepille las superficies interiores de los dientes del frente, abarcando tanto encías como dientes. (Ver ilustración en portada y figura 5).



6

Finalmente, cepille la superficie de masticación de toda la dentadura moviendo el cepillo de adentro hacia fuera de la boca. La boca debe enjuagarse vigorosamente con agua al terminar el cepillado.



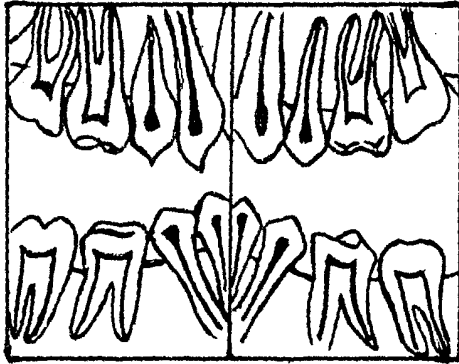


Fig. III-2 Migración de dientes vecinos después de una extracción.

La extracción de dientes permanentes, y así mismo de dientes de leche en relación con la regulación precoz de la erupción dentaria por medio de extracciones, constituye circunstancias que no pueden resolverse por reglas y normas generales. La solución correcta, solo puede encontrarse con alguna seguridad en un caso dado. No siempre tiene validez la indicación Ortodóncica.

Por lo demás la extracción debe considerarse siempre teniendo en cuenta el cuadro general, en el que juega el papel principal la caries y la susceptibilidad a ésta. Debe tenerse además en cuenta la imposibilidad de un tratamiento Ortodóncico.

Así pues, la sola indicación Ortodóncica en la dentadura completa sin pérdida prematura de dientes de leche y las correspondientes migraciones de dientes permanentes es efectivamente rara.

Las diferencias son las concepciones del especialista y el resultado terapéutico ideal, mientras el segundo ve la dificultad de un tratamiento conservador. Es misión del especialista facilitar al práctico ciertas normas que le pongan en situación de poder salvar, para su paciente, lo mejor de una situación mala.

Sobre todo tener una visión clara de las consecuencias que nos trae la extracción.

TOMANDO EN CUENTA LOS PROBLEMAS ORTODONCICOS SE PUEDE RESUMIR LO

SIGUIENTE:

1.- Donde se extrae un diente se produce la migración de los dientes vecinos, afectándolos al igual que a los antagonistas.

(Fig. III-2).

2.- Hay una inclinación, en molares superiores, siendo mayor en el molar inferior que en el molar superior.

3.- La migración es en el molar superior más rápida y mayor que en el molar inferior; en consecuencia, el cierre de un espacio se verifica más rápido y completamente en el molar superior que en el molar inferior.

4.- La migración mesial es más rápida y mayor que la migración distal.

5.- La migración es más rápida y mejor cuanto más joven es el enfermo. Aquí juegan un papel principal el crecimiento aún no terminado de las raíces, la movilidad de los dientes aún sin carga funcional importante y la erupción de nuevos dientes.

6.- Una migración corporal se produce más en dientes vecinos - que no han brotado todavía.

Las reglas antes indicadas no solo son válidas para la extracción de los 6, sino también, con pequeñas alteraciones, para todos los demás dientes. De estas reglas de validez general pueden deducirse algunas conclusiones, así mismo válidas - para todos los casos.

1.- La extracción debe efectuarse exactamente en el punto donde se desee la migración.

El apiñamiento, que afecta también al frente, debe extraer en el centro de este o en el lugar donde se quiere producir un efecto especial.

2.- La extracción debe realizarse lo más pronto posible, a veces antes de la erupción de los dientes, vecinos. También está indicada en ocasiones la extracción de dientes que no han brotado aún. En contra de una extracción demasiado precoz: Se tiene la necesidad de un mantenedor de espacio que le incumbe todavía a este diente.

3.- El momento de la extracción no se rige por la edad del paciente, sino por el estado de la erupción dental.

4.- Cuanto más adelante se retrae tanto más simétricamente debe ser la extracción. Una extracción unilateral, en la vecindad de los dientes frontales, conduce casi siempre a una desviación más o menos pronunciada de línea media.

Como indicación general de la extracción tenemos, El Apañamiento o Falta de Espacio.

LA EXTRACCION SISTEMATICA DE LOS MOLARES DE SEIS AÑOS

Ocupa una posición especial la llamada extracción sistemática de los molares de 6 años, porque tiene por base una indicación ortodóncica (aunque es raro) y además se le atribuyen efectos favorables (profiláctico de caries), y otras causas.

Existen siete puntos a saber:

- 1.- Tratamiento dental precoz y periódico usando compuestos a base de fluor con profilaxis de caries y conservación natural en una época en que la caries es más frecuente.
- 2.- Dieta equilibrada.
- 3.- Corrección de ligeras anomalías de posición frontal y en la región lateral de los dientes.
- 4.- Desarrollo vigoroso del tercer molar.
- 5.- Procurar espacio para la erupción de 7 y 8.
- 6.- Conservación económica con pocas obturaciones dentales.

La caries profunda de los primeros molares constituye por sí misma una indicación para la extracción de estos dientes. Se trata de reducir caries, evitar tratamientos endodónticos, y con ello el de posibles focos de infección. Los molares de seis años son susceptibles a la caries. De las causas responsables podemos citar dos. I) El 6 comienza su calcificación en el momento del nacimiento, por lo tanto, es un periodo en el que la alimentación es muchas veces muy unilateral y los trastornos nutritivos

frecuentes.

Aparte es el diente que entra primero en erupción estando en la boca en una época en la que aún no se practican cuidados dentales en los dientes primarios cariados suponen un riesgo adicional.

EXODONCIA EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL

Existen varias técnicas para la extracción de dientes primarios en el niño. Aquí trataremos la extracción sistemática de dientes primarios cuando estos poseen, una corona con suficiente tejido para permitir la extracción con forceps. Debido a que la mayoría de los dentistas utilizan anestésico local para la extracción de dientes primarios, el dentista deberá adoptar una técnica que aproveche la cooperación del niño.

Deben existir radiografías preoperatorias y una historia médica completa para evitar complicaciones para la extracción.

ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS

Aún antes de la extracción de un diente primario el dentista debe considerar algunas normas generales sobre como incorporar la extracción de dientes primarios a su plan de tratamiento en general. El dentista que proyecta su tratamiento deberá, planear sus procedimientos restaurativos o la colocación de mantenedores de espacio junto con la extracción de dientes.

Debera evitarse la extracción en la primera cita del niño, ya que esto constituye una forma negativa de introducirlo a la odontología. A menos que exista infección aguda u odontalgia, el diente no debera ser extraido en la primera visita, especialmente en niños muy pequeños o aprensivos con dificultad para ajustarse al consultorio. (Sedebе procurar administrar un anestésico local en una cita).

Para el niño aprensivo que necesita la extracción de dientes anteriores y posteriores el dentista debera considerar la zona anterior superior, al hacer su plan de tratamiento. Esta, precaución reducirá el número de veces que se requiera adminis

trar un anestésico local en una cita. Sin embargo, cuando los dientes anteriores y posteriores inferiores se encuentran en el mismo cuadrante, podran ser extraídos en la misma visita.

PREPARACION PREOPERATORIA DEL PADRE

Y DEL NIÑO:

Antes de la extracción de un diente primario, el dentista deberá preparar a los padres y al niño para el procedimiento - la extracción de un diente puede afectar emocionalmente tanto a los padres como a los niños, y requiere preparación.

