

303
203



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. B. [Signature]

**APARATOLOGIA EN ODONTOLOGIA
INFANTIL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
GRACIELA ROJAS MERINO
ARMANDO PORTILLA FLORES



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1990



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.

APARATOLOGIA EN ODONTOLOGIA INFANTIL

	PÁGS.
INTRODUCCION.....	1
1.- DESARROLLO Y CRECIMIENTO.....	3
2.- ERUPCIÓN Y CRONOLOGIA DENTARIA.....	27
2.1. ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.....	27
2.2. DENTICIÓN MIXTA.....	28
2.3. ERUPCIÓN DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.....	29
3.- OCLUSIÓN.....	31
3.1. OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PRIMARIA.....	31
3.2. OCLUSIÓN EN DENTICIÓN MIXTA.....	32
4.- HISTORIA CLINICA.....	37
5.- HABITOS BUCALES EN LA INFANCIA.....	37
5.1. DEFINICIÓN.....	57
5.2. HABITO DE SUCCIÓN.....	58
5.3. HABITO DE PROYECCIÓN DE LA LENGUA HACIA ADELAN- TE.....	61
5.4. HABITO DE SUCCIÓN DEL LABIO (QUELOFAGIA).....	62
5.5. RESPIRACIÓN BUCAL.....	64
5.6. HABITO DE MORDEDURA DE UÑAS (ONICOFAGIA).....	65
5.7. BRUXISMO.....	66

	PÁGS.
6.- CAUSAS POR LA CUAL HAY PERDIDA DE ESPACIO.....	67
6.1. CARIES INTERPROXIMAL.....	67
6.2. RETARDO EN EL CAMBIO DE LA DENTICIÓN.....	67
6.3. ERUPCIÓN ECTÓPICA.....	68
6.4. ANQUILOSIS.....	68
6.5. PÉRDIDA DENTAL PRIMARIA.....	70
7.- MANTENEDORES DE ESPACIO.....	71
7.1. DEFINICIÓN.....	71
7.2. TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.....	71
7.3. REQUISITOS PARA LA COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO.....	74
7.4. INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO.....	75
7.5. CONTRAINDICACIONES PARA LOS MANTENEDORES DE ES- PACIO.....	76
7.6. ELECCIÓN DEL MANTENEDOR DE ESPACIO.....	76
7.7. VENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO.....	76
7.8. DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO.....	79
8.- RECUPERADORES DE ESPACIO	81
8.1. DEFINICIÓN.....	81
8.2. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE ALGUNOS TIPOS DE RECU- PERADORES DE ESPACIO.....	81
9.- APARATOLOGÍA INTERCEPTIVA.....	85
9.1. APARATO UTILIZADO PARA ELIMINAR EL HÁBITO DE -- SUCCIÓN DEL PULGAR.....	88

	PÁGS.
9.2. TRAMPA LINGUAL.....	88
9.3. APARATO PARA ELIMINAR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DEL LABIO (LIB BUMPER).....	89
9.4. APARATO PARA ELIMINAR LA RESPIRACIÓN BUCAL -- (PANTALLA ORAL).....	89
10.4. APARATO PARA ELIMINAR EL BRUXISMO (GUARDA OCLU- SAL).....	92
10.- DISEÑO Y CONSTRUCCION DE DIFERENTES MANTENEDORES DE ESPACIO.....	92
10.1. MANTENEDORES DE BANDA Y ANSA.....	92
10.2. MANTENEDORES DE CORONA Y ANSA.....	94
10.3. MANTENEDORES DE TIPO PUENTE FIJO.....	96
10.4. MANTENEDORES CON EXTENSIÓN DISTAL (ZAPATILLA DISTAL).....	96
10.5. MANTENEDOR DE BANDA Y BARRA.....	101
10.6. ARCO LINGUAL.....	101
CONCLUSIONES.....	104
BIBLIOGRAFIA.....	105

INTRODUCCION

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES TRATAR DE EXPLICAR LA IMPORTANCIA DE DIFERENTES APARATOS Y TÉCNICAS QUE EXISTEN CUANDO HAY PROBLEMA DE PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS DENTALES PRIMARIAS - YA QUE ESTOS OCASIONAN MALOCLUSIONES DENTARIAS.

UN MANTENEDOR DE ESPACIO EN EL MOMENTO Y CASO ADECUADO -- NOS PERMITIRÁ PREVENIR Y SUSTITUIR POR DETERMINADO TIEMPO EL ESPACIO DEL DIENTE PERDIDO, CONSERVANDO EL ESPACIO ADECUADO PARA LA ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMANENTE.

PARA PODER UTILIZAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO SE REQUIERE DE CIERTOS FACTORES PARA TOMAR LA DECISIÓN: TOMANDO EN CUENTA LA COOPERACIÓN Y UN SENTIDO DE RESPONSABILIDAD DEL NIÑO Y DE LOS PADRES PARA ASÍ PODER INDICAR QUE TIPO DE APARATO RESOLVERÁ EL PROBLEMA Y ASÍ PODER ELEGIR ENTRE LOS APARATOS FIJOS, Ó REMOVIBLES ENTRE LOS ACTIVOS Y LOS PASIVOS PARA PODER DAR UNA BUENA SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE NUESTRO PACIENTE.

ESTOS APARATOS PERMITIRÁN MANTENER UNA ORGANIZACIÓN SATISFACTORIA CUBRIENDO LAS NECESIDADES DE ESPACIO Y OBTENIENDO UNA BUENA SOLUCIÓN COMO FUNCIÓN MASTICATORIA Y DE ESTÉTICA Y EVITAR UNA FUTURA MALOCLUSIÓN; PARA QUE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES TENGAN UNA BUENA ARMONIZACIÓN.

COMO PODEMOS COMPROBAR LA APARATOLOGÍA ACTUAL NOS LLEVA A PREVENIR MUCHOS TRASTORNOS O MAL POSICIONES DENTALES.

ANTE TODO DEBE DE EXISTIR SIEMPRE UNA CONCIENCIA DE PARTE DEL CIRUJANO DENTISTA DE QUE PARA PODER PENSAR EN LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA PREVENTIVA EN NIÑOS SE NECESITA RESPONSABILIDAD Y APOYO DE LOS PADRES DEL PACIENTE Y COOPERACIÓN -- DEL NIÑO, PUES DE ELLO DEPENDERÁ EL ÉXITO O FRACASO DEL TRATAMIENTO PLANEADO POR EL CIRUJANO DENTISTA.

CAPITULO I

DESARROLLO Y CRECIMIENTO:

EL DESARROLLO DE UN INDIVIDUO COMIENZA CON LA FECUNDACIÓN, FENÓMENO POR VIRTUD DEL CUAL DOS CÉLULAS MUY ESPECIALIZADAS, EL ESPERMATOZOO DEL VARÓN Y EL COCITO DE LA MUJER, SE UNEN Y DAN ORIGEN A UN NUEVO ORGANISMO, EL CIGOTO. COMO PREPARACIÓN PARA LA POSIBLE FECUNDACIÓN, LAS CÉLULAS GERMINATIVAS MASCULINAS Y FEMENINAS EXPERIMENTAN CIERTO NÚMERO DE CAMBIOS EN LOS QUE PARTICIPAN LOS CROMOSOMAS ADEMÁS DEL CITOPLASMA.

1.- DISMINUIR EL NÚMERO DE CROMOSOMAS A LA MITAD DE LOS -- QUE PRESENTA LA CÉLULA SOMÁTICA; DE 46 A 23. ELLO SE LOGRA POR DOS DIVISIONES ESPECIALIZADAS, LLAMADAS DIVISIONES MEIÓTICAS O DE MADURACIÓN. LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CROMOSOMAS ES OBLIGADA, PUÉS DE LO CONTRARIO LA FUSIÓN DE LAS CÉLULAS GERMINATIVAS MASCULINA Y FEMENINA PRODUCIRÍA UN INDIVIDUO QUE POSEERÍA NÚMERO DE CROMOSOMAS DOBLE QUE EL DE LAS CÉLULAS ORIGINALES.

2.- MODIFICAR LAS CÉLULAS GERMINATIVAS PREPARÁNDOLAS PARA LA FECUNDACIÓN. LA CÉLULA GERMINATIVA MASCULINA, EN ETAPA INICIAL VOLUMINOSA Y REDONDA, PIERDE PRÁCTICAMENTE TODO EL CITOPLASMA Y ADQUIERE CABEZA, CUELLO Y COLA. LA CÉLULA GERMINATIVA FEMENINA, POR LO CONTRARIO, SE TORNA GRADUALMENTE MAYOR AL AUMENTAR EL CITO

PLASMA; CUANDO HA MADURADO, EL OOCITO TIENE 120 MICRAS DE DIÁMETRO, APROXIMADAMENTE.

LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CROMOSOMAS Y LOS CAMBIOS CITOPLÁSMICO FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA MADURACIÓN DE LA CÉLULA GERMINATIVA.

LA FECUNDACIÓN, EL FENÓMENO POR VIRTUD DEL CUAL SE FUSIONAN LOS GAMETOS FEMENINO Y MASCULINO, OCURRE EN LA REGIÓN DE LA AMPOLLA DE LA TROMPA DE FALOPPIO. LOS ESPERMATOZOOS PASAN RÁPIDAMENTE DE LA VAGINA AL ÚTERO Y DESPUÉS A LAS TROMPAS DE FALOPPIO. PROBABLEMENTE ESTE ASCENSO RÁPIDO SEA CAUSADO POR CONTRACCIONES DE LAS CAPAS MUSCULARES DEL ÚTERO Y DE LA TROMPA DE FALOPPIO, CON LA AYUDA DE LA PROPULSIÓN POR LA COLA DE LOS ESPERMATOZOOS. AL SER DEPOSITADOS EN EL APARATO GENITAL FEMENINO, LOS ESPERMATOZOOS SON INCAPACES DE FECUNDAR OVULOS. SUELEN EXPERIMENTAR UN CAMBIO, LLAMADO CAPACITACIÓN, DURANTE EL CUAL PROBABLEMENTE SE ELIMINA ALGO DEL REVESTIMIENTO Y PROTECTOR DE LA CABEZA. ADemás, OCURRE UNA REACCIÓN DEL ACROSOMA Y SE TORNAN VISIBLES EN LA PARED DEL ACROSOMAS PEQUEÑAS PERFORACIONES. ELLO PERMITEN QUE ESCAPAN ENZIMAS DEL ACROSOMAS, LAS CUALES SON NECESARIAS PARA ATRAVESAR LAS BARRERAS DE PROTECCIÓN DEL OOCITO.

PENETRACIÓN DE LA CORDNA RADIANTE.

DE LOS 200 A 300 MILLONES DE ESPERMATOZOOS DEPOSITADOS -

EN EL APARATO GENITAL DE LA MUJER, SÓLO 300 A 500 LLEGAN AL SITIO DE LA FECUNDACIÓN. SE NECESITA ÚNICAMENTE UNO DE ELLOS PARA LA FECUNDACIÓN, Y SE CONSIDERA QUE LOS DEMÁS QUE SOBREVIVEN AL CAMINO PELIGROSO AYUDAN AL ESPERMATOZOO FECUNDANTE A ATRAVESAR LA PRIMERA BARRERA QUE PROTEGE AL GAMETO FEMENINO, LA CORONA RADIANTE. EN ETAPA INICIAL SE SUPUSO QUE UNA ENZIMA, LA HIALURONIDASA, ERA IMPORTANTE PARA LA DISPERSIÓN DE LAS CÉLULAS DE LA CORONA. EN LA ACTUALIDAD, SE CONSIDERA QUE LAS CÉLULAS DE LA CORONA RADIANTE SON DISPERSADAS POR ACCIÓN COMBINADA DE ENZIMAS DE LOS ESPERMATOZOOS Y DE LA MUCOSA TUBARIA.

PENETRACIÓN DE LA ZONA PELÚCIDA.

ESTA SEGUNDA BARRERA QUE PROTEGE AL GAMETO FEMENINO ES -- ATRAVESADA POR EL ESPERMATOZOO CON AYUDA DE ENZIMAS LIBERADAS -- POR EL ACROSOMA. UNA VEZ QUE EL ESPERMATOZOO TOCA LA ZONA PELÚCICA, SE FIJA FIRMEMENTE Y ATRAVIESA CON RAPIDEZ. LA PERMEABILIDAD DE LA ZONA PELÚCIDA SE MODIFICA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA ENTRADA DEL PRIMER ESPERMATOZOO ESTE CAMBIO, LLAMADO REACCIÓN DE ZONA, PROBABLEMENTE SEA DESENCADENADO POR CONTACTO DE LA CABEZA DEL ESPERMATOZOO CON LA SUPERFICIE DEL OOCITO, QUE RESULTA EN LA LIBERACIÓN DE UNA SUBSTANCIA QUE MODIFICA LAS PROPIEDADES DE LA ZONA PELÚCIDA, PERO SÓLO UNO PARECE SER CAPAZ DE INTRODUCIRSE EN EL OOCITO PROPIAMENTE DICHO, EN CASOS POCO FRECUENTES, DOS ESPERMATOZOOS SE INTRODUCEN EN EL GAMETO FEMENINO SIMULTÁNEAMENTE, Y EN FECHA RECIENTE SE HAN DESCRITO EMBRIONES CON 69 CROMOSOMAS,

POR LO REGULAR ESTOS EMBRIONES TRIPLOIDES MUEREN EN ETAPA TEMPRANA DEL DESARROLLO, AUNQUE SE HA INFORMADO DEL NACIMIENTO DE NIÑOS CON TRIPLOIDIA.

PENETRACIÓN DE LA MEMBRANA CELULAR.

EN CUANTO AL ESPERMATOZOO SE PONE EN CONTACTO CON LA MEMBRANA DEL OOCITO, SE FUSIONAN LAS DOS MEMBRANAS PLASMÁTICAS. EN EL SER HUMANO, ENTRAN EN EL CITOPLASMA DEL OOCITO LA CABEZA Y LA COLA DEL ESPERMATOZOO, PERO LA MEMBRANA PLESMÁTICA QUEDA DETRÁS SOBRE LA SUPERFICIE DEL OOCITO. EL ESPERMATOZOO SE HA INTRODUCIDO EN EL OOCITO, ESTE ÚLTIMO TERMINA SU SEGUNDA DIVISIÓN DE MADURACIÓN Y LOS CROMOSOMAS SE DISPONEN EN UN NÚCLEO VESICULAR, LLAMADO PRONÚCLEO FEMENINO, AL PROPIO TIEMPO, EL OOPLASMA SE CONTRAE Y SE TORNA VISIBLE UN ESPACIO PERIVITELINO ENTRE EL OOCITO Y LA ZONA PELÚCIDA. AL IGUAL QUE OCURRIÓ CON LA PRIMERA DIVISIÓN DE MADURACIÓN, UNA DE LAS CÉLULAS HIJAS RECIBE CASI TODO EL CITOPLASMA, Y LA SEGUNDA PRÁCTICAMENTE NO RECIBE CITOPLASMA. MIENTRAS TANTO EL ESPERMATOZOO AVANZA HASTA QUEDAR MUY PRÓXIMO AL PRONÚCLEO FEMENINO. EL NÚCLEO SE TRONA HINCHADO Y FORMA EL PRONÚCLEO MASCULINO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MORFOLÓGICO, LOS PRONÚCLEOS MASCULINOS Y FEMENINOS SON IDÉNTICOS. LA COLA DEL ESPERMATOZOO SE DESPRENDE DE LA CABEZA Y DEGENERA.

