

234
20y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRASTORNOS OCASIONADOS POR PERDIDA PREMA-
TURA DE DIENTES TEMPORALES Y UTILIZACION DE
DE PROTESIS INFANTILES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

Cirujano Dentista

P R E S E N T A :

FAUSTO ALEJANDRO LOBATO OLVERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

JUNIO DE 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción

- I Formación Facial
- II Desarrollo de la Dentición Primaria
(cronología de la erupción dental)
- III Factores generales que afectan la mal oclusión
- IV Hábitos que influyen en la mal oclusión
- V Factores locales
- VI Historia Clínica
- VII Mantenedores de Espacio
- VIII Conclusión
- IX Bibliografía

INTRODUCCION

Como se menciona en el título, la siguiente tesis está enfocada a resaltar el interés que se gesta cada día en todos los consultorios, no tan sólo del país de México, sino que se marca la preocupación que existe en los Dentistas de todo el planeta, en el cual la pregunta y la respuesta de lamentación es, Si este tratamiento se hubiera realizado antes, ¿y porqué no, pregunto a un Doctor aunque éste en su caso no hubiera sido el Dentista. Y de los siguientes cuestionamientos podemos seguir derivando las suficientes preguntas y excusas que podríamos llenar no uno sino miles de libros.

Conforme pasa el tiempo, la actividad moderna de la vida que tenemos se ha vuelto vertiginosa al igual que los problemas que afectan a la población infantil, para el Odontologo se da la preocupación de enfrentar trastornos que si atendemos en su principio y con la responsabilidad que por razón de ética y de conciencia, siempre estaremos a atender a un pacientito como un ente que formará a la sociedad por evolucionar en un futuro y además el de recordar que si ésta persona está orgánicamente bien, podremos esperar que sea más responsable para los demás y no marginarlo de la Sociedad, creándole traumas y de nuevo cuestionamientos de porqué alguien no tuvo suficiente interés en que yo me viera o sintiera bien.

Para nosotros los Dentistas tales preguntas y motivos de preocupación no son tan solo por la idea monetaria como lo discute el mundo en que vivimos, porque el solo hecho de estudiar una carrera que compete en las áreas propias de la Medicina, representa el amor que se tiene a la gente, indistintamente de credos y razas.

La motivación de este trabajo siempre fue y es un motivo de preocupación, el buscar el problema de niños y mayores que con el hecho de haber acudido a una Clínica Dental, se hubiera resuelto y no así que se presentan cuando tenemos poco que remediar y tan solo nos quedan dar diagnósticos radicales como la implantación de prótesis parciales o totales, extracciones al por mayor o darles la opción de seguir su vida como lo han hecho hasta ese momento.

No debemos de dejar de mencionar que existen muy variadas formas de manejar a los pacientes, pero son con especialistas y si afrontamos la realidad de que en el país de México acaese una crisis severa y los medios económicos en general no se prestan para un tratamiento que resulta caro por tan solo el concepto de material utilizado, ojalá un día podamos decir como en otras partes de este mundo que contamos con los suficientes recursos para dedicarlos y hasta perderlos por tan solo el hecho de dedicarlos a la niñez de este país.

Con agradecimiento a los pequeños pacientes que sin saberlo me ayudaron a realizar este trabajo, tanto en México como en los Estados Unidos de Norteamérica.

7

I FORMACION FACIAL

El período de formación de los rasgos faciales, comienza con el establecimiento de la boca primitiva, iniciándose con la invaginación del ectodermo en una extremidad cefálica del embrión que profun - diza hasta encontrarse con el endodermo del primitivo tracto diges - tivo, a esto se le denomina estomatodeo o cavidad oral primitiva.

Ubicándose en la cavidad oral primitiva, se encontrará una porción prominente que es denominada prolongación frontonasal, y por deba -ajo de esta se localizan cinco pares de arcos branquiales que se deno - minan:

1. Arco Branquial I, que se divide en dos
 - a) maxilar
 - b) mandibular.
2. Arco Branquial II denominado arco hioideo.
3. Arco Branquial III, también denominado tiroideo.
4. Arco Branquial Iv
5. Arco Branquial V.

En la mayor parte la formación de las estructuras que constituyen - la cara, son derivadas de los procesos del Arco Branquial I y el proceso frontonasal. Todo esto que se forma en el período embrio - nario que abarca un lapso aproximado de 14 a 56 días, quedando así el desarrollo del proceso frontal por arriba y por debajo del pri - mer Arco Branquial.

La profundización de la cavidad bucal primitiva y el rompimiento de la placa bucal integrada por dos capas, que son el piso ectodérmico del estomodeo y el revestimiento endodérmico del intestino anterior, se aprecian y desarrolla entre la tercera y octava semana de vida intrauterina, asimismo es facialmente apreciable en la cuarta semana el Ectodermo a cada lado de la prominencia frontal.

Estos engrosamientos que no son otra cosa que las placas nasales, darán pie y formación a la mucosa de las fosas nasales y el epitelio olfatorio. La proyección hacia adelante y la unión con el proceso frontal, nos darán por resultado el desarrollo y formación del maxilar superior.

La depresión percibida en la línea media del labio superior, se denomina philtrum, y es indicativa de la línea de unión de los procesos nasales medios y anteriores.

En la quinta semana de vida del embrión humano, son fácilmente apreciables el arco maxilar inferior, rodeando el aspecto caudal de la cavidad bucal. La función de los procesos maxilares se dan en la séptima semana de vida, quedando las pautas de creación del paladar primario que al formarse, establece comunicación entre la cavidad nasal y bucal a través de las coanas primitivas, asimismo el desarrollo del paladar primario forma la premaxila, el reborde alveolar y la parte inferior del labio superior, en esta parte, se comienza a diferenciar la cabeza humana (tomando sus proporciones) y todo esto se realiza a partir de la octava semana de vida.

Al terminar la fase anterior o período embrionario, se da comienzo al período fetal, que es aproximadamente del día 56 al 270 de gestación.

Entre la octava y la decimosegunda semana del feto, se da el aumento por demás lógico del maxilar inferior y la relación anteroposterior maxiló-mandibular simizándose al recién nacido.

En esta etapa, se pueden apreciar dos períodos en la fase de la evolución dentaria, que son al maxilar y la mandíbula. cuando se establece la relación con el nervio infraorbitario, que son:

- 1) Area Neural y Alveolar.
- 2) Apofisis Frontal Cigomática y Palatina.

Cabe mencionar que el maxilar es un hueso membranoso importante, por la diferencia que existe entre huesos membranosos y endocraneales, - sensibles a la presión del tacto manual.

En el desarrollo de la mandíbula, la Placa Alveolar se alarga en una forma muy rápida, pero se establece que la longitud de esta y la longitud mandibular total, es siempre constante pero no así en la anchura de la placa alveolar, ya que siempre es mayor a la anchura total.

II. DESARROLLO DE LA DENTICION PRIMARIA

CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTAL.