PREPARACION DE LOS PADRES.- La posibilidad de la extracción - debiera ser tratada con el padre durante la presentación del caso, antes de comenzar el tratamiento. Si entonces se decide - que el diente en cuestión deberá ser extraído, esta preparación evitará la necesidad de que el dentista deje al paciente - mientras solicita el permiso de los padres para realizar la extracción. Durante la preparación del caso, trataremos de averiguar si los padres tienen temores a experiencias anteriores.

El padre se preocupa por el dolor y el sangrado postoperatorio, debemos asegurarle que no suele presentarse dolor después de la extracción de un un diente primario. Debemos explicarle que no se trata solo de un "diente flojo", sino que los dientes primarios con frecuencia poseen raíces largas. No se permitira que el padre explique al niño lo que el dentista - hará, ya que su vocabulario es o puede ser deficiente y atemorizara al niño. Por lo tanto, el el tiempo que el dentista dedica a la preparación de los padres es tiempo bien empleado.

PREPARACION DEL NIÑO.- Esto varia según la edad del niño.

El dentista deberá estar preparado a las preguntas del niño con respuestas que no lo confundan ; Ejem. ¿ VA UD. A ARRAN CARME UN DIENTE? Respuesta No yo no arranco dientes, simplemente los aflojo.

El niño deberá conocer y tocar los instrumentos que se usan para la extracción, se le explica las sensaciones que sen-

tira. Es muy importante que el niño comprenda la diferencia entre presión y dolor.

El niño debe estar convencido de que se encuentra profundamente anestesiado antes de extraer el diente.

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS PARA EL PACIENTE Y PARA LOS PADRES

No se deberá despedir al niño hasta que se haya formado el coágulo sanguíneo. al cambiar la gasa ensangrentada, se deberá tener cuidado de que el niño no la vea. El niño espera, por lo general, que se le de al diente extraído.

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES.- Se le señala el tipo de alimentación (no comer grasas, chile o cualquier otro tipo de irritante.) Si el diente fue extraído cerca de la hora de alguno de los alimentos, se le recomienda una comida ligera sin alimentos duros.

INDICACIONES:

- A).- Para cohibir el sangrado morder la gasa colocada encima de la herida.
- B).- Colocar algodón sobre los labios hasta que pase la anestesia.
- C).- Puede aparecer sangre sobre la almohada algunos días.
- D).- No molestar la zona donde fue extraído el diente.
- E).- No enjuagar la boca durante 1 hr. después de la extracción.
- F).- Llamar al consultorio si se presentan síntomas anormales.

FRACTURAS

La pérdida o fractura de piezas anteriores infantiles es el problema dental que tiene mayor impacto psicológico en los padres y en los niños, sobre todo si la lesión afecta a los dientes permanentes. La mayoría de las fracturas y desplazamientos ocurren en accidentes de los niños, caídas de poca importancia, accidentes durante algún deporte. Aparte del dolor y las molestias de la lesión, el aspecto transformado del niño, puede provocar burlas de sus compañeros. Es responsabilidad del odontólogo preservar la vitalidad de las piezas lesionadas, cuando sea posible restaurarlas en su aspecto original. Las extracciones injustificables de piezas lesionadas, sin haber considerado la posibilidad de salvarlas, no tiene lugar en un buen consultorio.

Con la ayuda de materiales de restauración, que existen, pueden salvarse las piezas fracturadas y lograrse un estado funcional y estético aceptables, tratará de verse al paciente de inmediato. (URGENTE).

Así podemos evitar la irritación pulpar, se podrán reimplantar piezas desplazadas. Puede decirse que en general, podrán esperarse resultados positivos, favorables.

FRECUENCIA DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES.-

Las piezas más frecuentemente lesionadas son los incisivos centrales superiores. Los niños presentan con mayor frecuencia fracturas de piezas permanentes anteriores.

Los niños de 9 a 11 años es el grupo más susceptible.

CLASIFICACION DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES:

- 1ª CLASE.- Fractura sencilla de corona; dentina no afectada o muy poco.
- 2ª CLASE.- Fractura extensa de la corona; afectando la dentina sin exposición pulpar.
- 3ª CLASE.- Fractura extensa de la corona; afectando a la dentina

na, con exposición pulpar.

- 4ª CLASE.- Pieza traumatizada transformada en no vital, con o sin pérdida de la estructura coronaria.
- 5ª CLASE.- Pérdida de la pieza como resultado del trauma.
- 6ª CLASE.- Fractura de la raíz con o sin pérdida de la estructura de la corona.
- 7ª CLASE.- Desplazamiento de la pieza, sin fractura de corona o raíz.
- 8ª CLASE.- Fractura de la corona en masa y su remplazo.

HISTORIA Y EXAMEN CLINICO:

Como las lesiones de los dientes deben tratarse lo antes posible, pueden ahorrarse mucho tiempo al hacer ó tomar la historia preliminar y en el examen clínico si se sigue un procedimiento sistemático. Es responsabilidad del odontólogo obtener todos los datos pertinentes al caso.

EL EXAMEN DEBERA CONSISTIR EN LO SIGUIENTE:

- 1.- OBSERVACION VISUAL.- Para determinar tipo y extensión de la lesión, si las piezas estan desplazadas, si están fracturadas con o sin exposición pulpar, si hay laceración, inflamación o hemorragias en tejidos blandos.
- 2.- RADIOGRAFIA.- Para ver fracturas radicales, proximidad de la fractura a la pulpa, etapa de desarrollo del ápice, radicular, lesión a piezas adyacentes y para comparación con radiografías futuras.
- 3.- MANIPULACION.- Para determinar la movilidad o relativa firmeza de las piezas lesionadas.
- 4.- PRUEBAS DE VITALIDAD.- Con vitalometro o calor y frío para determinar la reacción de las piezas afectadas. Ayuda, a establecer el plan de tratamiento.
- 5.- PERCUSION.- Porque la sencibilidad al golpe puede indicar lesión en la membrana periodontal y otras estructuras de sosten.

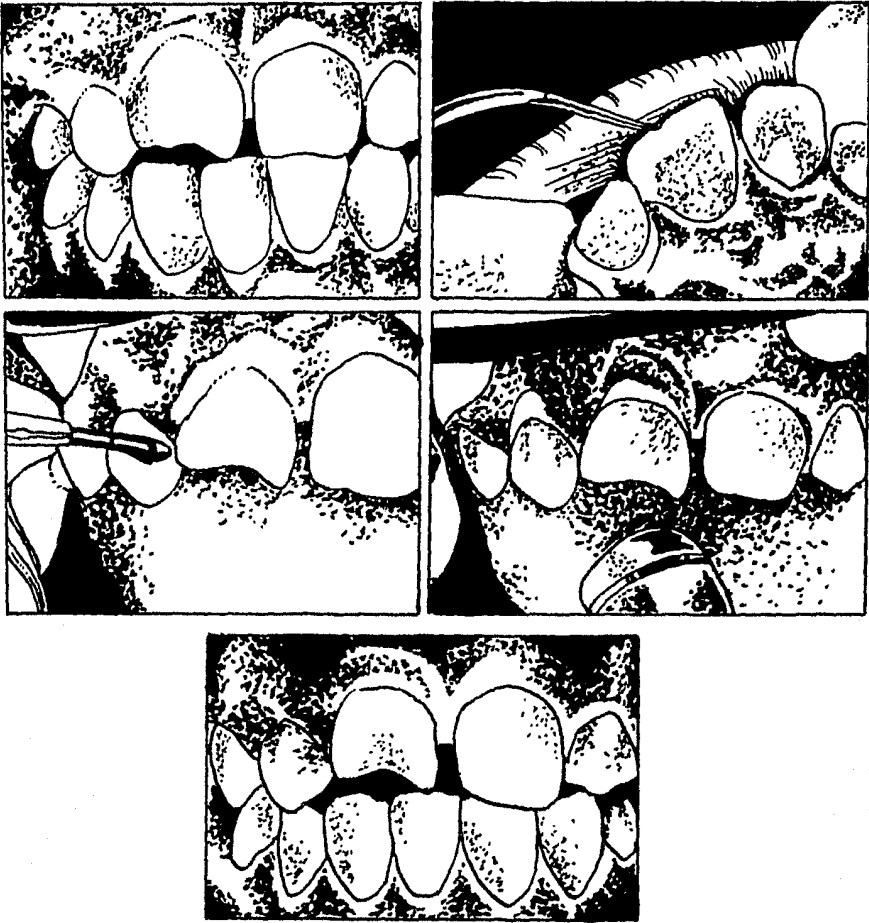


Fig. III - 3 Fractura de segunda clase y su restauración.