LOS RESULTADOS PRINCIPALES DE LA FECUNDACIÓN SON ESTOS: -

1) ESTABLECER EL NÚMERO DIPLOIDE DE CROMOSOMAS, LA MITAD PROCE--
DENTE DEL PADRE Y LA MITAS ORIGINADA DE LA MADRE. EN CONSECUEN--
CIA, EL CIGOTO POSEE UNA NUEVA COMBINACIÓN DE CROMOSOMAS, DIFE--
RENTES DE LA DE AMBOS PROGENITORES. 2) REGIR EL SEXO DEL NUEVO IN
DIVIDUO.

UN ESPERMATOZOO QUE POSEE X PRODUCIRÁ EMBRIÓN FEMENINO (4
(XX), Y UN ESPERMATOZOO QUE PRESENTA Y ORIGINARÁ UN EMBRIÓN MAS-
CULINO (XY). EN CONSECUENCIA, EL SEXO CROMOSÓMICO DEL EMBRIÓN ES
REGIDO EN LA FECUNDACIÓN. 3) COMIENZO DE LA SEGMENTACIÓN. CUANDO
NO OCURRE FECUNDACIÓN. CUANDO NO OCURRE FECUNDACIÓN, EL OOCITO -
SUELE DEGENERAR TÉRMINOS DE 24 HORAS DE LA OVULACIÓN.

SEGMENTACIÓN.

CUANDO EL CIGOTO HA LLEGADO AL PERIODO BICELULAR, UNAS 30
HORAS DESPUÉS DE LA FECUNDACIÓN EXPERIMENTE UNA SERIE DE DIVISIO
NES MITÓTICAS QUE AUMENTAN RÁPIDAMENTE EL NÚMERO DE CÉLULAS; ES-
TAS CÉLULAS, QUE SE TORNAN MÁS PEQUEÑAS CON CADA DIVISIÓN DE SEG
MENTACIÓN SE LLAMAN BLASTÓMERAS. DESPUÉS DE CIERTO NÚMERO DE DI-
VISIONES EL CIGOTO GUARDA SENEJANZA CON UNA MORA Y SE LLAMA MÓRU
LA.

CONFORME PROGRESA LA SEGMENTACIÓN, EL CIGOTO DESCENDE --
POR LA TROMPA DE FALOPIO, Y AL ALCANZAR EL PERIODO DE 12 A 16 CÉ

LULAS, CONSISTE EN UN GRUPO DE CÉLULAS CENTRALES, LA MASA CELULAR INTERNA, Y UNA CAPA CIRCUNDANTE, LA MASA CELULAR EXTERNA. -- AUNQUE EN ESTA ETAPA DE DESARROLLO TODAS LAS CÉLULAS DE LA MÓRULA TIENEN ASPECTO SEÑEJANTE, FUNDÁNDOSE EN ESTUDIOS DE DESARROLLO ULTERIOR SE HA COMPROBADO QUE LA MASA CELULAR EXTERNA FORMA AL FROTOBLASTO, QUE ULTERIORMENTE SE CONVERTIRÁ EN PLACNETA. SE CONSIDERA QUE LA MÓRULA LLEGA A LA CAVIDAD DEL ÚTERO CUANDO TIENE 12 A 16 CÉLULAS; IN VITRIO, SE ALCANZA ESTE PERIODO 60 HORAS, APROXIMADAMENTE, DESPUÉS DE LA FECUNDACIÓN EN REALIDAD, DE LA CAVIDAD UTERINA HUMANA SE HA OBTENIDO UNA MÓRULA DE 12 CÉLULAS, DE TRES DÍAS DE EDAD.

FORMACIÓN DEL BLASTOCITO.

APROXIMADAMENTE EN LA ETAPA EN QUE LA MÓRULA ENTRA EN LA CAVIDAD DEL ÚTERO, COMIENZA A INTRODUCIRSE LÍQUIDO POR LA ZONA LEÚCIDA HACIA LOS ESPACIOS INTERCELULARES DE LA MASA INTERNA; -- GRADUALMENTE LOS ESPACIOS INTERCELULARES CONFLUYEN Y, POR ÚLTIMO SE FORMA UNA CAVIDAD, EL BLASTOCELE. EN ESTA ETAPA, LA ZONA PELÚCIDA DESAPARECE RÁPIDAMENTE Y EL CIGOTO SE LLAMA BLASTOCITO. LAS CÉLULAS DE LA MASA INTERNA, EN ESTA FASE LLAMADA EMBRIOBLASTO, - ESTÁN SITUADAS EN UN POLO, Y LAS DE LA MASA CELULAR EXTERNA, O - TROFOBLASTO, SE APLANAN Y FORMAN LA PARED EPITELIAL DEL BLASTOCITO.

EN EL SER HUMANO, LAS CÉLULAS TROFOBLÁSTICAS SOBRE EL POLO DEL EMBRIOBLASTO COMIENZA A INTRODUCIRSE ENTRE LAS CÉLULAS - EPITELIALES DE LA MUCOSA UTERINA APROXIMADAMENTE EN EL SEXTO DÍA. CABE QUE LA PENETRACIÓN Y LA EROSIÓN ULTERIOR DE LAS CÉLULAS EPI TELIALES DE LA MUCOSA RESULTEN DE ENZIMAS PROTEOLÍTICAS PRODUCIDAS POR EL TROFOBLASTO. SIN EMBARGO, LA MUCOSA UTERINA FACILITA LA ACCIÓN TROFOBLÁSTICA DEL BLASTOCITO, DE MANERA QUE LA IMPLANTACIÓN ES RESULTADO DE ACCIÓN MUTUA TROFOBLÁSTICA Y ENDOMETRIAL. PARA EL FINAL DE LA PRIMERA SEMANA DE DESARROLLO, EL CIGOTO HUMANO HA PASADO POR LAS ETAPAS DE MÓRULA Y BLASTOCISTO Y HA COMENZADO LA NIDACIÓN EN LA MUCOSA UTERINA.

ÚTERO EN LA ETAPA DE NIDACIÓN.

LA PARED DEL ÚTERO CONSISTE EN TRES CAPAS; A SABER: 1) EN DOMETRIO O MUCOSA QUE REVISTE EL INTERIOR DE LA PARED; 2) MIOMETRIO, UNA CAPA GRUESA DE MÚSCULO LISO, Y 3) PERIMETRIO, EL REVESTIMIENTO PERITONEAL QUE CUBRE LA PORCIÓN EXTERNA DE LA PARED.

AL OCURRIR LA NIDACIÓN LA MUCOSA DEL ÚTERO SE ENCUENTRA - EN FASE SECRETORÍA O PROGESTACIONAL, LA CUAL DEPENDE DE LA ACCIÓN DE LA PROGESTERONA, HORMONA ELABORADA POR EL CUERPO AMARILLO. LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE ACCIÓN DE LA PROGESTERONA - SE IDENTIFICAN DOS O TRES DÍAS DESPUÉS DE LA OVULACIÓN, ETAPA EN LA CUAL LAS GLÁNDULAS Y LAS ARTERIAS UTERINAS SE HACEN TORTUOSAS,

AL TIEMPO QUE EL TEJIDO SE TORNA SUCULENTO. A CAUSA DE ESTOS CAMBIOS, EN EL ENDOMETRIO SE IDENTIFICAN TRES CAPAS; CAPA COMPACTA, SUPERFICIAL, CAPA ESPONJOSA INTERMEDIA Y CAPA BASAL DELGADA.

SI EL OOCITO ES FECUNDADO, LAS GLÁNDULAS DEL ENDOMETRIO - PRESENTAN ACTIVIDAD SECRETORIA CADA VEZ MAYOR Y VIERTEN HACIA -- LOS CONDUCTOS GLANDULARES MUCINA Y GLUCÓGENO. LAS ARTERIAS QUE - SE DISTRIBUYEN EN LAS CAPAS ESPONJOSAS Y COMPACTA SE HACEN TOR-- TUOSAS Y FORMAN UN LECHO CAPILAR DENSO INMEDIATAMENTE SUBYACENTE A LA SUPERFICIE DEL ÚTERO. COMO RESULTADO, EL ENDOMETRIO SE TORNA MUY EDEMATOSO Y PÁLIDO; ESTÁ LISTO PARA RECIBIR AL BLASTOCITO. EN CASOS NORMALES, EL BLASTOCITO HUMANO SE IMPLANTA EN EL ENDOMETRIO EN LAS PAREDES POSTERIOR O ANTERIOR DEL CUERPO DEL ÚTERO, - DONDE SE FIJA ENTRE LOS ORIFICIOS DE LAS GLÁNDULAS ENDOMETRIALES Y, A VECES, EN EL ORIFICIO DE UNO DE LOS CONDUCTOS GLANDULARES. DE NO OCURRIR FECUNDACIÓN, VÉNULAS Y ESPACIOS SINUSIALES EXPERIMENTAN EMPACAMIENTO GRADUAL POR CÉLULAS SANGUÍNEAS; EN LA FASE - QUE PRECEDE INMEDIATAMENTE A LA MENSTRUACIÓN SE ADVIERTÉ DIAPÉDESIS DE LEUCOCITOS Y ERITROCITOS HACIA EL ESTROMA. AL COMENZAR LA FASE MENSTRUAL, PROBABLEMENTE COMO RESULTADO DE LA CONSTRUCCIÓN, PASAJERA DE LAS ARTERIAS ESPIRALES, ESCAPA SANGRE DE LAS ARTERIAS SUPERFICIALES Y SE DESPRENDEN PEQUEÑOS FRAGMENTOS DE ESTROMA Y GLÁNDULAS. EN LOS TRES O CUATRO DÍAS SIGUIENTES, SE EXPULSAN DEL ÚTERO LAS CAPAS COMPACTAS Y ESPONJOSAS Y SOLO SE CONSERVA BASAL DEL ENDOMETRIO.

PARA EL FINAL DE LA FASE MENSTRUAL EL ENOMETRIO PUEDE HABER DISMINUIDO A UNA QUINTA O A UNA DÉCIMA PARTE DE SU GROSOR MÁXIMO. EL MENSTRUO, QUE CONSISTE EN SANGRE, CÉLULAS EPITELIALES Y RESTOS RESULTANTES DE REGENERACIÓN CELULAR, EN ESTADO NORMAL NO COAGULA PORQUE HAY ENZIMAS PROTEOLÍTICAS QUE DESTRUYEN LAS PROTEÍNAS NECESARIAS PARA LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA.

EL ÓVULO DESPUÉS QUE ES FECUNDADO POR EL ESPERMATOZOIDE SUFRE IMPORTANTES TRANSFORMACIONES BAJO LA ACCIÓN DE DISTINTOS FACTORES PASANDO POR LOS CONOCIDOS PERIODOS DE SEGMENTACIÓN Y GASTRULACIÓN CORRESPONDIENTES A LA PRIMERA Y SEGUNDA SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA, RESPECTIVAMENTE.

SEGÚN GIROUD Y TELIEVRÉS, EL DESARROLLO EMBRIONAL SE EXPLICARÍA POR UNA SUCESIÓN DE DIFERENCIACIONES ENGENDRADAS, UNAS, Y OTRAS POR UNA SERIE DE INDUCCIONES MÁS O MENOS FÁCILES DE PONER EN EFICACIAS; TODOS LOS FENÓMENOS DE INDUCCIÓN PARECERÍAN DEPENDER DE CIERTAS SUSTANCIAS QUÍMICAS DE ACCIÓN ELÉCTRICAMENTE LOCALIZADAS.

LOS EMBRIONES, A LA TERCERA SEMANA POSEEN UN PROCESO CEFÁLICO QUE SE EXTIENDE HACIA ADELANTE DEL NUDO PRIMITIVO SITUADO EN EL EXTREMO ANTERIOR DE LA LÍNEA ORIGINAL. ESTE PROCESO CEFÁLICO ORIGINARIAMENTE SÓLIDO SE "TUNELIZA" POR OBRA DE UN CONDUCTO NOTOCORDIAL, Y EL PISO DE ESTE CONDUCTO LUEGO DESAPARECE. PARTE

DE LA CABEZA DEL EMBRIÓN SE FORMA EN EL DISCO EMBRIONARIO EN LA REGIÓN QUE ESTÁ POR DELANTE DEL NUDO PRIMITIVO, PERO POCO DESPUÉS, LA LÍNEA ORIGINAL COMIENZA A ACORTARSE Y EL NUDO MIGRA EN DIRECCIÓN CAUDAL ARRASTRANDO AL NOTACORDIO Y AL PISO DEL TUBO NEURAL.

EL FENÓMENO MÁS IMPORTANTE QUE DETERMINA LA FORMA GENERAL DEL CUERPO, ES LA TRANSFORMACIÓN DEL DISCO EMBRIONARIO PLANO EN UN EMBRIÓN CILÍNDRICO UNIDO AL SACO VITELINO POR UN ESTRECHO PEDÍCULO. COMO EL CRECIMIENTO ES PARTICULARMENTE RÁPIDO EN LAS FUTURAS EXTREMIDADES CEFÁLICAS Y CAUDAL, EL EMBRIÓN PRONTO TOMA SU FORMA ALARGADA. ADEMÁS DE ESTE CRECIMIENTO, EXISTE UN PROCESO DE INVERSIÓN BIEN EVIDENTE EN AMBOS EXTREMOS Y ASÍ LA MEMBRANA FARRÍNEA Y ZONA CARDÍACA, PASAN A OCUPAR UNA POSICIÓN INFERIOR. EL DESARROLLO Y DIFERENCIACIÓN DE LAS DIVERSAS PARTES DEL CUERPO DEL EMBRIÓN SE INICIAN SIEMPRE EN LA REGIÓN CAUDAL, POR ESO LA VENTAJA DE TAMAÑO GANADA INICIALMENTE POR TODO EL EXTREMO CEFÁLICO VA CEDIENDO LENTAMENTE. AL MISMO TIEMPO, PUEDE OBSERVARSE UNA TENDENCIA AL DESARROLLO GRADUAL Y PROGRESIVO DESDE LA LÍNEA MEDIODORSAL HACIA LAS REGIONES LATERALES: TRÉS RELACIONES CONSTITUYEN EXPRESIONES VISIBLES DE GRADIENTES DE CRECIMIENTO Y DIFERENCIACIÓN.