En esta parte nos enfocaremos a enmarcar toda la problemática que se suscita por la falta de cuidado de los padres, que actúan de la manera más ligera, por falta de una adecuada información sobre el desarrollo y principio de los cuidados fundamentales que debe tenerse con los dientes primarios, lo mismo que a la inminente sucesión de una dentadura mixta, la cual les crea a la mayoría de los padres, el equívoco de que toda la dentadura tendrá que mudarse en su totalidad con el paso del tiempo, asimismo se va creando en los niños la idea fija de que no importa tanto el cuidado de los dientes temporales y que por ello se cae en el descuido de su profilaxis, convirtiéndose en verdaderos focos bacterianos que llegan a reflejar problemas en la salud, poniendo en peligro la vida misma y provocando trastornos graves, como lo demuestra la fiebre reumática, sin que por esto dejemos de enmarcar los problemas que causan los espacios que quedan por pérdidas prematuras por la inminente extracción de una pieza dental.

Los trastornos que se sufren por la pérdida prematura de piezas dentales, nos dan la pauta a seguir en los tratamientos Odontológicos y a la vez los preventivos.

Todo esto nos hace reflexionar sobre una idea, que el hombre no solo es producto del medio ambiente y lo que le rodea sino a su

vez victima de su propia sabiduria.

DENTITION TEMPORAL

MAXILAR SUPERIOR

| DIENTE | ERUPCION A LA CAVIDAD BUCAL |
|------------------|-----------------------------|
| Incisivo central | 7.5 meses |
| Incisivo Lateral | 9 meses |
| Canino | 18 meses |
| Primer Molar | 14 meses |
| Segundo Molar | 24 meses |

DENTITION TEMPORAL

MAXILAR INFERIOR

| DIENTE | ERUPCION A LA CAVIDAD BUCAL |
|------------------|-----------------------------|
| Incisivo Central | 6 meses |
| Incisivo Lateral | 7 meses |
| Canino | 16 meses |
| Primer Molar | 12 meses |
| Segundo Molar | 20 meses |

La etapa de la esoliación normalmente aparece representada por la irrupción de los dientes permanentes.

DENTICION PERMANENTE
MAXILIAR SUPERIOR

| DIENTE | ERUPCION A LA CAVIDAD BUCAL |
|----------------------|-----------------------------|
| Incisivo Central | 7-8 años |
| Incisivo Lateral | 8-9 años |
| Canino | 11-12 años |
| Primer Premolar | 10-11 años |
| Segundo Premolar | 10-11 años |
| Primer Molar | 6-7 años |
| Segundo Molar | 12-13 años |
| Tercer Molar a veces | 17-21 años |

DENTICION PERMANENTE
MAXILAR INFERIOR

| DIENTE | ERUPCION A LA CAVIDAD BUCAL |
|----------------------|-----------------------------|
| Incisivo Central | 6-7 años |
| Incisivo Lateral | 7-8 años |
| Canino | 9-10 años |
| Primer Premolar. | 10-12 años |
| Segundo Premolar | 11-12 años |
| Primer Molar | 6-7 años |
| Segundo Molar | 11-12 años |
| Tercer Molar a veces | 17-21 años |

A) ERUPCION DENTAL.

La erupción de los dientes humanos no se presenta hasta que no se ha desarrollado por completo la corona, lo mismo sucede con el movimiento eruptivo se manifiesta, una vez que ha entrado en formación la raíz dentaria la erupción se prolonga todo el tiempo del ciclo vital del diente.

De igual manera, los movimientos dentales estarán presentes a la par del crecimiento de los maxilares. Los dientes continúan moviéndose en diferentes direcciones, los cuales denominaremos:

- a) Movimiento Axilar, que es incisal, vertical u oclusal en proporción al eje mayor del diente.
- b) Movimiento de derivación, que es propulsivo en dirección distal, mesial y lingual.
- c) Movimiento de Incinación que se realiza alrededor del eje longitudinal del diente.

Al iniciar la erupción la presencia Adamantina de la corona termina por provocar un defecto llamado Histólisis en sus alrededores del diente por erupcionar, absorbiendo algo del borde alveolar.

Si esto afecta en algo su desarrollo en la erupción, lo mismo se pone de manifiesto en la dentición secundaria, pero en este caso serán reabsorvidas las raíces de los dientes temporales. Regularmente esto solo ocurre en la erupción dentaria permanente ya que en la temporal el folículo solo se cubre de tejido tegumentario sin hueso

15

en el borde incisal.

DATOS GENERALIZADOS DIFERENCIANDO LOS DIENTES TEMPORALES DE LOS PERMANENTES.

En los dientes temporales la forma difiere ligeramente, ya que la similitud es mucha, pero se pone de manifiesto el tamaño de las coronas que es más pequeña, en el temporal, a su vez más redonda, los bordes más afilados, el esmalte presenta un grosor inusualmente uniforme (en esto se aplica la idea del color del diente al denominarlo de leche por su textura y coloración muy blanca, y ello también es el resultado de la dentina que es baja de proporción, y que a su vez es muy flexible y en menor mineralización) cabe mencionar que en los dientes temporales no existe la dentina secundaria o de reparación.

Probablemente ello se aplica a la actividad del organismo ya que el cuerpo humano se encuentra en su proceso evolutivo, su mineralización, igualmente se puede mencionar otro dato como lo es el de las cámaras pulpaes más anchas.

El cuello anatómico es de muy poca proporción, formando parte de la raíz cubierta por encía, dando la idea de un solo cuerpo en los dientes anteriores, para los molares se denota la falta de tronco radicular, entrando de inmediato la bifurcación de las raíces que estas a su vez son abiertas con los apices proyectados hacia labial y aplanados, lo mismo que en sus demás proyecciones ya que albergan

los folículos de los premolares por erupcionar.

Para los dientes anteriores la posición de la raíz se puede determinar como perpendicular al plano oclusal, en sentido vestibulolingual, los dientes superiores deben darse la idea de una mordida borde a borde que es lo normal apreciado en los niños de dentición temporal lo mismo que los diastemas.

Deberán ser vistos fácilmente y sin apiñonamientos, ello será a - que una vez que se presenta el proceso de esfoliación de los dientes serán remplazados por dientes de mayores dimensiones que ce - rrarán dichos diastemas.

Una vez que se ha realizado la erupción como ya hemos mencionado la apreciación en un niño será la de mordida borde a borde, en la cual se mantiene una relación céntrica, dando a su vez mayor presión a los molares, manifestándose que la posición de cada diente será en oclusión mesiodistalmente. Con respecto a los dientes inferiores la excepción en este caso se enmarca en los dientes incisivos centrales inferiores que ocluyen con los centrales superiores debido al diámetro mesiodistal de su corona; al igual que por diferencia será la cúspide mesivestibular ocluyendo en el surco que le separa en las dos cúspides vestibulares del primer molar inferior.

Todo ello será válido para encontrar una oclusión óptima pero por las mismas experiencias podemos apreciar que no es así, por lo tan

M

to ha sido necesario establecer lineamientos para poder determinar los diferentes tipos de oclusiones en las cuales ubiquemos a cada paciente como lo que es un ente individual y con ello poder determinar el tipo de problema que le aqueja y la forma establecida para poder ayudarlo.

Marcado el tipo diferencial que debemos observar, recurriremos a las normas validas en todo lugar que tenga la práctica Odontológica colegiada, debidamente y para ello usaremos lo que sería un Código de clasificación como es la clasificación del Doctor Angle.