CAPITULO IV

MANTENEDORES DE ESPACIO

- A).- Definición y Objetivos.
- B).- Características y Clasificación.
- C).- Recomendaciones.

ORTODONCIA PREVENTIVA

La Ortodoncia Preventiva incluye entre los diversos puntos que trata a el MANTENIMIENTO DE ESPACIO, al cual le hemos dado en esta Tesis una mayor importancia.

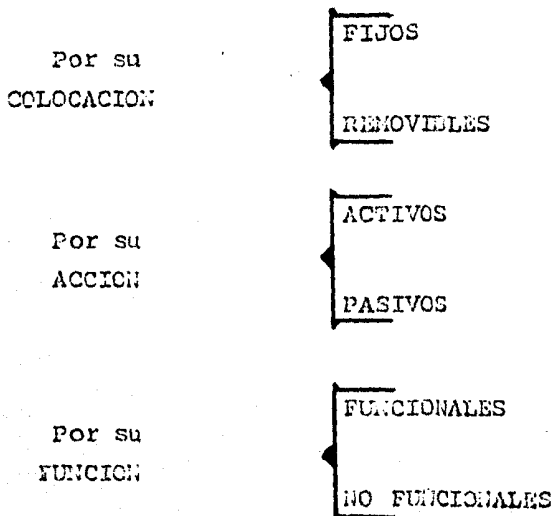
DEFINICION DE MANTENEDOR DE ESPACIO:

Como su nombre lo indica es un aparato que va a ocupar, el espacio de la pieza extraída antes de tiempo, impidiendo la migración e inclinación de los dientes. Siendo su principal objetivo el dicho - anteriormente Mantener el Espacio. Los procedimientos se indicarán en los casos en los que se pueda evitar o aliviar, ciertas afecciones que si no son tratadas, ocasionarían grandes y graves problemas ortodónticos.

MANTENEDORES DE ESPACIO

- 1.- Fijo, semifijo, o removibles.
- 2.- Con bandas o sin ellas.
- 3.- Funcionales o no funcionales. ¿ Puede masticar el paciente sobre parte del instrumento. ?).
- 4.- Activos o Pasivos. (¿ Se espera que el mantenedor mueva las piezas ?).
- 5.- Ciertas combinaciones de las clasificaciones arriba mencionadas.

CLASIFICACION DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO



POR SU COLOCACION:

FIJOS.- Son aquellos que se colocan por medio de bandas y se cementan.

REMOVIBLES.- Son en los que se usan placas de acrílico, con ganchos de retención y el paciente los puede retirar de la boca.

POR SU ACCION:

ACTIVOS.- Cuando con el aparato se va a recuperar el espacio que se ha perdido.

PASIVOS.- Cuando solo mantiene el espacio mientras erupciona el diente permanente.

POR SU FUNCION:

FUNCIONALES.- Cuando van a reconstruir la oclusión que se ha perdido.

NO FUNCIONALES.- Cuando no reconstruyen la oclusión.

INDICACIONES PARA UN BUEN MANTENEDOR

DE ESPACIO

La falta de mantenedor de espacio cuando es necesario, lleva a la maloclusión, a hábitos nocivos o a traumatismo físico, por lo que se recomienda su uso.

- 1.- Cuando se pierde un segundo molar primario, antes de que el segundo premolar ocupe su lugar, se aconseja un mantenedor de espacio.
- 2.- Las estadísticas indican que se producen más cierres de espacio después de pérdidas prematuras de primeros molares primarios, que la del segundo molar primario.
- 3.- En ausencias congénitas de segundos premolares, es mejor dejar emigrar el molar permanente por sí solo, y ocupar el espacio, ya que a veces los segundos premolares no son bilateralmente simétricos al desarrollarse ya que aparecen en radiografías -- hasta los seis o siete años.

- 4.- Los incisivos laterales superiores faltan muy a menudo, por causas congénitas. Los caninos desviados mesialmente, pueden tratarse para sustituir a los laterales y tienen buen aspecto estético.
- 5.- La pérdida temprana de piezas temporales deberá remediarse con el mantenedor de espacio, ya que no sólo se pueden cerrar los espacios, con la consiguiente pérdida del arco, y la lengua empezará a buscar espacios y con esto se favorecen los hábitos. También puede afectar el lenguaje, y en muchas ocasiones que el niño sea afectado psicológicamente.
- 6.- Si la pérdida ocurre antes de la erupción del segundo molar permanente, este puede emigrar hacia adelante y hacerlo en erupción normal, tomando el lugar del primer molar permanente.
- 7.- Si el segundo molar primario se pierde poco tiempo antes de la erupción del primer molar permanente, la cresta del borde alveolar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente.
- 8.- En todos los casos anteriores se aconseja usar mantenedores de espacio pasivos.

EXAMEN DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO

Para obtener un panorama claro, la situación ideal sería obtener una radiografía panorámica, para poder describir las diferentes etapas de desarrollo que presentan en ese momento las diferentes piezas suscedáneas, es decir para ver si un paciente determinado podrá llevar una dentadura parcial removible. Si los hallazgos clínicos y el examen radiográfico muestran que es aconsejable la dentadura parcial removible, el operador puede proseguir en el diseño, construcción e inserción de la dentadura, según las diferentes necesidades de cada paciente.

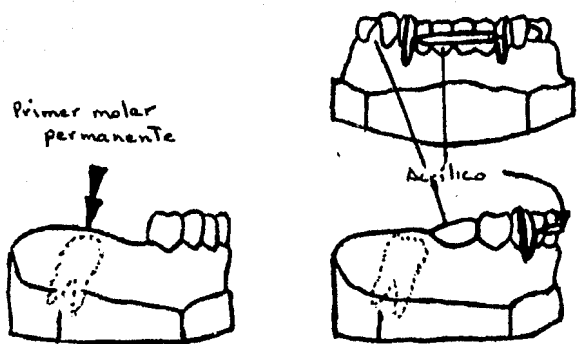


Fig. IV-1 Pérdida de segundo molar primario antes de la erupción del primer molar permanente.

