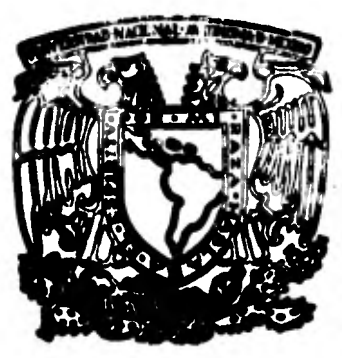


2ej. 528

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Ortodoncia Preventiva en el Niño

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

HUGO MARTINEZ GONZALEZ



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PAGE.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
DEFINICION	3
A).- ORTODONCIA PREVENTIVA	
B).- ORTODONCIA INTERCEPTIVA	
C).- ORTODONCIA CORRECTIVA	
CAPITULO II	
CRONOLOGIA DENTARIA	7
A).- ERUPCION CRONOLOGICA DE LA DENTICION	
B).- IMPORTANCIA DE LA PRIMERA DENTICION	
C).- ANALISIS DE LA DENTICION MIXTA	
a).- MOYERS	
b).- NANCE	
CAPITULO III	
HISTORIA CLINICA	23
CAPITULO IV	
ETIOLOGIA DE LA PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES	30
CAPITULO V	
MANTENEDORES DE ESPACIO	35
A).- CLASIFICACION DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO	
B).- INDICACIONES	
C).- CONTRAINDICACIONES	

- D).- VERTICES
- E).- DESVIACIONES

CAPITULO VI

ANCLAJE 47

A).- DEFINICION

B).- CLASIFICACION

CONCLUSIONES 52

BIBLIOGRAFIA 53

I N T R O D U C C I O N

El tema que he escogido como trabajo de ésta tesis, lo he considerado de vital importancia ya que a todos y a cada uno de nosotros se nos ha presentado diariamente el caso de las pérdidas prematuras de las piezas dentarias primarias y los astragos que ocasionan al no ser tratados en el momento oportuno y con los aparatos adecuados, pues se a visto que en gran porcentaje de la población presentan problemas de espacio por la pérdida prematura de las piezas dentaria primaria, problemas -- que si no se corrigen a tiempo traen consecuencias de -- diferente índole y que las veremos más adelante sobre la marcha del presente trabajo.

Creo que es de gran necesidad que todos cirujano -- dentista de prácticas general esté obligado sin que necesariamente se dedique a la especialidad de la ortodon-- cia a tener los conocimientos suficientes para prevenir una maloclusión a causa de la pérdida prematura de las piezas dentarias primarias, teniendo en cuenta la importancia que tiene la conservación en buen estado de la dentición primaria y el uso de los aparatos ortodónticos.

El objeto principal de ésta tesis es el dar ha conocer la importancia a las piezas dentarias primaria y la prevención que debe de tener para evitar las exfoliaciones prematuras y el tratamiento con los mantenedores de espacios, una vez pérdida la pieza o piezas dentarias primarias antes del tiempo adecuado.

CAPITULO I
DEFINICION

DEFINICION

LA ORTODONCIA es el estudio de las influencias que influyen en el desarrollo de los maxilares y de la cara especialmente, y del cuerpo en general como influencias sobre la posición de los dientes; el estudio de la acción y reacción de las fuerzas internas y externas en el desarrollo y la prevención, así como la corrección del desarrollo detenido y pervertido.

La palabra ortodoncia proviene de dos vocablos griegos - que son "ortos" que significa enderezar o corregir y "dons" que significa diente.

En la actualidad la ortodoncia la encontramos dividida en tres categorías que son las siguientes:

A.- ORTODONCIA PREVENTIVA.- como lo indica su nombre es la acción ejercida para conservar la integridad de lo que parece ser oclusión normal en determinado momento bajo el encabezado de ortodoncia preventiva; están aquellos procedimientos que intentan evitar los ataques indeseables del medio ambiente o cualquier cosa que pudiera cambiar el curso normal de los acontecimientos. La corrección oportuna de las lesiones cariosas (especialmente en las áreas proximales que pudieran cambiar la longitud de la arcada); restauración correcta de la dimensión mesiodistal de los dientes reconocimiento oportunamente y eliminando los hábitos bucales que pudiera interferir el desarrollo normal de los dientes y los maxilares, la colocación de un mantenedor de espacio para conservar las posiciones correctas de los dientes contiguos.

Para una buena prevención significaría una vigilancia dinámica y constante, una disciplina y un sistema tanto para el dentista como para el paciente.

B.- ORTODONCIA INTERCEPTIVA.- indica que existe una situación anormal, la definición es aquella fase de la ciencia y arte de la ortodoncia empleada para reconocer y eliminar irregularidades en potencia y malposición del complejo dentofacial.

Cuando existe una franca maloclusión en desarrollo causado por factores hereditarios intrínseco y extrínseco declaran poner en marcha ciertos procedimientos para reducir la severidad de la malformación y en algunos casos la eliminación de su causa. El reconocimiento de las discrepancias entre la cantidad de material dentario y el espacio existente para los dientes en las arcadas, las extracciones oportunas de los dientes temporales permite considerar ajustes autónomos.

C.- ORTODONCIA CORRECTIVA.- Como la ortodoncia interceptiva reconoce la existencia de una maloclusión y la necesidad de emplear ciertos procedimientos técnicos para reducir o eliminar el problema y sus secuelas. Estos procedimientos son generalmente mecánicos y de mayor alcance que la técnica utilizada en la ortodoncia interceptiva.

La diferencia entre ortodoncia preventiva e interceptiva está en el momento en que se efectúa. En la ortodoncia interceptiva el profesional está tratando con una maloclusión como un hecho consumado por lo menos en grados pequeños, sin actuar con la rapidez necesaria el ajuste autónomo responderá la oclusión normal, si se espera mucho será necesario recurrir a los -

procedimientos de la ortodoncia correctiva. Si la ortodoncia interceptiva se inicia en el momento adecuado puede eliminarse, reducir o simplificar el tratamiento en gran número de casos.

Interceptar una maloclusión significa cambiar el curso, corrigiéndolo y tratándolo de inmediato en el que va a facilitar en los tratamientos específicos y prevenir en los medios en que se altere el esqueleto del desarrollo y el crecimiento dentario.

En la actualidad la intercepción puede llevarse a cabo a cualquier edad, aunque por lo conocido se realiza precozmente con fines preventivos. Lo ideal es el examen precoz del paciente aún con modelos de estudio, radiográficamente con su ficha dental, se planea el tratamiento y se podrá iniciar cuando se considere más beneficioso para el paciente de acuerdo con los requerimientos ortodónticos.

Para llevar a cabo la integridad de la oclusión normal debemos tomar en cuenta los siguientes factores:

- la observación periódica de la erupción dentaria
- la observación continua de los espacios interdentarios
- el análisis específico de las estructuras parodontales
- el reconocimiento oportuno y la eliminación de los hábitos bucales que pudieran interferir en los desplazamientos de los dientes y maxilares.
- la correcta y oportuna intervención de las lesiones cariosas que pudieran alterar la oclusión y cambiar la longitud de las arcadas.

CAPITULO II

CRONOLOGIA DENTARIA.

A).- ERUCCION CRONOLOGICA DE LA DENTICION

B).- IMPORTANCIA DE LA PRIMERA DENTICION

C).- ANALISIS DENTARIO

a.- MOYERS

b.- NANCE

ERUPCIÓN DENTARIA

Se puede definir el crecimiento como un aumento de tamaño físico y el desarrollo que refiere al cambio en la forma o posición y es una manifestación del progreso hacia la madurez, aunque definido por separado; el crecimiento y el desarrollo son coincidentes en el niño normal. En cada uno de los periodos de aceleración o retardo y cada uno depende del otro.