La clase I sería la posición ideal o idonea de las piezas dentales, en las cuales debemos de tener presente que lo óptimo es establecer el diagnóstico con la presencia a la edad de los seis años de edad, tomando a su vez en cuenta los espacios primates que concordarán a la edad.

De ser posible que un Dentista establezca una relación de principio y conservarla con el paciente para éste primero le será fácil marcar la pauta de conservar una oclusión ideal siempre y cuando no se invadan terrenos que no son de la competencia de los especialistas, ya que el conocimiento no es a nivel de Licenciatura competitivo a muchos problemas no manejables y se establece la obligación moral de afrontar las limitaciones que uno mismo tiene como profesionista.

Retomando a lo que es la definición de la Clase I podemos concretarla de la siguiente manera: La cúspide mesiovestibular del primer -

molar superior permanente entra en relación con el surco vestibular del inferior.

Clase II

La cúspide del primer molar permanente superior al ser relacionada queda en la tronera entre el segundo premolar y el primer molar inferior.

En las alteraciones para definir más los pequeños movimientos presentados en esta fase Angle le dio subclasificaciones que se definen así: Clase II división I, indican previamente por la inclinación axial de los dientes incisivos superiores. En esta se indica que la división I los incisivos centrales son protusivos.

Clase II división 2, determinada por los centrales superiores en posición casi vertical o aproximada a inclinación lingual, y los dientes incisivos laterales marcadamente protusivos a vestibular más que los centrales.

Subdivisiones de la clase II

Como se mencionó con anterioridad asimismo se presentan subdivisiones que se determinan por la relación en los molares de Clase I en un lado de las arcadas y relacionándose con la Clase II en el extremo opuesto de la arcada ubicando al paciente en nuevas categorías por describir.

Clase II división I, relacionando los molares de Clase II en ambas arcadas y los dientes incisivos centrales superiores presentándose

prominentes.

Clase II División I subdivisión.

Presenta Clase II en un lado de la arcada en la otra arcada se rela
ciona Clase I y los dientes incisivos laterales con prominencia.

Clase II División 2, se presenta en ambas arcadas la Clase II con -
los laterales protuidos y los dientes centrales lingualizados.

Clase II División 2 Subdivisión.

Se anmarca de la siguiente manera un lado de la arcada presenta -
Clase II y el otro lado presenta Clase I con un diente lateral pro-
tuido y los dos centrales más un lateral lingualizados.

Clase III al desplazamiento de la mandíbula para entrar en relación
oclusiva al maxilar la cúspide mesiovestibular del primer molar su -
perior permanente entra en relación con el surco distovestibular del
primer molar inferior.

Las divisiones que ofrece Angle para este caso son la relación de un
molar Clase I de un lado de la arcada y la de una Clase III en la -
otra parte de la arcada.

21

III FACTORES GENERALES QUE AFECTAN LA MAL OCLUSION

El defecto congénito y el factor hereditario.

Dentro de los defectos congénitos más frecuentes que nos dan notables alteraciones en la oclusión entran como primer plano la obvia alteración e labio y el paladar hendido normalmente se presentan en niños que anteceden a factores hereditarios, es decir que existen o existieron antecesores en alguna de las ramas de su familia, sin importar si ha sido por la línea paterna o la línea materna

Disostosis Cleidocraneal: el cual obedece a defecto congénito hereditario por el cierre tardío de las suturas del creaneo y por lo general lo es también de la clavícula una o ambas y predispone a los dientes permanentes en sobre manera afecta a los incisivos a estar retenidos, alterando sus raíces en cortas o largas y de igual manera se retienen los dientes temporales, lo cual nos da una desorganización de la cavidad en cuanto a su proceso de erupción dentaria ya que al reorganizarse la estructura craneal se ven alterados los planos en los que se estaba realizando la oclusión si es que esta estaba presente, pero como se ha mencionada resulta un tanto difícil.

Parálisis Cerebral.

La falta de coordinación en los músculos motores afectan el equilibrio muscular provocando la alteración en la oclusión, aún teniendo en cuenta que el paciente presenta todas sus piezas dentales en la secuencia normal de erupción y esfoliación.

22


Sífilis.

La enfermedad de la sífilis se presenta en el paciente por un factor congénito, en el cual la principal característica son los dientes de Hutchinson y son dientes faltos de esmalte en grandes áreas del diente y agudos, dando similitud a pequeños caninos aunado a una falta de formación respecto o comparativo a la anatomía dental conocida.

Los demás factores que afectan a la oclusión se pueden enunciar tales como el prognatismo, el cual deberá ser detectado por el Ortodontista, ya que este es el competitivo a determinarlo junto con el Odontopediatra, no existiendo nadie más capacitado que estas personas para detectar el problema en su principio y establecer un plan de tratamiento para evitar mayores trastornos de los que sufrirá en el futuro con los cirujanos maxilofaciales y ayudarle a su vez a estos, canalizando debidamente al paciente.

Otro de los factores que se auna es de los pacientes retrogratas y en los dos casos se auna a factores hereditarios. La deformación facial o deformación por trauma es debido al empleo de forseps en el momento del alumbramiento, en el cual no basta ya el trauma que causa al bebe el paso por la pelvis que normalmente es reducida e insuficiente y no se presenta tan claro este problema ya que se manifiesta al correr del tiempo. Muchas veces esta tiende a desaparecer en el transcurso del primer año de vida.

Otro de los factores predisponentes es el hábito que se presenta



en el desarrollo del feto en el cual está ampliamente demostrado -
que a esa edad ya existe la succión de los dedos o del pulgar, lo
cual se manifiesta en la elevación del paladar y en la proyección -
de este hacia la parte de la cara dándole el aspecto clásico de -
ser hondo, angosto y proyectado hacia la parte frontal de la cara.

El factor anterior se puede clasificar ya estando en relación el -
bebe o el niño en su medio ambiente habitual y de esto derivaremos
lo que se conoce como trastornos de tipo habitual, en los cuales -
entran: hábito de chuparse el o los dedos en el cual nos da el des -
plasamiento de la premaxila y de los dientes anteriores superiores
llengo más allá del límite del labio superior.


IV HABITOS QUE INFLUYEN EN LA MAL POSICION DENTAL.

El hábito de meterse cosas en la boca y que indistintamente nos altera la oclusión lo podemos enmarcar con el ejemplo clásico del - síndrome de biberon, el que no solo afecta al diente anterior provocandole que se manifieste en una mordida abierta, de igual manera será postreramente afectado en una caries en las partes cervicales y cuellos de los dientes, causando así no solo afecciones bacterianas sino igualmente pérdidas prematuras de estos mismos dientes si son atendidos tardiamente.

Todo lo referente a las alteraciones anteriores de igual manera se ven afectadas por hechos como traumas por caídas o golpes. en los - juegos de los niños, mismos que no siempre se manifiestan por la - pérdida del diente pero si se afecta la posición de estos al ser desplazados a otros lugares, aunque no sean algunos milímetros, pero debemos recordar que para el ser humano como para el Dentista lo más pequeño sigue siendo lo más importante.

Hábito por succión del o los labios.