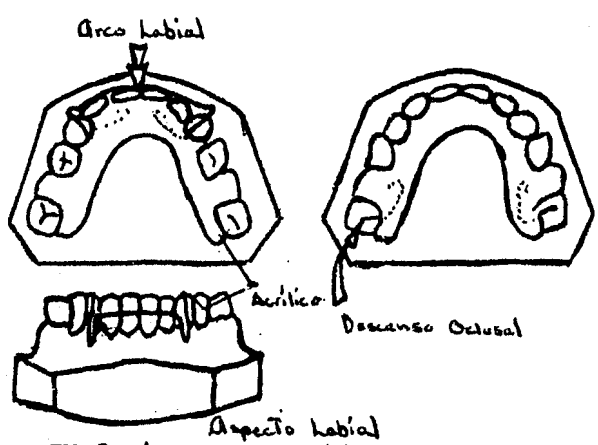


Fig. IV-2 Simple retención para mantenedores de espacio.

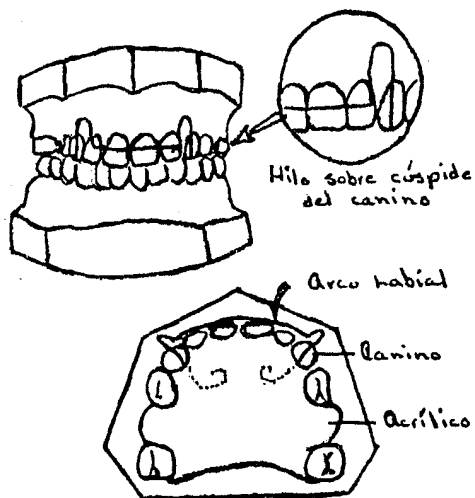


Fig. IV-3 Arco labial doblado paraevitar interferencia oclusal en el arco opuesto.

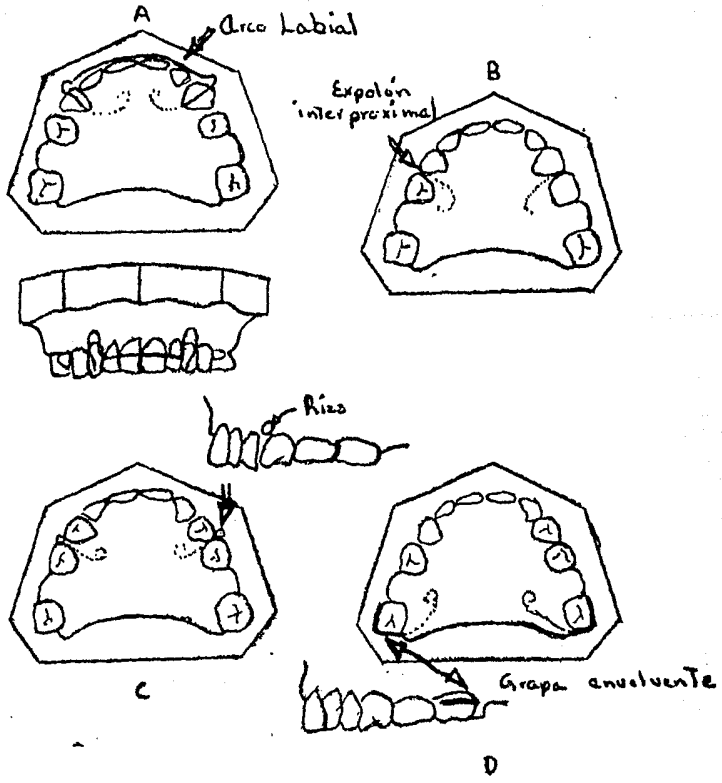


Fig. IV-4 A, B, C, y D muestran medios de retención de complejidad relativa.

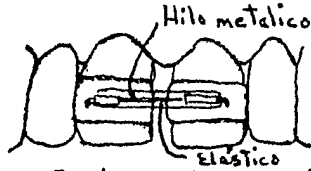
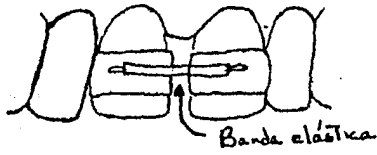


Fig. IV-5 Cierre de espacio entre incisivos superiores.

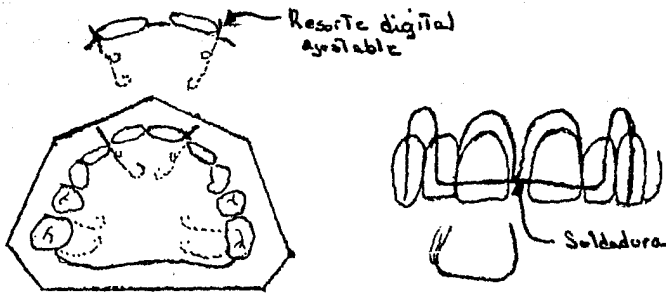


Fig. IV-6 Cierre de espacio entre incisivos superiores

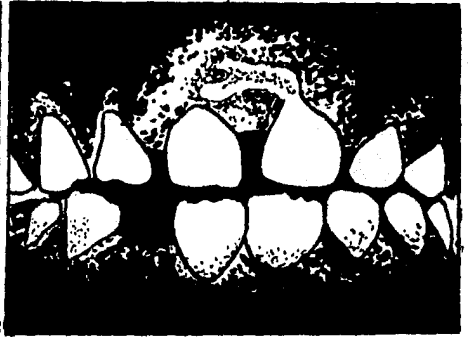
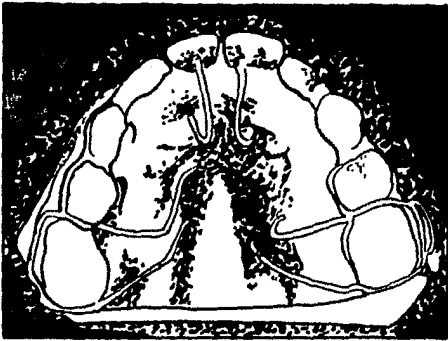
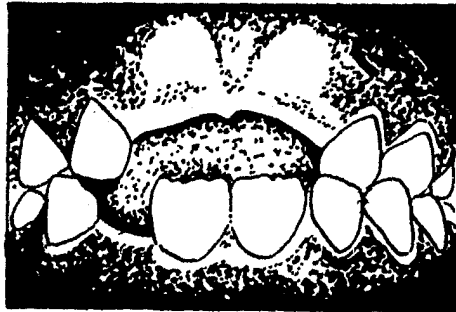


Fig. IV-7 Sustitución de pieza primaria extraída con una dentadura acrílica superior. Se construyó un instrumento de acrílico para satisfacer el aspecto funcional y estético y para servir como mantenedor de espacio.

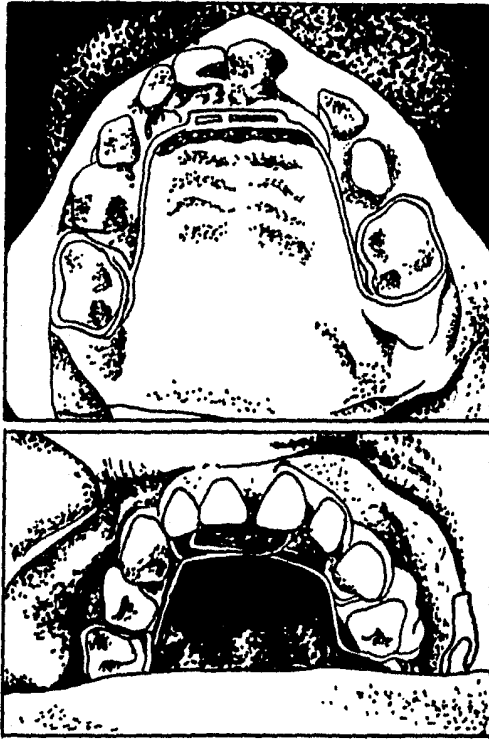


Fig. IV-8 Mantenedor de espacio fijo remplazando a dos incisivos centrales primarios superiores. Los segundos molares primarios con bandas.