ALREDEDOR DE LA CUARTA SEMANA EN TODO EMBRIÓN, LA MEMBRANA ORAL O FARÍNGEA FORMADA POR LA UNIÓN DE LA PLACA INTESTINAL -

CON EL ECTODERMO SE ROMPE COMUNICANDO LA PARTE ORAL CON EL INTES--
TINO, DANDO ORIGEN A LA BOCA PRIMITIVA O ESTOMADEO. A CAUSA DE -
QUE LA PARTE FRONTAL DE LA CABEZA DE UN EMBRIÓN JOVEN ESTÁ CON--
TRA SU TÓRAX, NO ES FACTIBLE VER EN EMBRIONES INTACTOS EN VISTAS
LATERALES EL DESARROLLO DE LA REGIÓN FRONTAL: FACIAL. ES POR ESO
NECESARIO ESTUDIAR PREPARADOS ESPECIALES DE CABEZA, LOS QUE DE--
BEN PREVIAMENTE SER ORIENTADOS PARA LA VISTA ANTERIOR DE LA CARA.
EN ELLOS EL ESTOMADEO SE VE ANCHO Y SUPERFICIAL; EN EL MEDIO ES--
TÁ LA PROMINENCIA FRONTAL; A AMBOS LADOS DE ÉSTAS, HAY ESPESA--
MIENTOS LOCALES DE ECTODERMO LLAMADAS PLACAS NAALES U OLFATO--
RIAS DESTINADAS A FORMAR LOS LÍMITES DE LAS FOSAS NAALES. LAS -
PARTES MEDIAS DE LAS ELEVACIONES QUÉ RODEAN LAS POSAS NAALES, -
SE LLAMAN PROCESOS MEDIO-NAALES, Y LAS LATERALES, PROCESOS NAA
LES LATERALES. EN LOS ÁNGULOS SUPEROLATERALES SE VEN LOS PROCE--
SOS MAXI!ARES PARES (FORMADOS POR LA DIVISIÓN DEL PRIMER ARCO -
BRONQUIAL); DE ESTAS MASAS DE TEJIDO PRIMITIVO, DERIVAN EL LA--
BIO SUPERIOR, EL MAXILAR SUPERIOR, EL HUESO PALATINO Y LA NARÍZ.
LA FORMACIÓN DEL MAXILIAR SUPERIOR DEPENDE DE LA UNIÓN DE LOS --
PROCESOS NASOMEDIALES, CON LOS PROCESOS MAXILARES LATERALES, LAS
PARTES EXTERNAS DE ESTOS PROCESOS FORMAN LOS LABIOS Y LAS MEJI--
LLAS Y EN PLANO MÁS PROFUNDOS EL MAXILAR Y SU CONTENIDO DENTAL.-
CLÁSICAMENTE, LOS PUNTOS DE OSIFICACIÓN DEL MAXILAR COMIENZAN EN
PLENO TEJIDO CONJUNTIVO, AL FINAL DEL SEGUNDO MES DE VIDA INTRA--
UTERINA; ELLOS SON:

- 1) PUNTO NASAL: PARA LA REGIÓN CANINA Y APÓFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR.
- 2) PUNTO PALATINO: PARA LOS 3/4 POSTERIORES DE LA APÓFISIS PALATINA.
- 3) PUNTO INCISIVO: PARA LA ZONA DE LOS DOS INCISIVOS.
- 4) PUNTO MALAR: PARA LA REGIÓN MALAR.
- 5) PUNTO ÓRBITO-NASAL: PARA EL SENO MAXILAR Y LA PARTE INTERNA DE LA ÓRBITA.

OBSERVAR FIGURA 1.1.

APROXIMADAMENTE EN LA MITAD DEL SEGUNDO MES DE VIDA INTRAUTERINA, CUANDO EL MAXILAR SUPERIOR ESTÁ DESARROLLÁNDOSE, LAS PLATAFORMAS PALATALES COMIENZAN A HACER SU APARICIÓN, Y ASÍ, AL FORMARSE EL PALADAR, SE SUBDIVIDE LA PORCIÓN FACIAL DE LA CÁMARA ESTOMADEAL ORIGINARIA. LA MAYOR PARTE DEL PALADAR DERIVA DE AQUELLA PORCIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR, QUE SE LEVANTA DE LOS PROCESOS MAXILARES. CUANDO LOS PROCESOS PALATALES COMIENZAN A DESARROLLARSE, LA LENGUA SE ENCUENTRA UBICADA ENTRE ELLOS, PERO A MEDIDA QUE EL DESARROLLO PROGRESA, LA LENGUA BAJA Y ENTONCES LOS PROCESOS PALATALES QUEDAN LIBRES Y SE DIRIGEN HACIA LA LÍNEA MEDIA, DONDE ALREDEDOR DE LA CUARTA SEMANA, SU UNIÓN CON EL SEPTUM NASAL COMPLETA LA MAYOR PARTE DEL PALADAR. LA PARTE INFERIOR DE LA CARA ES MENOS COMPLEJA, ESTANDO FORMADA POR LOS PROCESOS MENDIBULARES, QUE SE FUSIONAN EN LA LÍNEA MEDIA.

LA OSIFICACIÓN MANDIBULAR SE REALIZA INDEPENDIENTEMENTE EN LA CAJA HEMI-MAXILAR, A PARTIR DE LOS SIGUIENTES PUNTOS DE OSIFICACIÓN:

- A) PUNTO CENTRAL DE OSIFICACIÓN: SE DESARROLLA EN PLENO TEJIDO EL CONJUNTIVO, SOBRE LA CARA EXTERNA DEL CARTÍLAGO DE MECKEL (CARTÍLAGO QUE SE DESARROLLA AL FINAL DEL PRIMER MES DE VIDA INTRA-UTERINA Y QUE EN FORMA DE ARCO SE EXTIENDE DESDE EL OÍDO MEDIO HASTA LA REGIÓN DELA SÍNFISIS).
- B) PUNTO MENTONIANO: UBICADO A LA ALTURA DEL CONDILO MENTONIANO.
- C) PUNTO CONDILAR: PARA LA REGIÓN CONDÍLEA.
- D) PUNTO INCISIVO SECUNDARIO: UBICADO EN LAS INMEDIACIONES DE LA SÍNFISIS.
- E) PUNTO CORONARIO: PARA LA APÓFISIS CORONOIDE.
- F) PUNTO DE LA ESPINA DE SPICK.

EL DESARROLLO DE LA CARA HUMANA SE LLEVA A CABO ENTRE LA QUINTA Y LA SEXTA SEMANA Y SU MODELADO PROGRESIVO CONTINÚA DURANTE LA VIDA EXTRA-UTERINA, HEMOS DICHO ANTERIORMENTE, QUE EL PAPEL MÁS IMPORTANTE ES EL CRECIMIENTO FACIAL EXTRA-UTERINO LO JUEGA EL CRECIMIENTO DE LA BASE CRANEAL, EL MAXILAR Y LA MANDÍBULA. ÉSTOS DOS ÚLTIMOS HUESOS LO HACEN MEDIANTE SUS ÁREAS DE CRECIMIENTO QUE PARA EL MAXILAR SON:

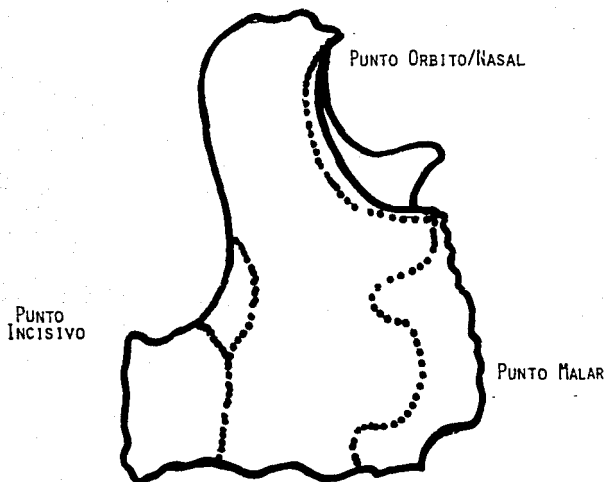
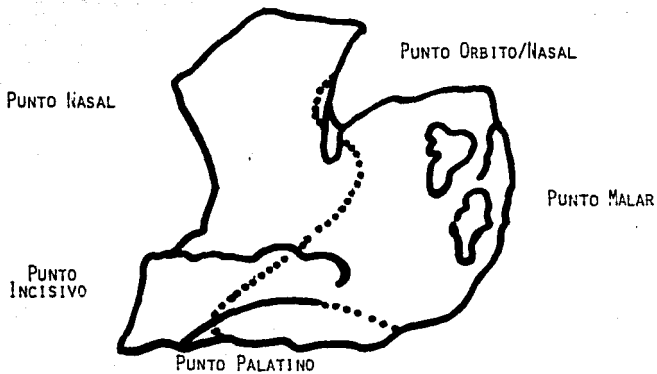


FIG. 1.1. USIFICACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR

- A) MARGEN SUPERIOR DEL PROCESO FRONTO MAXILAR (A EXPENSAS DEL MAXILAR, CRECIMIENTO DIFERENCIAL); AUMENTA LA ALTURA DEL MAXILAR Y SE SUMA AL DESARROLLO VERTICAL DE LA CARA.
- B) TUBEROSIDAD MAXILAR; SUMA PROFUNDIDAD A LA CARA Y LLEVA EL MAXILAR HACIA ADELANTE.
- C) PROCESO ALVEOLAR; EL CRECIMIENTO EN ESTA ZONA ESTÁ DADO POR LA ERUPCIÓN DENTARIA Y TIENE A SU CARGO, AUMENTAR EL DESARROLLO VERTICAL DE LA CARA.

LAS ÁREAS DE CRECIMIENTO MANDIBULAR SON:

- A) EL PROCESO ALVEOLAR, QUE DA ALTURA VERTICAL A LA CARA.
- B) CARTÍLAGO CONDÍLEO, QUE SUMA ALTURA Y PROFUNDIDAD AL COMPLEJO FACIAL.
- C) BORDE POSTERIOR DE LA RAMA, QUE DA PROFUNDIDAD AL COMPLEJO FACIAL.

EL CRECIMIENTO DEL CARTÍLAGO CONDÍLEO ES TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL CRECIMIENTO DEL CUERPO.

ES IMPORTANTE TAMBIÉN SABER QUE EL CRECIMIENTO DEL HUESO TEMPORAL, INTERVIENE DIRECTAMENTE EN LA POSICIÓN DE LA MANDÍBULA EN EL ESPACIO, PUES SI LA FOSA CEREBRAL MEDIA (QUE INFLUENCIA EL CRECIMIENTO DEL HUESO TEMPORAL) CRECE HACIA ABAJO, LA ARTICULA-

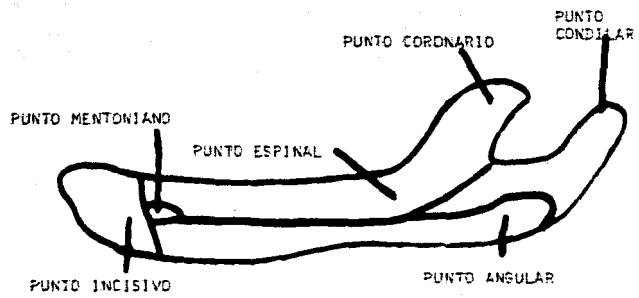
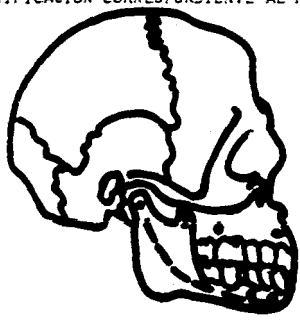


FIG. 1.2 PUNTO DE OSIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL MAXILAR Y MANDIBULA.



CIÓN TEMPORO MANDIBULAR OCUPARÁ UN LUGAR MÁS BAJO EN EL ESPACIO, SIN QUE HAYA CRECIMIENTO DE LA MISMA.

EL CARTÍLAGO DE MECKEL QUE LLEVA EL NOMBRE DE SU DESCUBRIDOR, SE DESARROLLA AL FINAL DEL PRIMER MES DE LA VIDA INTRA-UTERINA Y LO HACE EN LA RAMA MAXILAR INFERIOR DEL ARCO FACIAL; ES UNA SIMPLE FORMACIÓN QUE DESDE LA REGIÓN AURICULAR SE EXTIENDE EN FORMA DE ARCO HACIA LA LÍNEA MEDIA, EN DONDE SE UNE CON EL DEL LADO OPUESTO, A LA ALTURA DE LO QUE POSTERIORMENTE SERÁ EL MENTÓN, SIRVE COMO UN SOPORTE ALREDEDOR DEL CUAL SE DESARROLLA LA MANDÍBULA Y JUEGA UN IMPORTANTE PAPEL EN LA FORMACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, A TRAVÉS DE SU ASOCIACIÓN CON EL TENDÓN DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO Y LA PORCIÓN MESENQUIMÁTICA DEL MENISCO.

LA EXTREMIDAD EXTERNA O TIMPÁNICA ES LA ENCARGADA DE FORMAR EL YUNQUE Y EL MARTILLO; LA EXTREMIDAD INTERNA, AL OSIFICARSE SE CONFUNDE CON LA SÍNFISIS MENTONIANA, MIENTRAS QUE SU PORCIÓN MEDIA SE REABSORBE Y TERMINA POR DESAPARECER. PREVIAMENTE A SU DESAPARICIÓN, EL CARTÍLAGO ES INVADIDO POR TEJIDO CONJUNTIVO TOMANDO EL ASPECTO DE UN CARTÍLAGO RETICULADO. EL CARTILAGO DE MECKEL LLEVA VASOS SANGUÍNEOS QUE VASCULARIZAN AL MARTILLO Y YUNQUE. CUANDO LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR PUEDE CONSIDERARSE DESARROLLADA, EL CARTÍLAGO SE EXTIENDE TODAVÍA A TRAVÉS DE LA FISURA DE GLASSER Y LA PORCIÓN EXTENDIDA ENTRE LA MANDÍBULA Y EL CRÁNEO ES MUY DELGADA Y SE CONOCE EN UN FETO DE 270 MM. COMO

NO LIGAMENTO ESFENO-MANDIBULAR.

KJENBERG (1904) HABLA DE LA RELACIÓN ENTRE EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO Y EL MARTILLO EN ESTUDIOS SOBRE EMBRIONES DE 55 MM. LLEGANDO A LA CONCLUSIÓN QUE LAS FIBRAS DEL PTERIGOIDEO EXTERNO TOMAN PARTE EN LA FORMACIÓN DEL MENISCO ARTICULAR EN SU TRAYECTO ENTRE LA ESCAMA TEMPORAL Y EL CÓNDILO MANDIBULAR HACIA EL MARTILLO.