Puede ser que este se manifieste si es que se ha realizado algún - tratamiento en los problemas por succión de dedos; o el de la proyección lingual, ya que otorga la misma sensación de satisfacción aparente y normalmente se presenta en la edad escolar. El problema por ejemplificarlo sería la proyección de los dientes anteriores inferiores hacia lingual ya que el labio inferior realiza presión por medio del musculo borb (en la barba) dándose a su vez si



el hábito persiste en el apiñonamiento de dientes incisivos inferiores y a su vez la manifestación protusiva de los dientes anteriores superiores al serdesplazados hacia arriba.

En algunos de los casos el problema no se presenta por cuestión de conducta sino por el problema que puede causar en la sobremordida manifestada excesivamente dando pie a la dificultad en cerrar los labios en el acto de deglución.

Cuando no ha sido corregido este hábito es fácilmente descubierto por la hipertrofia que se presenta en los bordes bermellón de los labios

Respiración bucal.

La falta de tono en los labios así como una marcada resequeidad y escamación en ellos es el síntoma más evidente para detectar a un paciente de este tipo, el respirador bucal es habitual que presente obstrucciones nasales debido a hipertrofia de los tejidos faríngeo y linfoideo y si está completamente obstruido el paciente se ve apremiado a ser un respirador bucal, las manifestaciones no siempre van aunadas a solo ese problema, se debe a desviaciones de tabique por traumas en edades tempranas o a defectos internasales; a su vez da manifestaciones de gingivitis y aumento en el volumen de las encías aquí se debe conjuntar el trabajo del Dentista con el de un Otorrinolaringólogo para poder solucionar el problema en la mejor manera.

Hábito de lengua.

El cual nos da una proyección de los dientes anteriores superiores o inferiores hacia adelante la posición de la lengua nos dará indistintamente cual arcada será la más afectada.

Hábito postural o de postura.

Ello se enmarca en los niños que habitualmente mantienen posiciones inadecuadas, afectando con cargas de fuerza alguna parte de la cara tal sería el ejemplo de apoyarse siempre que se está sentado en la palma de la mano y el codo recargado en alguna mesa o pupitre.

V. FACTORES LOCALES

Los factores locales que afectan el perfecto estado de la oclusión, así como la duración de las piezas dentales en su función, deben ser analizadas por separado ya que aquí intervienen factores como el ancho y largo del diente o el mismo desarrollo de las arcadas, aquí entran las anomalías en forma que son más evidentes en los dientes laterales superiores y en el segundo premolar inferior.

Los problemas o defectos que se presentan o involucran en estos casos son:

- Amelogénesis Imperfecta
- Germinación Dens Dens.
- Fusiones
- Adontomas
- Hipoplasias.

El papel del frenillo labial se relaciona sin lugar a dudas con los factores locales ya que la posición de este determinará si es posible la erupción dental sin entorpesimientos en el área involucrada; cuando se ha acumulado una infección relacionada a este se observará una zona de blanquesimiento de los tejidos en dirección hacia lingual. Esta puede determinar el cierre de espacio regularmente se recurrirá a una frenilectomía o se espera a ver si con la erupción de los caninos permanentes se puede corregir la anomalía.

28

Otro tipo de factor que influye en la más oclusión y pérdida prematura de piezas dentales son las malas restauraciones realizadas por Dentistas, con ello no queremos decir que la Yatrogenia sea siempre la causa de padecimientos, pero si se debe al aspecto negligente, en el cual el Dentista que no ha estado lo suficientemente interesado en los cursos que le indican tanto conducta como tratamiento y manejo de niños, incurrirá en errores que será claves, ya que el niño con tal de ser apartado del Dentista, si es que este le desagrade sobremanera aceptará cualquier tratamiento aun el de tolerar restauraciones mal aplicadas como el de aguantar algún tipo de molestia postoperatoria, así que deberán de tenerse los cuidados y los elementos necesarios para evitar algún problema por emplear mal los materiales de restauración o el uso de aparatos ortodónticos si es que se volverá a ver al paciente después de la colocación de los mismos.

Pérdida prematura de los dientes temporales

La pérdida de estos dientes provoca trastornos por movimiento de los pacientes contiguos en la invasión del espacio que ha quedado desocupado, ello provoca movimiento de igual manera en los dientes antagonistas en su nivel de oclusión, el problema al que nos enfrentamos no solo se reduce a ello si involucramos que los dientes que bienen desarrollandose (permanentes) quedan atrapados y provocando en un futuro apiñonamientos lo más fácil de ejemplificar sería con la extracción del segundo molar temporal creará el movimiento para dejar posteriormente en libre movimiento al primer molar permanente, el cual nos probocará como resultado el aprisionamiento de los premolares.

21

Esfoliación tardía de dientes temporales.

Este problema parece estarse dando en la actualidad con mayor frecuencia en la actualidad, sobre todo se marca con más frecuencia en los niños de clase media y media alta de acuerdo con las apreciaciones observadas y comentarios compartidos con otros compañeros de estudio y sin equivoco a menospreciar que es debido a la alimentación, ya que los sectores de esta población se encuentran actualmente más correlacionados con el problema de la alimentación y son aparentemente el sector que más busca la alimentación en forma más balanceada y a la vez, la que la proporciona en más exceso; en la actualidad debemos tomar en cuenta que las tablas que se manejaban anteriormente en los valores promedios de la erupción y esfoliación, así como en la talla y complejión no obedece a las estadísticas, por lo general provenientes de países de habla inglesa o de procedencia europea y las diferencias que se dan por demás son lógicas.

El problema también que se da en la falta de reabsorción de las raíces de los dientes temporales por los dientes permanentes que se preparan para ser erupcionados, de acuerdo a los modelos o esquemas establecidos, si la raíz no se reabsorbe uniformemente los dientes tardarán mayor tiempo como se mencionó en la erupción o buscarán hacerlo por otra vía desplazándose a posiciones inadecuadas.

Erupción retardada o tardía de los dientes permanentes.

Se puede clasificar en diferentes formas, pero es más fácil el men

cionar que puede ser causa o problemas de tipo Endocrino (hipotiroidismo), por presencia de raíces disiduas de dientes temporales, anodoncia o falta congénita de los dientes mismos, o la condensación del tejido, volviéndolo muy fibroso, para todo ello nos vamos a poder basar siempre en los estudios que se nos dan por apoyo por medio de las radiografías y a su vez en la variedad de estas mismas.

De igual manera se deben de tener en cuenta la formación de criptas oseas en la línea de erupción del diente, y ello se debe regularmente a la pérdida prematura de dientes temporales y esta puede ser removida quirúrgicamente lo mismo que dientes temporales que deberían haberse esfoliado con un tiempo razonable.

De nuevo volvemos a mencionar el impedimento en la erupción por trastornos físicos como son falta de espacio y a su vez podemos mencionar la inclusión del diente en el hueso.

La erupción ectópica

Esta se da en la resorción que provoca un diente permanente en erupción al reabsorber la raíz de un diente, ya sea temporal o permanente y este no es el diente a reemplazar.

Anquilosis.

Esta posiblemente se ve relacionada a alguna lesión que provoca una perforación en el ligamento Parodontal o Periodontal, dando pie a la formación de un puente óseo, uniendo la lámina dura y el cemento basta que se forme un poco para detener la erupción normal,

generalmente se da en presencia lingual y en la radiografía no se reconoce fácilmente el aspecto clínico es el de un diente sumergido, relacionándose tal vez con un problema de erupción por posible calcificación la edad más frecuente es entre 6 y 12 años, si se tiene y maneja tal información evita que el diente sea extraído en futuro quirúrgicamente.