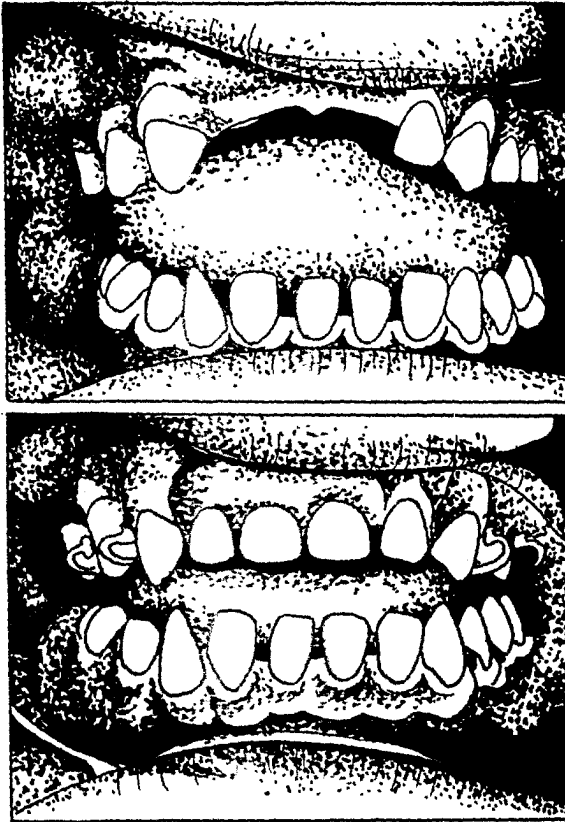


Fig. IV-9 Pérdida dental múltiple prematura, restaurada con dentadura parcial de agradable aspecto estético.

REQUISITOS IDEALES PARA DENTADURAS PARCIALES

REMOVIBLES INFANTILES

Para ser eficiente, todo instrumento prostodóntico, deberá satisfacer ciertos requisitos.

- 1.- Deberá Restaurar o mejorar la función masticatoria.
- 2.- Deberá restaurar o mejorar la estética.
- 3.- Deberá restaurar o mejorar los contornos faciales.
- 4.- No deberá interferir en el crecimiento normal de los arcos dentales.
- 5.- Su volumen no deberá constituir un impedimento para hablar adecuadamente.
- 6.- Estará diseñado para poder ser insertado y extraído fácilmente.
- 7.- Su diseño deberá permitir ajustes, alteraciones y reparaciones fácilmente.
- 8.- Deberá poderse limpiar fácilmente.
- 9.- Su diseño requerirá poca o ninguna preparación de las piezas de sosten.

Independientemente de lo anterior el operador tratará de satisfacer el mayor número de requisitos por el paciente.

DESARROLLO DE HABITOS BUCALES

PERJUDICIALES

La pérdida prematura de piezas anteriores y posteriores -- puede favorecer a exploraciones linguales en el espacio creado, la persistencia de este comportamiento después de la erupción de piezas sucedáneas puede llevar a malposiciones dentales, debido a presión lingual excesiva.

TRAUMATISMO PSICOLOGICO

La pérdida prematura de piezas primarias, especialmente anteriores, a menudo es causa considerable de trastornos psicológicos en los niños principalmente en las mujeres. Lo que puede deberse a observaciones no intencionadas, pero desagradable de amigos o parientes, lo que puede provocar que los niños adquieran complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

INDICACIONES:

En pérdidas dentales prematuras de piezas primarias, se aconsejan dentaduras parciales removibles especialmente cuando:

- 1.- Existe pérdida prematura de piezas primarias, como molares y cuando sea importante la restauración de funciones masticatorias.
- 2.- En exámenes radiográficos muestran que el intervalo de tiempo entre la pérdida de piezas primarias y la erupción de las permanentes es mayor de 6 meses.
- 3.- Se pierden las piezas anteriores primarias como resultado de traumatismo.
- 4.- Las piezas permanentes jóvenes se pierden como resultado de traumatismo.
- 5.- Las piezas faltan por ausencia congénita, por Ejemplo; anodoncia parcial en displasia ectodérmica.
- 6.- El aspecto estético es consideración importante.

Con respecto a la edad en que los niños deben usar placa - se han tenido muy buenos resultados hasta con niños de 2 y 3 años.

DENTADURAS REMOVIBLES PARCIALES

PARA NIÑOS

La pérdida dental prematura, puede comprender una o más piezas primarias o permanentes, anteriores o posteriores de la dentadura. La pérdida puede ser por traumatismo o caries y en algunos casos a ausencia congénita. Lo que da por resultado la pérdida del equilibrio estructural, funcional y de estética, también provoca traumatismo psicológico, especialmente, si las piezas afectadas son los maxilares inferiores. Se debe de tomar en cuenta la historia clínica personal, con los datos podemos darnos cuenta si los niños pueden tolerar las dentaduras parciales removibles que pueden tener buen éxito y para evitar las pérdidas dentales prematuras, y restaurar sus consecuencias.

EFFECTOS ESPECIFICOS DE PERDIDA DENTAL

PREMATURA

- 1.- Cambios en longitud del arco dental y oclusión.
- 2.- Mala articulación de las consonantes al hablar.
- 3.- Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.
- 4.- Traumatismo psicológico.

CAMBIOS EN LONGITUD DEL ARCO DENTAL Y OCLUSION

La pérdida prematura de piezas, primarias conduce a la rotura de integridad de los arcos dentales y de la oclusión .

El tratamiento deficiente de este problema provoca el cierre de los espacios y las piezas sucedáneas se malposicionan, en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentales.

MALA ARTICULACION DE LAS CONSONANTES AL HABLAR

La pérdida prematura dental, en el desarrollo de la fonación PRINCIPALMENTE en las palabras donde se encuentren consonantes como (s,z,v,f). Los especialistas en el estudio del lenguaje y la relación entre piezas ausentes y sonidos seleccionados de consonantes, donde se han establecido estadísticas importantes en la articulación entre grupos, con y sin incisivos ausentes.

El edo. de las piezas, es un edo. crucial para el desarrollo correcto de la articulación. Los incisivos ausentes o defectuosos normalmente no interfieren en la articulación correcta de las consonantes estudiadas.

COMO DISEÑAR DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS

Cualquier dentadura parcial removible deberá satisfacer los principios básicos y las de cada instrumento particular.

Al tratar a niños es importante considerar cuánto tiempo llevará la dentadura parcial y la naturaleza cambiante de los arcos dentales. Un diseño importante es la inclusión de medios para que las piezas y tejidos sostengan la dentadura, si se olvida este principio se puede provocar patosis de los te-

jididos blandos con el uso, prolongado. Todo artefacto debe diseñarse junto a la silla dental, estando presente el paciente junto con los modelos de estudio y radiografías. Con esto se podrá evitar alteraciones costosas en tiempo y dinero después de fabricar la dentadura.

TIPOS DE DENTADURAS PARCIALES RENOVIBLES

DENTADURAS MAXILARES

- 1.- Acrílica.
- 2.- Acrílica con grapas de hilo metálico forjado.
- 3.- Acrílica con grapas de metal fundido.
- 4.- Sillas Acrílicas con estructura de metal fundido.