La clasificación de los dientes deciduos comienza alrededor del cuarto mes de la vida fetal, al final del sexto mes todos los dientes deciduos han empezado a desarrollarse y a calcificarse.

A los seis meses de edad, la erupción de los incisivos del maxilar inferior son los primeros en la aparición en la cavidad bucal, al siguiente mes le sigue el incisivo central del maxilar superior.

De los ocho a los nueve meses aparecen los incisivos laterales tanto los superiores como los inferiores, en el cual se inicia la erupción llegando a contactar los bordes incisales al año, en este momento las coronas de los dientes han terminado su desarrollo y las coronas de los primeros molares permanentes se han desarrollado considerablemente y se desplazan hacia la línea de oclusión.

A los quince meses comienza la erupción de los primeros molares temporales del maxilar inferior, siguiendo los molares temporales superiores; a los noventa días posteriores erupcionan los caninos temporales.

En los dos años de edad, los segundos molares temporales se encuentran erupcionando o lo harán a los seis meses siguientes, para completar la dentición temporal.

La formación de las raíces de los centrales, los laterales, los caninos y los primeros molares se están finalizando, los primeros molares permanentes continúan su desarrollo dentro del hueso dirigiéndose hacia el plano oclusal y la calcificación también se está realizando en los dientes permanentes.

A los dos años y medio se puede presumir que la dentición temporal generalmente está completa y en su pleno funcionamiento.

A los tres años de edad las raíces de todas las piezas dentarias están terminadas de los temporales, las coronas de los primeros molares permanentes están completamente desarrolladas y sus raíces están comenzando a formarse.

Normalmente hacia los tres años de edad entra en oclusión los veinte dientes temporales, los que no suelen presentar la curva de Spee, tienen escasa interdigitación cuspídea, escasa sobremordida y muy poco apilamiento.

En las arcadas de la primera dentición con frecuencia aparecen espacios interdentarios en la región anterior especialmente.

La presencia de estos espacios de desarrollo generalizado pudiera garantizarnos una disposición correcta al erupcionar las piezas de la segunda dentición, sin embargo, aún con espacio de crecimiento se pueden observar ocasionalmente problemas de apilamiento, como consecuencia entre el tamaño del -

diente y el espacio existente en lo largo de la línea.

Entre los tres y seis años de edad el desarrollo de los dientes permanentes continúan con los incisivos superiores e inferiores más adelantados. De los cinco a los seis años de edad justo antes de la caída de los incisivos temporales existe el máximo número de piezas dentales en los maxilares que en ningún otro momento.

Los espacios son muy críticos tanto dentro del proceso alveolar como de los arcos dentales temporales. Los dientes permanentes en desarrollo están trasladándose para acercarse al borde alveolar; las raíces de los incisivos temporales están re-absorbiéndose; los primeros molares permanentes están listos para erupcionar en el que existe muy poca porción de hueso entre los dientes permanentes, la cripta y la línea del frente de los dientes temporales.

De los seis a los siete años de edad el primer molar permanente inferior erupciona, los incisivos centrales temporales han sido exfoliados y sus sucesores permanentes comienzan su erupción hasta tocar con sus antagonistas. Generalmente el incisivo central inferior erupciona primero y posteriormente el incisivo central superior; estos dientes erupcionan lingualmente de sus correspondientes temporales y se corren adelante por la presión ejercida por la lengua durante su erupción. El incisivo central superior aparece antes de la erupción como una comba en el pliegue de la mucosa bucal por arriba del incisivo temporal.

De los siete a los ocho años es crítico para la dentición en desarrollo, ya que un factor importante en la erupción normal

o anormal de los dientes permanentes, es el espacio disponible provistos de los dientes temporáneos mas el espacio de desarrollo comparado con el ancho de los sucesores permanentes.

La erupción de cualquier diente puede estar impedida por un obstáculo en la mucosa, está claro que la vigilancia constante es de mera necesidad.

De los ocho a los nueve años de edad los incisivos laterales superiores e inferiores pasan a través de un estrecho camino para llegar a su escaso espacio, lo mismo que los incisivos centrales inferiores, los laterales inferiores con frecuencia erupcionan hacia lingual en el cual son llevado a su correcta posición por una combinación de direcciones de la erupción y las fuerzas funcionales, mientras que los incisivos centrales superiores parecen moverse a su posición desde lingual, los incisivos laterales superiores siempre parecen erupcional desde lingual, cuando los incisivos centrales y laterales erupcionan en su posición normal, la formación de las raíces no están completas, los ápices están muy abiertos y no se cierran en menos de un año. En este tiempo todos los dientes permanentes excepto los terceros molares, han completado la formación de las coronas y la formación de esmalte.

Entre los nueve y diez años de edad, los ápices de los caninos temporales y de los molares comienzan a re-absorberse en el que existen grandes variaciones individuales.

Entre los diez y los doce años de edad, la dentición mixta da lugar a la dentición permanente; los caninos y los primeros molares inferiores temporales se exfolian mas o menos al -

mismo tiempo, seguido después por los primeros molares superiores temporales. Existe una variación considerable en la secuencia --- de la erupción de los caninos y premolares. En el maxilar, el primer molar erupciona antes que el canino. El segundo premolar y el canino erupcionan al mismo tiempo aproximadamente.

La erupción del segundo molar ocurre comúnmente poco después de aparecer el segundo premolar pero si el ~~segundo molar~~ segundo molar permanece erupciona antes que el segundo premolar, el primer molar permamente puede inclinarse hacia mesial.

Para la erupción del tercer molar no se puede determinar una edad, pero se estima una aproximación de los diez y siete a los - veite y uno presentandose primero en el sexo femenino.

La erupción de los ~~terceros~~ terceros molares puede ocasionar disturbios funcionales.

	PIEZA DENTARIA	INICIO CALCIFICACION.	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACER.	ERUPCION.
	Incisivo central	4 ^o mes in útero	5/6 de la corona	7.5 meses.
	Incisivo lateral	4.5 mes in útero	5/6 de la corona	9 meses.
Piezas	Canino	4 ^o mes in útero	1/3 de la corona	10 meses.
Maxilares	Primer molar	5 ^o mes in útero	Cúspide unidas	14 meses.
	Segundo molar	6 ^o mes in útero	Cúspide ailadas	24 meses.
	Incisivo central	4.5 mes in útero	3/5 de la corona	6 meses.
	Incisivo lateral	4.5 mes in útero	3/5 de la corona	7 meses.
Piezas	Canino	5 ^o mes in útero	1/3 de la corona	16 meses.
Mandibular	Primer molar	5 ^o mes in útero	Cúspide unidas	12 meses.
	Segundo molar	6 ^o mes in útero	Cúspide aisladas	20 meses.

CRONOLOGIA DE LA PRIMERA DENTICION.