Caries dental.

En esta parte podremos decir que se afronta tal vez un porcentaje mayor que el 50%, la pérdida más frecuente es debida a la caries dental que nos provocará inequívocadamente el cierre de espacios y la proyección a otros planos de los dientes contiguos que serán a su vez las proyecciones axiales, resorciones óseas y sobreerupciones.

32

VI HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica, en el caso que nos compete deberá de ser efectuada en forma indirecta y de ser preferentemente realizada hacia los padres, teniendo cuidados a su vez de tratar de tomar y apreciar de ser posible el comentario del niño, ya que este es el que presenta el padecimiento y por lo tanto, debemos de afrontar los dos cuestionarios de la Historia Clínica.

Existen varias etapas en la Historia Clínica para ser lo más exacta posible y a la vez para tener un panorama más amplio en lo profesional, lo social y a su vez legal ante las Autoridades.

La Historia Clínica presenta una serie de valores que como se mencionó con anterioridad los enumeraremos de la siguiente manera:

- a) La elaboración para obtener seguridad de cualquier tratamiento dental y no interferir en otra área ni perjudicar el bienestar del paciente.
 - b) Indagar si se está en algún tratamiento y saber si se está empleando medicamentos que afecten los que utilizamos, o averiguar si estamos en presencia de algún padecimiento.
 - c) Para detectar si se está en presencia de alguna enfermedad no detectada.
 - d) Tenerlo presente como auxiliar en caso de tener alguna demanda de tipo legal y demostrar si existe o no incompetencia profesional.
- 17

La presentación de las Historias Clínicas se manejan en diferentes formas, pero cada uno puede mandar a elaborar la que más le satisfaga a sus necesidades.

En la Historia Clínica que manejaremos debemos tener presente que se elabora de igual manera para detectar problemas de carácter congénito o hereditario de los padres o parientes relacionadas en forma más directa y cercana. (todo ello de ser necesario)

Al empezar la Historia Clínica lo haremos de la siguiente manera:

- 1 Dirección y teléfono, ello se hace para localizar al paciente de ser necesario.
- 2 Edad, porque nos ayuda a detectar problemas propios a la misma o para tener en cuenta la duración del diente en el lapso de vida que tiene éste si se tratan de afecciones en dientes temporales o dientes permanentes.
- 3 Sexo, aunque resalta a la vista debemos anotarlo por el problema que se da de trastornos o predisposiciones de cualquiera de los sexos a determinadas anomalías.
- 4 Nombre de los padres y padecimientos que puedan ser hereditarios o congénitos y manifestarse en el paciente. Aquí podemos apreciar de igual manera la actitud del padre o madre por el interés al bienestar de la salud del niño.

34

- 5 Nombre y dirección de su pediatra o médico familiar para poderlo consultar en caso que el paciente así lo amerite respecto al mismo.
- 6 Motivo de la consulta.
- 7 Historia Médica que serán todas las enfermedades manifestadas en la existencia del niño y deberán abarcar desde los períodos prenatal, natal, postnatal y de lactancia. La Historia prenatal y natal nos da a menudo una serie - de datos que se manifiestan en la coloración y la forma de las piezas dentales, así como su estructura en los - dientes temporales y los dientes permanentes, así como la influencia de drogas en la formación de los mismos.
- 8 Historia postnatal y de lactancia, en ello registramos - los sistemas vitales del paciente, así como los previos tratamientos que se han elaborado en la cavidad oral del paciente, como aplicaciones de fluor, etc., etc.
- 9 Historia Odontológica, obtendremos datos como el estado - de los dientes y tejidos blandos en su aspecto bucal, - así como datos sobre previos tratamientos.
En los datos generales podemos elaborarlo de la siguiente manera:
-Estatura del paciente, relacionarlo con la estructura -
- 25

promedio de otros niños para denotar si es más alto, - más bajo o normal, y si está afectado en su desarrollo por factores de nutrición u hormonales o de afecciones por enfermedad.

-Andar, ello lo haremos si el paciente camina de prefe - rencia solo y observaremos si no está afectado en tal - función.

-Lenguaje, aquí depende la capacidad de audición y la - apreciación para determinar si la lengua no presenta problemas en su desarrollo o se encuentran problemas - como lo serían frenillos muy cortos o si el paciente - presenta problemas auditivos, lo cual hace que el desa - rrollo del lenguaje sea lento.

Aquí mismo podemos enmarcar los problemas que se presen - tan como afasia, lenguaje retardado, tartamudeo y tras - tornos articulatorios de lengua.

-Manos, apreciaremos lesiones primarias y secundarias de la piel como papulas y maculas, vesículas ulcerosas es - camación y costras.

-Temperatura, si hay o no elevación anormal y subita de la temperatura en momentos de descanso que es un sínto - ma muy común en los niños.

-Exámenes de cabeza y cuello, aquí podemos ver y palpar el tamaño y forma de la cabeza, si es aparentemente nor - mal o muy pequeña, si tiene hundimientos o subitas axto - cis.

-Pelo y piel, si es delgado, escaso o abundante su textu

ra, si es fácilmente separado de su origen o no en su implantación.

La piel de la cara es igual que en la manos y aquí podemos apreciar fácilmente aspectos como afecciones nutricionales.

Aspecto asimétrico facil ya que la cara debe ser igual en ambas partes.

-Articulaciones temporamandibular, aquí podemos apreciar si no está limitada en sus movimientos, si no está dislocada o apreciar desviaciones mandibulares, así como palpar con cuidado buscando inflamación de zona o denotar afecciones glandulares en la zona o presencia de parotiditis.

-Cídcos, normalmente el dolor se refiere como en su nombre lo indica referido o irradiado de una pieza dental o determinar si no es involucrado a la dentadura.

-Ojos, apreciar si no existe dificultad para ver, inflamación de los párpados, irritaciones crónicas, el uso o no de lentes, defectos del iris o lagrimales.

-Nariz, la inflamación en este caso debido a la comunicación tan estrecha que existe, nos determinará color y forma de la misma.

-Cuello, se denotará alteración anormal del mismo o inflamación de los ganglios o lesiones epidérmicas.

Examen de la cavidad bucal consistirá de varias partes a su vez que son: aliento, el olor de un niño sano es -

normalmente dulce, no así con la halitosis ue puede estar desencadenada por factores locales o generales.

-Labios, mucosas labiales y bucal, se debe observar la coloración y textura de estos sin alteraciones en su superficie, la aplicación se hará con el dedo índice y se pueden encontrar vesículas y cicatrices y costrar. Normalmente la pigmentación obedece a un rosa clara, pero ello igualmente se determina por el aspecto racial, en el cual influye la cantidad de mielina presente en cada raza.

-Saliva, esta puede y debe ser delgada normal o muy viscosa, normalmente la excitación del niño al ser revisado, le actua en una forma en que la saliva será presente en mayor cantidad.

-Tejido gingival, el tejido normalmente es muy sensible y reacciona a cambios nutricionales de determinadas drogas o trastornos en el desarrollo, de igual manera se ve afectado por manifestaciones patológicas de algunas enfermedades.

-Paladar, aquí debemos de observar color, forma y textura en el paladar duro y el paladar blando.

