

14. 866

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



B.

D.R. JOSE ALONSO PERAIN

**CORRECCION DE HABITOS Y PROBLEMAS
OCASIONADOS POR AVULSION
DENTARIA EXTEMPORANEA**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

Ma. Guadalupe Rivera González

Francisco Javier Anaya Martín



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

MALOS HABITOS 1

CAPITULO II

TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACION
DE HABITOS ORALES NOCIVOS 24

CAPITULO III

CRONOLOGIA ERUPTIVA DE LA DENTICION 43

CAPITULO IV

PSICOLOGIA DEL NIÑO EN EL
CONSULTORIO 48

CAPITULO V

CAUSAS DE PERDIDA PREMATURA

DE DIENTES TEMPORALES 56

CAPITULO IV

MANTENEDORES DE ESPACIO 70

CONCLUSIONES 92

BIBLIOGRAFIA 94

INTRODUCCION

Pocos son los casos en los que no haya controversia y polémica cuando se trata de hábitos.

La decisión de lo que es normal y anormal, la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico son representadas en base a la documentación, enseñanza, experiencia-clínica y criterio propio del Cirujano Dentista.

La palabra normal y dentro de lo que llamamos límites normales, es tan amplio y abstracto.

Dentro de la literatura se pueden localizar opiniones demasiado arbitrarias en lo que corresponde a los hábitos, por lo cual el objetivo de este trabajo no es el mostrar una línea de conocimientos y prácticas en lo que se refiere a hábitos bucales.

Queremos mostrar y despertar, hacia una odontología más preventiva y menos curativa, que nos ofrezca un mayor nivel de salud dentro de la población.

Considerando esto diremos que un tratamiento mal-dirigido, precisamente cuando se trabaja con niños, es peligroso, ya que se está manejando el desarrollo emocional de una persona, debiendo prever cualquier desorden en cuanto al equilibrio emocional se refiera, ya que estos resultan más perjudiciales y muy costosos.

Por esto consideramos que una buena corrección del hábito es importante y decisiva en la conducta futura, y presentación en cuanto a la madurez del individuo.

Siempre será satisfactorio contribuir a mejorar el nivel de lo que cada uno de nosotros desarrolla, y esperamos que en este caso se logre.

CAPITULO I

MALOS HABITOS

Clasificación

Etiología

Papel en la Armonía Oral

- a) .- Hábito de Respiración Bucal
- b) .- Hábito de Succión
- c) .- Hábito de Deglución
- d) .- Bruxismo

MALOS HABITOS

CLASIFICACION, ETIOLOGIA Y

PAPEL EN LA ARMONIA ORAL

El hueso es un tejido plástico capaz de reaccionar sobre ciertas presiones que se ejerzan sobre él.

Podemos clasificar éstas presiones como las efectuadas por el papel dinámico de la musculatura, y las llevadas a cabo por un hábito adquirido desde un punto de vista psicológico, observando esto más acentuado en la etapa de crecimiento y desarrollo, siendo variable la etiología que nos ocasiona una desarmonía oclusal y funcional.

Comunmente toda persona come tres veces al día, pero deglute y respira toda la vida, hablando gran parte del tiempo. Además de la respiración, deglución y habla, debemos considerar otro papel, que es el de la postura, ya que aún estando en una posición de descanso existe cierta función activa del músculo, esto ha sido demostrado por estudios electromiográficos, llevando a cabo así un equilibrio entre tejidos blandos y partes óseas.

Cualquier tipo de maloclusión puede ser un patrón hereditario únicamente o bien agravado ya sea por el mal funcionamiento de los músculos ó la presencia de hábitos orales perjudiciales.

Esto nos guía hacia el problema de los hábitos - como factores causales de la mal-oclusión.

El psicólogo William James escribió:

Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como:

1).- Útiles y

2).- Dañinos.

Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar.

Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios y chuparse los pulgares.

Muchos profesionistas de distintas áreas parecen preocuparse de los problemas ocasionados por los distintos hábitos bucales que principalmente se presentan en niños, sin embargo, algunos desde un punto de vista diferente.

En general puede decirse que el dentista y el patólogo se interesan más por los cambios bucales que puedan dar-

se en cuanto a la estructura, como resultado de algun hábito prolongado.

El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo dan mayor importancia a los problemas de conducta que los hábitos puedan en un momento dado ocasionar.

Haciendo otro grupo de interesados en problema incluimos a los padres, que muestran mayor interés al aspecto social en cuanto a una desadaptación.

Los hábitos en ocasiones son desechados por el niño, por si solos, esto es obedeciendo a una mayor adaptación social dependiendo de la madurez; el niño se ve sometido a presiones externas por parte de los padres, sus compañeros y en general todas las personas que los rodean, los hábitos desechados por si solos de esta forma, se les llama actos bucales no compulsivos.

Un hábito compulsivo es cuando ya ha adquirido cierta fijación en el niño, y el grado en que éste acude al hábito es cuando su seguridad se ve amenazada, en este tipo de hábitos, se debe tener mayor cuidado ya que expresan una necesidad emocional demasiado arraigada.

HISTORIA CLINICA

Una historia clinica deberá aportar al cirujano - dentista el mayor número de datos relacionados, para poder - fijar una idea más amplia de lo que el caso muestra, siendo - necesarios para esto ciertos requisitos en la elaboración de una historia clinica. Deberá ser ordenada, sistemática, clara y a la vez rutinaria para no dejar pasar puntos por alto.

Dentro de la historia clinica es importante observar el nivel de cariño y afecto a que esta sometido el niño, ya que esto puede ser una causa importante de algún hábito - muy arraigado.

COMPORTAMIENTO SOCIAL

INTROVERTIDO:	JUEGOS:	ESCUELA:
BIEN ADAPTADO:	NORMAL	ATRASADO
EXTROVERTIDO:	ANORMAL	NORMAL
		AVANZADO

COMENTARIOS: _____

SALUD GENERAL

BUENA	REGULAR	MALA
BAJO TRATAMIENTO	ENFERMEDADES GRAVES	

COMENTARIOS: _____

GRIPES ANUALES Y OTRAS ENFERMEDADES MENORES

FRECUENTES	OCASIONALES	RARA VEZ	
ESTACION DEL AÑO:			
PRIMAVERA	VERANO	OTOÑO	INVIERNO

COMENTARIOS: _____

REACCION BAJO TENSION:

ANTAGONISTA	DOCIL	DEFENSIVA
-------------	-------	-----------

COMENTARIOS: _____

ALIMENTACION

LACTANCIA NATURAL: MESES

EDAD AL DESTETE

LACTANCIA CON BIBERON: MESES

EDAD AL DESTETE

ALIMENTACION ACTUAL:

BUENA

REGULAR

DEFICIENTE

COMENTARIOS: _____

HABITOS

RESPIRACION BUCAL:

DE SUCCION:

DEGLUCION:

FONACION ANORMAL:

BRUXISMO:

OTROS:

COMENTARIOS: _____

SUEÑO

DIA: REGULAR

IRREGULARMENTE

RARA VEZ

NOCHE: NUMERO DE HORAS

PROFUNDAMENTE

FRECUENTE INTERRUPCION

W. C.

HABITOS:

ANORMALES:

NORMALES:

COMENTARIOS: _____

HABITOS BUCALES

FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE RARA VEZ

EDAD DEL COMIENZO DEL HABITO:

EDAD QUE LO ABANDONO:

AUN CONTINUA:

DIA: NOCHE: ESCUELA: MIRANDO T.V. :

METODOS UTILIZADOS PARA CONTROLAR EL HABITO:

ESPECIFICAR: _____

CONOCIMIENTO DEL HABITO POR EL NIÑO:

NIÑO CONCIENTE:

REÑIDO POR HERMANOS :

REÑIDO POR LA MADRE :

REÑIDO POR EL PADRE :

OTROS FAMILIARES CON HABITOS:

PADRE: MADRE: HERMANO: NINGUNO:

OTRO ESPECIFICAR: _____

DESEO DEL NIÑO DE CESAR EL HABITO:

SI CON TRATAMIENTO:

SI SIN TRATAMIENTO:

NO LE IMPORTA:

NINGUN DESEO:

ACTITUD DE LOS PADRES:

MADRE:	SIN TRATAMIENTO	PADRE:	SIN TRATAMIENTO
	APARATO		APARATO
	NINGUN APARATO		NINGUN APARATO

COMENTARIOS GENERALES: _____

A).- HABITO DE RESPIRACION BUCAL

Podríamos decir que la respiración bucal en los niños, realmente es poco frecuente, exceptuando en periodos de catarro nasal.

Se ha observado en lactantes que la respiración silenciosa se lleva a cabo por la nariz, con la lengua en posición próxima al paladar, obturando la vía bucal.

En ocasiones se presta a confusión y mal entendido, ya que hay niños que mantienen la boca abierta, sin necesidad de que por ella tengan que respirar.

La apariencia de respiración bucal puede estar dada por varios factores como son:

- 1).- Algunos niños les cuesta trabajo cerrar los labios debido a la protrusión de sus piezas superiores.
- 2).- En otros puede ser una costumbre ó postura.
- 3).- Bien puede ser el resultado de tejido inadecuado o mal tono muscular.

Observando la boca abierta en niños que miran fijamente algo, recordando sin embargo que pocos son realmente los que respiran por la boca, en estos casos, no debemos dejarnos engañar por el hecho de que la encía se seca por el constante contacto con el aire y el humedecer y secar

de los tejidos, provocando una irritación.

Hay una forma acertada para poder determinar en - que momento un niño es respirador bucal, esto es observando - que en el niño que solamente mantiene su boca abierta veremos que el paladar y la lengua están normalmente húmedos a diferencia del respirador bucal que mantiene principalmente el - paladar seco.

Además que en los niños con respiración bucal, en - contramos Gingivitis en las partes palatinas y linguales de - los dientes, a diferencia de los niños que no respiran por - la boca, ya que en ellos la irritación gingival se verá en - las partes bucales que son las expuestas a los cambios de - humedad.

Los niños que realmente respiran por la boca, se - pueden clasificar en tres diferentes tipos:

- 1).- Por Obstrucción
- 2).- Por Hábito
- 3).- Por Anatomía

Los que respiran bucalmente por obstrucción son - aquellos que tienen un deficiente ó nulo flujo de aire através de los conductos nasales, como existe dificultad para que el niño respire por la nariz, se ve forzado a hacer una respiración bucal.

El tipo de obstrucción puede darse por septum desviado y en ocasiones espolones óseos del septum.

El niño que respira por la boca debido, a un hábito lo hace constantemente, y en ocasiones pueda ser la secuela de alguna obstrucción que aunque ya se haya quitado, el niño sigue con la costumbre.