EN UNA SECCIÓN FRONTAL DE UN FETO DE 3/ MM. PODEMOS OBSERVAR EL DISCO A TRAVÉS DE UN TEJIDO MESENQUIMATOSO, UBICADO EN EL BORDE SUPERIOR DEL PTERIGOIDEO EXTERNO, FUTURO FORMADOR DEL MARTILLO Y EL YUNQUE. EN ESA REGIÓN, ES DABLE OBSERVAR TAMBIÉN ELEMENTOS MESENQUIMATOSOS QUE DARÁN ORIGEN AL CIGOMA, CON CÉLULAS ESPACIALES QUE VAN A CONSTITUIR LA FUTURA CAVIDAD ARTICULAR SUPERIOR, MIENTRAS QUE SU CAVIDAD INFERIOR AÚN NO ESTÁ IDENTIFICADA, PUES EL DISCO, SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON LA MANDÍBULA Y PROLONGADO POSTERIORMENTE HASTA EL CARTÍLAGO DE MECKEL, - UBICADO INFERIORMENTE AL PTERIGOIDEO EXTERNO; SE OBSERVA LA ARTERIA MAXILAR INFERIOR Y LA MENINGEA MEDIA; RODEANDO A ESTA ÚLTIMA, SON VISIBLES LOS NERVIOS ALVEOLAR INFERIOR Y LINGUAL EN UN PERIODO MÁS AVANZADO SE PUEDE OBSERVAR LA EVOLUCIÓN DE ESTAS PARTES, EN PRIMER TÉRMINO, EL TENDÓN DEL PTERIGOIDEO INTERNO UNIDO HASTA ENTONCES AL CARTÍLAGO DE MECKEL PASA A ESTAR EN DIRECTA RELACIÓN CON EL MARTILLO FORMADO A EXPENSAS DE DICHO CARTÍLAGO, EL

DISCO COMIENZA A MOSTRAR UN DESARROLLO BIEN MARCADO Y ACOMPAÑA - AL TENDÓN HASTA EL MARTILLO, UNIENDOSE EN LA PORCIÓN ANTERIOR A LA PARTE MEDIA DEL CONDILO EN EL SITIO QUE OCUPARÁ EN LA ARTICULACIÓN COMPLETAMENTE DESARROLLADA: ESTA UNIÓN DEL MESENQUIMA Y - EL TENDÓN DEL PTERIGOIDEO EXTERNO AL MARTILLO ES CONSTANTE HASTA LOS FETOS DE 140 MM. POR SU PARTE EN LA MASA DE TEJIDO MESENQUIMATOSO QUE DARÁ ORIGEN AL PROCESO CIGOMÁTICO Y ESCAMA DEL TEMPORAL, COMIENZA HACER SE APARICIÓN ESPICULAS DE HUESO; EN ESTE MOMENTO, LA CÁPSULA DE LA ARTICULACIÓN TODAVÍA NO SE RECONOCE.

EN UN FETO DE 46 MM. EL CÓDILO DE LA MANDÍBULA, QUE HASTA ESTE MOMENTO NO ERA MÁS QUE UNA CONDENSACIÓN DE MESÉNQUIMA, MUESTR LA APARICIÓN DEL CARTÍLAGO; ESTE CARÍLAGO ES SUPERIOR Y UBICADO ALGO ANTERIORMENTE. EN ESTE MOMENTO EL MENISCO ESTÁ RELACIONADO POR DEBAJO CON EL CÓNDILO Y PARECE SER LLEVADO POR ÉSTE HACIA LA PARTE SUPERIOR CORRESPÓNDIENTE AL PROCESO CIGOMÁTICO Y - TEMPORAL AUN NO DELIMITADO. A MEDIDA QUE EL CÓNDILO CRECE SE NOTA UN GRAN CAMBIO EN LA FORMA DE SU SUPERFICIE ARTICULAR QUE DE PLANA, PASA A SER HEMISFÉRICA. RECIÉN EN UN FETO DE 60 MM. SE NOTA LA RELACIÓN DEL MENISCO CON EL HUESO TEMPORAL, DEL QUE HASTA ENTONCES ESTABA SEPARADO POR UN GRAN NÚMERO DE CÉLULAS ESPACIADAS, ENCARGADAS DE ORIGINAR LA CAVIDAD SUPRAMENISCAL OBSERVADA - RECIÉN EN UN FETO DE MÁS DE 75 MM. YA EN UN FETO DE 78 MM. PODEMOS VER LA CÁPSULA ARTICULAR CONECTANDO LOS DOS COMPONENTES ES--

QUELETALES, A LAS 14 SEMANAS - 85 MM, ES DABLE OBSERVAR LA FORMACIÓN DE HUESO ENDOCONDAL Y A PARTIR DE ESTE MOMENTO EL CRECIMIENTO MANDIBULAR SE REALIZA A EXPENSAS DE ESTE TIPO DE FORMACIÓN. LA CONTÍNUA FORMACIÓN DEL CARTÍLAGO EMBRIONARIO, MÁS LA INCESANTE FORMACIÓN ÓSEA O ENDOCONDAL, AUMENTA EL TAMAÑO DEL CONDILLO, FAVORECIENDO LA ELONGACIÓN DE LA RAMA MANDIBULAR. EN ESTE MOMENTO PODREMOS VER LAS ESPÍCULAS ÓSEAS CORRESPONDIENTES AL HUESO TEMPORAL EN RECIENTE FORMACION, UBICADAS EN LA PARTE MEDIA SUPERIOR DEL DISCO ARTICULAR; ESTAS ESPÍCULAS COMIENZAN A UNIRSE PARA FORMAR LA FOSA GLENOIDEA. LOS CAMBIOS A PARTIR DE ESTE MOMENTO SON SOLAMENTE DE TAMAÑO Y SU PROCESO DE CRECIMIENTO NO VARIARÍA DE LO YA DESCRITO; ES DECIR, EL CONDILLO CRECE POR APOSICIONES Y CRECIMIENTO INTERSTICIAL DE SU CARTÍLAGO Y POR FORMACIÓN DE HUESO ENDOCONDAL, MIENTRAS QUE LA FOSA GLENOIDEA CRECE POR FORMACIÓN ÓSEA MEMBRANOSA.

EN UN FETO DE 180 A 220 MM, EN CORTE SAGITAL EL PTERIGOIDEO EXTERNO, SE VE EMERGER DE LA PARTE ANTERIOR DEL MENISCO; LA FISURA DE GLASSER ESTÁ AÚN ABIERTA, LA ARTICULACIÓN YA ESTÁ COMPLETAMENTE ENCERRADA POR LA CÁPSULA ARTICULAR Y LAS CAVIDADES ARTICULARES ESTÁN LIMITADAS POR TEJIDO SINOVIAL; POR SU PARTE, EL CARTÍLAGO DE MECKEL SE LO VE EXTENDIDO DESDE EL OÍDO MEDIO HASTA EL CENTRO DEL FUTURO MENTÓN, FORMANDO UNA VERDADERA HERRADURA, FUTURO ESQUELETO DE SOPORTE ALREDEDOR DEL CUAL SE DESARROLLARÁ LA MANDÍBULA; ES EVIDENTE QUE EL CARTÍLAGO DE MECKEL JUEGA

UN PAPEL IMPORTANTE EN LA FORMACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR A TRAVÉS DE SU RELACIÓN CON EL TENDÓN DEL PTERIGOIDEO EXTERNO Y EL MESÉNQUIMA.

PODRÍAMOS DECIR QUE RECIÉN EN UN FETO DE 220 MM. ES CUANDO LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ESTÁ DESARROLLADA, PERO TENIENDO EN CUENTA QUE AÚN NO SE ENCUENTRA LA EMINENCIA ARTICULAR DEL TEMPORAL, LA QUE COMPLETA SU FORMA Y DESARROLLO LA EMINENCIA ARTICULAR DEL TEMPORAL. LA QUE COMPLETA SU FORMA Y DESARROLLO, RECIÉN A LOS 10 A 12 AÑOS DE EDAD, SIENDO ESTE ENTONCES EL MOMENTO EN QUE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ASUME SU CONTACTO ADULTO TÍPICO.

RECORDEMOS QUE GRAN PARTE DEL MAXILAR SUPERIOR Y TODO EL MAXILAR INFERIOR DERIVAN DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL; QUE ESTE SE SEGMENTA EN DOS PORCIONES SUPERIOR UNA E INFERIOR LA OTRA, EXISTIENDO UNA DIFERENCIA FUNDAMENTAL ENTRE AMBAS, QUE CONSISTE EN QUE, MIENTRAS LAS PROLONGACIONES MAXILARES INFERIORES SE FUSIONAN EN LA LÍNEA MEDIA DANDO ORIGEN A LA SÍNFISIS DEL MENTÓN, LAS SUPERIORES NO LLEGAN A LA LÍNEA MEDIA PARA SOLDARSE ENTRE SÍ, SINO QUE LO HACEN CON LA PROLONGACIÓN FRONTAL MEDIA; ADEMÁS, LAS PROLONGACIONES MAXILARES SUPERIORES SE DIRIGEN HACIA ADENTRO Y ABAJO, QUEDANDO ASÍ CONSTITUIDA LA BOCA PRIMITIVA EN LA QUE PODEMOS DISTINGUIR UNA PARED SUPERIOR DIVIDIDA EN TRES PARTES, UNA MEDIA DE ORIGEN CEFÁLICO Y DOS LATERALES DE ORIGEN BRANQUIAL Y UNA PARED

SUPERIOR DIVIDIDA EN TRES PARTES, UNA MEDIA DE ORIGEN CEFÁLICO Y JDDS LATERALES DE ORIGEN BRAQUIAL Y UNA PARED POSTERIOR FORMADA - POR LA MEMBRANA FARÍNGEA QUE SEPARA LA CAVIDAD BUCAL DE LA FARIN GEA O SEA, ELECTOFERMO DEL ENDODERMO RESPECTIVAMENTE.

ES DIFÍCIL PRECISAR SI LOS GÉRMESES SON DE ORIGEN ECTODÉR MICO O ENDODÉRMICO PUES LA MEMBRANA FARÍNGEA SE REABSORBE MUCHO_ ANTES DE QUE HAGA SU APARICIÓN LOS MISMOS, PERO LA MAYORÍA DE -- LOS AUTORES SOSTIENEN UN ORIGEN ECTODÉRMICO. EL EMBRIÓN, LA MAN- DÍBULA SE PRESENTA COMO UN REBORDE CONTÍNUO EN EL CUAL SE VAN A_ FORMAR LOS LABIOS Y CARRILLO EN LA PARTE EXTERNA Y LOS DIENTES - EN LA INTERNA.

HISTOLÓGICAMENTE CONSIDERADOS, ESTOS REBORDES SE ENCUEN- - TRAN PRIMITIVAMENTE CONSTITUIDOS (EMBRIÓN DE 11 MM) POR:

- A) UNA CAPA DE CÉLULAS PERFECTAMENTE CÚBICAS DE ORIGEN ECTODÉRMI CO, SEPARADOS DEL MESENQUIMA POR UNA MEMBRANA BASAL CONJUNTIVA.
- B) UNA CAPA SUPERFICIAL FORMADA POR DOS O TRES HILERAS DE CÉLU-- LAS POLIÉDRICAS O LIGERAMENTE APLANADAS DE ASPECTO PAVIMENTOSO.
- C) UNA ZONA MESODÉRMICA FORMADA POR CÉLULAS EMBRIONARIAS NO UNI- DAS.

LA PROFUNDIZACIÓN DE ESTA BANDA EN EL MESENQUIMA DA ORI-- GEN AL LISTÓN EPITELIAL DENTARIO, PRIMER VESTIGIO NO PRECISAMEN-

TE DE LOS DIENTES, SINO DE LA FORMACIÓN EMBRIOGICA EN LA CUAL VAN HACER SU APARICIÓN LOS DIENTES. EL LISTÓN DENTARIO EN SU CRECIMIENTO EN PROFUNDIDAD HACIA EL MESEQUIMA NO SIGUE UN PLANO PERPENDICULAR AL EPITELIO, SINO QUE PRESENTA UNA EXAGERADA OBLIQUIDAD HACIA LINGUAL, QUE ES MAYOR EN EL MAXILAR INFERIOR; ADEMÁS, NO ES CONTINUO A LO LARGO DE TODO EL REBORDE MAXILAR, PUES A NIVEL DE LA LÍNEA MEDIA SE DESARROLLA CON RETRASO, SIENDO ESTE RETRASO MAYOR EN EL MAXILAR SUPERIOR, LO QUE SE EXPLICA POR LA SOLDADURA MÁS COMPLEJA DE ESTE MAXILAR, A CAUSA DE LA INTERSECCIÓN DEL PROCESO NASAL MEDIO. DE LA BANDA EPITELIAL MACISA (LISTÓN DENTARIO) HAN DE DIFERENCIARSE LOS VEINTE FOLÍCULOS DE LOS DIENTES TEMPORARIOS Y DE ELLOS DERIVARÁN LUEGO LOS 32 DE LA DENTADURA PERMANENTE; PARA ELLO EL BROTE MACIZO PASA POR DISTINTOS ESTADIOS, A SABER:

- 1) ESTADIO DE CASQUETE FORMADO POR EL RÁPIDO CRECIMIENTO DE LOS BORDES DEL BROTE MACIZO.
- 2) ESTADIO DE CAMPANA Y VASO DE FLORENCIA, QUE NO ES MÁS QUE EL PERIODO EN QUE EL GÉRMEN DEL ESMALTE SE VA INDEPENDISANDO DEL LISTÓN DENTARIO, ESTANDO UNIDO A ÉL SÓLO POR UN PEDÍCULO.
- 3) ESTADIO DE ÓRGANO DEL ESMALTE QUE ES EL GÉRMEN DEL ESMALTE TOTALMENTE INDEPENDIENTE DEL LISTÓN DENTARIO.

POSTERIORMENTE TIENE LUGAR DE ABSORCIÓN DEL LISTÓN DENTARIO Y EL ÓRGANO DEL ESMALTE AISLADO EN PLENO TEJIDO MESEQUIMATO

SO JUNTO CON LA PAPILA Y EL SACO DENTARIO, VAN A FORMAR EL FOLÍCULO DENTARIO, A PARTIR DEL CUAL COMIENZA LA GÉNESIS DE LOS TEJIDOS DUROS, DEL DIENTE. CADA UNA DE LAS TRES PARTES QUE FORMAN EL FOLÍCULO DENTARIO TIENE UN PAPEL IMPORTÁNTISIMO EN LA FORMACIÓN DEL FUTURO DIENTE. EL ÓRGANO DEL ESMALTE DARÁ ORIGEN AL ESMALTE, LA PAPILLA O BULBO DENTARIO TEJIDO EMBRIONARIO ALOJADO EN LA CAVIDAD DEL ÓRGANO DEL ESMALTE, DARÁ ORIGEN POR CALCIFICACIÓN DE SU PARTE PERIFÉRICA A LA DENTICIÓN, FORMANDO SU PARTE CENTRAL LA PULPA DENTARIA. POR ÚLTIMO, DEL SACO DENTARIO TEJIDO CONECTIVO QUE RODEA AL ÓRGANO DEL ESMALTE, SE ORIGINARÁ EL CEMENTO, EL ALVEOLO DENTARIO Y EL PERIOSTIO.

CAPITULO II ERUPCION Y CRONOLOGIA DENTARIA

ERUPCION DE LA DENTICION PRIMARIA.

LA CLASIFICACIÓN DE LOS DIENTES DECIDUOS COMIENZA ALREDEDOR DEL CUARTO MES DE VIDA FETAL; AL FINAL DEL SEXTO MES, TODOS LOS DIENTES DECIDUOS HAN EMPEZADO A DESARROLLARSE. NORMALMENTE, NO SE VE NINGÚN DIENTE EN LA BOCA AL NACER; SIN EMBARGO, EN OCA--SIONES NACEN NIÑOS CON LOS INCISIVOS INFERIORES ERUPCIONÁNDOLO. DICHOS DIENTES DE BROTE PREMATURO SE PIERDEN, POR LO GENERAL, POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, A CAUSA DEL DESARROLLO INCOMPLETO DE SU FIJACIÓN RADICULAR.

HA DE SEÑALARSE AQUÍ QUE TODOS LOS ESQUEMAS DE BROTE DENTAL (INCLUIDA LA CALCIFICACIÓN) NECESARIAMENTE DEBEN SER APROXIMADOS, PORQUE NO EXISTE DOS INDIVIDUOS EXACTAMENTE IGUALES EN SU DESARROLLO.