	PIEZA DENTARIA	INICIO CALCIFICA- CION.	CANTIDAD DE ESMALTE	ERUPCION
	Incisivo central	3-4 meses	4-5 años	7-8 años
	Incisivo lateral	10-12 meses	4-5 años	8-9 años
Piezas	Canino	4-5 meses	6-7 años	11-12 años
Maxilares	Primer premolar	1.5-2.5 años	5-6 años	10-11 años
	Segundo premolar	2-2.5 años	2.5-3 años	11-12 años
	Primer molar	al nacer	2.5-3 años	6-7 años
	Segundo molar	2.5-3 años	7-8 años	12-13 años
	tercer molar	7-9 años	12-16 años	17-21 años
	Incisivo central	3-4 meses	4-5 años	6-7 años
	Incisivo lateral	3-4 meses	4-5 años	7-8 años
Piezas	Canino	4-5 meses	6-7 años	9-10 años
Mandibulares	Primer premolar	13-4-2 años	5-6 años	10-11 años
	Segundo premolar	21/4-2.5 años	6-7 años	11-12 años
	Primer molar	al nacer	2.5-3 años	6-7 años
	Segundo molar	2;5-3 años	12-16 años	11-13 años
	Tercer molar	8-10 años	12-16 años	17-21 años

CRONOLOGIA DE LA DENTICION PERMANENTE.

IMPORTANCIA DE LA PRIMERA DENTICION

En la dentición primaria, en los últimos años se ha otorgado mayor importancia en atención y consideraciones para la salud de los niños, en el desarrollo de la dentición primaria.

Por lo tanto la dentición primaria tiene una gran importancia dentro del desarrollo de los dientes permanentes y las estructuras ósea, ya que es la base para una buena oclusión, el cuidado y tratamiento de las piezas primarias.

La importancia de la dentición primaria nos la da por su utilidad en sus funcionamientos que desempeña en la actividad mecánica, estética y en la fonética.

Unas de las **funciones** de la dentición primaria son:

- A.- EN LA MASTICACION
- B.- EN LA MANTENCION DE ESPACIO
- C.- EN LA ESTIMULACION DEL DESARROLLO
- D.- EN GUIA DE ERUPCION
- E.- EN LA ESTETICA
- F.- EN LA FONETICA

A.- La dentición primaria interviene en la función de la masticación ya que nos sirve para la trituración y desgarrar de los alimentos y para una buena digestión.

B.- En la función de mantenedor de espacio colabora en conservar el espacio para la erupción correcta de la dentición permanente y ayuda a la conservación de las piezas antagonistas en su nivel oclusal correcto.

C.- La actividad de estimulador procede en el desarrollo de la dentición permanente y en el tejido óseo.

D.- En la guía de erupción, la raíz de la porción de los -
dientes temporales se conserva y puede servir de guía en parte
ya que un diente deciduo no suele exfoliarse hasta que su raíz
se ha re-absorbido completamente en el caso de que el diente -
se encuentre en buen estado.

E.- En la estética, ya que es una belleza de la naturaleza
pues se desarrolla en un medio social.

F.- En la fonética, nos ayuda en la vocalización de las -
palabras.

El conjunto de las actividades que desempeñan los dientes
de la dentición primaria, acentúa la importancia que tiene el
cuidado y tratamiento de las piezas para la conservación de la
salud de las piezas dentaria primaria.

ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA

En la etapa de la dentición mixta es cuando empieza la ex-
foliación de las piezas dentaria primaria y la erupción de las
piezas dentaria permanente en el cual se encontrarán ambas den-
ticiones.

Se aconseja en esta etapa el conocimiento de la existencia
suficiente de la longitud del arco en la dentición mixta para -
la obtención de un alineamiento adecuado de las piezas dentaria
permanentes.

Es raro que exista una falta de espacio en la dentición
temporal en los dientes cuando éstos de primera dentición go -
zan de buena salud.

La etapa de la dentición mixta es de lo más crítica de la vida de los niños de edad, en ésta puede presentarse el problema de espacio.

ANÁLISIS DE DENTICIÓN MIXTA DE MOYERS

El análisis elaborado de la dentición mixta por Moyers - es una forma de análisis muy práctico y muy fiel. Los incisivos inferiores son los primeros grupos de dientes permanentes que erupcionan y que presentan la menos cantidad de variabilidad.

La predicción de los diámetros mesiodistal de los caninos y premolares no erupcionados es el resultado de estudios hechos con relación a los diámetros mesiodistal de aquellos incisivos mandibulares que ya han erupcionado. Se ha encontrado una excelente correlación entre los caninos y premolares permanentes y los incisivos permanentes.

El análisis de Moyers al cirujano dentista ayuda a decidir si los dientes permanentes tendrán lugar o no para erupcionar y alinearse normalmente en el espacio existente en la cara. Sobre la dentición mixta se puede actuar precozmente para resolver algunos de los problemas observados mediante procedimientos interceptivos y preventivos como es el mantenedor de espacio o referir al paciente a un ortodoncista, para su propia evaluación y tratamiento.

El análisis ayuda al odontólogo a predecir las probabilidades de alineamiento de los dientes permanentes en el espacio existente de la arcada y predecir con alto nivel de probabilidad de la cantidad de espacio en milímetros necesario para lograr un alineamiento apropiado.

Las tablas de posibilidades de creencias por Boyers permiten que este procedimiento se realice con facilidad valiéndose de los modelos de diagnóstico de yeso del niño y de un calibre de Boley de puntas aguzadas, ya que las tablas facultan para medir el total de los anchos de los cuatro incisivos permanentes inferiores y predice:

1.- El espacio necesario para el canino inferior y los dos premolares

2.- El espacio necesario para el canino y los dos premolares superiores.

METODO PARA LA MEDICION EN EL ARCO INFERIOR

1.- Se mide con el calibre de Boley el mayor ancho mesiodistal de cada uno de los incisivos inferiores permanentes sumándolos totalmente.

2.- Se determina el espacio necesario para el alineamiento adecuado de los incisivos inferiores. Para su elaboración se coloca el calibre de Boley en un punto que equivalga a los diámetros sumados de los incisivos centrales y laterales inferiores izquierdos.

Se coloca el calibre de Boley por donde pasa la línea media real y se hace una marca con la otra punta en la cara lingual del canino temporal izquierdo, este es el punto en que la superficie dista inferior debiera estar cuando se encuentre en alineamiento correcto. Se realiza en ambos lados.

3.- Se mide el espacio existente en cada arco dentario para el canino y ambos premolares, eso se hace midiendo desde la marca efectuada hasta la superficie mesial de los molares de los seis años. Se anotan las cantidades con espacios existentes.

4.- Usando la tabla de predicción mandibular y la suma de todos los anchos de los incisivos inferiores, se recorre el borde de la tabla hasta que aparezca la cifra más próxima a esa suma.

Después se busca hacia abajo de la columna de las cifras - la entrada correspondiente al porcentaje elegido para encontrar cuánto espacio se necesita para los premolares y el canino, la proporción más práctica para trabajar corresponde al 75% que significa que el 75% de las personas con esa suma de ancho de los incisivos inferiores tendrán lugar para la erupción de sus caninos y ambos premolares en una cantidad de espacio que deberán ser los milímetros indicados frente a la columna del 75%.

METODO PARA LA MEDICION EN LA ARCADA SUPERIOR

El procedimiento de la arcada superior son las mismas que el inferior a excepción de dos puntos que son:

1.- La tabla de probabilidades superiores es la que se usa para estimar el espacio necesario para la erupción del canino y ambos premolares superiores.

2.- Hay que estimar el espacio para el esmalte; es necesario una pequeña cantidad de espacio adicional en la zona anterior de la arcada superior.

Quando se observa el diagnóstico, cuando es completo se deberá informar el cirujano dentista con claridad, que cuadrante de la cavidad oral del niño son anormales y la orientación que podrá tomar el tratamiento de la corrección de las anomalías que presenta el niño.