El niño que respira por la boca debido a una razón anatómica, es aquel que el labio superior por estar corto, no le permite cerrar la boca por completo, sin tener que realizar un esfuerzo exagerado, para tal trabajo muscular. Frecuentemente se observan problemas de este tipo de niños hectomórficos que presentan, caras estrechas y largas y constantemente espacios nasofaríngeos reducidos.

La resistencia a una respiración nasal adecuada puede ser causada por:

- 1).- Hipertrofia de los turbinatos debido a:
 - a).- Alergias
 - b).- Infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales.
 - c).- Condiciones climáticas frías o calientes, o aire contaminado.
- 2).- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal, generalmente debido a un trauma.
- 3).- Adenoides agrandados, comúnmente el tejido adenoidal o faríngeo, es hiperplásico durante la

infancia, debido a esto se llega a corregir la respiración bucal por sí sola cuando después - del crecimiento el proceso fisiológico normal - causa la contracción del tejido adenoideo.

Los especialistas en oídos, nariz y garganta afirman, que son más frecuentes los padecimientos del aparato respiratorio, en respiradores bucales debido a que el efecto de - filtración y calentamiento de aire en los conductos nasales - se pierde.

B) .- HABITO DE SUCCION

Indudablemente que en especial el hábito de chuparse el pulpar y otros dedos, es motivo de preocupación para -- los padres que generalmente acuden al pediatra, que se encuentra tan confundido como los padres y que no satisface a las inquietudes de estos.

Haryett, Hansen, Davidson y Sandilands opinan:

" El chuparse el pulpar es un hábito adquirido sencillo, y contradice a la teoría psicoanalítica que atribuye este hábito a un síntoma de trastorno emocional más profundo".

Considerando este hábito desde un punto de vista -- estructural, es que el pulpar es un cuerpo duro capaz de desplazar la premaxila hacia su parte posterior, proyectando los incisivos más allá del labio superior.

Teniendo en cuenta la existencia de gran variedad -- de literatura, que a la vez es tan opuesta, en algunos casos -- no habrá otro camino a seguir más que el del criterio propio -- basado en la buena preparación del cirujano dentista.

De esta forma se presentan ciertas cuestiones:

¿ Son acaso dañinos para los dientes y tejidos los -- hábitos de chuparse el pulpar y otros dedos, junto con la actividad muscular funcional ? .

¿ Si concedemos que es posible la creación de una deformación dentaria temporal o permanente ?

¿ El chuparse el dedo pulgar constituye acaso la sexualidad infantil como dijo Freud. ?

¿ La lactancia inadecuada constituye un factor importante ?

¿ Es acaso la falta de amor y afecto lo que ocasiona este hábito, se sienten estos niños rechazados por sus padres y hermanos, perdidos socialmente y proyectados con inseguridad ?.

¿ Bien lo contrario pudiera ser en un momento dado un mecanismo para llamar la atención ?

Las respuestas de estas preguntas no se encontrarán en ningún momento, en forma universal, esto es debido a la gran controversia que hay.

Para el tratamiento correcto del hábito debemos considerar la etiología, intensidad, frecuencia, duración, cronología, mentalidad, anomalías asociadas al sexo, hermanos, ambiente, respuesta bajo presión, estructura psíquica, actitudes de los padres, e intentos previos para evitar el hábito.

El recién nacido tiene muy desarrollado el acto de chupar, lo cual le da un intercambio importante con el mundo exterior. De el acto de chupar el niño no sólo obtiene nutrición sino también euforia y bienestar, y así satisface requisitos tan necesarios como son la seguridad y el sentimiento -

que produce el calor.

Los labios del lactante son un organo sensorial, y la vía al cerebro, que se encuentra más desarrollada y conforme el lactante va desarrollando otras vías va necesitando menos de esta forma de comunicación.

En la lactancia las encías se encuentran separadas y la lengua tiene la función similar a la de un émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante como atrás.

El niño siente el calor del seno, no solamente el pezón sino toda la zona que se extiende más allá de su boca, logrando que el calor de la madre aumente la sensación de euforia, esto nos lleva a pensar que la lactancia artificial, no da esa sensación de amor, afecto y calor por asociación dada por el seno materno.

Debido a esto encontramos con frecuencia un mayor índice de hábitos bucales en niños que fueron alimentados con biberón, a los que fueron alimentados de una forma natural por la madre, esto es debido a que el niño alimentado con leche materna, a tenido tiempo para desarrollar más, otras vías de comunicación con el exterior, sin

necesidad de acudir a ningún hábito.

Es recomendable que la alimentación materna sea de media hora por lo menos en cada intervalo, para que el niño tenga no sólo tiempo de comer, sino de llevar a cabo ciertas necesidades psíquicas, y además para que el niño - entre comidas, no se vea en la necesidad de buscar ejercicio suplementario y llevar a cabo la succión del pulgar y otros dedos.

C).- HABITO DE DEGLUCION

Se dice que existe una deglución normal cuando - existe armonia y equilibrio entre todas las fuerzas oclusales.

Moyers ha enumerado las características del movimiento de deglución infantil como sigue:

- 1).- Los maxilares se separan, con la lengua colgada entre las encías.
- 2).- El maxilar inferior es estabilizado primordialmente por la contracción de los músculos del séptimo nervio craneal y la lengua interpuesta.
- 3).- El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

A los 18 meses, se observa la deglución madura - con las siguientes características:

- 1).- Los dientes estan juntos.
- 2).- El maxilar inferior es estabilizado por la - contracción de los elevadores del maxilar inferior, que son primordialmente músculos del quinto par craneal.
- 3).- La punta de la lengua se coloca sobre el paladar, arriba y atrás de los incisivos.

4).- Existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura.

Las personas degluten aproximadamente una vez cada minuto, entre los alimentos, y nueve veces durante las comidas, en el sueño se lleva a cabo de forma irregular.

Cuando existe el hábito de fonación anormal, la lengua es proyectada hacia adelante entre los dientes, los músculos de la masticación ponen en contacto, los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua, si la fuerza de la lengua es superior a las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, se tendrá un cambio en la posición y la relación de los dientes.

El hábito de deglución anormal, se ha observado -- que ocasiona mordida abierta, en la región incisiva y canina, cuando únicamente esta involucrada la punta de la lengua; -- cuando además de la punta se encuentran también los lados de la lengua, se provoca una mordida abierta en la región de caninos y molares, abarcando la región anterior.

Se pueden ver afectados, el músculo orbicular de los labios, y músculos faciales de la expresión.

Se observan también maloclusiones de la Clase III, debido a la posición de la lengua y la deglución anormal.

Se ve asociada la deglución anormal con la función muscular anormal. Los diferentes grupos musculares, y las exigencias funcionales sobre la musculatura del sistema estomacal, son diferentes para la masticación, habla y respiración.

Un hábito de deglución anormal, conduce al aumento del movimiento del hueso hioides en algunas personas.

Se cree que en pacientes que presentan ciertos tipos de maloclusión, degluten con mucho más frecuencia.

La tensión como un mecanismo de liberación y el nivel de irritabilidad nerviosa, aumentan la frecuencia de la deglución.

La frecuencia de deglución infantil, puede contribuir a la creación de maloclusión.

D).- BRUXISMO

El bruxismo, generalmente es un hábito nocturno - que se produce cuando el niño duerme, también se llega a observar pero con menos frecuencia, cuando éste está despierto.

Este hábito consiste en el frotamiento de los dientes entre sí, que ocasiona un rechinar y desgaste de las piezas dentarias, sin propósitos funcionales.

El ruido que se produce, cuando las piezas se están frotando se puede oír, y ahí se aprecia, la gran fuerza que se necesita para que se produzca.

Pueden existir molestias en la articulación temporomandibular, además de la atricción, existiendo un aumento de tono muscular.

La causa ó causas del bruxismo no se han precisado, se cree que es debido a la tensión emocional (en niños sumamente nerviosos e irritables), la tensión psíquica (angustia, temor, frustración, agresión reprimida), a la superestructura de la persona, a ciertos impulsos sensoriales y propioceptivos, a trastornos en la articulación temporomandibular.

Se ha observado que una obturación alta, mordida profunda, un diente fuera de oclusión, están asociados al bruxismo.

El bruxismo influye sobre los tejidos parodontales, los músculos masticadores y adyacentes, y sobre la articulación temporomandibular.

Este hábito ocasiona trauma por oclusión, el desgaste reduce la longitud de la corona, altera las relaciones interproximales, produce pulpitis, exposición ó necrosis pulpar, aparición de dolor disfuncional de los músculos de la articulación temporomandibular, así mismo puede producir cefaleas crónicas.

CAPITULO II

TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACION DE

HABITOS ORALES NOCIVOS

a).- Hábito de Respiración Bucal

b).- Hábito de Succión

c).- Hábito de Deglución

d).- Bruxismo

TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACION DE HABITOS ORALES NOCIVOS

A) .- TRATAMIENTO DEL HABITO DE RESPIRACION BUCAL

La idea principal en cuanto a la corrección y tratamiento de este hábito, es el bloqueo de la entrada de aire por la boca, mediante la elaboración de una placa bucal, la cual es un aparato que ocupa los vestíbulos de la boca entre los labios, y las caras bucales de los dientes, con el propósito de conservar la función de los labios, y obligar al paciente, a llevar a cabo una respiración más funcional por los conductos nasales.

La placa bucal, también la podemos utilizar para la labioversión simple de dientes anteriores superiores, teniendo cuidado de no colocar una placa bucal, en niños que presenten problemas de obstrucción nasal, catarro, asma, ó cualquier otro tipo de trastorno respiratorio.

Para la construcción de la placa bucal, se toma una impresión teniendo cuidado de la fiel reproducción de la parte vestibular, se corre el modelo con yeso, y cuando aún este húmedo, se rellenan con el mismo yeso los espacios interproximales, la sobremordida horizontal, y las presiones e irregularidades. Sobre el modelo se marca el contorno del aparato que vamos a construir.

El trazo se debe hacer, a dos milímetros del pliegue mucobucal, y de las inserciones musculares, prolongarse en sentido posterior, hasta la mitad de los segundos molares superiores.

Podemos recortar el modelo de manera que tenga un tamaño más fácil de manejar, pero no sin tener la precaución, de respetar los límites recién marcados, se pule el lado labial del modelo, y se recorta cualquier diente en giroversión, si es que tenemos la intención de moverlo lingualmente.