DENTADURAS MANDIBULARES

- 1.- Acrílica.
- 2.- Acrílica con grapas de hilo metálico forjado.
- 3.- Acrílica con barra lingual y grapas de hilo metálico forjado.
- 4.- Acrílica con grapas de metal fundido conteniendo descansos oclusales.
- 5.- Grapas de hilo metálico forjado soldadas a barra lingual con sillas acrílicas.
- 6.- Estructura de metal fundido y grapas con sillas acrílicas

Los requisitos de la mayoría de las situaciones clínicas pueden satisfacerse con dentaduras parciales removibles, con base acrílica, grapa de hilo metálico forjado y piezas artificiales.

PARTES DE UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE

- 1.- Base de dentadura
- 2.- Grapas
- 3.- Piezas artificiales

BASE DE LA DENTADURA.- Para la mayoría de las dentaduras parciales, la base se hace con resinas acrílicas, aunque a veces puede consistir en metal solo o metal y resina acrílica.

GRAPAS.- Se utilizan para proporcionar fijación o retención de la base de la dentadura y complementan el soporte que resi

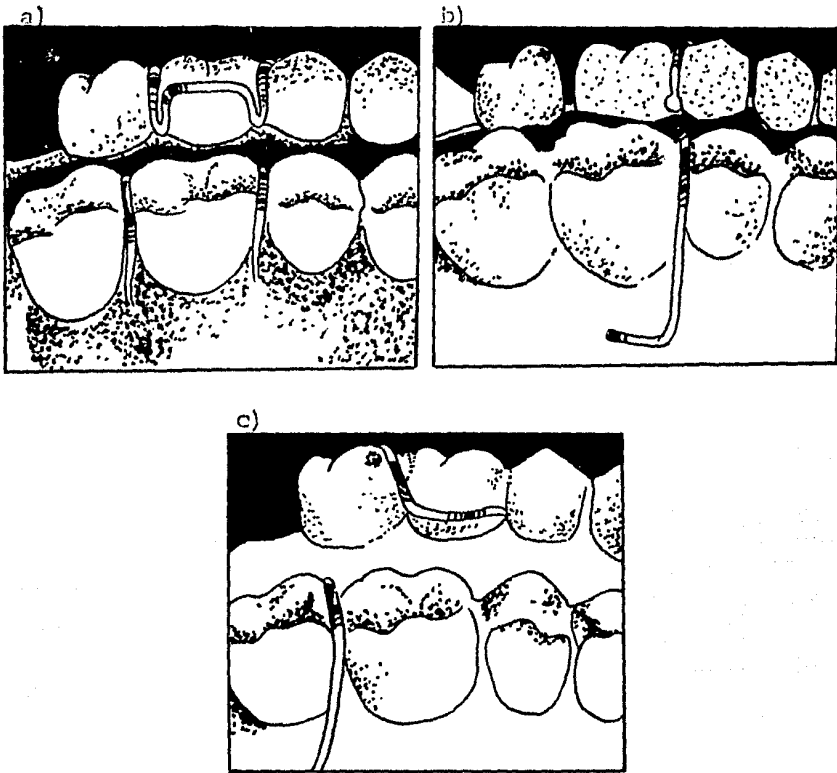


Fig. IV-10 Diferentes tipos de grapas forjadas que pueden usarse con dentaduras parciales removibles para niños.

a).- Grapa Adams. b).- Grapa Esférica. c).- Grapa circular

be de los tejidos blandos.

PIEZAS ARTIFICIALES.- En el mercado existen diferentes piezas artificiales , para dentaduras primarias. Uno de los métodos sugeridos es utilizar impresiones de alginato con la ayuda de modelos de estudio de otros niños de aproximadamente la misma edad, como moldes.

PARA REALIZAR LOS MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLE

Existen 3 ganchos de retención.

- 1.- Gancho de media luna.
- 2.- Gancho espolon o interproximal
- 3.- Gancho de adams

GANCHO DE MEDIA LUNA.- Da vuelta sin llegar al área gingival- se cruza hacia lingual por la parte interproximal en la cual se le va a dar la retención.

GANCHO ESPOLON O INTERPROXIMAL.- Alambre que pasa por el espacio interproximal, da vuelta y en el punto terminal se le da un dobles para que no se entierre.

GANCHO DE ADAMS.- Formado por barra vestibular que va del tercio medio distal, a la unión del tercio medio mesial, se fija el alambre con cera en el modelo y se coloca el acrílico.

ERRORES EN LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

Puede hacerse una sugerencia frívola, pero en la práctica activa o en el laboratorio agitado pueden ocurrir confuciones

EXTRACCIONES ANTICIPADAS.- Si el técnico ha quitado del modelo los dientes que deben ser extraídos y ha utilizado ésta area, el aparato no podrá ser colocado a menos que se hagan modificaciones o hasta que se lleven a cabo las extracciones.

Se debe pedir al técnico que deje todos los modelos del diente durante la construcción del aparato.

ERUPCIÓN DE DIENTES.- Las erupciones de dientes en posición palatina, en especial los segundos premolares superiores, pueden causar problemas. Por lo general, solo es problemático cuando ha habido retraso en colocar el aparato, se debe prever la erupción de los dientes retenidos durante la planeación del tratamiento.

RETRASO DESDE LA TOMA DE IMPRESIÓN.+ Además de permitir la erupción de otros dientes, el retraso en la colocación del aparato permite el movimiento hacia adelante de los molares después de las extracciones ortodónticas o de la pérdida natural de molares deciduos, lo que puede impedir el ajuste del aparato.

APARATOS SUBSECUENTES.- A veces un aparato consecuente no podrá ser colocado porque ha ocurrido movimiento dental desde que se tomó la impresión. Esto puede deberse a que el aparato anterior fué dejado activo o porque el paciente pensó que la función del aparato había terminado y lo dejó de usar.

COMO DEBEN SER LOS MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES.- Se tratarán de hacer bilaterales, ya que los unilaterales en lugar de guardar el espacio va a provocar una mesialización de los dientes, o como es pequeño puede tragarse.

Puede haber errores en el laboratorio o durante la construcción del aparato. Es poco probable que las impresiones extendidas inadecuadamente, con burbujas o rasgaduras, o que han sido quitados de la boca antes de estar completamente fraguados, den buenos resultados.

Tampoco los que fueron dejados a secar, darán buenos resultados. Un recorte excesivo de los modelos durante la construcción del gancho, puede hacer que los ganchos queden apretados y que sea imposible insertarlos.

PROCEDIMIENTOS PARA LA CONSTRUCCION DE
DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES
PARA NIÑOS

Se deben de seguir los siguientes pasos.

ELECCION DE PORTAIMPRESIONES.- Se selecciona el portaimpre -
sión con el tamaño adecuado, se puede cubrir con cera en las
zonas que puedan lesionar a los tejidos blandos.

MATERIAL DE IMPRESION.- El mejor material de impresión es el
alginato. Puede utilizarse el endurecimiento normal o el en -
durecimiento acelerado.

MANEJO DEL REFLEJO NAUCOSOS.- Es costumbre pedir a los pacien -
tes que se enjuaguen la boca con algún enjuagatorio bucal, -
para eliminar cualquier cantidad de moco acumulada, también -
se le pide al paciente que respire solamente por la nariz, e -
vitando respirar por la boca. En niños de muy corta edad, se
puede evitar, pidiendo al paciente que se enjuague la boca -
con agua caliente, que contenga algún anestésico.