PASOS PARA UNA BUENA MEDICION MIXTA DE NANCE

De los estudios elaborados por Nance dio como resultado - que la longitud del arco dental de la cara mesial de un primer molar permanente inferior hasta la del lado opuesto siempre se acorta durante la transición del período de la dentición mixta al de la permanente. La única vez que se puede aumentar la longitud del arco, aún durante un tratamiento ortodóncico, es cuando los incisivos aún muestra una inclinación lingual anormal o cuando los primeros molares permanentes se han desplazado hacia mesial por la extracción prematura de los segundos molares temporales.

Observó que existía una deriva de 1.7mm. entre los anchos combinados mesiodistal de los dientes permanentes correspondientes que son primer y segundo premolar y el canino; que son mayores los temporales, la diferencia es de 0.9mm.

Los materiales para el análisis de la longitud de los arcos en la dentición mixta son:

- a.- un compás de extremos aguzados
- b.- radiografías periapicales
- c.- una regla milimétrica
- d.- un alambre de bronce de 0.725mm.
- e.- modelos de estudio.

PASOS PARA UNA BUENA MEDICION

Primero se mide el ancho de los cuatro incisivos permanentes inferiores erupcionados; hay que determinar el ancho real antes que el espacio que ocupan los incisivos en el arco.

Se registran las medidas individuales, posteriormente el ancho de los caninos y premolares interiores sin erupcionar será medido sobre las radiografías en la que se registrarán las mediciones estimadas.

Precauciones que se deben tomar para este sistema.

a.- Se debe medir el ancho de los incisivos a cada lado de la línea media y se hace una marca pos-raspado para determinar el borde distal del incisivo lateral sobre el borde o cara lingual del canino temporal.

b.- El ancho de la imagen del diente no erupcionado debe ser con el ancho de la imagen de un diente adyacente clínicamente visible en la boca.

c.- Además los dientes visibles en la cavidad oral también deben ser medidos y establecer una proporción para determinar la cantidad de error en la imagen radiográfica.

El paso siguiente es determinar la cantidad de espacio disponible para los dientes permanentes y esto puede lograrse de la siguiente manera: Se toma el alambre de bronce y se adapta en el arco dental, sobre las cara oclusales desde la cara mesial del primer molar permanente de un lado hasta la cara mesial del primer molar permanente del lado opuesto. El alambre parará sobre las cúspides vestibulares de los dientes posteriores y los bordes incisales de los anteriores, a la medida se le restan los 3.4 mm. que es la proporción que se espera que se acorten los arcos por el desplazamiento mesial de los primeros molares permanentes.

Por comparación de estas dos mediciones, el cirujano dentista puede apreciar la suficiencia o insuficiencia del arco dental. Las mediciones radiográficas de los dientes que no han hecho erupción no son medidas confiables debido a la distorsión y el alargamiento de los rayos, en la placa radiográfica.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA

DEFINICION

La historia clínica es un registro de los datos obtenidos por el interrogatorio y la exploración de un enfermo con el objeto de elaborar un buen diagnóstico, fundamentar un pronóstico e instituir un tratamiento específico.

El objetivo principal de la historia clínica es la búsqueda de los fenómenos que estén fuera de lo normal, así como sus antecedentes y poder valorar los datos obtenidos para actual y futura.

INTERROGATORIO

El interrogatorio es el primer método clínico que constituye por sí solo, los pilares y la base de la clínica moderna, su estudio merece toda su atención, cuidado y esmero. Haciendo un excelente interrogatorio obteniendo de él, el máximo número de datos clínicos los cuales nos sirven en la elaboración, formación e integración de un diagnóstico final.

El interrogatorio es la primera parte de la exploración clínica que nos sirve para comunicarnos directa o indirectamente con el sujeto o terceras personas para investigar la enfermedad o padecimiento actual, sus antecedentes tanto personales como familiares relacionados en la entidad patológica en estudio.

El interrogatorio se hará mediante una serie de preguntas ordenadas, lógicas, adecuadas y dirigidas al paciente o a la tercera persona para esclarecer las causas presentes o pasadas de salud o enfermedad de él o sus ascendientes.

El interrogatorio que más utilizamos en los niños es la combinación del directo y del indirecto ya que obtendremos un mayor número de síntomas y signos clínicos.

EXAMEN CLINICO DEL NIÑO

El examen debe de efectuarse con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos, en la mayoría de los casos el enfoque sistemático producirá mucho mas información sobre algunas enfermedades no detectadas que nos podrían afectar posteriormente en nuestro plan de tratamiento.

La condición general del paciente debemos de tomar en cuenta, la estatura, el peso, el porte, el desarrollo del lenguaje, la piel y el pelo, y la temperatura.

La condición local se refiere a las observaciones de las condiciones locales que presentan los tejidos blandos de la cavidad oral y de la faringe bucal, que se realice un buen diagnóstico y un examen de las piezas dentarias en el último lugar. Se debe observar los labios, la mucosa, la saliva, tejidos gingivales, lengua, piso de boca, paladar, faringe, amígdalas y las piezas dentarias.

EXAMEN BUCAL

Es de gran valor la clasificación de las anomalías y el conocimiento coayudante para efectuar un buen diagnóstico. Por lo cual se clasifica la anomalías en los siguientes:

ANOMALIAS: en número, en forma, en estructuras y textura, en color, en erupción exfoliación y posición.

EXAMEN DENTAL

Para detectar las lesiones incipientes de los dientes se pueden enfocar por varios métodos, uno de ellos es por medio del espejo y del explorador y otro es por medio radiográfico.

HISTORIA CLINICA

1. Información General

Nombre:					
Fecha de Nac.	Lugar de Nac.				
Religión	Grado Escolar				
Número del alumno					

Zona de las Casillas
Sí No

- 1.- ¿ Goza su hijo de buena salud? () ()
- 2.- ¿ Ha estado sometido a tratamientos méd. en alguna época de su vida? () ()
 ¿ Por qué motivo? _____
- 3.- ¿ Ha estado hospitalizado? () ()
- 4.- ¿ Es alérgico a algún alimento o medicamento? () ()
 ¿ A cuáles? _____
- 5.- ¿ Toma su hijo algún medicamento actualmente? () ()
 ¿ Qué clase de medicamento? _____
- 6.- ¿ Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales? () ()
 ¿ Qué trastornos? _____
- 7.- Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes:

	Edad		Edad		Edad
Asma	() _____	Sarampión	() _____	Fiebre reumática	() _____
Paladar hendido	() _____	Tosferina	() _____	Tuberculosis	() _____
Epilepsia	() _____	Varicela	() _____	Fiebres eruptivas	() _____
Enf. Cardíaca	() _____	Escarlatina	() _____	Otras:	_____
Hepatitis	() _____	Difteria	() _____	_____	_____
Enf. Renal	() _____	Tifoidea	() _____	_____	_____
Trastorno Hepá- tico	() _____	Papera	() _____	_____	_____
Trastornos del lenguaje	() _____	Poliomielitis	() _____	_____	_____