SE CONSIDERA GENERALMENTE EL SIGUIENTE MOMENTO DE ERUPCIÓN: 6 MESES PARA LOS CENTRALES PRIMARIOS MAXILARES, 7 A 8 MESES PARA LOS LATERALES PRIMARIOS MANDIBULARES, Y 8 A 9 MESES PARA LOS LATERALES PRIMARIOS MAXILARES. AL AÑO APROXIMADAMENTE, APARECEN LOS CANINOS PRIMARIOS. SE CONSIDERA GENERALMENTE QUE LOS SEGUNDOS MANDIBULARES PRIMARIOS HACEN ERUPCIÓN A LOS DOS AÑOS.

DENTICION MIXTA.

LA DIFERENCIA DE CRECIMIENTO ANTERIOR MAXILAR Y CRECIMIENTO ANTERIOR MANDIBULAR INFLUYE EN EL GRADO DE SOBREMORDIDA INCISIVA QUE SE DESARROLLA EN LAS DENTADURAS MIXTAS.

EN GENERAL, LAS SOBREMORDIDAS INCISIVAS AUMENTAN AL PASAR DE DENTADURA PRIMARIA A DENTADURA MIXTA. PERO, CUANDO EL GRADO DE EXTENSIÓN DELANTERA DE LAS SECCIONES ANTERIORES DE AMBOS ARCOS ES IGUAL, ENTONCES EL GRADO DE SOBREMORDIDA EN LA DENTADURA PRIMARIA.

EN ALGUNOS CASOS, LA EXTENSIÓN HACIA ADELANTE DE LA SECCIÓN ANTERIOR MANDIBULAR PUEDE SER MAYOR QUE LA DEL MAXILAR SUPERIOR. SI ESTO OCURRE, EL GRADO DE SOBREMORDIDA INCISIVA SERÁ MENOR EN LA DENTADURA MIXTA QUE EN LA PRIMARIA.

EL GRADO DE SOBREMORDIDA EN LA DENTADURA PERMANENTE ES EL RESULTADO DE LOS FACTORES QUE ACABAMOS DE MENCIONAR, JUNTO CON LA ERUPCIÓN DE CANIOS PERMANENTES Y PREMOLARES. EL CANINO MANDIBULAR PERMANENTE GENERALMENTE HACE ERUPCIÓN ANTES QUE EL CANINO MAXILAR PERMANENTE, Y ANTES DE LA PÉRDIDA DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO MANDIBULAR, PUEDE CREARSE ESPACIO PARA EL CANINO MANDIBULAR PERMANENTE DE MAYOR TAMAÑO POR EXTENSIÓN AÚN MAYOR DEL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR. EN EL ARCO SUPERIOR, EL CANINO PERMANENTE GENERALMENTE HACE ERUPCIÓN DESPUÉS DEL PRIMER PREMOLAR Y DESPUÉS DE LA EXFOLIACIÓN DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO. AQUÍ, EL CANINO PERMANENTE DE MA

YOR TAMAÑO SE CREA ESPACIO MOVIENDO EL PRIMER PREMOLAR DISTALMENTE HACIA EL ESPACIO DEJADO POR EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO PERDIDO. EL SEGUNDO PREMOLAR NO REQUIERE ESTE ESPACIO TAN AMPLIO.

BROADBENT DENOMINA EL PERIODO QUE VA DESDE LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS LATERALES HASTA LA ERUPCIÓN DEL CANINO LA ETAPA - DEL PATITO FE0. ÉSTE ES UN TÉRMINO MUY ADECUADO, YA QUE IMPLICA UNA METAMORFOSIS INESTÉTICA CONDUENTE A RESULTADOS ESTÉTICOS. - PUEDE DESARROLLARSE UN ESPACIO ENTRE LAS CORONAS CENTRALES MAXILARES. LAS CORONAS LATERALES PUEDEN SEPARARSE. A MENUDO. SE SACRIFICAN LOS FRENILLOS AL TRATAR DE ELIMINAR LA CAUSA DE ESPACIAMIENTO ENTRE CENTRALES.

ERUPCION DE LA DENTICION MIXTA.

LA PRIMERA PIEZA PERMANENTE EN HACER ERUPCIÓN ES GENERALMENTE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE MANDIBULAR, A LOS 6 AÑOS APROXIMADAMENTE, PERO A MENUDO EL INCISIVO CENTRAL PERMANENTE PUEDE -- APARECER AL MISMO TIEMPO, O INCLUSO ANTES. LOS INCISIVOS LATERALES MANDIBULARES PUEDEN HACER ERUPCIÓN ANTES QUE TODAS LAS DEMÁS PIEZAS MAXILARES PERMANENTE. A CONTINUACIÓN ENTRE LOS 6 Y 7 -- AÑOS, HACE ERUPCIÓN EL PRIMER MOLAR MAXILAR, SEGUIDO DEL INCISIVO CENTRAL MAXILAR, ENTRE LOS 7 Y 8 AÑOS. LOS INCISIVOS LATERALES MAXILARES PERMANENTES HACEN ERUPCIÓN ENTRE LAS EDADES DE 8 Y 9 AÑOS. EL CANINO MANDIBULAR HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS 9 Y 11 AÑOS.

SEGUIDO DEL PRIMER PREMOLAR, EL SEGUNDO PREMOLAR Y EL SEGUNDO MOLAR.

EN EL ARCO MAXILAR SE PRESENTA GENERALMENTE UNA DIFERENCIA EN EL ORDEN DE ERUPCIÓN; EL PRIMER PREMOLAR MAXILAR HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS 10 Y 11 AÑOS, ANTES QUE EL CANINO MAXILAR QUE ERUPCIONA ENTRE LOS 11 Y 12 AÑOS DE EDAD. DESPUÉS, APARECE EL SEGUNDO PREMOLAR MAXILAR, YA SEA AL MISMO TIEMPO QUE EL CANINO O DESPUÉS DE ÉL. EL MOLAR DE LOS 12 AÑOS O SEGUNDO MOLAR, DEBE APARECER A LOS 12 - AÑOS DE EDAD. LAS VARIACIONES DE ESTE PATRÓN PUEDEN CONSTITUIR UN FACTOR QUE OCASIONE CIERTOS TIPOS DE MALOCLUSIONES.

CAPITULO III

O C L U S I O N

EN ODONTOLOGÍA INFANTIL SÓLO EXISTE UN TIPO DE OCLUSIÓN EN CONDICIONES NORMALES, QUE ES LA DE BORDE A BORDE.

OCLUSION EN DENTICION PRIMARIA:

AL DESCRIBIR LA OCLUSIÓN NORMAL, TANTO EN LA DENTICIÓN TEMPORAL COMO EN LA PERMANENTE, NOS REFERIMOS A LA RELACIÓN CÉNTRICA QUE ES LA POSICIÓN EN QUE SE COLOCAN LOS DIENTES DEL ARCO DENTARIO INFERIOR CON RESPECTO A LOS DIENTES DEL ARCO DENTARIO SUPERIOR EJERCIENDO LA MAYOR PRESIÓN SOBRE LOS MOLARES QUEDANDO EN POSICIÓN NORMAL LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. EN LA DENTICIÓN TEMPORAL CADA DIENTE DEL ARCO DENTARIO SUPERIOR DEBE OCLUIR EN SENTIDO MESIO-DISTAL, CON EL RESPECTIVO DIENTE DEL ARCO INFERIOR Y EL QUE LE SIGUE. LAS EXEPCIONES A ESTA REGLA SON LOS INCISIVOS CENTRALES INFERIORES QUE SOLAMENTE OCLUYEN CON LOS CENTRALES SUPERIORES Y LOS SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES QUE LO HACEN CON LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES. GENERALMENTE EL ARCO TEMPORAL TERMINA EN UN MISMO PLANO FORMADO POR LAS SUPERFICIES DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES, PERO PUEDE HABER UN ESCALÓN POR ESTAR MÁS AVANZADO EL MOLAR INFERIOR O INCLUSIVE, UN ESCALÓN SUPERIOR (RELACIÓN DE CLASE II) POR MESIOGRESIÓN DE TODOS LOS DIENTES

SUPERIORES DEBIDA A SUCCIÓN DEL PULGAR U OTRAS CAUSAS. EN SENTIDO VERTICAL LOS DIENTES SUPERIORES SOBREPASAN LA MITAD DE LA CORONA DE LOS INFERIORES O PUEDE CUBRIRLA CASI COMPLETAMENTE, SIENDO ESTO ÚLTIMO NORMAL EN LA OCLUSIÓN TEMPORAL. LA POSICIÓN NORMAL DE LOS INCISIVOS TEMPORALES ES CASI PERPENDICULAR AL PLANO OCLUSAL. EN SENTIDO VESTÍBULO LINGUAL LOS DIENTES SUPERIORES DEBEN SOBREPASAR A LOS INFERIORES QUEDANDO LAS CÚSPIDES LINGUALES DE LOS MOLARES SUPERIORES OCLUYENDO EN EL SURCO ANTEROPOSTERIOR QUE SEPARA LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE LAS LINGUALES DE LOS INFERIORES.

OCLUSION EN DENTICION MIXTA.

LA DENTICIÓN MIXTA SE EXTIENDE DESDE LOS SEIS A LOS DOCE AÑOS Y ES UN PERIODO DE PARTICULAR IMPORTANCIA EN LA ETIOLOGÍA DE ANORMALIDADES DE LA OCLUSIÓN PUESTO QUE DURANTE ESTOS AÑOS DEBEN REALIZARSE UNA SERIE DE COMPLICADOS PROCESOS QUE CONDUZCAN AL CAMBIO DE LOS DIENTES Y SE ESTABLEZCA LA OCLUSIÓN NORMAL DEFINITIVA. CUANDO LOS MOLARES TEMPORALES TERMINAN EN UN MISMO PLANO LOS PRIMEROS MOLARES, HACEN SU ERUPCIÓN, DESLIZÁNDOSE SOBRE LAS CARAS DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES, Y LLEGAN A COLOCARSE EN UNA OCLUSIÓN CÚSPIDE CON CÚSPIDE, QUE ES NORMAL EN ESTA ÉPOCA Y QUE DEBE TENERSE PRESENTE PARA NO CONFUNDIRLA CON ANOMALÍA DE LA OCLUSIÓN. CON LA EXFOLIACIÓN DE LOS MOLARES TEMPORALES; LOS MOLARES DE LOS SEIS AÑOS MIGRAN HACIA MESIAL SIENDO MA-

POR EL MOVIMIENTO DEL INFERIOR Y OBTIENEN LA RELACIÓN DE OCLUSIÓN NORMAL DEFINITIVA. LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR DEBE OCLUIR EN EL SURCO QUE SEPARA LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DEL PRIMER MOLAR INFERIOR. BAUME EXPLICA EL CAMBIO DE OCLUSIÓN ATRIBUYÉNDOLE AL CIERRE DEL ESPACIO PRIMATE DE LA MANDÍBULA POR PRESIÓN HACIA MESIAL DEL PRIMER MOLAR INFERIOR, CUANDO ESTE HACE ERUPCIÓN QUEDANDO DIRECTAMENTE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES EN OCLUSIÓN NORMAL DEFINITIVA; EL MISMO AUTOR ANOTA QUE CUANDO EXISTE ESCALÓN INFERIOR EN LAS CARAS DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES, LOS MOLARES DE LOS SEIS AÑOS ENCUENTRAN SU POSICIÓN OCLUSAL DESDE EL MOMENTO MISMO DE SU ERUPCIÓN SIN CAMBIOS POSTERIORES. TAMBIÉN SEÑALEMOS QUE SI HA HABIDO UNA MESIOGRESIÓN DE LOS DIENTES SUPERIORES POSTERIORES POR SUCCIÓN DEL PULGAR, INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA, RESPIRACIÓN BUCAL, RETROGNATISMO INFERIOR, PROGNATISMO SUPERIOR O CUALQUIER OTRO FACTOR ETIOLÓGICO, LOS MOLARES DE LOS SEIS AÑOS SE COLOCARÁN TAMBIÉN EN LA MISMA RELACIÓN Y SE ESTABLECERÁ UNA MALOCLUSIÓN DE LA CLASE DE ANGLE.

LOS INCISIVOS INFERIORES PERMANENTES SE DESARROLLAN EN POSICIÓN LINGUAL CUANDO CAIGAN LOS TEMPORALES. SI LA RESORCIÓN DE LAS RAÍCES DE LOS INCISIVOS TEMPORALES SE RETRASA LOS PERMANENTES HACEN ERUPCIÓN EN LINGUOGRESIÓN, ANOMALÍA QUE SE CORRIGE ESPONTÁNEAMENTE CON LA EXTRACCIÓN TEMPORAL.

LA OCLUSIÓN DE LOS INCISIVOS PERMANENTES ES DISTINTA A LA DE LOS TEMPORALES PORQUE TIENEN UNA VESTIBULOVERSIÓN MÁS MARCADA Y LOS SUPERIORES SÓLO DEBE CUBRIR EL TERCIO INCISAL DE LA CORONA DE LOS INFERIORES; ESTO ES DEBIDO AL LEVANTAMIENTO DE LA OCLUSIÓN OCASIONADA POR LA ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. CUANDO ERUPCIONAN LOS INCISIVOS LATERALES SE CIERRAN LOS ESPACIOS PRIMATES. ES MÁS FRECUENTE ENCONTRAR DIFICULTADES EN LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS LATERALES SE CIERRAN LOS ESPACIOS PRIMATES. ES MÁS FRECUENTE ENCONTRAR DIFICULTADES EN LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES QUE EN LOS CENTRALES, MIENTRAS QUE ESTOS SUELEN ENCONTRAR ESPACIOS SIN PROBLEMAS, LOS LATERALES PUEDEN COLOCARSE EN ROTACIÓN POR FALTA DE ESPACIO SUFICIENTE ENTRE LOS CENTRALES Y LOS CANINOS PRIMARIOS, TAMBIÉN PUEDE ESTAR EN VESTIBULOVERSIÓN POR LA PRESIÓN EJERCIDA EN SU RAÍZ POR LA ERUPCIÓN DEL CANINO PERMANENTE, EN ESTE CASO, NO ES RECOMENDABLE TRATAR DE CORREGIR ESA VESTIBULOVERSIÓN SE ADELANTA LA ERUPCIÓN DEL CANINO PERMANENTE, EN ESTE CASO, NO ES RECOMENDABLE TRATAR DE CORREGIR ESA VESTIBULOVERSIÓN, SE ADELANTA LA ERUPCIÓN DEL CANINO.