Se dispone de tres métodos, para la elaboración de la placa bucal, con material plástico;

- 1).- Se adapta una hoja de estaño sobre la superficie labial del modelo, y se recorta sobre el trazo de el lápiz. Se quita la hoja de estaño, y se alisa sobre la cubierta de papel de una hoja de plexiglás; se marca el contorno del estaño y se recorta el plexiglás, dejando en su lugar el patrón de pape con el contorno dibujado.

Se quita la cubierta de papel de plexiglás, se bicelan y pulen los contornos de plástico. Después se ablanda en una llama suave, se coloca el modelo de trabajo en tal forma, que -

el plexiglás, se adapte exactamente al contorno de la línea marcada con el lápiz.

Debe pulirse antes de usarlo, una vez ajustado de manera adecuada.

- 2).- Idéntico, hasta el paso en que se adapta el modelo de plástico recortado. En este momento, se toma una banda de hule grueso, y el plexiglás, se coloca en posición sobre el modelo de trabajo; con la banda de hule sosteniendo el plexiglás sobre el modelo, se sumerge en agua caliente, que ablandará el plexiglás, y la tensión de hule moldeará el plástico al modelo, se saca del agua, se enfria, se recorta y se pule.
- 3).- En este método, se usa como material plástico; resina acrílica autopolimerizable. Puede hacerse por gotas, o formando una pasta, y adaptandola con los dedos, hasta que este adosada perfectamente.

Sin importar el método, que se utilice en la elaboración de la placa bucal, esta deberá ser exacta y fiel para que el niño pueda utilizarla, en ocasiones si el niño lo -- acepta, podrá colocarse durante los dos primeros días en los labios del niño, cinta celofán mientras se acostumbra a tener el aparato en la boca, deberá usar la placa bucal el mayor -- tiempo posible, incluyendo toda la noche.

B).- TRATAMIENTO DE HABITO DE SUCCION

Generalmente se observa que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas dentarias anteriores, - no hay gran posibilidad de lesionar el alineamiento y oclusión de los dientes, pero si el hábito persiste durante la dentición mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias de la posición dentaria deformantes, dependiendo - esto de la duración, frecuencia e intensidad.

Fácilmente nos podemos dar cuenta, cual es el dedo que se esta succionando y a que mano pertenece, observandolo más limpio o bien una callosidad en el dorso del dedo.

Generalmente el hábito de succión, del pulpar y otros dedos nos produce un aumento de la sobremordida horizontal, y según el caso de palanca puede resultar un aplanamiento de la curva de Spee.

Podemos afirmar que la succión de cualquier dedo es un factor deformante, pero aún así, debemos conciderar otros factores deformantes, posibles como son: Proyección de la lengua, deglución anormal, mordedura de labios, hiperactividad - del músculo de la borla de la barba, etc.

Si en el trayecto de tres meses, intentando la colaboración del niño, no ha sido posible eliminar el hábito, es recomendable recurrir a la elección y elaboración de algún -

aparato, sin embargo debemos considerar que no todos los hábitos deforman, y que requieren de la intervención de aparatología.

Se recomienda que se recurra a la indicación de -- ejercicios de labio y lengua, ya que estos en un momento dado pueden proporcionar satisfacción y relajamiento, y así disminuir el deseo de chuparse el dedo constantemente, sin dejar de tener cuidado de no crear otro hábito que nos provoque una maloclusión más severa después de la desaparición del hábito.

La leche tibia y el tipo de música suave al acostarse, nos ayuda a reducir el deseo del niño de chuparse el dedo. El tiempo deseado para la colocación de un aparato y lograr mejores resultados, es entre los tres y medio a cuatro y medio años.

Los objetivos primordiales en la colocación del aparato son los siguientes:

- 1).- Hacer que se pierda el sentido del hábito, eliminando la succión.
- 2).- Sin importar que el niño se chupe el dedo, pero sin lograr satisfacción alguna.
- 3).- Que no sea una medida restrictiva, y que se -- utilice para la mejora en cuanto a la posición y funcionamiento de las piezas dentales, y que

nos ofrezca un aparato masticatorio más sano.

Por la forma de su construcción, el aparato nos ayudará a evitar que la presión digital, desplace a los dientes superiores en sentido labial para evitar la creación de mordida abierta.

El recomendable ortodónticamente utilizar para la eliminación de los hábitos una criba fija, que podemos fabricar con coronas de acero cromo ó bandas de ortodoncia ordinarias, son preferibles las primeras, ya que facilitan más la limpieza.

Se toman impresiones en la primera visita, si los contactos proximales son estrechos es recomendable colocar -- alambres de bronce como separadores. Procediendo a la fabricación del aparato, sobre los modelos para poder colocarlo en una visita posterior.

Los segundos molares deciduos, son ideales como soportes del aparato, y aquí es donde se colocan las coronas ó bien las bandas según se prefiera.

Se corta en el modelo la porción mesial del primer molar permanente, si es que existe, y la porción distal del primer molar deciduo, impidiendo el contacto que pudieran hacer con el segundo molar temporal, que es el que utilizamos de soporte. Uno o dos milímetros, serán suficientes en los -

cortes de alineamiento del segundo molar, haciendo la preparación convencional para coronas de acero-cromo, se ajustan al modelo, siendo recortadas con tijeras curvas para oro, y contorneándolas con pinzas para abombar coronas.

El aparato palatino, se fabrica con alambre de acero inoxidable, o bien de níquel y cromo calibre .040, el alambre de base en forma de U, se adapta pasándolo mesialmente a nivel del margen gingival, desde el segundo molar hasta el nicho entre los primeros molares y caninos primarios.

Se solda otro alambre en forma de U más pequeño, - al más grande en sentido contrario, y en el centro otro en forma recta, estos deben de ir en relación de 45 grados, con respecto al plano de oclusión. Es muy importante el momento de adaptar el alambre, no seguir el contorno del paladar, si se quiere reducir la succión y la satisfacción. El asa ó alambre más pequeño en forma de U, no deberá proyectarse más allá de la parte distal de los segundos molares, las puntas del alambre grande se soldan a las coronas de acero-cromo.

Deberá tenerse cuidado de la buena adaptación de las coronas a la parte de los tejidos gingivales, y que los incisivos inferiores no hagan contacto con la parte anterior del aparato, ya que de ser así deberán recortarse ó doblarse éstas partes hacia el paladar.

Es importante lo que el niño crea con respecto a lo que se le está haciendo, se recomienda decirle que es un aparato para arreglarle los dientes, y nunca decirle que es para hacer desaparecer el hábito, a los padres al igual que a los hermanos se les debe instruir para que proporcionen, - los mismos informes en su casa.

Deberá además informarsele al niño, que tardará -- unos días en acostumbrarse al aparato que se le acaba de colocar, y de la importancia de lograr un mejor cepillado ahora que se tiene la criba fija, deberá hablar lentamente ya - que se encontrará con cierta dificultad para ello por la obstrucción que hay entre el paladar y la lengua.

(Esto durará aproximadamente una semana).

Algunos niños reportan dificultad al deglutir, y otros salivan profusamente, no deberá mencionarse por ningún motivo el dedo.

La criba fija deberá usarse por un período de cuatro a seis meses, son tres meses para la eliminación del hábito y un pequeño margen, para eliminar cualquier recidiva.

Normalmente se observa en la mayoría de los casos - la desaparición del hábito a la semana de usar el aparato.

Después de los tres meses, en que desaparece totalmente el hábito, se va retirando el aparato por partes, primero los espolones, tres semanas después, si no hay indicios de recurrencia se retira el alambre soldado, a la parte anterior, y seis semanas después se podrá retirar todo el aparato .

Hasta ahora hemos hablado de un aparato fijo, podemos también disponer de otro aparato que es el removible, - el uso de este dependerá de la cooperación y edad del paciente.

El aparato removible, tiene desventajas como son: fáciles de extraviar y frecuentemente pueden ser rotos, pero a la vez no crean en el niño la sensación de castigo, que -- provoca el aparato fijo, sin embargo la mayor desventaja de un aparato removible es que el niño, lo lleva sólo cuando lo desea.

La construcción de estos aparatos removibles, es - a base de acrílico y alambre de acero inoxidable, con la elaboración de una placa de Hawley, que es complemento de dos - ganchos de Adams, un arco labial y la trampa de dedo ó recordatorio en la parte palatina.

Este tipo de trampa ó recordatorio, para el hábito de succión del dedo puede servir para:

- 1).- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2).- Distribuir la presión también, a las piezas posteriores.
- 3).- Recordar al paciente, que está entregándose a su hábito.
- 4).- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

C) .- TRATAMIENTO DEL HABITO DE DEGLUCION ANORMAL

Nunca deberá llevarse a cabo el tratamiento correctivo de la deglución anormal, cuando exista alguna afección de la garganta, ya que cuando hay trastornos faríngeos la deglución, se repite con más frecuencia.

Para efectuar el plan de tratamiento debemos diferenciar cuidadosamente entre:

- 1).- Empuje lingual simple
- 2).- Empuje lingual complejo
- 3).- Retención de un patrón de deglución infantil.

El empuje lingual simple, es cuando la lengua durante la deglución, hace una presión sobre los dientes estando juntos, el tipo de maloclusión, que nos provoca generalmente es una mordida abierta, bien definida en toda la región anterior. En ocasiones encontramos una giroversión de los incisivos superiores, que al ser corregida y en el trayecto del tratamiento ortodóntico, se desaparecen este tipo de empujes linguales.

Se deberá familiarizar al paciente con la deglución normal, esto lo podemos lograr señalando con el dedo índice, la zona entre paladar duro y paladar blando, después se le dice que coloque la lengua tocando con la punta, los dientes juntos y cerrando la boca.

Ya que se instruyó al paciente en la deglución correcta, se le indicará que deberá realizar degluciones normales por lo menos 40 veces al día, la practica se podrá realizar sosteniendo un pequeño trozo de elástico con la punta de la lengua contra el paladar.

En el momento en que se ha obtenido una deglución normal a nivel conciente, se continuará el tratamiento enfocado a realizar este reflejo a nivel subconciente. Para este objetivo serán muy utiles pastillas de acido cítrico, que tengan la menor cantidad de azúcar posible, de preferencia de forma biconcava.

Se le indica al paciente que coloque una pastilla sobre la lengua y la proyecte hacia el paladar en forma correcta, se deberá tomar el tiempo que la pastilla pudo ser mantenida en este sitio, y cuando esta se mueva volverla a colocar con la lengua proyectada en el paladar, y de nuevo tomar el tiempo, el cual deberá de ir aumentando.

Mientras se esta aprendiendo, se deglute en forma correcta inconcientemente, ya que el hecho de tomar el tiempo, proporciona una distracción y se olvida de las degluciones, y de esta manera se esta reforzando el nivel subconciente de la deglución normal.