La faringe y la amígdalas deberán ser apreciadas si no denotan cambios de color, tamaño y forma, lo mismo que la presencia de vesículas.

-Dientes, se marcan en la Historia Clínica el orden correcto de los dientes si son temporales o permanentes, color de estos, malformaciones y la oclusión que está presente.

-Alimentación, si el niño ingiere sin problemas los alimentos, la cantidad y calidad de los mismos, el grado con que el niño ingiere golosinas.

El hábito bucal, tal como la succión de dedos o cosas, y el cuidado que el niño tenga a su hábito de higiene.

-Actitudes, aquí dislucidaremos si el niño coopera o no y manifestarles a su vez el grado de ayuda que requiere uno de su cooperación.

-Diagnóstico, que es más que la apreciación, evaluación y conocimiento en suma de los datos arrojados por la Historia Clínica, en la cual podremos manejar toda la problemática que ésta presente como enfermedades o afecciones por caries y malposiciones en las cuales emitiremos dos diagnósticos, el presuncial en el cual denotaremos el posible tratamiento al paciente y acompañantes y que posteriormente será corroborado al profundizar más el interrogatorio Clínico, dando un diagnóstico certero, y el cual nombraremos Diagnóstico Corroboracional.

-El pronóstico del tratamiento será emitido con mayor tiempo de anterioridad, ya que en algunos casos necesitamos del auxilio que se nos da por las radiografías en un estudio de ser necesario bastante elaborado, lo mismo apoyarnos en los modelos de estudio si es que el problema que aqueja a nuestro paciente lo permite y si no interfiere con la ayuda que podamos prestar en ese momento, si es que se tiene que aliviar afección por dolor en dicho instante.

51

El plan de tratamiento si se tiene que elaborar con tiempo subsecuente y enmarcar claramente que no siempre serán realizadas las restauraciones o correctivos en el tiempo indicado por las afecciones locales de generalizar y dejar que pierda su individualidad cada órgano dentario.

Para corroborar todos los datos que se han expuesto anteriormente, podemos elaborar un plan de tratamiento más elaborado y de ser necesario tenerlo siempre a la vista de uno para poder consultarlo en cualquier momento y así dar las indicaciones pertinentes de cómo será elaborado el tratamiento paso a paso.

Planeación del tratamiento odontopediátrico

a) Tratamiento Médico.

1. Canalización de un médico general o especialista.

b) Tratamiento general.

1. Premedicación.
2. Terapéutica por infección bucal.

c) Tratamiento preoperatorio.

1. Profilaxis bucal.
2. Control de caries
3. Consulta al Ortodontista
4. Cirugía bucal
5. Terapéutica endodóntica

d) Tratamiento correctivo.

1. Operatoria dental

40

2. Prótesis dental.
3. Terapéutica de ortodoncia.

Tratamiento médico.

Este será un auxiliar de gran ayuda para el Dentista, ya que muchas veces existen problemas de competencia médica y si existe duda en los padres uno podrá siempre apoyarse en otro punto de vista, sobre todo si hay algún tipo de padecimiento en el cual puede involucrar y comprometer el éxito de nuestro tratamiento.

Tratamiento sistemático.

La utilización de medicamentos apresivos, espasmicos o para afecciones cardiacas requieren de la consulta al Médico Familiar y las dosis exactas de la utilización de estos medicamentos, deberán ser anotadas en el plan de tratamiento de la Historia Clínica.

Tratamiento preoperatorio.

Se ve relacionado todo ello con las técnicas de limpieza en la cual el Dentista podrá utilizar sus conocimientos para guiar al niño en su cuidado dental, como cepillarse al igual de las sugerencias de qué comer y porqué.

Se aplicarán los términos para la utilización de dietas en caso de ser necesario establecerlas.

De igual manera se recomienda el de ser apremiante en la curación de las piezas dentales de mayor problema para poder implantar posteriormente un plan más tranquilizador y guiarse uno por cuadro -

41

tes en las posteriores visitas al consultorio.

Tratamiento correctivo.

Sólo será realizado una vez que se han aplicado las etapas anteriores, teniendo cuidado en dejar perfectamente pulidas y alizadas todas las restauraciones que se hayan elaborado. De igual manera, se tiene oportunidad de observar si se han seguido las indicaciones que se han ordenado previamente.

Recomendaciones para planes de tratamiento alternativos.

- 1) Cada niño es y requiere individualidad y un tratamiento diferente.
- 2) Presentación de modelos de estudio a los padres.
- 3) Presentación de radiografías para apoyar el caso y el plan de tratamiento.
- 4) Presentación de costos para poder elaborar el tratamiento.
- 5) Explicación a los padres de problemas alternativos que puedan surgir en el tratamiento durante su elaboración.

Modelos de estudio.

Estos modelos de estudio deberán ser parte clave en el Dentista, ya que siempre será y es un registro permanente de la situación en la cual fue recibido el paciente.

De igual manera aquí podemos corroborar y tener a la mano los datos necesarios en los cuales apreciaremos mal oclusiones, posiciones y demás problemas, así como apoyo definitivo para la elaboración del plan de tratamiento.

42

Técnica de obtención.

Se miden y preparan cuidadosamente los portaimpresiones, teniendo de igual manera cuidado en explicar al pequeño paciente que son y cómo se utilizan para evitar miedo a los instrumentos (portaimpresiones) se le pueden adicionar tiras delgadas en los bordes de cera para darle más retención al material de impresión. De igual manera se recomienda manejar un poco el material para impresionar - (de ser necesario) enfrente del niño para que éste lo aprecie y le pierda el miedo y ayude a su fácil manejo, una vez que éste entre en relación al ser elaborado dentro de la cavidad oral.

En la previa impresión se recomienda la utilización de colutorios para quitar restos de comida y reducir la tención superficial de los tejidos y evitará la formación de burbujas de aire en la toma de impresiones.

El empezar por la impresión inferior resulta más fácil y da más confianza al niño antes de tomar la impresión superior.

Es recomendable el alizar la superficie del material de impresión con el dedo húmedo.

Una vez realizadas las impresiones procederemos a tomar la impresión de la mordida en cera, de ser posible hablandarla un poco en agua caliente para facilitar su manejo.

El vaciado de las impresiones en yeso depende de la habilidad de cada uno o la correcta utilización de un vibrador mecánico para fa

H3

cilitar la maniobra.

Los datos que arrojarán los modelos una vez impresionados, serán variados como son: pérdidas prematuras, retenciones prolongadas, - falta de espacio, giriverciones, mal posición de dientes, diaste - mas y frenillos; y las inserciones musculares. Todo ello nos será de gran ayuda para apoyar estudios radiográficos y hacer un buen - exámen de la dentición y más si esta es mixta.

44

VII MANTENEDORES DE ESPACIO

Clasificación

- a) Fijos, semifijos y removibles
- b) Con bandas o sin ellas.
- c) Funcionales o no funcionales.
- d) Activos o pasivos
- e) Probables combinaciones de los mismos

Existen dos tipos de mantenedores de espacio, los fijos y los removibles que a su vez se dividen en activos y pasivos, dependiendo de la acción que tienen.

Los mantenedores de espacio pasivo tan solo nos mantendrán el espacio existente.