EN EL MAXILAR INFERIOR, COMO YA VIMOS, ES MÁS FRECUENTE QUE HAGA ERUPCIÓN EL CANINO PRIMERO, DESPUÉS EL PRIMER BUCÚSPIDE Y POR ÚLTIMO EL SEGUNDO BUCÚSPIDE. ESTE ES EL QUE ENCUENTRA MÁS DIFICULTADES EN SU COLOCACIÓN POR ERUPCIONAR EN ÚLTIMO TÉRMINO, PUEDE QUEDAR INCLUIDO POR FALTA DE ESPACIO OCASIONADO POR MESIO-

GRESIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORALES O PORQUE EL SEGUNDO MOLAR SE ADELANTE EN SU ERUPCIÓN Y EMPUJE HACIA LA PARTE MESIAL AL PRIMER MOLAR; EN OTRAS OCASIONES, HACE ERUPCIÓN EN LINGUOGRESIÓN Y ENTONCES ES PREFERIBLE ESPERAR Y HACER UNA EXTRACCIÓN SIN TENER QUE INTERVENIR EN EL HUESO; LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL INDICARÁ LA COLOCACIÓN EXACTA DEL BICÚSPIDE; POR ÚLTIMO ES IMPORTANTE DESTACAR LA FRECUENCIA CONQUE ESTE PREMOLAR ESTÁ AUSENTE CONGÉNITAMENTE. COMO EN EL MAXILAR SUPERIOR LA SECUENCIA DE ERUPCIÓN ES DISTINTA A LA DE LA MANDÍBULA, LOS PROBLEMAS SON TAMBIÉN DIFERENTES. EL PRIMER PREMOLAR SUELE ERUPCIONAR SIN INCONVENIENTES; LO MISMO EL SEGUNDO CUANDO NO HAY MESIOGRESIÓN DEL MOLAR DE LOS SEIS AÑOS POR PÉRDIDAS DE MOLARES TEMPORALES O POR PRESIÓN DEL SEGUNDO MOLAR O EN CASO DE MACRODONCIA, MICROGNATISMO ANTEROPOSTERIOR Y CUANDO ESTAS DOS ANOMALÍAS DEL VOLUMEN ESTÁN REUNIDAS. EL CANINO SUPERIOR ES EL QUE MÁS FRECUENTEMENTE ENCUENTRA PROBLEMAS DE COLOCACIÓN POR SER EL ÚLTIMO EN HACER ERUPCIÓN EN ESTE SECTOR Y POR QUE ADEMÁS TIENE QUE RECORRER UN LARGO CAMINO DESDE LA PARTE SUPERIOR DEL MAXILAR DONDE EMPIEZA A FORMARSE EL GÉRMEN, HASTA LLEGAR AL PLANO DE OCLUSIÓN.

EN MUCHOS CASOS QUEDA INCLUIDO EN EL ESPESOR DEL MAXILAR TENIÉNDOSE QUE RECURRIR A LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA O AL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO. CUANDO EL CANINO SUPERIOR NO QUEDA INCLUIDO PUEDE QUEDAR EN MAL POSICIÓN, CASI SIEMPRE EN VESTIBULOINGRESIÓN Y

MESOVERSIÓN. JUNTO CON EL SEGUNDO BICÚSPIDE INFERIOR SON LOS --
DIENTES CON MAYORES DIFICULTADES EN SU ATROFIA EVOLUTIVA DE LOS_
MAXILARES.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA.

LA TOTALIDAD DEL EXAMEN RUTINARIO DEBERÁ LLEVARSE A CABO_ CON MOVIMIENTOS LENTOS Y FLUIDOS UTILIZANDO UN MÍNIMO DE INSTRUMENTOS, PARA EVITAR ALARMAR AL NIÑO. LAS PREGUNTAS DEL ODONTÓLOGO Y SUS AFIRMACIONES DEBERÁN ADOPTAR LA FORMA DE CONVERSACIÓN NORMAL. DE ESTA MANERA SE AHORRA TIEMPO Y SE PREPARA ADECUADAMENTE AL NIÑO Y A LOS PADRES PARA CUALQUIER CUIDADO DENTAL QUE PUEDA SEGUIR. UNA VEZ QUE EL ODONTÓLOGO ASEGURA LA COOPERACIÓN AMIS TOSA Y FÁCIL, PROGRESA POR ETAPAS DE EXAMEN ADECUADAS.

EL NIÑO DEBERÁ ESTAR SENTADO CÓMODAMENTE, EN UN SILLÓN -- DENTAL DISEÑADO PARA NIÑOS O EN UN SILLÓN PARA ADULTOS AJUSTADA_ ADECUADAMENTE A SU TAMAÑO. ADEMÁS DEL FOCO DENTAL Y LA JERINGA - DE AIRE, ÚNICAMENTE SE NECESITA UN ESPEJO DE FRENTE Y UN EXPLORA DOR DE ÁNGULO RECTO. SOLO ESTOS INSTRUMENTOS TENDRÁN QUE ESTAR - EN EVIDENCIA AL COMENZAR EL EXAMEN. SI EL NIÑO ES CURIOSO DEBERÁ EXPLICÁRSELE EL NOMBRE DE CADA INSTRUMENTO.

EL EXAMEN PERIÓDICO SE REALIZA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CADA CUATRO O SEIS MESES. EL DISEÑO SIGUIENTE ES CON EJEMPLO DE - LA CONCIENCIA CON QUE DEBERÍA HACERSE UN EXAMEN COMPLETO.

1.- HISTORIA DEL CASO.

- A) QUEJA PRINCIPAL DEL PACIENTE.
 - B) HISTORIA PRENATAL, NATAL, POSNATAL Y DE INFANCIA
- 2.- EXAMEN CLÍNICO
- A) APRECIACIÓN GENERAL DEL PACIENTE
 - B) EXAMEN BUCAL DETALLADO
 - C) EXÁMENES SUPLEMENTARIOS Y PRUEBAS ESPECIALES
- 3.- DIAGNÓSTICO
- A) RESUMEN DE TODAS LAS ANORMALIDADES, SU NATURALEZA, ETIOLOGÍA E IMPORTANCIA.

EL HISTORIAL DE UN PACIENTE DE ODONTOPEDIATRÍA PUEDE DIVIDIRSE EN: ESTADÍSTICAS VITALES, HISTORIA DE LOS PADRES, HISTORIA PRENATAL Y NATAL, E HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA.

LAS ESTADÍSTICAS VITALES SON ESENCIALES PARA EL REGISTRO DE UN CONSULTORIO. DE ESTA INFORMACIÓN EL ODONTÓLOGO OBTIENE UNA VISIÓN DEL NIVEL SOCIAL DE LA FAMILIA. EL MÉDICO DEL NIÑO DEBE SER ANOTADO, PARA PODER CONSULTÁRSELE EN ALGÚN CASO DE URGENCIA FUTURA, O PARA PODER OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL CUANDO SE NECESITE.

LA HISTORIA DE LOS PADRES PROPORCIONA ALGUNA INDICACIÓN DEL DESARROLLO HEREDITARIO DEL PACIENTE. ESTÁ DISEÑADA TAMBIÉN PARA INFORMAR AL DENTISTA SOBRE EL VALOR QUE LOS PADRES CONCEDEN

A SUS PROPIOS DIENTES, PUESTO QUE LA ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LA ODONTOLOGÍA PUEDE REFLEJARSE EN EL MIEDO DEL NIÑO Y EN LOS DESEOS DE LOS PADRES, CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS DENTALES.

LA HISTORIA PRENATAL Y NATAL A MENUDO PROPORCIONAN INDICACIONES SOBRE EL ORIGEN DEL COLOR, FORMA Y ESTRUCTURA ANORMAL DE PIEZAS CADUCAS Y PERMANENTES. EL ODONTOPEDIATRA OBSERVA LOS EFECTOS DE LAS DROGAS Y TRANSTORNOS METABÓLICOS QUE OCURRIERON DURANTE LAS ETAPAS FORMATIVAS DE LAS PIEZAS.

LA HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA REvisa LOS SISTEMAS VITALES DEL PACIENTE. TAMBIÉN REGISTRA INFORMACIÓN, TAL COMO TRATAMIENTO PREVENTIVOS PREVIOS DE CARIES DENTALES, TRASTORNOS DEL DESARROLLO CON IMPORTANCIA DENTAL, ALERGIAS, COSTUMBRES NERVIOSAS, Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO Y SU ACTITUD EN RELACIÓN CON EL MEDIO.

LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS PARA EXAMEN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD INCLUYEN MORDIDAS CON ALETA Y LAS RADIOGRAFÍAS ADICIONALES NECESARIAS. SE COMPARAN TODOS LOS DATOS CON EL EXAMEN PRECEDENTE O INICIAL, Y SI ES NECESARIO, SE FORMULA UN PLAN DE TRATAMIENTO.

EL EXAMEN COMPLETO DEBERÁ SER UNA EVALUACIÓN A CONCIENCIA; EL DISEÑO SIGUIENTE DEMUESTRA EL ALCANCE DE ESTE EXAMEN:

II.- PERSPECTIVA GENERAL DEL PACIENTE (INCLUYENDO ESTATURA, PORTE, LENGUAJE, MANOS, TEMPERATURA).

- 2.- EXAMEN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO: TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA, PIEL Y PELO, INFLAMACIÓN FACIAL Y ASIMETRÍA, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, OÍDOS, OJOS, NARÍZ, CUELLO.
- 3.- EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL: ALIENTO, LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL, SALIVA, TEJIDO GINGIVAL Y ESPACIO SUBLINGUAL, PALADAR, FARINGE Y AMÍGDALAS, DIENTES.
- 4.- FONACIÓN, DEGLUCIÓN Y MUSCULATURA PERIBUCAL: POSICIONES DE LA LENGUA DURANTE LA FONACIÓN, BALBUCEOS Y SESES ANTERIORES O LATERALES, FORMA DE LA LENGUA EN POSICIÓN DE DESCANSO, ACCIÓN MENTALES EN EL MOMENTO DE TRAGAR, POSICIÓN DE LOS LABIOS EN DESCANSO.

ESTATURA.

SE HACE UNA PERSPECTIVA GENERAL RÁPIDAMENTE, CUANDO EL NIÑO ENTRA EN LA SALA DE RECEPCIÓN O EN LA SALA DE OPERACIONES. PROBABLEMENTE SE OBSERVARÁ PRIMERO SI EL PACIENTE ES MUY ALTO O MUY BAJO PARA SU EDAD. LA ESTATURA DE UN NIÑO PUEDE COMPARARSE A LA DE OTRO CONSULTANDO CUADROS O ESQUEMAS DE CRECIMIENTO POR CENTÍMETROS. PARA PROPÓSITOS PRÁCTICOS, SE PUEDE CLASIFICAR EL NIÑO ES-

UNA DE TRES CATEGORÍAS: ESTATURA NORMAL PARA SU EDAD, DEMASIADO BAJO O DEMASIADO ALTO. LA COMPRESIÓN DE LA ESTATURA REQUIERE CONOCIMIENTO PRÁCTICO DE CRECIMIENTOS LINEALES. ESTO INCLUYE LAS CARACTERÍSTICAS DE CRECIMIENTO EN LOS VARIOS PERIODOS DE EDADES, Y EFECTOS DE HERENCIA MEDIO, NUTRICIÓN, ENFERMEDAD, ANOMALÍAS DEL DESARROLLO Y SECRECIONES ENDOCRINAS.

ANDAR.

CUANDO EL NIÑO ENTRA EN EL CONSULTORIO DENTAL, EL ODONTÓLOGO O LA PERSONA QUE LO EXAMINE PUEDE APRECIAR RÁPIDAMENTE SU ANDAR, Y VER SI ES NORMAL O AFECTADO. PROBABLEMENTE EL ANDAR ANORMAL MÁS COMÚN ES EL DE UN NIÑO ENFERMO QUE CÁMINA CON INSEGURIDAD DEBIDO A SU DEBILIDAD. OTROS TIPOS DE ANDAR SON LOS DE TIPO INSEGURO HEMIPLÉJICO TAMBALEANTE, DE BALANCEO Y ATÁXICO. CUANDO SE OBSERVA ESTE TIPO DE ANDAR EN EL NIÑO, HABRÁ QUE HACER UNA VALORACIÓN CUIDADOSA. PUEDE INTERROGARSE A LA MADRE SOBRE CUALQUIER CAMBIO RECIENTE QUE HAYA OBSERVADO EN EL ANDAR DEL NIÑO.

LENGUAJE

EL DESARROLLO DEL LENGUAJE DEPENDE DE LA CAPACIDAD QUE TIENE UNO DE REPRODUCIR SONIDOS QUE HA ESCUCHADO. LA CONVERSACIÓN DEL NIÑO CON LA AYUDANTE O CON EL ODONTÓLOGO PERMITE HACER UNA ESTIMACIÓN INFORMAL DE SU LENGUAJE.

HAY QUE CONSIDERAR CUATRO TIPOS DE TRASTORNOS DEL LENGUA--
JE:

1) AFASIA, 2) LENGUAJE RETARDADO, 3) TARTAMUDEO Y 4) TRASTORNOS -
ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE.

LA AFASIA MOTRIZ ES RARA Y GENERALMENTE DENOTA PÉRDIDA DEL LENGUAJE COMO RESULTADO DE ALGÚN DAÑO AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. RETRASOS EN EL LENGUAJE PUEDEN TOMARSE EN CONSIDERACIÓN SI EL NIÑO NO HABLA CUANDO LLEGA A LOS TRES AÑOS. ALGUNAS CAUSAS DE RETRA SO DEL LENGUAJE SON LAS SIGUIENTES; PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN, RETRA SO INTELLECTUAL, RETRASO DE DESARROLLO GENERAL, ENFERMEDADES GRA-- VES PROLONGADAS, DEFECTOS SENSORIALES, FALTA DE MOTIVACIÓN Y ESTI MULACIÓN INADECUADA DEL MEDIO. LOS NIÑOS DEMASIADOS DEPENDIENTES_ DE SUS PADRES Y LOS QUE PADECEN UNA LESIÓN NEUROLÓGICA TAMBIÉN -- PUEDEN SER MUY LENTOS EN EL LENGUAJE.

EL TARTAMUDEO, O LENGUAJE REPETITIVO, OCURRE EN CASI TODOS LOS NIÑOS EN ALGÚN PERIODO, ANTES DE IR AL COLEGIO. PREOCUPARSE - DEMASIADO O APRENSIÓN EXCESIVA POR EL LENGUAJE DEL NIÑO PUEDE IM- PEDIR SU FLUIDEZ NORMAL. EL TARTAMUDEO ES MÁS COMÚN EN LOS NIÑOS_ QUE EN LAS NIÑAS. LA TENSIÓN PSICOLÓGICA JUEGA UN PAPEL IMPORTAN- TE EN EL DESARROLLO Y LA PERSISTENCIA DE ESTE PROBLEMA.

LOS TRASTORNOS ARTICULATORIOS DEL LENGUAJE QUE PUEDEN CON-

SIDERARSE IMPORTANTES SON: OM-SIÓN, INSERSIÓN Y DISTORSIÓN. SUBSTITUIR EL SONIDO C POR EL SONIDO S PRODUCE SESEO. ALGUNOS DEFECTOS DE ARTICULACIÓN OCURREN DENTRO DE LOS LÍMITES DE DESARROLLO NORMAL; SIN EMBARGO, LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, LESIÓN NEUROLÓGICA CENTRAL PALADAR HENDIDO O MALOCLUSIÓN A MENUDO DIFICULTADES ARTICULATORIAS. LA PARÁLISIS DE LOS MÚSCULOS LARÍNGEOS Y FARÍNGEOS, POR EJEMPLO PARÁLISIS CEREBRAL, PUEDE ALTERAR LA CALIDAD DEL LENGUAJE, Y PRODUCIR VOZ DE SONIDO NASAL. UNA VOZ RONCA PUEDE DEBERSE A HABER CANTADO O GRITADO EN EXCESO, A SINISITIS AGUDA O CRÓNICA, A CUERPOS EXTRAÑOS EN LA LARINGE, LARINGITIS, PAPILOMAS DE LA LARINGE, PARÁLISIS, SARAMPIÓN, O, EN LOS NIÑOS, DESARROLLO SEXUAL PRECOZ.