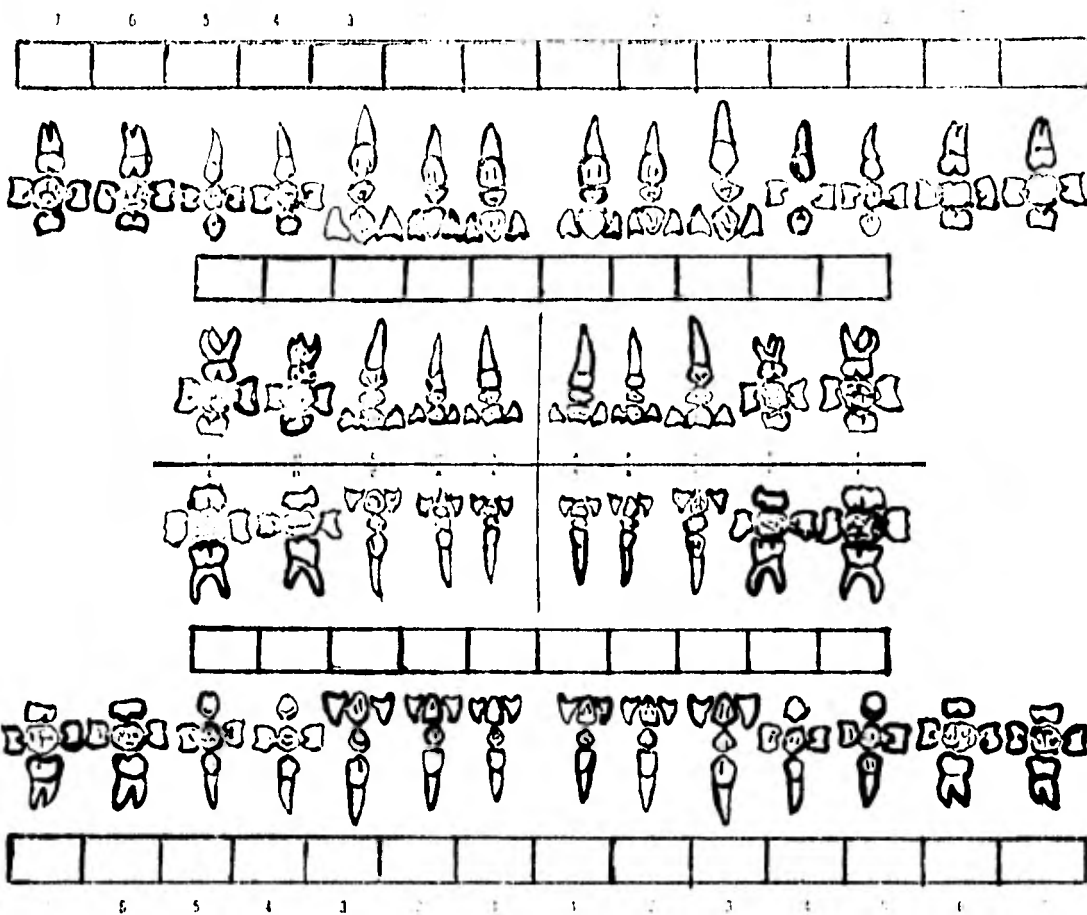
- 8.- ¿ Ha presentado su hijo hemorragias espontáneas en golpes, caídas o en accidentes? () ()
- 9.- ¿ Ha habido dificultades en la Escuela? () ()
- 10.- Antecedentes familiares, patológicos y hereditarios: _____

11.- Datos de la consulta: _____

12.- Recomendado por: _____

13.- Recomendaciones: _____

EXPERIMENTAL



Color: Rojo - Caries y otras Patosis
 Verde y Azul - Caries Secundaria
 Arriba - Postura Buca
 Arriba y Abajo - Caries de Estratificación
 Fraguado Roto - Ausente / Congenito
 Dirección - Dirección del Diente
 Curvatura - Curvatura
 Abertura - Curvatura de Diente

Indicaciones para el Odontólogo:
 1. Estado de los dientes
 2. Estado de la boca
 3. Estado de la boca
 4. Estado de la boca
 5. Estado de la boca
 6. Estado de la boca
 7. Estado de la boca

ERUPCIÓN Y ALINEAMIENTO

Índice	Medida	Norma	Si	No	Índice	Medida	Norma	Si	No
8)	Tipos de Premates	Si	No	9)	Malposición Dentaria	Si	No		
9)	Mordida Cruzada	Si	No	10)	Protrusión	Si	No		
10)	Traslape Horizontal	Si	No						

HABITOS PERNICIOSOS

1) Succión de Dedo	()	2) Protrusión de lengua	()
3) Morderse el Labio	()	4) Morderse las Uñas	()
5) Respirador Bucal	()	6) Otros	_____

ERUPCIÓN Y DENTICION

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Perdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral	Buena	Regular	Pobre	Placa	Sarro
Localización	Supragingival	Subgingival			
Cantidad	Poca	Mediana	Abundante		
Calificación	Buena	Pobre	Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta		

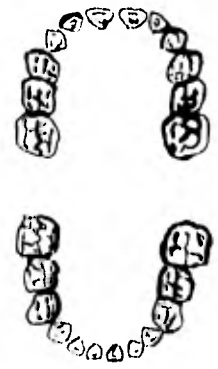
PLAN DE TRATAMIENTO

Fecha:

Paciente	Pasta Protectora	Fluoración	Tipo de Tratamiento
Higiene bucal			
Dieta			

													Conteo del Tratamiento
													1
													2
													3
													4
													5
													6
													7
													8
													9
													10
													11
													12
													13
													Examen Clínico
													Tota

Método de Prevención	
Examen Diagnostico	
Estado de la boca	



CAPITULO IV

ETIOLOGIA DE LA PERDIDA PREMATURA DE LA DENTICION

ETIOLOGIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LAS DENTINAS

La pérdida prematura de las piezas dentarias merecen una esmera atención porque podrían estar relacionado con estrago patológicos locales y generales o por traumatismo.

La causa de la pérdida la he clasificado en lo siguiente:

Patológicas:

- Locales**
- a).- Caries
 - b).- Periodontitis
 - c).- Tumores odontogénicos
 - d).- Odontodisplasia
 - e).- Absceso crónico

Sistemático

- a).- Acrodinia
- b).- Hipofosfatasia
- c).- Enf. Letterer Siwe

No Patológicos

- a).- Fractura total de corona
- b).- Fractura total de raíz
- c).- Fractura del tejido óseo
- d).- Hábitos

Extracciones

- a).- Caries de cuarto grado
- b).- Movilidad de tercer grado
- c).- Tratamiento fallido en endodoncia
- d).- Alivio de una maloclusión

Patología.

Locales.

Caries.- es de los principales factores que ocasionan la pérdida prematura de los dientes ya que es una enfermedad de la que ataca a los tejidos dentarios calcificados que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica de los dientes.

La caries dental es una enfermedad multifactorial y la coincidencia e interrelación del huésped, la microflora y el sustrato.

Periodontitis.- es otra de las principales causas de la pérdida prematura de las piezas dentarias, ya que el proceso se inicia con la inflamación crónica de la encía formando bolsas, pérdida ósea, movilidad dentaria y por último la pérdida dentaria.

Tumores Odontogénicos.- éstos se presentan con menor frecuencia y generalmente la causa de la exfoliación prematura de los dientes es debido a la expansión del tumor.

Odontodisplasia.- son poco frecuentes y la exfoliación es debida a la destrucción del tejido óseo en la cual resulta la movilidad dentaria que posteriormente es la exfoliación dentaria.

Abscesos crónicos.- es muy frecuente en el cual existe una gran destrucción de ligamentos y huesos alveolares en la que es necesario la eliminación del órgano dental.

Sistemático.