Cuando lo anterior no haya sido suficiente, podre-

mos recurrir a colocar un arco lingual soldado, sin olvidar que este no debe usarse al principio del tratamiento ya que es muy traumático. El funcionamiento de este es muy sencillo, tiene unos espolones y con el objeto de proteger la lengua se eleva a una posición normal durante la deglución.

En el empuje lingual complejo, que es cuando la lengua se proyecta contra los dientes, estando estos separados nos muestra una mordida abierta anterior generalizada.

El tratamiento de un empuje lingual complejo, es un poco más complicado, debido a que aparte de la deglución anormal nos enfrentamos a un problema neuromuscular, como a un reflejo oclusal anormal. Sólo nos encargamos de hablar del tratamiento de la deglución anormal, el cual es similar al de la deglución anormal en un empuje lingual simple, únicamente con algunas variaciones como indicar al paciente -- que mientras practica la deglución normal, mantenga los dientes juntos, y además que probablemente el tratamiento sea más prolongado, y se deberá observar cualquier recidiva que pueda producirse, ya que son muy frecuentes.

En realidad se conoce poco a cerca de la retención de un patrón de deglución infantil, ya que no es muy frecuente, y lo único que podemos mencionar es la dificultad que presenta la corrección de este hábito, ya que esta primiti-

vamente arraigado, por ser la deglución infantil.

Este tipo de pacientes poseen caras muy inexpressivas debido a que todos los músculos inervados, por el 7o. - par craneal, están siendo usados para el trabajo exagerado de estabilizar la mandíbula.

D).- TRATAMIENTO DEL HABITO DE BRUXISMO

Su tratamiento no nada más entra en el campo del odontopediatra, sino también en el del psiquiatra, y médico-familiar.

Dentro de la odontología existen varios tratamientos para la corrección de este hábito:

- 1).- Con la construcción de una férula de caucho blando, para ser llevado sobre los dientes durante la noche, se usa el caucho blando porque su superficie no es dura, y resiste el frotamiento de los dientes, y de esta forma, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.
- 2).- Construcción de la placa oclusal superior, -- que se usará por tiempo indefinido. Para su fabricación se toman modelos de estudio, y después se hace un modelo en yeso, para la fabricación de la placa, lleva gancho en el último molar para su mayor retención, estos pueden ser de Adams, bola ó circunferencial, y se recomienda un alambre labial, para evitar el desplazamiento labial de los incisivos y mejorar la retención.

3.- Otro método es la placa oclusal con ganchos incisales metálicos, en el caso de que la sobre - mordida horizontal lo permita, se puede llevar el mismo acrílico sobre el margen incisal, hasta el aspecto labial (tipo Sved), estos ayudan a evitar el movimiento labial de los incisivos - y transmitir muy poca fuerza de oclusión a lo largo del eje mayor de los dientes, ayudan a la retención del mismo pero ofrecen muy poco ajuste, presenta la desventaja de hacer muescas en los incisivos.

Una vez que se han adaptado los ganchos y el -- alambre labial se coloca el acrílico, que puede ser de cocimiento, que nos da una placa menos porosa, ó acrílico endotérmico, para dar apertura de la mordida, se construye un plano liso que comienza aproximadamente a un milímetro, del - margen gingival, y se lleva en sentido posterior hasta un centímetro, detrás de los incisivos superiores; la dimensión vertical se obtiene después con la eliminación de los excesos de acrílico, sobre el plano cuando se ajuste el aparato en la boca.

Ya terminada la placa oclusal, se lleva a la boca, del paciente, se revisa la adaptación del acrílico y el ajuste de los ganchos, si se usó alambre labial, este debe quedar en el tercio apical, enseguida con un papel de articular se desgasta, de uno a dos milímetros menos que la dimensión vertical postural de descanso.

En el bruxismo, la placa oclusal se llevará únicamente en la noche por un tiempo indefinido, muchas veces es necesario reforzarla por la gran tensión que existe, se colocará un alambre labial restrictivo ó una extensión de acrílico para evitar tal desplazamiento labial de los incisivos superiores.

La parte de acrílico, se deberá reconstruir periódicamente por el desgaste sufrido. En personas adultas, un esqueleto metálico vaciado, labial y lingual nos ofrece la posibilidad de usarlos prolongadamente.

CAPITULO III

CRONOLOGIA ERUPTIVA DE LA DENTICION

a).- Dentición Temporal

b).- Dentición Permanente

A).- DENTICION TEMPORAL

Se ha observado que en la dentición temporal existe una gran variación de tiempo en el proceso fisiológico de la cronología de la dentición humana.

En la erupción de la dentadura primaria o temporal, se ha visto que erupcionan antes los dientes en niñas, que en varones, o sea que el proceso de desarrollo se encuentra más adelantado.

Aunque existe mucha variación en el tiempo de erupción, se considera normal seis meses con respecto a la fecha de erupción habitual. Generalmente debiera comenzar la erupción a los seis meses, los primeros en hacerlo, son los incisivos centrales inferiores, según el orden de erupción, observamos que erupcionan uno o dos meses antes los dientes inferiores de los superiores, el incisivo lateral inferior de los siete a ocho meses, de los ocho ó nueve, los laterales superiores, después el primer molar de los doce a catorce meses, los sigue el canino, de los dieciseis a dieciocho meses, y por último el segundo molar a los dos años.

Por lo general, el tamaño del diente temporal y su masa mineral son heredados. Los caninos en el varón son más grandes. Las anomalías son muy poco frecuentes.

La reabsorción del diente primario, es acelerada - por la inflamación y el trauma oclusal; se retrasa por la inmovilización y la ausencia de un sucesor permanente.

Cuando van a erupcionar los dientes de reemplazo, existen varias cosas; el diente primario se reabsorbe, la raíz del permanente se alarga, el proceso alveolar aumenta en altura, y el diente permanente se mueve en el hueso.

Moyers dice que la erupción es el proceso de desarrollo, que mueve un diente desde su posición descriptiva, por el proceso alveolar a la cavidad bucal y la oclusión con su antagonista.

B).- DENTICIÓN PERMANENTE

La dentición permanente hace su erupción cuando la corona del diente, ha completado su integración, esto se observó en un estudio radiografico hecho por Shumaker y El -- Hadary, pasando por la cresta alveolar cuando estan formados, dos tercios de la raíz, y perforan el margen gingival aproximadamente cuando tres cuartos de raíz esta formada. Los dientes llegan hacer oclusión antes de que este completo el desarrollo radicular.

Existen factores que afectan y regulan la erupción, como la diferencia racial influye en la calcificación y erupción, pero no se sabe a ciencia cierta de que manera es -- como intervienen los genes. Ejemplo; los europeos y americanos de origen, sus dientes tardan más en erupcionar que en los negros, latinos y los amerindios. La influencia nutricia es menos importante que la genética. Los trastronos mecánicos, como las lesiones pericápicales, pulpotomias de un molar temporal, acelera la erupción del diente permanente, si se extrae un diente temporal antes de que el permanente haga sus movimientos de erupción, este tardará más en erupcionar, que si se extrae cuando ya existen movimiento de erupción.

Los procesos de desarrollo y los factores que se han relacionado con la erupción de los dientes, son: alarga-

miento de la raíz, fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares en torno y debajo de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar, el crecimiento de la dentina, la constricción pulpar, el crecimiento y tracción del ligamento periodontal, la presión por la acción muscular y la reabsorción de la cresta alveolar.

El factor más importante que ocasiona que el diente, se dirija hacia oclusal, es el alargamiento de la pulpa, que resulta del crecimiento pulpar de un anillo de proliferación en su extremo basal, éste extremo basal esta localizado un ligamento que actúa orientando el crecimiento del diente.

La regulación en la erupción esta correlacionada, dentro de una dentición; en los niños en que cualquier diente erupcione temprano o tarde, adquiere otros dientes igualmente temprano o tarde.

Existe una gran variedad en cuanto a la secuencia de erupción de los dientes permanentes, pero generalmente el orden de erupción es: 6, 1, 2, 4, 5, 3, y 7 en el maxilar; y en la mandíbula: 6, 1, 2, 3, 4, 5, y 7; que favorece para mantener la longitud del arco durante la dentición transicional.

Tabla 5-1.—Cronología de la dentición humana

Diente		Comienza la formación de los tejidos duros	Cantidad de esmalte formado al nacer	Esmalte completo	Erupción	Linea concluyente	
Dentición temporal	Superior	Incisivo central	4 meses in útero	Cinco sextos	1½ meses	7½ meses	1½ años
		Incisivo lateral	4½ meses in útero	Dos tercios	2½ meses	9 meses	2 años
		Canino	5 meses in útero	Un tercio	9 meses	18 meses	3½ años
		Primer molar	5 meses in útero	Cúspides unidas	6 meses	14 meses	2½ años
	Inferior	Segundo molar	6 meses in útero	Cúspides aisladas	11 meses	21 meses	3 años
		Incisivo central	4½ meses in útero	Tres quintos	2½ meses	6 meses	1½ años
		Incisivo lateral	4½ meses in útero	Tres quintos	3 meses	7 meses	1½ años
		Canino	5 meses in útero	Un tercio	9 meses	16 meses	3½ años
Dentición permanente	Superior	Primer molar	5 meses in útero	Cúspides unidas	5½ meses	12 meses	2½ años
		Segundo molar	6 meses in útero	Cúspides aisladas	10 meses	20 meses	3 años
		Incisivo central	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	7 - 8 años	10 años
		Incisivo lateral	10 - 12 meses	.....	4 - 5 años	8 - 9 años	11 años
	Inferior	Canino	4 - 5 meses	.....	6 - 7 años	11-12 años	13-15 años
		Primer premolar	1½ - 1¾ años	.....	5 - 6 años	10-11 años	12-13 años
		Segundo premolar	2 - 2¼ años	.....	6 - 7 años	10-12 años	12-14 años
		Primer molar	Al nacer	A veces un vestigio	2½ - 3 años	6 - 7 años	9-10 años
Inferior	Segundo molar	2½ - 3 años	.....	7 - 8 años	12-13 años	14-16 años	
	Tercer molar	7 - 9 años	.....	12 - 16 años	17-21 años	18-25 años	
	Incisivo central	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	6 - 7 años	9 años	
	Incisivo lateral	3 - 4 meses	.....	4 - 5 años	7 - 8 años	10 años	
Inferior	Canino	4 - 5 meses	.....	6 - 7 años	9-10 años	12-14 años	
	Primer premolar	1½ - 2 años	.....	5 - 6 años	10-12 años	12-14 años	
	Segundo premolar	2½ - 2½ años	.....	6 - 7 años	11-12 años	13-14 años	
	Primer molar	Al nacer	A veces un vestigio	2½ - 3 años	6 - 7 años	9-10 años	
Inferior	Segundo molar	2½ - 3 años	.....	7 - 8 años	11-13 años	14-15 años	
	Tercer molar	8 - 10 años	.....	12 - 16 años	17-21 años	18-25 años	

CAPITULO IV

PSICOLOGIA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO

Podemos afirmar que el primer paso de cualquier tratamiento, es la buena orientación del niño, esto es algo de suma importancia para poder lograr su atención dental completa, y que el pueda aceptar al dentista, y al tratamiento de una forma positiva.