MANOS

AL TOMAR LAS MANOS DEL NIÑO EN LAS SUYAS, EL ODONTÓLOGO ESTABLECE NO SOLO COMUNICACIÓN CÁLIDA CON AYUÉL, SINO QUE TIENE OPORTUNIDAD DE APRECIAR SU SALUD GENERAL. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LAS MANOS SE SENTIRÁN NORMALES, PERO DE CUANDO EN CUANDO PODRÁ OBSERVARSE SENSACIÓN DE TEMPERATURA-ELEVADA, DE HUMEDAD O SEQUEDAD. LAS MANOS SON UNA DE LAS POCAS ÁREAS DEL CUERPO DEL NIÑO QUE EL DENTISTA PUEDE OBSERVAR NORMALMENTE. AQUÍ PUEDEN OBSERVARSE TODAS LAS LESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE PIEL, TALES COMO MÁCULAS, PÁPULAS, VESÍCULAS, ÚLCERAS COSTRAS Y ESCAMAS. MUCHOS FACTORES CAUSALES PUEDEN PRODUCIR ESTOS TRASTORNOS TALES COMO ENFERMEDADES

EXANTEMATOSAS, DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS, HORMONALES Y DEL DESARROLLO.

DEBERÁ TOMARSE EN CONSIDERACIÓN EL NÚMERO, LA FORMA Y EL TAMAÑO DE LOS DEDOS DE LOS NIÑOS. LAS UÑAS PUEDEN ESTAR MORDIDAS, CORTAS COMO RESULTADO DE SU ANSIEDAD Y TENSIÓN, PUEDEN TENER FORMA DE ESPÁTULA, PUTIAGUDAS, QUEBRADIZAS, ESCAMOSAS, ESPESADAS, CUBIERTAS DE PIEL, DE COLOS DIFERENTES, O INCLUSO PUEDEN ESTAR AUSENTES, COMO SE VE A VECES EN CASOS DE DISPLASIA ECTODERMICA.

TEMPERATURA.

LA FIEBRE O ELEVACIÓN DE TEMPERATURA EN MOMENTO DE DESCANSO, ES UNO DE LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES EXPERIMENTADOS POR LOS NIÑOS. PUEDE EXISTIR UNA ELEVACIÓN TEMPORAL DE TEMPERATURA DESPUÉS DE COMER, DE HACER EJERCICIO, O CUANDO EL MEDIO NO LLEVA AL ENFRIAMIENTO CORPORAL. LOS ABSCESOS DENTALES O LAS ENFERMEDADES GINGIVALES AGUDAS, Y TAMBIÉN ALGUNAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y BUCALES, DAN COMO RESULTADO ESTADOS FEBRILES EN LOS NIÑOS.

NO SE PUEDEN DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES ESPECÍFICAS TAN SOLO POR LA PRESENCIA DE FIEBRE. SIN EMBARGO, EL GRADO DE FIEBRE, SU PATRÓN Y LA REACCIÓN DEL NIÑO SON A MENUDO FACTORES QUE INDICAN CIERTA PATOLOGÍA.

EXAMEN DE LA CABEZA Y EL CUELLO

TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA

EL TAMAÑO DE LA CABEZA DEL NIÑO PUEDE SER NORMAL, DEMASIADO GRANDE O DEMASIADO PEQUEÑO. LA MACROCEFALIA, O CABEZA DEMASIADO GRANDE SE DEBE FRECUENTEMENTE A TRASTORNOS DEL DESARROLLO O TRAUMATIZANTES.

LA MICROCEFALIA, O CABEZA PEQUEÑA, PUEDE DEBERSE A TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, ENFERMEDAD O TRAUMAS QUE AFECTEN AL SISTEMA NERVIOSO. LAS FORMAS ANORMALES DE LA CABEZA PUEDEN SER CAUSADAS POR UN CIERRE PREMATURO DE LAS SUTURAS, INTERFERENCIA DEL CRECIMIENTO DE LOS HUESOS CRANEALES O PRESIONES ANORMALES DENTRO DEL CRÁNEO. DEBE TENERSE GRAN CUIDADO DE EVITAR UN JUICIO APRESURADO SOBRE EL TAMAÑO DE LA CABEZA. DEBERÁN CONSIDERARSE ANTES DE PRONUNCIARSE LA CABEZA DE SUS PADRES Y DE SUS HERMANOS. ESTO PUEDE EVITAR SITUACIONES ENGORROSAS AL ODONTÓLOGO.

PELO Y PIEL

LA ALOPECIA, Ó PÉRDIDA DEL CABELLO, PUEDE OBSERVARSE EN PACIENTES DE MUY CORTA EDAD. EN EL CASO RARO DEL NIÑO QUE TIENE DISPLASIA ECTODERMAL CONGÉNITA, EL PELO PUEDE ESTAR AUSENTE O SER MUY ESCASO, DELGADO Y DE COLOR CLARO. ESTO SE VE AÚN MÁS A MENUDO EN NIÑOS QUE EN NIÑAS. HAY OTROS DESEQUILIBRIOS HORMONALES QUE PUEDEN CAUSAR PÉRDIDA DEL CABELLO, MIENTRAS QUE LA ADICIÓN DE ME-

DICAMENTOS HORMONAL PUEDE CAUSAR HIRSUTISMO O CRECIMIENTO EXCESIVO DEL CABELLO.

LA PIEL DE LA CARA, AL IGUAL QUE LA DE LAS MANOS, PUEDE OBSERVARSE PARA DETECTAR SEÑALES DE ENFERMEDAD. PUEDE ENCONTRARSE CIERTA CANTIDAD DE LESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS EN LA CARA. -- MIENTRAS QUE LA CARA DEL NIÑO TIENDE A REFLEJAR SU SALUD GENERAL, LOS CAMBIOS OBSERVADOS NO TIENEN NECESARIAMENTE QUE ESTAR DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL PROBLEMA DENTAL. UN ODONTÓLOGO CUIDADOSO PUEDE DESEAR POSPONER UNA VISITA DENTAL SI VE QUE EL NIÑO TIENE EXTENSAS Y DOLOROSAS LESIONES DE HERPES O ALGÚN OTRO TIPO DE LESIÓN EN LOS LABIOS O EN LA CARA.

INFLAMACIÓN FACIAL Y ASIMETRÍA.

LA ASIMETRÍA DE LA CARA PUEDE SER FISIOLÓGICA O PATOLÓGICA. LOS DOS LADOS DE UNA CARA NORMAL NUNCA SON EXACTAMENTE IGUALES. -- SE PUEDE PRODUCIR ASIMETRÍA FACIAL PATOLÓGICA POR PRESIONES INTRAUTERINAS ANORMALES, PARÁLISIS DE NERVIOS CRANEALES, DISPLASIA FIBROSA Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO FAMILIARES. LAS INFECCIONES, YA SEA DE ORIGEN BACTERIANO O VIRAL, Y EL TRAUMATISMO, SON EN GENERAL LAS CAUSAS PRINCIPALES DE INFLAMACIÓN FACIAL EN LOS NIÑOS. -- EL HISTORIAL Y DEL EXAMEN BUCAL SON DE GRAN IMPORTANCIA EN EL MOMENTO DE HACER EL DIAGNÓSTICO DE LA ETIOLOGÍA DE CUALQUIER INFLA-

MACIÓN DE LA CARA. TODO AGRANDAMIENTO UNILATERAL DE LA CARA QUE NO PRODUCE DOLOR Y QUE CRECE LENTAMENTE SIN NINGÚN AGENTE EVIDENTE QUE LO CAUSE MERECE ESPECIAL ATENCIÓN POR PARTE DEL DENTISTA, Y SE DEBERÁ ENVIAR AL PACIENTE A UN PEDIATRA, PUESTO QUE LA NEOPLASIA PRESENTA UN PATRÓN COMO ÉSTE, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

LOS SIGUIENTES SON DOS MÉTODOS VALIOSOS DE DIAGNÓSTICO PARA DISCERNIR LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO, SUBLUXACIÓN DISLOCACIÓN O DESVIACIONES MANIBULARES: 1) MIENTRAS SE PERMANECE DE PIE -- FRENTE AL NIÑO EN LA MEJOR POSICIÓN QUE PERMITA LA SILLA DENT -- TAL, EL ODONTÓLOGO PUEDE COLOCAR SUS MANOS LIGERAMENTE SOBRE -- LAS MEJILLAS DEL NIÑO EN EL ÁREA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAN -- DIBULAR, HARÁ QUE EL NIÑO ABRA Y CIERRE LA BOCA LENTAMENTE, Y -- ENTONCES, DESDE CÉNTRICA CERRADA, ORDENARÁ QUE SE MUEVA EN EX -- CURSIONES LATERALES, PIDIÉNDOLE QUE MASTIQUE LENTAMENTE SOBRE -- SUS DIENTES POSTERIORES. 2º CON UNA PIEZA DE HILO DENTAL DE -- 15 A 18 PULGADAS HARÁ PRESIÓN CONTRA SU CARA EN LA LÍNEA MEDIA -- QUE UNE LA FRENTE, LA PUNTA DE LA NARIZ Y LA PUNTA DE LA BAR -- BILLA. HARÁ QUE EL NIÑO ABRA Y CIERRE LA BOCA LENTAMENTE Y -- MUESTRE LOS DIENTES AL REALIZAR ESTE MOVIMIENTO. ÉSTAS DOS AYU -- DAS TAN SENCILLAS MOSTRARÁN LAS DISCREPANCIAS DE LA UNIÓN TEM -- POROMANDIBULAR Y TAMBIÉN LOS DESQUILIBRIOS MUSCULARES Y DESVIA -- CIONES ANATÓMICAS DESDE LA LÍNEA MEDIA. DEBE PALPARSE SUAVEMEN

TE INFLAMACIÓN O ENROJECIMIENTO SOBRE LA REGIÓN DE LA ARTÍCULACIÓN PARA DETERMINAR EL GRADO DE FIRMEZA Y EXTENSIÓN.

PUEDE OBSERVARSE TRISMUS O ESPASMOS DE LOS MUSCULOS, ASTICATORIOS CUANDO HAY INFECCIÓN QUE SIGUE A UNA EXTRACCIÓN DE MOLAR MANDIBULAR PERMANENTE. SE VE MENOS COMÚNMENTE DURANTE LA ERUPCIÓN DE UN MOLAR INFERIOR PERMANENTE, PERO PUEDE DESARROLLARSE DESPUÉS DE PERICORONITIS. EL TÉTANOS, UNA ENFERMEDAD POCO COMÚN EN LA VIDA ACTUAL, PUEDE PRODUCIR TRISMUS, AL IGUAL QUE LOS NEOPLASMAS Y OTROS TRASTORNOS MÁS RAROS.

Oídos

GENERALMENTE, LA QUEJA SERÁ DE UN DOLOR EN LA CAVIDAD BUCAL QUE SE IRRADIA AL OÍDO; ESTO NECESITA UN EXAMEN A CONCIENCIA DE LAS PIEZAS. EL ODONTÓLOGO DEBE SER CAPAZ DE DETERMINAR SI EL DOLOR REFERIDO ORIGINADO EN LA DENTADURA ES LA POSIBLE CAUSA DEL DOLOR DE OÍDOS. LA PALPACIÓN DEL OÍDO EXTERNO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES PUEDE REVELAR ALGO DE SENSIBILIDAD QUE INDICARÍA AL DENTISTA QUE LA INFLACIÓN EXISTE DENTRO DEL OÍDO MISHO.

Ojos

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ OBSERVAR SI EL NIÑO TIENE O NO DIFICULTAD PARA VER Y SI USA LENTES O NO. LA OBSERVACIÓN DE LOS OJOS DEL NIÑO DEBERÁ INCLUIR LA ACCIÓN DE LOS PÁRPADOS, PRESENCIA O -

AUSENCIA DE CONJUNTIVITIS, DEFECTOS DEL IRIS Y LAGRIMEO ANORMAL.-
LOS DEFECTOS DE DESARROLLO DE LA CAVIDAD BUCAL PUEDEN TENER SU COM-
PARTIDA EN EL OJO.

EN GENERAL, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ OBSERVAR Y CONOCER CUAL-
QUIER ANORMALIDAD EN LA ESTRUCTURA DEL OJO Y EN LOS TEJIDOS QUE -
LE RODEAN. DEBERÁ DESCARTAR CUALQUIER AFECCIÓN BUCAL COMO FACTOR_
ETIOLÓGICO Y ENVIAR AL PACIENTE COMO FACTOR ETIOLÓGICO Y ENVIAR -
AL PACIENTE A UN OCULISTA DE REPUTACIÓN PARA QUE LE HAGA UN EXA--
MEN COMPLETO.

NARÍZ

DEBIDO A SU LOCALIZACIÓN PROMINENTE CUALQUIER ANOMALÍA DE_
TAMAÑO FORMA O COLOR DE LA NARÍZ ATRAE AUTOMÁTICAMENTE LA ATEN--
CIÓN HACIA DICHO ÓRGANO.

LA EXTENSIÓN DE QUISTES O TUMORES DESDE DENTRO DE LA CAVI--
DAD BUCAL Y PARTICULARMENTE EL MAXILAR SUPERIOR, PUEDE HACER IN--
TRUSIÓN EN LOS CONDUCTOS NASALES.

CUELLO

EL EXAMEN DEL CUELLO SE HACE POR OBSERVACIÓN Y POR PALPA--
CIÓN. Á MEDIDA QUE EL ODONTÓLOGO OBSERVA ASIMETRÍA FACIAL DEL NI--
ÑO, TAMBIÉN OBSERVA CUALQUIER CONFIGURACIÓN ANORMAL DEL CUELLO. -

EN EL CURSO DEL EXAMEN, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ MANTENERSE DE PIE DE TRÁS DEL NIÑO Y PASAR DE MANERA NATURAL LA PARTE PLANA DE SUS DEDOS SOBRE LA REGIÓN PARÓTIDA. BAJO EL CUERPO DE LA MANDÍBULA, HACIA LAS REGIONES SUBMAXILARES Y SUBLINGUALES, Y DESDE AHÍ PALPAR LOS TRIÁNGULOS DEL CUELLO. FRECUENTEMENTE, ES EVIDENTE EN EL PACIENTE INFANTIL AGRADAMIENTO DE GANGLIOS LINFÁTICOS SUBMAXILARES, Y ESTO PUEDE ASOCIARSE CON AMÍGDALAS INFLAMADAS INFECTADAS, Y CON INFECCIÓN RESPIRATORIA CRÓNICA. LOS GANGLIOS PALPABLES TAMBIÉN PUEDEN DEBERSE A DRENAJE DE INFECCIÓN BUCAL O NEOPLASMAS.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

LA CAVIDAD BUCAL ES LA META DEL EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO.