Aerodinia.- es raro y se presenta con inflamación, ulceraciones, salivación excesiva, pérdida de hueso alveolar y la pérdida prematura de los dientes.

Hipofosfatasia.- es raro y puede ser espontánea o ocasionada por un traumatismo leve, no existe inflamación gingival leve - y existe pérdida de tejido óseo y la exfoliación del órgano dentario.

Enf. Letterer Siwe.- es raro presentando destrucción ósea - resultando un aflojamiento de las piezas dentarias que posteriormente provoca la caída de las piezas dentarias.

Existe un sinúmero de patologías sistemáticas que pudiera ocasionar la caída prematura de las piezas dentarias, en la que enumeré algunas de ellas.

No Patológicas.

Traumatismo.

Fractura total de la Corona.- es más frecuente en la etapa escolar en la que la corona es desplazada de su raíz en la cual - hay necesidad de extraer el resto radicular.

Fractura de Raíz.- es menos frecuente que el de la corona y la causa generalmente es la misma en que es ocasionada por accidente.

Hábitos.- principalmente se ocasiona la malposición dentaria y en algunos casos llegan hasta a expulsar la pieza dentaria.

Fractura del tejido óseo.- cuando sea necesario en la soldadura del tejido óseo, se tendrá que extraer las piezas dentarias para que se forme en óptimas condiciones el callo óseo de la fractura.

Indicaciones para la extracción.

Características de la pieza dentaria.- cuando resultan no funcionales las piezas dentarias por motivo de la gran destrucción de ellas, está indicado su extracción o exfoliación con el fin de evitar -- trastornos en la cavidad bucal ya que es infuncional.

Movilidad de tercer grado.- resulta infuncional y provoca molestias al paciente en el cual está indicada su extracción.

Tratamiento fallido en endodoncia.- una vez que se ha elaborado la endodoncia en la pieza dentaria y no ha resultado positivo el tratamiento está indicada su extracción.

Alivio de una maloclusión.- cuando la pieza se encuentra fuera de la oclusión normal y causa a las demás piezas la tendencia de sacarla de su oclusión en el cual se recomienda su extracción.

CAPITULO V

MANTENEDORES DE ESPACIO

MANTENEDOR DE ESPACIO

El mantenedor de espacio se considera como uno de los aparatos de mayor importancia en el campo de la ortodoncia -- preventiva, ya que la pérdida prematura de las piezas dentarias temporales rompen el equilibrio dentario, trayendo como consecuencia la mesiogresión de las piezas dentarias de las piezas posteriores y la distogresión de los dientes anteriores hacia el espacio y la egresión de los dientes antagonistas.

El término de mantenedor de espacio se refiere a un aparato diseñado para conservar una o varias zonas o espacio determinados, que nos ayudará a evitar la inclinación de los dientes existentes hacia la brecha producida por la pérdida prematura de las piezas dentarias limitandose a retener o proeservar.

REQUISITO QUE DEBE LLEVAR LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

- a.- deberá mantener las dimensiones mesio-distal de la pieza o piezas pérdidas prematuramente.
- b.- de ser posible, deberán ser funcionales, al menos al grado de evitar la sobre erupción de los dientes antagonistas.
- c.- deberá ser sencillos y lo más resistente posible.
- d.- no deberán poner en peligro los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
- e.- deberán poder ser limpiado facilmente y no fungir como trampa para restar de los alimentos que pudieran agravar la caries dental y las enfermedades de los tejidos blandos.

F.- su construcción deberán ser tal que no impida el crecimiento normal ni los procesos del desarrollo, ni interfiera en funciones tales como la masticación, la fonética y la deglución.

INDICACIONES DEL USO DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

- A).- En la pérdida prematura de varios dientes centrales y laterales que pudieran determinar el cierre del espacio.
- B).- En extracciones prematuras de molares temporales, que es de mayor posibilidad de cierre del espacio en la zona del segundo molar y menos en la del primer molar.
- C).- Cuando se demuestra que el intervalo de la erupción de las piezas dentarias de los permanentes es mayor de los seis meses a la exfoliación de los temporales.
- D).- Cuando se pierde la pieza por traumatismo ya sea temporal o permanente en el que no es posible la restauración definitiva por la edad.
- E).- Cuando las piezas faltantes por ausencia congénita de los temporales y la existencia de los germenos dentarios de los permanentes.
- F).- En el restablecimiento del espacio.

CONTRAINDICACIONES

- A).- Cuando una de las piezas dentarias de anclaje tiene un proceso exfoliativo avanzado.
- B).- Cuando las piezas dentarias de anclaje presentan una gran destrucción en la anatomía coronaria principalmente está contraindicado el mantenedor de espacio fijo.

C).- En espacio suicientemente cerrado que sea imposible recuperar la distancia deseada con un mantenedor de espacio activo, en este caso tendríamos la necesidad de recurrir con un ortodoncista.

D).- Cuando se observa clínicamente y radiográficamente y en los modelos de estudio que no existe pérdida de espacio ya que las piezas dentarias permanentes podrán erupcionar en un intervalo no mayor de los seis meses de la pérdida de los temporales.

E).- Cuando la higiene oral del paciente es mala, está principalmente contraindicado el uso de mantenedores de espacio fijo.

SELECCION DE LOS MANTENEDORES

Para seleccionar los mantenedores de espacio debemos tomar en cuenta los siguientes factores:

A.- Dependiendo de la región y la pieza o piezas y el número a reemplazar.

B.- Dependiendo del tipo de oclusión.

C.- Dependiendo del posible desarrollo del lenguaje.

D.- Dependiendo de la cooperación del padre o paciente.

E.- Dependiendo a la presencia o ausencia de patología bucal adicional.

CLASIFICACION DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

Los mantenedores de espacio se clasifican en:

A.- Fijos a.- removibles

B.- Funcionales b.- No funcionales

C.- Activo c.- Pasivo

1.- Los mantenedores fijos están unidos en su extremo en el que se van a sujetar los dientes pilares a las bandas o coronas y unidos por conectores, en general estas bandas o coronas van cementadas y los conectores se les adicionan en la superficie para la trituración.

a.- Los mantenedores de espacio removibles consisten en una base plástica con planos inclinados asegurada a la cavidad bucal por medio de ganchos en molares y un arco labial corto.

B.- Los mantenedores funcionales se recomienda cuando existe una pérdida múltiple de piezas dentarias, este aparato conserva el espacio y al mismo tiempo que restaura la fisiología de la zona involucrada en la afección.

b.- En los mantenedores no funcionales se consideran por motivo de no actuar en la masticación y se construyen con una corona o banda ortodóncica a la que se suma una ansa o barra en la que va adosada en la encía y no establece contacto con las piezas antagonistas.

C.- Los mantenedores activos se usa cuando las piezas adyacentes sufren una inclinación ya sea mesial o distal al lugar donde se llevó a cabo la pérdida de la pieza o piezas dentarias y el aparato va a fungir la función de activador.

c.- Los mantenedores pasivos su función principal es la de conservar el espacio o espacios sin que desarrolle otras funciones, elaborándose con hilos metálicos y resinas acrílicas o usándose bandas o hilos de níquel cromo como adhesión de descanso oclusal.

Existen un sinúmero de mantenedores de espacio por la cual mencionaré algunos de los más usados:

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO

- 1.- Mantenedor de espacio de corona y ansa
- 2.- Mantenedor de espacio de banda y ansa
- 3.- Mantenedor de espacio de corona y barra
- 4.- Mantenedor de espacio de banda y barra
- 5.- Mantenedor de espacio de resorte
- 6.- Mantenedor de espacio de arco lingual fijo
- 7.- Mantenedor de espacio de zapatilla distal.

CONSTRUCCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO

Mantenedor de corona y ansa.- para confeccionar este tipo de aparato se puede usar el método directo o indirecto, se recomienda la combinación de ambos.

ELABORACION.- La corona se adapta a la preparación de los pilares, se toma la impresión con la corona y se corre la impresión de la cual se va a obtener el modelo de trabajo, se coloca una porción de cinta en la zona de la pieza o piezas que fueron exfoliadas y sobre la cinta se delinea el ansa. Se elabora el ansa siguiendo el contorno de lo marcado en la cinta y adaptándose en el modelo de trabajo en donde la ansa no debe tener presión y las terminales de este deben estar en contacto con la corona de acero cromo y se recorta el ansa.

Se recomienda el uso de alambre de ortodoncia del número 0.36 y una distancia bucolingual de 7mm..

Se le colocan los puntos de soldadura en la zona de la unión de la corona y el ansa, se le da su apropiada pulida y se le prueba en el paciente, una vez que ya fue checada, se cementa la corona y se le da la indicación al paciente.

Esta indicación que para el mantenimiento de un **arco** lo que corresponde a una pieza total en la cual va a ser unilaterial.

Mantenedor de banda y ansa.- su elaboración es la siguiente:

Se toma una impresión total de las arcadas correspondientes en donde se hace el vaciado en yeso donde se va a adaptar la banda a las piezas pilares en el que se le colocan los puntos de soldadura.

Se le coloca una cinta en la zona de la pérdida de las piezas dentarias primaria con el fin de delinear la ansa en donde posteriormente se fabrica la ansa adaptándosela al proceso y siguiendo el delineamiento ya elaborado, el alambre no debe tener presiones y las terminales del alambre deben estar en contacto con la banda en la que se va a soldar.

Una vez soldada la banda y la ansa se pule y se comprueba su adaptación en las piezas pilares cementándose posteriormente la banda.

VENTAJAS.- se facilita el manejo de las bandas y es de fácil adaptación tanto de la banda como de la ansa.

No impide la erupción de los dientes permanentes si la ansa está bien elaborada.

DESVENTAJAS.- no ejecuta la función masticatoria, no es estético.

Mantenedor de corona y barra.- el procedimiento de su elaboración son los mismos pasos que el de la corona y la ansa en la que se sustituye solamente la ansa por la barra.

Mantenedor de banda y barra.- se efectúan los mismos pasos que los de la banda y la ansa siendo reemplazada la ansa por la barra.

... me: ... esencial, con ... la conservación
... de una pieza dentaria temporal que ha -
sido extraída pre-... tamente.

La diferencia de la utilidad entre la corona y la banda, dependerá del estado de salud de la pieza dentaria que va a ser el pilar del mantenedor.

Mantenedor de arco lingual.- este tipo de mantenedor es - recomendable cuando existe las pérdidas de los molares temporales de ambos lados.

CONSTRUCCION.- se toma una impresión de la arcada deseada y se elabora el vaciado en yeso, se rebaja una porción gingival del modelo de trabajo en la zona de ambos molares para darle la mejor adaptación de las coronas o bandas ortodóncicas, posteriormente se coloca el alambre adaptándose por la arcada en su parte lingual de los dientes hasta llegar a las piezas pilares, en donde se apoyará en cingulo de cada incisivo y se soldará en la corona o banda con soldadura de plata en donde se pulirá posteriormente, se prueba al paciente y se cementan ya sea las coronas o las bandas.

En la porción de los incisivos se pueden colocar unos botones en el alambre de ortodoncia para su mejor adaptación.

Zapatilla Distal.- está indicado cuando existe la ausencia del segundo molar de la dentición primaria para evitar su mesialización del primer molar permanente.

ELABORACION.- puede ser su elaboración en el laboratorio o pre-fabricados.

Se toma la impresión y se elaboran los modelos de trabajo con su preparación del pilar para la adaptación de la corona y

la zapatilla o en su defecto la adaptación de la zapatilla pre-fabricada en la pieza pilar y la soldadura de la zapatilla - con la corona.

Se toma una radiografía pericapical en la zona donde se colocó la zapatilla distal para observar la no interferencia para la erupción del primer molar permanente.

VENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO

- A).- El costo de la construcción es bajo y fácil su manejo.
- B).- No irrita a los tejidos blandos.
- C).- No interfiere en la erupción vertical del diente anclados.
- D).- El movimiento mesial se previene.
- E).- Su constancia en su funcionamiento.
- F).- No existe interferencia al diente por erupcionar.
- G).- Se evita la pérdida y la fácil ruptura.

DESVENTAJAS

- A).- La dificultad de la limpieza.
- B).- No se adapta fácilmente a los cambios del crecimiento y - desarrollo .
- C).- La función de oclusión no se restaura.
- D).- En ocasiones el uso de instrumentos especiales para su elaboración.
- E).- Puede desajustarse por las fuerzas usadas con los instrumentos o por la lengua.

Los aparatos removibles generalmente son de una construcción de acrílico con o sin la combinación de los ganchos de anclaje.

Sus funciones de los mantenedores de espacio removibles, es el de mantener los espacios en la línea del arco, el mantener en su oclusión a los dientes antagonistas y interviene en la función de la masticación.

TIPOS DE MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE

- A).- Mantenedor de espacio múltiples.-
- B).- Mantenedor de espacio de acrílico con un espaciador.
- C).- Mantenedor de espacio múltiple con acrílico utilizado para la inclinación mesial de los molares.

A).- Mantenedor de espacio múltiples.- estos mantenedores de espacio son aparatos de construcción de acrílico que cubre la mucosa lingual de los dientes y que abarcan las regiones donde se han perdido las piezas primarias. El mantenedor no solamente conserva el espacio, sino que también evita la extrucción de las piezas antagonistas.

Se usa este tipo de mantenedor cuando se han hecho extracciones de más de una pieza primaria, es conveniente el colocar dientes de acrílico para darle función a la masticación y las extrucciones de los dientes antagonistas evitarlas.

B).- Mantenedor de espacio de acrílico.- este mantenedor está indicado en los casos de extracciones prematuras que no

Los dientes adyacentes inmediatamente después de la extracción a las piezas contiguas o las faltantes, han emigrado mesialmente. Lleva en el cuerpo mismo un tornillo o un gato de expansión para la acción de éste, en que se recupere el espacio perdido.

C).- Mantenedor de espacio múltiple con acrílico utilizado para inclinar mesialmente los molares.- son aparatos que cubren la mucosa lingual y las superficies linguales de los dientes, con plástico que se extiende a las áreas donde se han perdido los dientes primarios, en el que puede hacerse una gran variedad de diseños según las necesidades de cada caso.

La construcción de estos aparatos se elaboran por el método de la caja de moldear. Algunos autores lo consideran como una placa parcial.

VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO

- A.- Se pueden limpiar con facilidad
- B.- Facilita la limpieza de las piezas naturales
- C.- Mantienen las dimensiones verticales
- D.- Estimulan la erupción de las piezas permanentes
- E.- Contribuyen en la masticación
- F.- Se da estética.

DESVENTAJAS

- A.- Puede perderse la constancia de su uso
- B.- Puede extraviarse

- C.- puede irritar a los tejidos blandos
- D.- puede fracturarse con mayor facilidad
- E.- puede interrumpir el crecimiento óseo por la acción de los ganchos.