Es de gran importancia el adelantar un acertado diagnóstico a cerca del tipo de conducta con que llega el niño, algunos padres no entienden la desventaja de que el niño sienta rechazo, muchas veces sin conocer nada relacionado con el consultorio, el motivo de una repulsión, que en ocasiones es producto de comentarios y amenazas hechas por los mismos padres, y sólo en relativas ocasiones el cirujano dentista, podrá tener conocimiento previo de la preparación que los padres efectuaron, para esta primer visita.

Se deberá tener una amplia visión, basada en el entendimiento que el niño pasa por un desarrollo físico y mental, adquiriendo en este trayecto ciertas conductas y modificandolas constantemente, estos cambios podrán ocasionar distintas conductas.

Es muy importante que el odontólogo, nunca muestre enojo y en determinado momento sepa, enmascarar cualquier tipo de inseguridad y angustia, representando un ambiente de comprensión ante el niño, no sin dejar de mostrar que el odontólogo domina la situación.

El problema más común en los niños son las caries, pero el papel del cirujano dentista, debe extenderse para -- abarcar tratamientos preventivos, y más allá hacia un enfoque sensible y comprensivo. El niño que ha aprendido a comportarse en el consultorio, y acepta el tratamiento como algo normal, interesándose por lo que sucede en su alrededor, será un paciente excelente.

Algo muy importante, que se debe tomar en cuenta es que en ocasiones la edad psicológica del niño, no es a fin a su edad cronológica.

A la edad de dos años, es cuando menos existen normas de conducta, ya que el lenguaje es muy variable, pudiendo expresarse satisfactoriamente ó bien tener un lenguaje -- muy reducido, cuando la comunicación con el paciente es escasa, la cooperación es muy limitada.

Un niño en esta edad, tiene otras vías de comunicación más desarrolladas, por lo tanto muchas veces deberá tocar y palpar los objetos, tales como el espejo, explorador, etc., para poder comprender mejor las cosas, en esta edad el niño, es más bien solitario debido a que todavía no integra sus actividades en grupo, con mucha frecuencia el padre es su persona favorita, y debido a que no acepta todavía a personas extrañas podrá pasar con el padre al consultorio.

Con el niño de tres años, el cirujano dentista, - tendrá a su mano una mayor comunicación, ya que el lenguaje es más amplio y con frecuencia el niño se mostrará interesado por contar historias, y hará algunas cosas que se le prohíban. En esta edad, cuando se encuentran nerviosos con frecuencia, necesitan de los padres para sentirse más seguros y apoyados, por lo tanto también es recomendable que el padre los acompañe, mientras conocen el ambiente del consultorio.

Con los pacientes de cuatro años, hay mucha comunicación ya que poseen una mente vivaz, y tienden a expresar muchas ideas a la vez, en ocasiones usan palabras indebidas, generalmente son pacientes muy cooperadores.

El niño a los cinco años, esta en una etapa en la que sus actividades las desarrolla en grupo, y comunitariamente, es por esto que probablemente no sientan miedo al abandonar a los padres y se muestren personalistas y presumidos en cuanto a sus pertenencias, esto podrá ser utilizado satisfactoriamente, haciendo comentarios sobre sus ropas y artículos que posean.

Cuando el niño a llegado a los seis años, generalmente todo lo que quiere desarrollar lo hace alejado de la familia, interesandose más por personas de su edad, pudien-

do provocar reaccionar negativas no sólo con el dentista, sino también hacia los mismos padres, como rabietas y golpes; son exagerados en cuanto a todo lo que sienten.

Debemos tener esencial cuidado, en que el niño acepte, de una buena forma lo que en el consultorio se hace con respecto a su tratamiento, cualquiera que sea su edad, incluso si esta en edad de comprender, se le mencionarán los problemas que le pueden ocasionar las caries y otros problemas bucales, lo principal es lograr una buena comunicación y hacerle comprender que el cirujano dentista es su amigo, y lo único que se quiere es ayudarlo, esto se puede lograr haciendo que se interese por los procedimientos de su tratamiento.

El aprendizaje del niño es muy variable, tiene épocas altas y otras muy bajas, esto es afectado por muchos factores, son importantes los aislamientos prolongados que bien, pueden ser en su casa o en hospitales, ya que en estos casos, puede el aprendizaje ser muy deficiente.

Podemos enumerar y clasificar algunos tipos de reacciones en el niño, dentro del consultorio:

- 1) .- Temor
- 2) .- Ansiedad
- 3) .- Resistencia
- 4) .- Timidez

En ocasiones estas reacciones pueden presentarse, - combinadas, y el cirujano dentista deberá diagnosticarlas con rapidez para imponerse y manejar la situación.

El temor es muy frecuente, y es una reacción cuando se ve amenazado el bienestar físico y mental del niño, generalmente el temor es algo infundado en el hogar, muchas veces este temor es por imitación hacia algún miembro de la familia, - que lo haya demostrado, otro tipo de temor es el adquirido -- por alguna experiencia anterior en algún hospital ó bien otro consultorio dental.

Para un buen manejo del temor se deberá establecer el grado y los motivos que lo ocasionan, muchas veces el temor es debido a la forma en que fue descrito el dentista en el hogar, para poder dominar su temor se deberá mostrar afecto, cariño y a la vez dominio de la situación, y así poder lograr un reacondicionamiento del niño, no sólo por el momento sino hasta próximas citas.

Si el temor es muy intenso, en la primera cita, - sólo se deberán emplear procedimientos simples y no traumáticos, pero siempre debiendo hacer algo, mostrando al niño que el tratamiento puede ser muy diferente, de lo que el esperaba.

La ansiedad en ocasiones, puede estar acompañada - de temor, y en otros casos ser el producto de rabietas hechas hábito, por ser recompensadas en su hogar, aquí debemos saber diferencias, de que se trata ya que si la ansiedad es infundada por temor, el cirujano dentista se deberá mostrar afectuoso y si es por rabietas, se deberá mostrar autoritario y dominador de la situación.

La resistencia, es un rechazo provocado por la inseguridad y ansiedad, provocando diversos tipos de comportamiento, que van desde rabietas hasta vómitos y agresiones; es desesperarse una mayor cooperación cuando el niño tiene conocimiento de la necesidad del tratamiento para el problema dental.

La timidez, generalmente se presenta en la primera cita y esta relacionada a una limitada relación social, puede ser de gran ayuda que este tipo de niños sean acompañados, al consultorio por otro niño bien adaptado, el niño tímido necesita ganar confianza, no sólo en los demás, sino que también en si mismo.

Para la atención dental infantil, es necesario - seguir algunas normas:

- a) .- Estar seguros de que el niño presta atención a las indicaciones que se le están dando.
- b) .- Pronunciar las palabras claramente, y si es necesario con lentitud.
- c) .- Que el lenguaje utilizado, sea lo suficientemente sencillo para que el niño lo comprenda, esto es de acuerdo a su edad.
- d) .- No se deberá llenar al niño, con demasiadas instrucciones, estas deberán ser pocas.
- e) .- Nunca tratar de sobornarlo con regalos.
- f) .- El lenguaje no deberá incluir, palabras que produzcan temor; como dolor, jeringa, eyector, aguja, etc.
- g) .- Cuando el niño no desea cooperar, se le debe mencionar a los padres la necesidad del tratamiento, y un permiso para proceder en una forma cariñosa, pero a la vez firme, e imponer cierta autoridad y dominio de la situación.

CAPITULO V

CAUSAS DE PERDIDA PREMATURA DE DIENTES

TEMPORALES

La caída prematura de dientes esta rodeada de una amplia gama de factores, que bien pueden ser factores patológicos locales o generales; los dientes pueden perderse, - como resultado de un accidente cuando se sufre un traumatismo.

La exfoliación normal, se lleva a cabo a una edad promedio:

<u>EDAD</u>	<u>MAXILAR SUPERIOR</u>	<u>MAXILAR INFERIOR</u>
6		Incisivos Centrales
7	Incisivos Centrales	Incisivos Laterales
8	Incisivos Laterales	
9	Primeros Molares	Primeros Molares
10		Caninos
10 1/2		Segundos Molares
11	Caninos	
11 1/2	Segundos Molares	

Entre las múltiples causas que provocan la pérdida prematura de los dientes se mencionan algunas en seguida:

- a).- Caries
- b).- Periodontosis en niños
- c).- Displasia Fibrosa familiar (Querubismo)
- d).- Acrodinia
- e).- Hipofosfatasa
- f).- Reticuloendoteliosis no lípidas
- g).- Exfoliación temprana en el desarrollo dental anormal
- h).- Neutropenia cíclica
- i).- Reabsorción radicular interna
- j).- Reabsorción radicular periférica
- k).- Necrosis pulpar
- l).- Anquilosis
- m).- Mongolismo
- n).- Displasia dentinal
- o).- Dentinogénesis imperfecta
- p).- Osteogénesis imperfecta
- q).- Periodontosis precoz
(Síndrome de Papillon Lefevre)

a).- Caries, cuando el grado de caries ha llegado hasta el punto en que puede perderse el diente, regularmente es porque hay una destrucción casi total y en algunos -- casos sólo queda la raíz, debido a que se ha destruido toda la corona.

b).- Periodontósis en niños, esta es una enfermedad del periodoncio, rara en niños pero cuando se presenta se caracteriza por una rápida destrucción de hueso alveolar, se puede presentar sólo en incisivos, primeros molares ó generalizada.