REGISTRO DE MORDIDA.- Esto es necesario para establecer rela -
ción exacta entre los modelos superior e inferior y se logra -
pidiendo al paciente que cierre en oclusión centrada sobre -
una tablilla de cera, propia para registros de mordida, la -
cual va previamente calentada y reblandecida.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA DENTADURAS
PARCIALES SUPERIORES E INFERIORES

- 1.- En las dentaduras parciales superiores, la base acrílica -
debera proporcionar recubrimiento palatino completo.
- 2.- Se utilizan bordes labiales o bucales, deberán ser relati -
vamente cortos y del color de los tejidos blandos circun -
dantes.
- 3.- Se ha sugerido que si se utilizan grapas en caninos prima -
rios, se retiren en el momento adecuado para que estos emi --
gren lateralmente y distal para acomodar los incisivos perma -
nentes en erupción.

- 4.- En dentaduras parciales removibles inferiores en la mayoría de los casos serán adecuadas las bases acrílicas- aunque se prevee el uso prolongado, es aconsejable utilizar estructura metálica o barra lingual forjada.
- 5.- Cuando sea necesario, deberán fabricarse las dentaduras antes de extraer las piezas.

INSERCIÓN DE DENTADURAS PARCIALES.- Cuando se insertan las dentaduras parciales, deberán también informarse al paciente y a los padres sobre los cuidados de la dentadura en casa, - también el cuidado de la pieza de soporte, así como sobre la inserción y extracción de aquella.

INSTRUCCIONES A LOS PADRES Y AL PACIENTE.-

- 1.- Se instruye al paciente sobre como retirar su dentadura- parcial en actividades atléticas como natación o algún - otro deporte.
- 2.- Deberá retirarse la dentadura cada noche y conservarse - en un vaso con agua, deberá limpiarse cada día con lim - piador especial o cepillando la dentadura con pastas par ese uso.
- 3.- Se muestra a los padres las piezas de soporte y se les - pide que las comprueben frecuentemente con tabletas colo - rantes reveladoras o palillos con algodón sumergido en - colorante comestible, para ayudar a identificar y elimi - nar cualquier aposición de placa.
- 4.- Si la dentadura se ajusta mal o causa irritación, se pe - dira a los padres que nos llamen y no lo informen.
- 5.- Se informa al paciente y a los padres, de manera apropia - da, que abusos en la utilización de la dentadura parcial que lleven a su pérdida o fractura darán como resultado - la prolongación de la dentadura parcial, más tiempo de - tratamiento y costo adicional.
- 6.- El odontólogo deberá proporcionar a los padres y al niño una copia estricta de las instrucciones sobre la utiliza - ción y cuidados en casa de las dentaduras parciales.

VENTAJAS DE LAS DENTADURAS REMOVIBLES
PARA NIÑOS

- I.- Las dentaduras pueden dejarse en la boca del paciente con un mínimo de supervisión.
- 2.- Si se presentaran problemas, el paciente o sus padres podrán siempre retirar la dentadura.
- 3.- Los cuidados caseros de la dentadura y de las piezas restantes serán fáciles de llevar a cabo.

DESVENTAJAS PARA SU UTILIZACION.- Es la falta de cooperación por parte del paciente y de sus padres puede anular el tratamiento.

El odontólogo y el odontopediatra tienen la responsabilidad de hacer que el periodo de transición de dentadura primaria a mixta y a permanente sea el mejor posible.

MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO

Existe el Unilateral y el Bilateral.

SUPERIOR.- Se tratará de hacer UNILATERAL.

INFERIOR.- Se tratará de hacer BILATERAL.

MANTENEDOR DE ESPACIO AMSA-UNILATERAL

Es un mantenedor de espacio fijo.

- Se adapta la banda al molar, usando alambre grueso para que no se rompa.
- Se toma impresión con la banda colocada.
- Se coloca la banda en el modelo y se gotea cera pegajosa para que no se mueva.
- Se adapta el alambre y se dobla la punta vestibular del alambre a la banda con soldadura de plata.
- Se retira el modelo y se cementa en la boca del paciente con cemento de oxifosfato de zinc.

MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL FIJO

- Primero se adapta la banda.
- Se pone cera en los modelos
- Después se toma la impresión.
- Se adapta el alambre.

EN LOS ANTERIORES SUPERIORES.- Se adapta el alambre que llega la unión del alveolo con lo que es el paladar; se coloca el alambre y se pone soldadura de plata, se coloca un botón-palatino de acrílico con el objeto de que no se entierre el alambre.

Cuando se hace el arco vestibular, debe quedar bien adaptada o al arco del paciente.

Si se hace mayor se vestibularizan los dientes.

Si se hace menor se pueden cerrar los dientes.

MANTENEDOR DE ESPACIO CON PROLONGACION DISTAL.- Este tipo de mantenedor es utilizado cuando existe pérdida prematura del segundo molar primario, antes de la erupción del primer molar permanente. El aparato generalmente se sujeta al primer molar primario con una extensión hacia el proceso alveolar, para guiar la erupción del primer molar permanente hacia su posición normal. Así el aparato evitará la pérdida de espacio y la maloclusión o resultantes del desplazamiento mesial del primer molar permanente durante su erupción y después.

DISEÑO DEL APARATO FUNCIONAL Y NO FUNCIONAL

El aparato de extensión distal puede ser de 2 tipos.

- 1.- El tipo NO FUNCIONAL.- Que se compone de banda y oro, corona de acero inoxidable sobre la que se cementa banda y oro.
- 2.- El tipo FUNCIONAL.- Que generalmente es un aparato vaciado en oro, pero que puede ser construido con coronas de acero inoxidable y una extensión distal soldada a la barra.

VENTAJAS DEL TIPO NO FUNCIONAL

- 1.- Facilidad de fabricación y ajuste.
- 2.- Costo inicial menor.
- 3.- Generalmente solo requiere un diente para su fijación.
- 4.- Puede ser fabricado y colocado en una sola visita.

El bajo costo inicial del aparato es una ventaja para aquellos casos en que sera necesario colocar un nuevo aparato después de la erupción del primero molar permanente.

DESVENTAJAS DEL TIPO NO FUNCIONAL

- 1.- Más suceptibilidad al deterioro y a la fractura.
- 2.- Menos retentivo, especialmente los tipos de banda y oro.
- 3.- Puede ser necesario un parato después de la erupción del primer molar permanente.

Estas desventajas prohíben el uso del aparato no funcional en aquellos niños que bruxan o que presentan perdida pre via del segundo molar primario, con extensión del diente antagonista. En estos casos se aplica demasiada fuerza oclusal a la extensión distal, complicando el mantenimiento del aparato.

VENTAJAS DEL TIPO FUNCIONAL

- 1.- Mayor durabilidad y retención.
- 2.- Conserva la oclusión y evita la extensión del diente antagonis
- 3.- Después de quitar la extensión gingival, el mismo aparato puede utilizarse como mantenedor de espacio.

Estas ventajas son considerables debido a la duración del tratamiento con el aparato en todo el desarrollo de la oclusión del niño. La mayor retención y durabilidad de este aparato simplifica muchos problemas de mantenimiento durante este periodo.

DESVENTAJAS DEL TIPO FUNCIONAL

- 1.- Costo inicial mayor.
- 2.- Mayor tiempo en el sillón dental para su colocación.
- 3.- Mayor grado de dificultad clínica y de laboratorio.
- 4.- Mayor dificultad para ajustar el aparato cuando esto sea necesario.

Las desventajas del aparato funcional prohíben su uso cuando la economía es un problema para la familia del paciente, o cuando el paciente presenta un problema de comportami-

ento. La función primordial del aparato de extensión distales proporcionar una guía para la erupción del primer molar permanente. Para lograrlo, el dentista deberá conocer el camino normal de erupción de los primeros molares permanentes.