De acuerdo a su función se dividirán en funcionales y no funcionales.

Los mantenedores de espacio funcionales restaurarán la función masticadora por medio de piezas artificiales acrílicas.

Indicaciones para la colocación de los mantenedores de espacio.

- 1) Ante la pérdida de un diente temporal en la cual ha sucedido antes de tiempo por alguna circunstancia fuera de su esfoliación normal.

45

- 2) Cuando la esfoliación pueda afectar a su paciente o lo pre- dispone a la maloclusión.
- 3) Cuando se tienen espacios por pérdida prematura de dientes - y la lengua a su vez empezará a buscar espacios y favorecerá formación a hábitos perjudiciales.
- 4) Ante la pérdida de dientes anteriores que psicológicamente - afectan la conducta del niño emocionalmente.
- 5) La pérdida de un molar primario antes de la erupción de los premolares, evitando un cierre de espacio que nos secuestrará la salida de los premolares en su vía normal.
- 6) La colocación de los aparatos para devolver la funcionalidad de la masticación, conservando el tono muscular y evitar pro blemas fonéticos y digestivos.

Requisitos para los mantenedores de espacio.

- 1) Mantener la relación mesio-distal del diente perdido.
- 2) Ser funcional, evitando la sobreposición de los dientes an tagonistas.
- 3) No poner en peligro la integridad de los dientes restantes mediante la tensión excesiva de las fuerzas aplicadas sobre los mismos.
- 4) Podrán ser limpiados y pulidos para no retener alimentos.
- 5) Ser lo más sencillos posibles y a su vez resistentes.
- 6) La construcción deberá ser de tal forma que no impida el desarrollo y crecimiento de otros tejidos ni impida la forma - ción y la deglución.

Mantenedores de espacio fijo ventaja y desventaja

Tipo funcional.

Deberían ser bastante resistentes y durables para soportar las fuerzas masticatorias, cumpliendo los requisitos enumerados con anterioridad.

Se pueden construir de tipo Corona-Barra y Banda-Barra. La banda se presenta soldada en ambos extremos del aditamento de soporte, ofreciendo menos posibilidad de cementación posterior, con la utilización de coronas metálicas completas. La barra puede ser de aleación de níquel, cromo o alguna de acero y la soldadura se logra con soldadura de plata u fluor.

Para su construcción se usará de preferencia los modelos en los cuales la porción gingival se recortará a una distancia de 2mm. a cada lado, y compararlo a la oclusión del antagonista, para determinar la posición de esta.

No se deben recortar demasiado las paredes proximales, una vez que se ha ajustado las coronas, fabricándose una Barra en forma de L que se ajusta a la zona desdentada. Esta barra deberá estar a la altura oclusal para evitar la sobre erupción del diente antagonista.

Tipo no funcional.

Presenta los mismos componentes que en los funcionales, pero la -

47

modificación está en la barra intermedia o mayo ajustada al contorno del tejido y diseñada correctamente para el diente que precisamente erupcionará.

Normalmente cualquier tipo de mantenedor no funcional es menos adecuado que los de tipo funcional.

Este tipo de mantenedores de espacio permite menos ajustes en el control de espacio, diseñándose con bandas ortodónticas o corona completa de metal. Uno de sus brazos va volado y realiza contacto inicial con el diente contiguo, si el contacto se pierde se podrá doblar y tener el contacto con el diente que va a erupcionar para seguir teniendo el espacio adecuado.

Mantenedores de espacio fijos.

En las ventajas esta que se pueden tener todo el tiempo dentro de la boca sin que por ello se rompan o pierdan.

En las desventajas tenemos que no se pueden limpiar con la misma facilidad que uno móvil y se pierde la visibilidad ante posibles formaciones de procesos cariosos, o anomalías que se presenten en la boca en el área que enmarca el aparato.

Mantenedores de espacio removibles.

La utilidad de este aparato es que ayuda en mantener el espacio creado por la pérdida bilateral de molares desiguales o en la mandíbula, y en el maxilar superior sirve para que los dientes anteriores emigren hacia el frente o adelante.

46

Provoca un estímulo tal que da a los tejidos de la zona desdentada que con frecuencia acelera la erupción de los dientes permanentes a erupcionar.

El único hilo metálico muy a menudo es el gancho de retención, lo demás es acrílico o resina autoplomerizable.

Es común la utilización de ganchos interproximales en el maxilar superior, ya que la inquietud de los niños con el movimiento de la lengua lo desplaza y se usan ganchos envolventes. Los ganchos interproximales se cruzan desde la parte palatina y terminan en un rizo, en el intercambio labial se pueden colocar entre el canino y en el primer molar desdido o entre incisivo lateral y canino.

Debido a su contorno los ganchos envolventes al estar colocados en el diente deberán terminar su extremidad en la ^psuperficie mecial del diente.

Dentaduras parciales removibles infantiles.

La pérdida de las piezas dentales temporales en los niños se pueden deber a diferentes factores que van desde las caries a aspectos traumáticos o en algunos casos a factores congénitos, sin importar la causa de la pérdida de las piezas dentales, lo que buscaremos es restituir el equilibrio estructural, la restitución oclusal y armonía estética, evitando a los niños desequilibrios emocionales que afectan su vida y conducta diaria.

49

La pérdida de estos dientes pueden manifestarse de la siguiente forma:

- Cambios en la longitud del arco dental y de la oclusión,
- Mala articulación en la fonética al hablar.
- Traumatismo Psicológico.
- Aparición de hábitos bucales perjudiciales.

Cambios en la longitud del arco dental y Oclusión.

La pérdida de piezas dentales rompe la integridad de arcos dentales y la oclusión.

Un tratamiento deficiente nos llevará a el cierre de espacios y mal posición de las piezas susedaneas mal poniéndose en los segmentos anteriores y en los posteriores de los arcos dentales.

La articulación en fonética.

El cambio primordial se da en las letras consonantes como lo indican los especialistas de la lengua, y es atribuida principalmente a la proyección de la lengua marcadamente en su viaje hacia el frente en los incisivos centrales.

Traumatismo psicológico.

Las comparaciones en la edad infantil son un claro reflejo del manejo que se tiene en la actualidad sobre todo si consideramos el gran trauma que se da al comprarse el niño que aqueja el problema de la pérdida de piezas dentales con los niños que aparecen en los eslogans publicitarios, y se pone de manifiesto con la entrada de la televisión, la cual es la más activida en la rama publicita-

ria.

Específicamente se recomiendan dentaduras parciales cuando acontecen los siguientes puntos: Pérdida prematura de moalres, y mantenimiento de espacio y restituir la masticación.

Cuando la erupción de los dientes permanentes sea analizada radiográficamente y se diagnostique un tiempo de unos seis meses para que se realice su eripción.

Pérdida de dientes anteriores por traumatismos.

En la ausencia de las piezas dentales por causas congénitas ejemplificada por anodoncia parcial o displacia ecotodérmica.

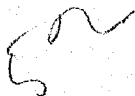
El aspecto estético es importante para el niño como se explicó con anterioridad por su mente altamente comparativa, además de restituir el balance orgánico del mismo restituirá una confianza que se debe conservar para su desarrollo normal en el mundo que habitamos.