Los dientes empiezan por aflojarse y radiográficamente, se observa una pérdida de hueso alveolar vertical con bolsas infraóseas, como factores etiológicos tenemos: Deficiencias nutricionales, enfermedades debilitantes, trastornos hormonales y desequilibrios metabólicos, se desconoce - mucho acerca de esta enfermedad, pero se supone que es de tipo infeccioso.

c).- Displasia Fibrosa Familiar o Querubismo, esta es una enfermedad de la infancia poco común, aunque no - se sabe con certeza la etiología, se piensa que es debido - a una perturbación local del desarrollo embrionario de los tejidos. Desde muy corta edad se aprecia un agrandamiento de los maxilares, que puede ser simétrico o nó. En el estu

dio radiográfico, se observan zonas multiloculares bien definidas, los dientes de la zona afectada con frecuencia caen antes de tiempo, debido a la pérdida de tejido parodontal, y la reabsorción radicular, en ocasiones al grado de que el niño, puede quitarse los dientes por sí sólo.

d).- Acroдинia, esta enfermedad es producida por el contacto de mercurio con los niños, también recibe el nombre de enfermedad rosada. La enfermedad se ve acompañada de fiebre, descamación de las palmas y plantas de los pies, taquicardia, trastornos intestinales e hipotonía muscular.

En la cavidad oral se observa inflamación, ulceración de la mucosa y pérdida de hueso alveolar, con la consiguiente caída prematura de los dientes.

e).- Hipofosfatasa, esta caracterizada por la pérdida de hueso en la región anterior, sin necesidad de que haya inflamación gingival grave, se cree que la enfermedad es heredada. Los niveles hemáticos de fosfatasa alcalina, son muy bajos (normal es de 17 a 13 unidades), la pérdida prematura de los dientes va de acuerdo al nivel de reabsorción ósea.

f).- Reticuloendoteliosis no lípidas, estas son un grupo de enfermedades metabólicas, del sistema reticuloendotelial, este grupo lo componen tres enfermedades:

- 1).- Letterer - Siwe
- 2).- Hand - Schüller - Christian
- 3).- El granuloma óseo eosinófilo

En realidad la mayoría de los autores, concideran sólo una enfermedad, con tres manifestaciones clínicas llamadas también Histiocitosis - X.

- 1).- La enfermedad de Letterer - Siwe, es una manifestación característica en niños muy pequeños, en esta forma clínica de las reticuloendoteliosis no lípidas, son clásicas las lesiones del hígado, bazo, piel, esqueleto y lesiones destructoras óseas, incluyendo los maxilares, es muy frecuente la fiebre.

Basicamente la lesión consiste en la acumulación y proliferación de grandes cantidades de histiocitos. El acúmulo intracelular de colesterol menos marcado que en las otras dos manifestaciones.

Las lesiones en los maxilares, se representan por pérdida de hueso, aflojamiento y pérdida -

de las piezas dentales, estas personas fallecen a temprana edad. Su pronóstico es muy pobre.

- 2).- La enfermedad de Hand - Schüller - Christian, es otra variedad de la misma enfermedad, esta se presenta en niños mayores y adolescentes jóvenes, presenta las mismas manifestaciones que la de Letterer - Siwe, pero con la notoria involucración craneal, que da por resultado, despilituarismo, y la consiguiente diabetes insípida.

Los maxilares al igual que la primera enfermedad, se caracterizan por alta destrucción ósea y pérdida prematura de dientes.

En los tejidos blandos hay ulceración bucal-extensa, dolor, salivación abundante, y un olor fétido, frecuentemente los histiocitos contienen colesterol en abundancia.

En esta enfermedad el pronóstico, es un poco mejor, ya que a pesar de que algunos de los afectados por ella fallecen, otros pueden vivir con el tratamiento a base de radiaciones y corticoesteroides.

3).- El granuloma eosinófilo óseo, es la tercera forma de la histiocitosis - X, y se presenta principalmente en adultos jóvenes, no es tan destructiva como las otras, ya que a menudo sólo afecta un hueso, y debido a esto es de un pronóstico muy favorable.

Estas lesiones que pueden sólo afectar un hueso, son asintomáticas y con frecuencia se descubren gracias, al estudio radiográfico, esta afección es muy común en maxilares.

La pérdida de hueso alveolar provoca una parodontosis o una periodontitis.

Su tratamiento es por excisión quirúrgica, chequeando con radiografías esqueléticas, que la lesión no exista en otros huesos.

g).- Exfoliación temprana en el desarrollo dental-anormal, cuando hay un desarrollo anormal en la raíz de los dientes, como en el caso de displasia dentinaria ó en dientes conoides, ó una reabsorción radicular anormal temprana. Puede estar caracterizada por microdoncia. Hay poca formación de cemento, y la inserción de las fibras es pobre, y así pérdida prematura de los dientes, puede estar relacionado solamente con anomalías ó bien a factores de enfermedades generales.

h).- Neutropenia cíclica, esta enfermedad es una forma de agranulocitosis, provocada por una disminución cíclica o periódica de leucocitos, esta enfermedad tiene la característica de curar por si sola, pero unicamente para repetirse cíclicamente, se desconoce la etiología pero se cree que son alteraciones de tipo hormonal.

Esta enfermedad se presenta en cualquier edad, se caracteriza por: fiebre, dolor de garganta, estomatitis, cefaleas, infección cutánea y conjuntivitis.

Los niños presentan una gingivitis, acompañada de ulceración, en niños con ataques periódicos muy continuos, hay una destrucción ósea muy marcada, y la consiguiente pérdida prematura de dientes.

i).- Reabsorción radicular interna, este es un proceso ocasionado por algún trauma sufrido, es atribuido a la acción osteoclástica. Este proceso de destrucción puede avanzar rápido o lentamente, si es localizado a tiempo puede ser conservado el diente, mediante la endodoncia, si el problema ha avanzado al grado de poder perforar la corona, pudiera perderse el diente.

j).- Reabsorción radicular periférica, cuando los tejidos parodontales han sufrido algún traumatismo, se puede ocasionar la reabsorción radicular periférica, esta reacción se inicia desde afuera y pudiera no afectar la pulpa, generalmente la reabsorción procede hasta cubrir grandes superficies radiculares. Esta relacionado a traumatismos fuertes, en los que ha habido desplazamiento del diente, y la pérdida de las piezas es casi segura.

k).- Necrosis pulpar, la necrosis de la pulpa, -- puede llegar a suceder cuando haya algún desplazamiento dental ó bien alguna fractura de clase II. El golpe puede llegar a ocasionar la ruptura de los vasos apicales, y así la pulpa experimentar autólisis y necrosis pulpar,

Sin embargo estos dientes están afectados, y en un momento pudiera aparecer signos y síntomas, de alguna infección e inflamación, si debido a esto ha habido movilidad y principalmente destrucción ósea muy avanzada, el tratamiento será la extracción extemporánea, de lo contrario probablemente pudiera ser tratado endodónticamente.

l).- Anquilosis, esta reacción es poco frecuente, y es causada por una lesión al ligamento parodontal, y la consiguiente inflamación con invasión de células osteoclasticas que da como resultado una reabsorción radicular, histologicamente, se observa una función entre el material radicular y el hueso alveolar.

En estos dientes, se observa un detenimiento en su erupción, mientras que los no traumatizados lo siguen haciendo. Si en un momento dado el diente anquilosado, pudiera afectar a la erupción del otro, esta indicada su extracción.

m).- Mongolismo, es una anomalía congénita, con ciertas características físicas faciales de identificar.

Es generalmente más pequeño, de pelo delgado y lacio, gordito, camina pesadamente, sus dedos son cortos, su piel seca y áspera, existe un menor desarrollo en el tercio medio de la cara, lo que nos da un puente nasal bajo.

Esta anomalía cromosómica tiene varios nombres: - Mongolismo, Mogolismo, Síndrome de Down, Trisomía 21 ó mejor llamado Síndrome de Trisomía 21, y la podríamos definir como: " Un lento crecimiento y desarrollo, tanto físico como mental ".

Se ha encontrado en este tipo de niños, cierta --

resistencia en cuanto a las caries, sin tener establecido el motivo.

El parodonto por lo general, se encuentra muy inflamado y hay gran cantidad de bolsas parodontales, esto lo podemos atribuir a la falta de tonicidad muscular, que les impide una higiene correcta y la falta de coordinación de sus movimientos, que influyen en el cepillado correcto. Debido a esto, a una temprana edad, hay pérdida prematura de dientes.

n).- Displasia dentinal, esta anomalía, se efectúa en la dentina, debilitando la estructura del diente y provocando frecuentes fracturas. Es de carácter hereditario, esta enfermedad se puede confundir fácilmente con la Dentinogénesis Imperfecta.

Radiográficamente, observamos poca sustancia radicular, raíces cortas, podemos apreciar también, ausencia ó casi, de las coronas pulpares.

Una diferencia significativa de la displasia dentinal, entre dentinogénesis imperfecta, es que existen masas colagenosas que interrumpen el curso de los túbulos dentinarios, otra diferencias es que no existe disminución de odontoblastos, lo que es característico de la dentinogénesis imperfecta.

Su tratamiento es la extracción, si hay bastante corona, usar coronas de acero-cromo.

o).- Dentinogénesis Imperfecta, esta es una enfermedad hereditaria que afecta a la dentina, se identifica -- por la clásica traslucidez de las piezas dentarias, es por esto que también se conoce con el nombre de Dentina Opalescente.

La dentina es blanda, disminuyendo así la resistencia estructural de los dientes, estos sufren desgastes y -- fracturas rápidas y excesivas. Debido a la gran atricción de las piezas, cualquier caries es sobrepasada por el efecto de desgaste.

Existen raíces pequeñas, las cámaras pulpares pueden estar ausentes, y los canales pulpares eliminados parcial ó totalmente, puede variar la ausencia completa de túbulos y matriz granulosa irregular, la destrucción dental -- puede llegar a ser tan marcada que sea necesaria la extracción dentaria.

p).- Osteogénesis Imperfecta, es un síndrome mesodérmico que afecta a huesos, dientes, piel, ligamentos, tendones, aponeurosis y oído interno, tomándose como más importantes la sordera y las frecuentes fracturas óseas.

Hay dos tipos de osteogénesis imperfecta, la congénita, que es cuando el niño nace muerto ó muere poco después de nacer; y la tardía, que se manifiesta más tarde, que aunque invalidará al paciente este puede llegar a vivir.

Una característica muy importante, es la esclerótica azul; el hueso se encuentra reducido en su número de osteoblastos, y la dentina en su número de odontoblastos, habiendo una desmineralización muy marcada, provocando así una pérdida precoz de los dientes temporales.

q).- Síndrome de Papillon Lefevre, llamado también periodontosis precoz, supuestamente se hereda, pero no se sabe con exactitud, los dientes temporales erupcionan a su tiempo normal, pero los pacientes se frota la encía, existe tendencia a la hemorragia gingival, se observa hiperqueratosis de las palmas y plantas de los pies, se pierden las piezas dentales prematuramente, por ese excesivo frotamiento y una destrucción ósea horizontal.