Los primeros molares permanentes, difieren, marcadamente en su erupción. La vía normal de erupción del primer molar permanente, inferior es en sentido Me y Li, haciendo erupción contra la superficie Di del segundo molar primario, utilizándolo a la vez como una guía para colocarse en posición.

El primer molar permanente superior hace su erupción en dirección Di y Ve hasta encontrar resistencia muscular, posteriormente emerge en dirección Me, hasta hacer contacto con la superficie Di del segundo molar primario.

Por la diferencia que existe en la erupción de los primeros molares superiores e inferiores el diseño y colocación de la extensión Di deberá ocupar una posición ligeramente Li Sobre la cresta del reborde alveolar, para alcanzar el área de contacto Me del Primer molar permanente al principiar est sus movimientos Me - Li.

En cambio el área de contacto superior, deberá ocupar una posición ligeramente Ve a la cresta del reborde alveolar

Esto es importante para evitar que el primer molar permanente pierda contacto con el aparato, lo que provocaría un movimiento rotatorio tanto del molar como del aparato.

Una radiografía oclusal nos ayudara a verificar la colocación vestibulo - lingual, de la extensión gingival.

CONSIDERACIONES PARA LA MODIFICACION DEL
APARATO Y PARA LA CONSTRUCCION DE
APARATOS NUEVOS

Una vez colocado el mantenedor de espacio con extensión, Di observamos bien al niño, llamándolo al consultorio periódicamente con objeto de vigilar el desarrollo de la dentición. Es indispensable una buena técnica radiográfica para vigilar el ritmo de erupción del primer molar permanente, a medida que entra en contacto con el aparato. Al llegar el ni

ño a la etapa de dentición mixta existen otras consideraciones que afectan a las decisiones para la alteración del aparato y para la construcción de menos aparatos.

Al aproximarse el momento de la exfoliación de los dientes de soporte para aparatos funcionales el ritmo de erupción de los dientes sucedáneos determinara la necesidad de construir un nuevo mantenedor de espacio para llevar a cabo la FASE FINAL DEL TRATAMIENTO.

CONCLUSIONES

- 1.- La Historia Clínica nunca debe pasarse por alto, ya que por medio de ella conocemos los signos y síntomas del paciente y es la base para la elección del tratamiento adecuado.
- 2.- La erupción retardada, los dientes atrapados, la ausencia de germen, y los dientes supernumerarios son problemas que debemos detectar a tiempo, para evitar que estos avancen y afecten en mayor grado.
- 3.- Las radiografías son indispensables para evitar diagnósticos equivocados.
- 4.- Antes de realizar un diagnóstico de cualquier tipo es necesario conocer a fondo todas las posibles causas de la lesión que observamos, y buscar sus orígenes.
- 5.- La mayoría de los problemas ortodóncicos presentes en los pacientes adultos son el resultado de alteraciones iniciales durante la infancia.
- 6.- Los padres juegan un papel de gran importancia en la conservación de la salud oral de los niños y pueden ejercer funciones de ejemplo y supervisión en los hábitos de sus hijos.
- 7.- La causa más frecuente de la pérdida de los dientes son, caries y accidentes (fracturas).
- 8.- La ortodoncia debe enfocarse desde el punto de vista preventivo, más que correctivo, es en la infancia y aún en la adolescencia donde pueden aplicarse más ampliamente.
- 9.- Deben establecerse rutinas de enseñanza y adiestramiento de todos los medios preventivos al alcance de los pacientes, para evitar problemas ortodóncicos.
- 10.- Ya presente el problema, el medio más económico para corregir y evitar que el mal sea mayor, es usar un Mantenedor de Espacio cuando sea necesario .

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

I.- TRATADO GENERAL ODONTO-ESTOMATOLOGIA:

TOMO I

Anatomía, Fisiología, Patología,

Editorial. Alhambra, S.A.

Claudio Roello 76.-Madrid

Dirigido por: Wilhem Meyer.

2.- ORTODONCIA EN SU PRACTICA DIARIA, SUS PROBABILIDADES Y LIMITES.

2a. Edición.

Wotz Rudolf.

Edit. Científico Médica 1974

Colaborador Ruideder, P. Stöckli.

y E. Ben-Zur.

Título Original: ORTHODONTIC IN DER.

Täglichen Praxis.

Traducc. de la 4a Edic. Alemana.

Impreso en España P.P. 504.

3.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.

MC. El Roy-Malone.

Interamericana 1971

Traducido al Español por el Dr. José Luis García.

Impreso en México P.P. 215.

4.- PERIODONTOLOGIA CLINICA.

Glickman Aving.

4a. Edic.

Interamericana 1974.

Impreso en México P.P. 999.

5.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTE AMERICA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Enero 1973.

Interamericana.

Edic. al Español. Dr. José Luis García.

Director Dr. Jonh R. Mink.

Impreso en México. P.P. 188.

6.- MOVIMIENTO DENTAL CON APARATOS REMOVIBLES.

Muir J. D. Reed R. T.

Edit. El Manual Moderno.

Traducido por E. Cuauhtemoc Sánchez Rodríguez.

Impreso en México.

Febrero 81 a Enero 82.

26 de Mayo 1982. Edic. P. P. 181.

7.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Sidney B. Finn.

4a Edic. 1976.

Traducido al Español por Dra. Carmen Mudor Seca.

Impreso en México P.P. 613.

8.- TESIS PROFESIONAL DE LA:

Dra. Patricia Arzani Milan.

Parodoncia Pediatrica.

1978 P.P. 188.

9.- ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL.

FOCUS EL HOMBRE.

Edit. Argos, S.A. Barcelona 1966

Impreso en España.

Traducido por el Dr. Alberto Imet.

P. P. 883.

10.- APUNTES DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

Del Dr.

1979.

11.- PUNTES DE ODONTOLOGIA INFANTIL.

De la Dra. Cristina Barrera. 1981.

- 12.- APUNTES DE ODONTOLOGIA INFANTIL.
Del Dr. René Cerón. 1981.
- 13.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
G. Shafer William.
K. Hine Maynard.
M. Levy Darnet.
3a. Edic.
Interamericana.
Impreso en México. 30 de Junio 1977. P. P. 846.
- 14.- REVISTA ADM ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION
DENTAL MEXICANA.
Volumen XXXVIII No. I Enero-Febrero 1981.
Número Dedicado a la Odontología Pedfátrica.
con motivo del III Congreso Latinoamericano
y VII congreso Nacional de la Especialidad.
REVISION DE LOS FACTORES CAUSANTES DE LA PERDIDA
PREMATURA DENTARIA.
- 15.- REVISTA PRACTICA ODONTOLOGICA.
Volumen 2, No. 3 Mayo-Junio.
Director Científico. Dr. Carlos Pipol Gtz.
El Odontólogo y la Nutrición.
El Arte del Consejo Oportuno.
Nivel de Higiene Oral en el C. D.
Sal o Agua.
¿ Cual es el mejor Vehículo para la Fluoración?
P. P. 67.
- 17.- PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO.
Cohen M. Michel.
Edit. Médica Panamericana.
Título Original Minor Tooth Movement in The.
Growing Child.
Impreso en Argentina 1979. P. P. 136.
- 18.- PATOLOGIA BUCAL.
Bhasmar S.N.
3a Edic.
Edit. El Ateneo Buenos Aires. 1977. P.P. 513.