CAPITULO VI

ANCLAJE

DEFINICION

El anclaje es el sitio de partida de las fuerzas, la acción y la reacción de una o varias fuerzas que son iguales y opuestas por lo tanto es necesario que el anclaje ofrezca una mayor resistencia que la parte a mover.

En la ortodoncia el anclaje se refiere a la naturaleza y al grado de resistencia al desplazamiento que ofrece cierta unidad anatómica cuando se utiliza para realizar movimientos dentarios, aunque los dientes son las unidades anatómicas que con frecuencia son las que se utilizan para anclaje, existen otras estructuras como el paladar, el hueso alveolar lingual de soporte en el maxilar inferior, el occipital y el dorso del cuello.

Un factor muy importante al evaluar los valores de resistencia en el que es la porción del diente que se encuentra anclado en el hueso alveolar, el número de raíces, sus formas, sus tamaños y sus longitudes de las raíces.

La resistencia de un diente a una fuerza es proporcional a la superficie del hueso alveolar, en la cual se transmite las fuerzas, y dependiendo de la dirección de las fuerzas con relación a los ejes de las raíces. Ejemplo: el primer molar ofrece una gran resistencia a una fuerza ejercida sobre ellos en dirección distal, esto es debido al hecho de que la dirección general de crecimiento es hacia fuera, oclusal y adelante, y la inclinación distal de las raíces.

La dispersión de la reacción de la presión ejercida por el aparato ortodóntico de ser dispuesta de manera tal que otro -- trabajo útil se efectúe o por lo menos ningún efecto perjudiciales tengan lugar.

... ortodóncos están unidos a los dientes, -
... través de la tracción y perturbar los dientes de an-
claje como un efecto secundario indeseable. En algunos casos -
esos efectos indeseables pueden evitarse si el aparato está -
construido de tal manera que las presiones sean iguales y opues-
tas, en el que sean ejercidas sobre las piezas dentales con el
objeto de moverlas en cantidades iguales o proporcionales en -
dirección opuesta.

LAS TRES FUERZAS DE ANCLAJE

- 1.- En la misma arcada en la que se efectúan los movi-
mientos dentarios.
- 2.- Mediante tracción intra-maxilar hacia el arco dental
opuesto.
- 3.- Desde afuera de la cavidad bucal mediante el anclaje
occipital o cervical.

CONSIDERACIONES PARA LA ELABORACION DE UN ANCLAJE

- A.- La tendencia natural al movimiento dentario de la ar-
cada.
- B.- La posición y función labial.
- C.- El engranaje oclusal.
- D.- La presión requerida para el movimiento dentario.

La actuación de estos factores y su influencia en los movi-
mientos dentarios deben ser cuidadosamente determinados cuando
se está planeando el tratamiento, los dientes en los segmentos
laterales particularmente los molares tienen la tendencia a mo-
verse hacia adelante como parte del proceso de desarrollo de la

oclusión. Si estos dientes se usan como anclaje para tener una reacción en dirección mesial, esta reacción y movimiento puede ser aumentada y puede tener un desplazamiento de los dientes de anclaje.

TIPOS DE ANCLAJE

- A.- Simples
- B.- Estacionarios
- C.- Recíprocos
- D.- Intra-orales
- E.- Extra-orales
- F.- Intra-maxilares
- G.- Inter-maxilares

A.- El anclaje simple.- es el anclaje dentario en el cual la forma en que se aplica la fuerza tiende a desplazar o a cambiar la inclinación axial del diente o los dientes que forman la unidad de anclaje en el plano espacial en que se aplica la fuerza.

B.- El anclaje estacionario.- Es el anclaje dentario en el cual la forma de la aplicación de la fuerza tiende a desplazar la unidad de anclaje en todo su cuerpo en el plano del espacio en el que la fuerza es aplicada.

C.- El anclaje recíproco.- Es aquel en el cual la resistencia de uno o más dientes es utilizado para mover uno o más unidades dentales opuesta.

Es empleado cuando ambas unidades de resistencia están en -

mala colocación y las fuerzas iguales y opuestas tienden a moverse cada unidad hacia una oclusión de mayor normalidad.

D.- El anclaje intra-orales.- Es aquel en el cual las unidades de resistencia están situadas dentro de la cavidad oral en la que se refiere un tipo terapéutico ortodóncico es cuando las unidades de resistencia con el anclaje y los dientes que serán movidos y están dentro de la cavidad oral.

E.- El anclaje extra-orales.- Es aquel en que la unidad de anclaje está situado por fuera de la cavidad oral en la que se hace uso de la zonas craneales occipital, cervical para vencer las unidades o resistencias intra-orales.

F.- El anclaje intra-maxilar es un anclaje en el cual la unidad de resistencia está situada en el mismo maxilar y actúa para corregir la relación anteroposterior de los arcos dentales superiores e inferiores.

G.- Los anclajes intra-maxilar son los anclajes en que las unidades están situadas en un maxilar en la que se emplea para efectuar los movimientos en el otro maxilar siendo recíprocos.

Los anclajes múltiples es cuando se usan más de un tipo de unidad de resistencia.

C O N C L U S I O N E S

Al llegar al término de este trabajo he llegado a la deducción de que uno de los principales problemas en el consultorio dental, es lo que se refiere a la maloclusión que influye en las alteraciones de aspecto parodontal, caries, pérdida prematura de los dientes primarios por sus diferentes etiologías.

Una medida preventiva para preservar la integridad de la oclusión nos lo ofrece los mantenedores de espacio cuando los dientes temporales se han perdido prematuramente.

El niño merece una especial atención por lo tanto debemos elaborar una adecuada historia clínica para que nos dé un diagnóstico adecuado y efectuar un buen tratamiento para la conservación de una oclusión normal.

Será necesario insistir en el tratamiento, éste deberá hacerse en una edad temprana a la caída prematura de las piezas dentales primarias en que estará encaminada a restablecer la salud en general, la forma y las funciones normales.

Los conocimientos de ortodoncia preventiva y de oclusión ayudará a mantener las posiciones correctas de las piezas dentales con el uso de los aparatos para tener una oclusión normal de dichas piezas.

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

- 1.- RALPH E. MC. DONALD
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
SEGUNDA EDICION
EDIT. MUNDI.

- 2.- JASEPH M. SIM
MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS
SEGUNDA EDICION
EDIT. MUNDI

- 3.- JAN LANGMAN
EMBRIOLOGIA MEDICA
TERCERA EDICION
EDIT. INTERAMERICANA

- 4.- P. R. BEGG / KESLING
ORTODONCIA DE BEGG TEORIA Y PRACTICA
SEGUNDA EDICION
EDIT. INTERAMERICANA

- 5.- ROBERTO E. MOYERS
MANUEL DE ORTODONCIA
TERCERA EDICION
EDIT. MUNDI

- 6.- T. M. GRABER
ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
TERCERA EDICION
EDIT. INTERAMERICANA

7.- JOHN G. B. PINK

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SEGUNDA EDICION

EDIT. INTERAMERICANA

8.- RUDOLF P. HOTZ

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE

EDIT. PANAMERICANA

9.- ADAMS PHILIP C.

DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS ORTODONTICO REMOVIBLE

SEGUNDA EDICION

EDIT. INTERAMERICANA

10.- FACULTAD DE ODONTOLOGIA S. U. A.

ODONTOPEDIATRIA

PRIMERA EDICION