CAPITULO VI

MANTENEDORES DE ESPACIO

- a).- Definición y Clasificación de
Mantenedores de Espacio

- b).- Requisitos e Indicaciones para
Mantenedores de Espacio

- c).- Elección de Mantenedores de Espacio

A).- DEFINICION Y CLASIFICACION DE MANTENEDORES DE ESPACIO

Cuando se ha perdido un diente deciduo, prematuramente ó cuando esto debiera de ocurrir en una forma normal, - y que se observa en el paciente una predisposición a la maloclusión, debere colocarse un mantener de espacio.

El mantener de espacio es un aparato, que se utiliza para prevenir factores de maloclusión, mejorar la estética, la fonética y ayudar a la psicología del niño. El uso de estos está indicado para cuando se ha perdido alguna pieza decidua, antes del tiempo normal.

Los dientes se mantiene en una posición correcta, - en el arco dentario como resultado de una serie de fuerzas - presentes, y si se cambia o altera una de estas fuerzas, se presentan modificaciones en relación a los dientes vecinos, - y habrá un desplazamiento dental, provocando falta del espacio en algunas zonas, ocasionando así una malposición dentaria.

Generalmente cuando se extrae una pieza ó se pierde prematuramente, los dientes que se encuentran por mesial y distal, tienden a desplazarse hacia el espacio libre, esto ocurre con mayor rapidez en los primeros seis meses posteriores a la pérdida dentaria. En algunos pacientes el cierre -

del espacio se produce rápidamente (sólo en algunos días), por esto no es recomendable la observación para determinar si hay disminución en el espacio.

Hay una serie de factores que pueden acelerar el cierre del espacio:

- 1).- Cuando se tiene una musculatura bucal anormal, una posición lingual ejerciendo presiones, un músculo hipertenso ocasionando un colapso del arco dentario.
- 2).- La presencia de hábitos orales, como succión del pulgar, o bien otros dedos que ejercen -- fuerzas anormales.
- 3).- La existencia de una maloclusión, insuficiencia de longitud en el arco dental y otras formas de maloclusión Clase II División 1, que normalmente empeoran progresivamente después de la pérdida extemporanea de dientes inferiores.

Disponemos de una variedad muy amplia de mantenedores de espacio, clasificandose según su tipo de función, -- construcción y material:

- 1).- Fijos, Semifijos ó Removibles
- 2).- Con bandas o sin ellas
- 3).- Funcionales o no funcionales
- 4).- Activos o Pasivos
- 5).- Algunas combinaciones de los arriba mencionados.

B).- REQUISITOS E INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

Requisitos para los mantenedores de espacio Fijos y Removibles:

- 1).- Deberán mantener la dimensión mesio-distal, - del diente perdido.
- 2).- De ser posible, deberán ser funcionales, al - menos al grado de evitar la sobre-erupción de los dientes antagonistas.
- 3).- Deberán ser sencillos y lo más resistentes - posibles.
- 4).- No deberán poner en peligro los dientes res- tantes, mediante la aplicación de tensión ex cesiva sobre los mismos.
- 5).- Que puedan ser limpiados fácilmente, y no - fungir como trampas para restos de alimentos, que pudieran agravar la caries dental y las enfermedades de los tejidos blandos.
- 6).- Su construcción deberá ser tal, que no impi- da el crecimiento normal ni los procesos del desarrollo, no interfiera en funciones, tales como la masticación, habla ó deglución.

Indicaciones para Mantenedores de Espacio:

El mantenedor de espacio, es un importantes aspecto en la prevención del desarrollo de una maloclusión, malposición individual de los dientes, hábitos nocivos ó traumatismo físico y previene el deslizamiento cuando se ha perdido la totalidad del diente deciduo.

Al perderse un diente deciduo, en condiciones -- anormales o antes de tiempo, es aconsejable el uso de un -- mantenedor de espacio.

Se tiene que tomar en cuenta que no todos los casos requieren mantenedor de espacio y es necesario considerar ciertos factores al tomar la decisión. Si se observa que la erupción del diente permanente es inminente, puede que no sea necesaria la colocación del mantenedor de espacio.

- 1).- En el caso de que se pierdan o pierda, un -- diente anterior, se pondrá por causas estéticas o psicológicas.

Generalmente la pérdida de un diente primario anterior, en un niño de cuatro ó cinco años de edad, que es cuando existen los espacios de desarrollo se convierte principalmente, en una consideración estética.

Pues el espacio no suele cerrarse si la ocl_y sión es normal.

- 2).- Cuando exista pérdida de un incisivo central, a una edad muy precoz, o sea mucho tiempo antes de que comience la erupción del sucesor permanente.
- 3).- Pérdida de un incisivo primario o más, que ocasione la aparición de hábitos musculares anormales como: hábito de proyección de lengua durante la fonación deglución, mordedura de la lengua o carrillos, hábito de chuparse los dedos, succión del labio, los cuales pueden provocar mordida abierta y maloclusión.
- 4).- Cuando los incisivos laterales superiores, -- faltan por causas congénitas. Los caninos se desvian mesialmente, y estos por lo regular -- sustituyen al lateral y dan un mejor aspecto estético, que si se colocará un puente fijo.
- 5).- Si existe ausencia congénita de segundos premolares, es probablemente mejor dejar, emigrar al molar permanente hacia adelante por si sólo, y ocupar el espacio. Por lo general los segundos premolares, no son bilateralmente si

métricos al desarrollarse, y es mejor tomar una decisión tardía que temprana, en las radiografías, no aparecen hasta los seis o siete años de edad.

- 6).- Cuando existe extrusión de los dientes antagonistas temporales o permanentes.
- 7).- Cuando se pierde el segundo molar primario, y todavía el segundo premolar no está preparado para ocupar su lugar, es aconsejable el uso del mantenedor de espacio.

En el caso de que por medio de una radiografía, ya exista evidencia de que pronto va hacer erupción ó que ya está haciendo erupción, no se usará el mantenedor de espacio.

El espacio existente entre el primer molar y el primer premolar, puede ser mayor que la dimensión radiográfica del segundo premolar. Esto ocasiona que el primer molar permanente se mesialice más de lo normal, pero aún así, hay lugar para el segundo premolar. En este caso deberá medirse el espacio por medio de divisiones, éste se medirá cada mes para compararse con la medida original. Si el espacio se va cerrando-

a un ritmo mayor, que el de la erupción del -
segundo premolar, se aconseja la inserción del
mantenedor de espacio.

8).- Cuando se pierden los primeros molares tempora-
les, para conservar el espacio muchas veces es
suficiente el método precedente, de medición y
espera. Las estadísticas indican que se produ-
cen cierres de espacio después de pérdidas pre-
maturas, de primeros molares primarios, en me-
nor grado y frecuencia, que la pérdida siguien-
te prematura del segundo molar primario.

9).- Es aconsejable usar el mantener de espacio, en
la pérdida temprana de piezas primarias. Se -
dice que la localización de los dientes perman-
entes en desarrollo evitan el cierre de la --
parte anterior del arco, aunque esto no se ob-
serva en todos los casos. No sólo se pueden -
cerrar los espacios, con la consiguiente pérdi-
da de continuidad del arco, sino que otros fac-
tores entran en juego. La lengua busca los es-
pacios y esto da lugar a los hábitos. Pueden-
acentuarse y prolongarse, los defectos del len-
guaje. Esta ausencia de piezas en la parte an-

terior del arco, ocasiona que el niño, si es vulnerable emocionalmente, se sienta diferente y mutilado psicológicamente, frente a otros niños de su edad.

10).- En el caso de que se pierdan uno o más de los molares permanentes en un niño; si esta pérdida ocurre antes de la erupción del segundo permanente, este puede emigrar hacia el lugar del primer molar y brotar en oclusión normal, pero si este ya erupciono ó la erupción es parcial, existen dos caminos a seguir:

a).- Mover ortodónticamente el segundo molar hacia adelante, sin olvidar que este es papel del ortodontista.

b).- Mantener el espacio, para después colocar un puente permanente.

11).- Si se pierde el segundo molar primario, poco tiempo antes de la erupción del primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveolar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente.

Las radiografías, ayudarán a poder determinar-

la distancia existente entre la superficie mesial del primer molar permanente no erupcionada. Cuando se tiene el caso de que este problema es bilateral, es de gran ayuda un mantenedor de espacio funcional, inactivo y removible, el cual está construido para incidir en el tejido gingival, inmediatamente anterior a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado, y en casos en que el primer molar primario se pierde en el otro lado, se refuerza el anclaje del arco labial con una resina de curación, propia que ayuda a mantener la extremidad distal, de silla libre en contacto con el borde alveolar.

C).- ELECCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO

Para la elección de un mantenedor de espacio, va a depender, la edad y sexo del paciente, el grado de cooperación, la higiene bucal, los deseos del niño y los padres, estado de la oclusión en general, la morfología de los planos-cuspidos inclinados, la forma en que estos se oponen durante la oclusión céntrica y durante la mordida de trabajo, también la presencia o falta de hábitos musculares peribucales-anormales, así como la experiencia del odontólogo, por lo -- tanto el método a seguir, deberá ser para cada caso en parti cular.

Es aconsejable colocar un mantenedor de espacio lo más pronto posible, después de la pérdida del diente. Se ha observado que la mayor parte del cierre de espacio, se produ ce en los seis primeros meses consecutivos a la pérdida es- pontánea de un diente primario, esto no es para todos los - casos, en algunos pacientes este cierre de espacio, se produ ce en cuestión de días.

En los casos que está indicada la extracción de al gún diente, es aconsejable hacerla y colocar el mantenedor - de espacio en la misma sesión. No esta indicada la espera - vigilante del cierre del espacio después de la extracción, -

sin antes haber planeado el tipo de mantenedor.

La edad cronológica del paciente no es tan importante como su edad evolutiva. Las fechas que se dan como promedio para la erupción, no deben influir sobre la decisión de la construcción de un mantenedor de espacio. Se tiene que tener en cuenta, la edad de la pérdida del diente puesto que va a influir, en la erupción del diente reemplazante.

Mantenimiento de espacio en la zona anterior.

Por lo general en la parte anterior, no se cierra el espacio, pero puede existir desplazamiento de los dientes adyacentes, en niños muy pequeños un mantenedor de espacio, en esta zona puede facilitar el habla, también se usa por causas estéticas y psicológicas, dentro de los que podemos utilizar tenemos:

- a).- Prótesis Parcial Removible, se usa cuando faltan los incisivos temporales superiores, las prótesis parciales de acrílico en niños que tienen deseos de cooperar e interés, ayudan a resolver los problemas de aparición de hábitos linguales, anomalías fonológicas y resuelven el problema estético y psicológico, tam--

bién permiten los ajustes individuales naturales de las piezas adyacentes, y la estimulación de la encía sobre el diente no brotado, puede acelerar la erupción.