Entre los requisitos de una dentadura removible parcial se buscará que contenga los siguientes reausitos:

- 1) Restaurar la mejor función masticatoria.
 - 2) Restituir lo mejor posible
 - 3) Restaurar los contornos faciales.
 - 4) No interferir en el crecimiento de los arcos dentales.
 - 5) No interferir con la erupción de las piezas permanentes.
 - 6) Diseñado para ser removido y limpiado fácilmente.
 - 7) Deberá permitir su diseño la reparación de ser necesaria al
- 51

igual que ajustes.

- 8) El diseño deberá ser de tal manera que se realicen preparaciones en las piezas de sosten.



Prótesis Infantiles con mayor utilización en la
Odontología Infantil.

Citados en orden.

Hoja # 1 Mantenedor de Espacio fijo con bandas y barras

Mantenedor de Espacio fijo con banda y maya

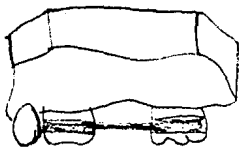
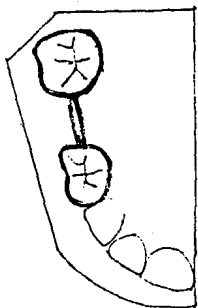
Mantenedor de Espacio funcional de los segmentos
anteriores

Mantenedor de Espacio bilateral removible

Aparato para eliminar el hábito de succión de
dedos.

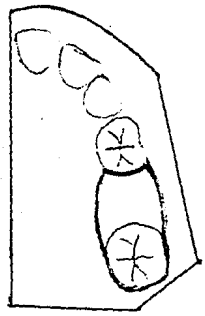
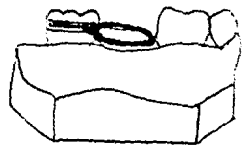
Aparato para eliminar el hábito de proyección
de la lengua.

Aparato para eliminar el hábito de la succión
de labios.



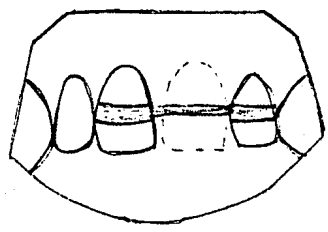
54

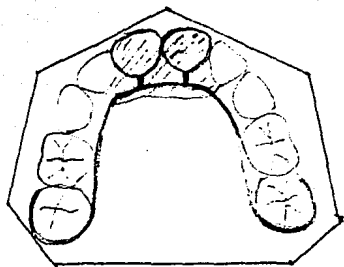
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



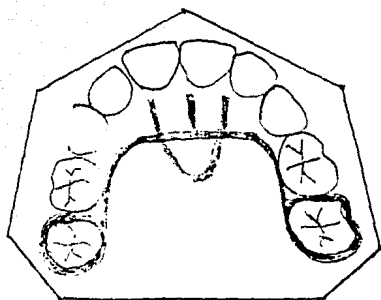
55

75

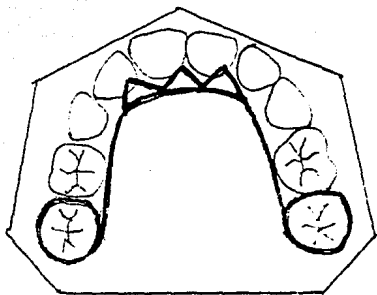




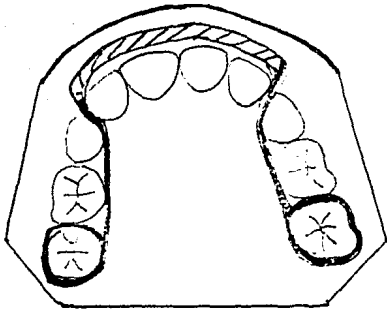
51



56



59



60

VIII CONCLUSION

Todo problema que se origina en una edad temprana podrá resolverse de una manera más o menos confortable para el paciente, siempre y cuando se le inculque al padre que tener hijos no solo es traerlo al mundo y verlo crecer, de igual manera deberá ver por su integridad en todo aspecto psicológico, emocional y físico.

El tener presente un tratamiento sobre todo si es de Odontología - Infantil o nómbrese Pediatría Odontológica, no solo tenemos la responsabilidad de manejar el problema de ese momento, la tendremos presente en cada restauración, prótesis en cualquiera de sus formas o extracciones se reflejará toda la vida del paciente en cuestión.

A lo largo de este trabajo encontré diversos cambios de deformaciones en arco-dental o cierres de espacio, las malposiciones dentales y modificaciones de oclusiones son producidas por pérdidas prematuras de dientes temporales, al igual que a la falta de utilización de aparatos preventivos y correctivos, lo cual agrava más la situación de los pacientes.

La falta de información en los hábitos me hacen pensar que son siempre alteraciones psicológicas en los niños, dada por diversos estímulos que al ser repetitivos alteran en una u otra forma, en caso en nuestra área el desarrollo normal de una formación adecuada y balanceada de la dentadura.

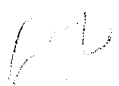
Los mismos se recomendaría al Dentista que se informe más qué tipo de etiología en los diversos padecimientos maneja y no sea tan solo un restaurador de dientes y los tome en individualidad que se presta en principio, pero termina siendo un conjunto de un organismo vivo y como tal, debe trabajar en conjunto para su bienestar común.

De igual manera deberemos conocer y tener presentes los puntos de la Fisiología de la erupción para diagnosticar previamente mal oclusiones y tratar de prevenirlo o en su defecto, para canalizar a estos pacientes a un Ortodoncista, siempre tratando de no ir más allá de lo que no conocemos bien.

Saber cuando y porque colocar prótesis que variarán de acuerdo a la edad y lugar donde se usarán.

Podré ayudar a los pacientes a recuperar algo de su confianza con la utilización de aparatos, en el aspecto estético nos evitará cambios psicológicos perjudiciales que no le marcarán de por vida, le darán mayor oportunidad en esta vida que dada por los avances que tenemos cada vez se busca el aspecto de mejora estética y para la mala suerte de unos y otros se juega un papel importante, ya que factores como son la buena dentadura y buena salud ayudan a tener mejores posiciones en aspectos como lo son hoy los laborales.

Así entonces lo único que me resta es escribir "Dentista ayuda en buena forma a tu paciente que tal vez esto lo hago en otra forma, -



acorándose un poco que te prestastes para mejorarle su vida, no so
lo en aspecto de salud, sino en su mundo que apenas empieza a vi -
vir".

63

IX. BIBLIOGRAFIA

Devis G N King R M.
Dentistry for the Pre-school Children.
Livingstone L T D .- Edinburg and London 1977.

Halstead, Drinan, Gick
Physical Evaluation of the dental patient.
Mosby Company.- Toronto Canada.

Kerr, Ask, Millard.
Oral Diagnosis
Mosby Company.- St. Louis, U.S.A.

Mink, Jhon R.
Odontología Pediátrica.
Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Enero 1977.

Orban, Balint Joseph
Histología y Embriología Bucal.
Edit. Interamericana 1979.

Raymond L. Bratlam, Mezla E. Morris.
Odontología Pediátrica.
Edit. Pransiser.-Buenos Aires, 1984.

Watson E H and Lowrey G H.
Growth and Development of Children fourth year, book
Medical Publishers.- Chicago Illinois. U.S.A.