- b).- Puentes Fijos, cuando exista ausencia de un incisivo superior. En los dientes pilares se hacen preparaciones modificadas para coronas tres cuartos, una barra de oro soldada, servirá de sostén para el pónico de acrílico, el pónico puede ser en acrílico termocurable ó con acrílico de autopolimerización.
- c).- Mantenedor de Espacio Bandeado, en el caso de que se presente erupción retrasada de los incisivos centrales superiores, se usa un tubo y un clavo soldados, el clavo puede deslizarse parcialmente fuera del tubo, como reacción al crecimiento lateral del arco, se puede procesar una pieza de acrílico en el tubo con el fin de que de un aspecto estético.
- d).- Corona de oro y ansa, es la parte anterior inferior por lo regular la pérdida dentaria es muy rara. Aquí es muy difícil anclar un mantenedor de espacio sobre los pequeños incisivos.

vos primarios, hay peligro de la pérdida de los dientes que sirven de soporte, porque existe una aceleración. Debido a que la arcada inferior es la contenida, y como el arco gótico tiene más posibilidades de derrumbarse, -- cuando se retira la piedra angular, y los dientes permanentes requieren de espacio para ocupar su posición normal, es conveniente mantener el espacio.

En la construcción de la corona de oro y ansa, el diente pilar requiere poco ó ninguna preparación, se fabrica una corona de oro y ansa. Un arco lingual pasivo con topes, este previene el desplazamiento de los dientes contiguos al espacio.

- e).- Mantenedor de Espacio Fijo en incisivos inferiores, es de difícil construcción, se hace una corona metálica, con un pónico volado y un descanso sobre el incisivo adyacentes si este es -- adecuado, un arco lingual fijo, de canino a canino, o un arco lingual de molar deciduo a molar deciduo puede funcionar, para esto va a depender, la influencia de varios factores como edad del-

paciente, crecimiento posible en esta zona, -
etc. También algunas veces, la incorporación
de un aditamento a manera de manga, es necesari
o para no inhibir el crecimiento.

Cuando se produce artificialmente la pérdida prematura de caninos primarios, para que los incisivos central y lateral se puedan mover hacia su posición adecuada; también cuando las piezas posteriores se desplazan hacia mesial, ocupando el lugar de los caninos:

- a).- Mantenedor Fijo Bandeado, no Funcional y Pasivo, se usan bandas de molares en los segundos molares primarios, junto con un arco lingual soldado y adaptado a la unión del ángulo y la encía de los incisivos. El uso de tubos linguales verticales, y partes soldadas al arco lingual, lo hacen ser un mantenedor semifijo, pero por lo general, no se usa si lo único que se quiere es conservar el espacio.
- b).- Mantenedor de Banda y Ansa ó una Willett Colada, siendo el pilar el primer molar temporal. También se puede extraer el canino temporal del otro lado y colocar un arco lingual pasivo.

Mantenimiento del espacio en la zona posterior temporal.

Cuando falta el primer molar temporal, el modo de como afecte a la oclusión depende del momento en que se produzca, la pérdida del primer molar temporal.

Si se pierde cuando el primer molar permanente, - está en erupción activa, se ejercerá una gran fuerza activa sobre el segundo molar temporal, provocando el desplazamiento de este hacia el espacio del primer premolar; también se puede producir la distalización del canino, si esta pérdida ocurre cuando el incisivo lateral permanente está en erupción activa, esta falta del primer molar provoca, modificaciones de la oclusión, como una caída hacia adentro del sector anterior del lado afectado y con una sobremordida incrementada.

- a).- Mantenedor de Banda y Ansa, este es de fácil construcción, el tiempo que el paciente está en el consultorio, es mínimo y la facilidad de adaptación del ansa es otra de sus ventajas. Una de sus desventajas, es que no restaura la función masticatoria de esa zona, - y no impide la erupción continuada de los --

dientes antagonistas. Todo aparato, que tenga bandas deberá quitarse cada año, pulirse e inspeccionar el diente y aplicar fluoruro estafioso.

La banda que se usa debe de ajustar muy bien, - si existen dientes erupcionados a los lados del diente, que lleva la banda, para obtener una separación, se usa el alambre de bronce o separador de goma elástica que es más rápido. El ansa por lo general tiene una ubicación por vestibular, junto a una superficie lisa del diente.

El ansa se fabrica con alambre de oro de 0.9 mm. y debe ser lo suficientemente ancha para permitir la erupción del diente permanente. La ansa debe de conectar con los tejidos blandos vestibulares y linguales, y la cara distal del canino temporal en la zona gingival. Para terminar se solda el ansa a la banda con soldadura de plata, y se pule.

- b) .- Mantenedor de Corona y Ansa de Acero-Cromo, este es recomendable cuando el diente pilar posterior presenta caries extensas, o si tiene una terapéutica pulpar vital, que requiere se le -

proteja con una restauración coronaria. Se coloca la corona en el modelo de trabajo, se solda el ansa a la corona con soldadura de plata, y se cementa. Después se podrá cortar el ansa y dejar la corona de acero, cuando el diente permanente erupciona. Este mantenedor no devuelve la función, ni impide que el diente antagonista siga erupcionando. Más aún es difícil, quitar la corona para hacer ajustes en el área.

- c).- Mantenedor de Oro Colado de Willett, se aconseja su uso cuando hace falta un mantenedor sólido. El diente pilar algunas veces necesita de una preparación para eliminar las zonas retentivas, y se tienen que realizar cortes proximales, para evitar contactos, en la cara oclusal no se hace nada, pues las cúspides asoman de la restauración. Este mantenedor tiene la ventaja de que se quita para revisar el diente pilar periódicamente y poder hacer modificaciones.

d).- Mantenedor de tipo Fuente Fijo Modificado, se aconseja este mantenedor, para las relaciones de los dientes en el arco dentario después de la ausencia prematura del primer molar temporal. Se hacen preparaciones en el canino y segundo temporales para coronas coladas enteras, se puede colocar el mantenedor en una sola pieza. Aquí debemos de tomar en cuenta que el canino, puede erupcionar antes que el primer premolar, en este caso se retira y se coloca un mantenedor con banda y ansa.

Mantenimiento del espacio en la zona del segundo molar temporal.

Cuando falta el segundo molar temporal, habrá un desplazamiento mesial del primer molar permanente, con retención del segundo premolar. Los tipos de mantenedores que se recomiendan, son los mismos que cuando falta el primer molar. Pero el más aconsejable es el de banda y ansa, con la colocación de la banda en el primer molar permanente, se elige este tomando en cuenta la secuencia habitual de erupción. En el caso de que el primero y el segundo premolar, tengan un desarrollo parejo, se puede usar el primer molar temporal de pilar.

Cuando se pierde el segundo molar temporal, antes de la erupción del primer molar permanente. Existe un desplazamiento hacia mesial del primer molar permanente, dicho desplazamiento muchas veces se produce antes de la erupción. Debido a esto se recomienda un mantenedor de espacio que -- guie el primer molar permanente hacia una oclusión normal.

a).- Mantenedor colado de oro de extensión distal, este es el más empleado en el caso de la pérdida prematura del segundo molar temporal. Se elige como pilares el canino y el primer molar temporales, haciendo una preparación -- como para corona colada tipo Willett, en el patrón de cera se modela una extensión distal que entrará en el modelo en la posición de la raíz distal vestibular del diente que se extrae. La extensión hacia los tejidos sirve de guía para la erupción del primer molar permanente. La extensión que va dentro de los tejidos, se puede establecer con mediciones -- directas, en las radiografías periapicales, -- en el caso de que el aparato sea de tipo inmediato, primero se retiran del modelo el dien-

te que se piensa extraer, y se le hará un orificio en el modelo donde se encuentra la raíz distal, esto permitirá la exacta ubicación de la extensión distal.

Mantenedor de Banda y Corona con extensión distal.

Se usa el primer molar temporal como pilar, se hace una preparación para una corona de acero, esta debe de estar bien modelada y cementada, nos proporciona una forma retentiva conveniente para la ubicación de una banda con ansa de Johnson, en oro.

A la banda se le solda el ansa y se coloca sobre la corona de acero en el diente pilar. Este mantenedor también lleva una extensión, que corresponde a la ubicación -- de la raíz distal, para guiar el primer molar permanente no erupcionado hacia su posición normal, para cementar el mantenedor en la boca, por medio de la radiografía, nos daremos cuenta de que la extensión queda en la debida relación con el primer molar permanente no erupcionado.

CONCLUSIONES

La utilidad e importancia que tiene el saber interpretar, y tratar a temprana edad cualquier problema fácil de corregir, es algo que solamente lo da el pleno conocimiento, y algo muy importante que es la experiencia clínica.

El cirujano dentista según lo que observamos, en nuestro trabajo, está capacitado y obligado a desarrollar una odontología preventiva, y en ocasiones algún tipo de ortodoncia correctiva, cuando se trate de problemas menores.

Es muy importante saber diferenciar, en donde termina la labor de la odontología general, y en que momento se debe remitir el paciente con el especialista.

Es una obligación primordial del dentista informar a los padres, de la importancia que tiene la dentición temporal ó primaria, enfocando al futuro de los dientes permanentes que en muchas ocasiones, son los que más importan a los padres.

El saber corregir y palpar problemas a buen tiempo, nos proporcionará además de una satisfacción profesional muy grata, un mayor nivel de salud general en todas las personas, para esto se debe mantener como base el diagnóstico oportuno, y saber en que momento es un enfoque preventivo, interceptivo y correctivo.

Es de suma importancia llevar a cabo un plan de - tratamiento en equipo, con la colaboración de otros profesio nistas tales como el psicólogo, el pediatra, el foniatra, etc.

BIBLIOGRAFIA

1).- ORTODONCIA. TEORIA Y PRACTICA

Dr. T. M. Greber
Editorial Interamericana
3a. Edición 1976.

2).- ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Sidney B. Finn
Editorial Interamericana
4a. Edición 1979.

3).- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Dr. Ralph E. McDonald
Editorial Mundi
2a. Edición 1975

4).- CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Director Huesped
Dr. John R. Menk
Editorial Interamericana
1a. Edición 1973.

5).- MANUAL DE ORTODONCIA

Dr. Robert E. Moyers
Editorial Mundi
1a. Edición 1976

6).- PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN

ODONTOLOGIA GENERAL

Dr. Joan Weyman
Editorial Mundi
1a. Edición 1976

7).- 1er. CICLO DE CONFERENCIAS

Instituto John Langdon Down
1a. Edición 1973.