ALIENTO:

EL ALIENTO DE UN NIÑO SANO ES GENERALMENTE AGRADABLE E INCLUSO DULCE. "MAL ALIENTO O HALITOSIS, PUEDE SER ATRIBUIBLE A CAUSAS LOCALES O GENERALES. LOS FACTORES LOCALES INCLUYEN: HIGIENE BUCAL INADECUADA, PRESENCIA DE SANGRE EN LA BOCA O ALIMENTOS VOLÁTILES DE FUERTE OLOR. LOS FACTORES GENERALES PUEDEN INCLUIR DESHIDRATACIÓN, SINUSITIS, HIPERTROFIA E INFECCIÓN DEL TEJIDO ADENOIDEO, CRECIMIENTOS MALIGNOS, TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR, FIEBRE TIFOIDEA, Y OTRAS INFECCIONES ENTÉRICAS Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES. LA ACIDOSIS GENERALMENTE PRODUCE OLOR DE ACETONA EN EL ALIENTO. FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS QUE SUFREN DELEVACIONES DE TEM-

PERATURA TIENEN UN ALIENTO FÉTIDO, Y CARACTERÍSTICO.

LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL.

LOS LABIOS SON LA ENTRADA DE LA CAVIDAD BUCAL Y EL DENTISTA NO DEBE DE DESCUIDARLOS DESPUÉS DE OBSERVAR EL TAMAÑO Y FORMA. COLOR Y TEXTURA DE LA SUPERFICIE DEBERÁN SER PALPADOS, FRECUENTE MENTE SE VEN EN LOS LABIOS ÚLCERAS, VESICULAS, FISURAS Y COSTRAS, CUANDO SE PRESENTAN DIFERENTES TIPOS DE ALERGIAS SE PRESENTA UN CAMBIO EN EL LABIO.

AL PROSEGUIR DENTRO DE LA BOCA PUEDE OBSERVARSE LA MUCOSA BUCAL TENIENDO EN CUENTA LOS PUNTOS DE REFERENCIA ANATÓMICOS NORMALES QUE ESTÁN EN EL ÁREA. EL MÁS VISIBLE DE ESTOS ES LA PAPILA EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO DE STENNSSEN DESDE LA GLÁNDULA PARÓTIDA, ESTA PAPILA PUEDE ESTAR INFLAMASA Y EL COMIENZO DEL ZARAMPION PUEDE VERSE RODEADA DE PEQUEÑOS PUNTOS AZULADOS Y BLANQUESINOS RODEADOS DE ROJO. TAMBIÉN PUEDEN PALPARSE CON PULGAR E ÍNDICE LAS INFLAMACIONES EN LA MEJILLA. LAS LESIONES MÁS COMUNES QUE SE OBSERVAN EN LA MUCOSA LABIAL O BUCAL DE LOS NIÑOS SON LAS QUE SE ASOCIAN CON VIRUS DE HERPES SIMPME. ÉSTAS PUEDEN SER RELATIVAMENTE BENIGNAS CON PEQUEÑAS ÚLCERAS DOLOROSAS QUE PUEDEN SER MÁS GENERALIZADAS EXTENDIÉNDOSE EL TEJIDO GINGIVAL Y AL PALADAR PRODUCIENDO TEJIDO GINGIVAL DEMASIADO SENSITVO, DOLOROSO Y MÚLTIPLES ÚLCERAS POCO PROFUNDAS CON UNA AFECCIÓN DE ESTE TIPO GENERALMENTE

HAY UNA HISTORIA DE ALGÚN TRASTORNO CONGÉNITO.

SALIVA.

LOS PROCEDIMIENTOS DE EXÁMENES DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL GENERALMENTE ESTIMULAN SALIVACIÓN PROFUNDA EN LOS NIÑOS. LA CALIDAD DE LA SALIVA PUEDE SER MUY DELGADA NORMAL O VISCOSA. PAROTIDITIS EPIDÉRMICA O PAPERAS SE CARACTERIZAN POR UNA INFLAMACIÓN MUY SENSIBLE Y ALGO DOLOROSA UNILATERAL Y BILATERAL DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES. UNA SECRECIÓN EXCESIVA O PURULENTO DEL CONDUCTO DE STENSON PUEDE INDICAR OTROS TRASTORNOS DE LA GLÁNDULA PAROTIDA. -- LAS GLÁNDULAS SALIVALES SUVLINGUALES Y SUBMAXILARES TAMBIÉN PUEDEN VOLVERSE IMPERSENSIBLES HICADAS Y PUEDEN TENER SECRECIONES ALTERADAS CUANDO EXISTAN INFECCIONES GENERALES.

TEJIDO GINGIVAL

EL FRENILLO LABIAL SITUADO EN LA LÍNEA MEDIA DE LOS MAXILARES INFERIOR Y SUPERIOR PUEDEN SER RESPONSABLES DE UN ESPACIAMIENTO ANORMAL ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES. EL COLOR EL TAMAÑO Y LA FORMA LA CONSISTENCIA Y LA FRAGILIDAD CAPILAR DE LA ENCIA DEBEN TOMARSE EN CONSIDERACIÓN TAMBIÉN. COLOR ROJO, E HINCHAZÓN PUEDEN DEBERSE A INFLAMACIÓN PRODUCIDA POR HIGIENE BUCAL INADECUADA. -- CUANDO HACE ERUPCIÓN LA PIEZA EL TEJIDO GINGIVAL QUE LA RODEA PUEDE INFLAMARSE O VOLVERSE DOLOROSO O HINCHADO ESTAS ÁREAS FRECUEN-

TEMENTE SE VEN TRAUMATIZADAS POR LAS PIEZAS OPUESTAS, FÍSTULAS DE DRENAJE EN TEJIDO GINGIVAL UNIDO ACOMPAÑADAS DE SENSIBILIDAD, DOLOR Y MOVILIDAD DEL DIENTE.

LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL

DEBERÁ PEDIRSE AL NIÑO QUE EXTIENDA LA LENGUA DE MANERA - QUE EL EXAMINADOR OBSERVE SU FORMA, TAMAÑO, COLOR Y MOVIMIENTO. - EL AGRANDAMIENTO PATOLÓGICO DE LA LENGUA PUEDE DEBERSE A CRETINISMO O MONGOLISMO, O PUEDE ASOCIARSE CON UN QUISTE O NEOPLASMA. UNA DESCAMACIÓN DE LAS PAPILAS SUPERFICIALES ASOCIADA, CON UN CAMBIO DE COLOR Y SENSIBILIDAD, PUEDE HABERSE A CIERTAS AVITAMINOSIS, - ANEMIS O TRASTORNOS POR TENSIÓN. SI EL FRENILLO LINGUAL ES ANORMALMENTE CORTO, PUEDE EVITAR QUE LA PUNTA DE LA LENGUA SE INCLINE HACIA ADELANTE. ESTA CAUSA DE CIERTOS DEFECTOS DE FONACIÓN. PARA PODER EXAMINAR EL DORSO DE LA LENGUA EN DETALLE, SE DEBERÁ TOMAR LA PUNTA CON UNA GASA DE ALGODÓN COLOCADA ENTRE EL PULGAR Y - EL ÍNDICE Y DEBERÁ EXTRAERSE DELICADAMENTE LA LENGUA ATRAPADA DE ESTA MANERA. LA SUPERFICIE DE LA LENGUA ES RELATIVAMENTE SUAVE Y DESLIZANTE. LA SEQUEDAD DE LA LENGUA PUEDE DEBERSE A DESHIDRATACIÓN O PUEDE OCURRIR EN LOS NIÑOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA. LA LENGUA PUEDE TENER UN COLOR BLANCO, GRISÁCEO O PARDUSCO EN ESTADO FEBRIL, O ETAPAS TEMPRANAS DE ENFERMEDADES EXANTEMATOSAS. LA HINCHAZÓN EN EL SUELO DE LA BOCA PUEDE HACER QUE LA LENGUA SE ELEVE Y AFECTE A LA FONACIÓN Y EL MOVIMIENTO LINGUAL DEL NIÑO.

PALADAR.

LA CABEZA DEL NIÑO DEBERÁ SER INCLINADA LIGERAMENTE HACIA_ ATRÁS PARA PODER OBSERVAR DIRECTAMENTE LA FORMA, EL COLOR Y LA - PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE LESIÓN EN EL PALADAR BLANDO Y EN - EL DURO, LA CONSISTENCIA DE LAS DEFORMIDADES O INFLAMACIONES DEBE RÁ SER INVESTTIGADA CON CUIDADO POR MEDIO DE PALPACIÓN. CAMBIOS - DE COLOR PUEDEN SER CAUSADOS POR NEOPLASMAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SISTEMÁTICAS, TRAUMAS O AGENTES QUÍMICOS.

FARINGE Y AMÍGDALAS.

PARA EXAMINAR EL ÁREA DE LA FARÍNGE Y DE LAS AMÍGDALAS, EL EXAMINADOR DEBERÁ DEPRIMIR LA LENGUA CON UN ESPEJO DE MANO O CON_ UNA ESPÁTULA PARA OBSERVAR CUALQUIER CAMBIO DE COLOR, ÚLCERAS O - INFLAMACIÓN. MUY A MENUDO ES ACONSEJABLE QUE EL ODONTOPEDIATRIA. - SUGIERA QUE EL NIÑO SEA EXAMINADO POR UN MÉDICO, SI CONSIDERA QUE SUS AMÍGDALAS ESTÁN GRAVEMENTE INFECTADAS Y PUEDEN SER CAUSA CONTRIBUYENTE DE MALA SALUD.

DIENTES

PUEDEN HACERSE CIERTAS OBSERVACIONES BÁSICAS DE LA DENTADU RA EN GENERAL ANTES DE FORMULAR DIAGNÓSTICOS SOBRE LAS PIEZAS INDIVIDUALES. ESTO INCLUYE EL NÚMERO DE PIEZAS Y SU TAMAÑO, COLOR, - OCLUSIÓN Y MALFORMACIONES. NÚMERO DE PIEZAS UN TRASTORNO EN LA -

ERUPCIÓN DE LA DENTADURA PUEDE HACER QUE EXISTAN DEMASIADAS PIEZAS O POCAS, SEGÚN EXISTA EL PATRÓN DE ERUPCIÓN RESTRASADAS O PRECOZ, 2) TAMAÑO DE LAS PIEZAS ES RARO ENCONTRAR MACRODONCIA O MICRODONCIA, 3) COLOR DE LAS PIEZAS LATINCIÓN ANORMAL DE LAS PIEZAS DE LOS NIÑOS PUEDE DIVIDIRSE EN DOS TIPOS: INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA, 4) OCLUSIÓN DE LAS PIEZAS EN ESTA ETAPA DEL EXAMEN, PUEDE COMPROBARSE LA OCLUSIÓN DEL NIÑO PREGUNTÁNDOLE "QUIENES POR FAVOR MORDER SOBRE TUS DIENTES POSTERIORES" CUANDO EL NIÑO CIERRA, EL DENTISTA GUÍA LA MANDÍBULA SUAVE, PERO FIRMEMENTE, A LA POSICIÓN MÁS RETRAÍDA, PERO CÓMODA, DE LOS CÓNDILOS. LA INTERDIGITACIÓN DE MOLAR Y CANINO DEBERÁ SER COMPROBADA CUIDADOSAMENTE DE MANERA BILATERAL. AL DETECTAR MALOCCLUSIÓN EN SU ETAPA TEMPRANA SE PUEDE INFORMAR A LOS PADRES DE QUE MÁS ADELANTE SERÁ NECESARIO CONSULTAR A UN ORTODONCISTA, 5) MALFORMACIONES DE LOS DIENTES, LESIONES FÍSICAS E HIPOPLASIAS DEL ESMALTE SON LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE DIENTES MALFORMADOS. ADICIONALMENTE LAS PIEZAS PUEDEN ESTAR DILATERADAS, EMPEQUEÑECIDAS, GERMINAS, FUSIONADAS, CON ENTALLADURAS Y EN FORMA DE CLAVO, CAUSA DE TRASTORNOS HEREDITARIOS, SISTEMÁTICOS O DEL DESARROLLO. LAS CARIES SON CAUSA DE MÁS DESTRUCCIÓN DE TEJIDOS DENTALES QUE CUALQUIER OTRO TIPO DE AFECCIÓN.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

EL HISTORIAL, EL EXAMEN CLÍNICO Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PROPORCIONARÁN LOS HECHOS ESENCIALES NECESARIOS PARA LLEGAR A

UN DIAGNÓSTICO, DE LOS HECHOS RECOGIDOS, SE PUEDEN SUGERIR VARIOS PROCESOS PATÓGENOS. SIEMPRE EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE HAYA MÁS DE UNA ENFERMEDAD AL MISMO TIEMPO. EN CASOS POCO CORRIENTES ES NECESARIO A VECES CONSULTAR A OTROS ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES ANTES DE PODER LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO FINAL Y PRESCRIBIR UN PLAN DE TRATAMIENTO.

PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO ACERTADO SE BASA EN DIAGNÓSTICO EXACTO Y CUIDADOSA PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO. DEBEN EVALUARSE TRES CONSIDERACIONES ANTES DE LLEVAR A CABO CUALQUIER TRATAMIENTO: URGENCIA, SECUENCIA Y RESULTADOS PROBABLES. UNA SECUENCIA BIEN ORGANIZADA DE TRATAMIENTO EVITA MUCHOS FALSOS COMIENZOS, REPETICIÓN DE TRATAMIENTO, Y PÉRDIDA DE TIEMPO, ENERGÍAS Y DINERO.

ESBOZO DE PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOPEDIÁTRICO.

- 1.- TRATAMIENTO MÉDICO
 - A) ENVIO A UN MÉDICO GENERAL
- 2.- TRATAMIENTO GENERAL
 - A) PREMEDICACIÓN
 - B) TERAPÉUTICA PARA INFECCIÓN BUCAL
- 3.- TRATAMIENTO PREPARATORIO
 - A) PROFILAXIA BUCAL

- b) CONTROL DE CARIES
- c) CONSULTA CON ORTODONCISTA
- d) CIRUGÍA BUCAL
- e) TERAPÉUTICA DE ENDODONCIA

4.- TRATAMIENTO CORRECTIVO

- a) OPERATORIA DENTAL
- b) PRÓTESIS DENTAL
- c) TERAPÉUTICA DE ORTODONCIA

5.- EXÁMENES POR RECORDATORIO PERIÓDICOS Y TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.

CAPITULO V

HABITOS BUCALES EN LA INFANCIA

A) DEFINICION DE HABITO

UN HABITO ES UN MODO DE PROCEDER, ADQUIRIDO POR LA CONSTANTE REPETICIÓN DE UN ACTO IGUAL. A CADA REPETICIÓN EL ACTO SE HACE MENOS CONCIENTE YA QUE ES ORIGINADO POR TENDENCIAS INSTINTIVAS, - EL GRADO DE SER RELEGADO POR COMPLETO AL SUBCONCIENTE.

LOS HABITOS SON LOS VICIOS INFANTILES CAPACES DE PRODUCIR ALTERACIONES EN EL DESARROLLO MANDIBULAR Y DENTARIO; PARA QUE EL HABITO PUEDE PROVOCAR MALFORMACIONES ÓSEAS, ÉSTE DEBE SER CONTINUO DURANTE MUCHOS MESES, DEPENDE ENTONCES DEL ODONTÓLOGO Y DE SUS FAMILIARES LA INDICACIÓN PRECOZ DEL TRATAMIENTO.

PARA COMPRENDER EL PORQUÉ SE FORMAN LOS HABITOS, SE DEBEN CONOCER ALGUNOS FACTORES O CASUAS EXISTENTES, ESTAS CAUSAS DERIVAN DEL MUNDO EXTERIOR O INTERIOR EN EL QUE EL NIÑO SE DESARROLLA EN LA SOCIEDAD, DESDE SU ETAPA DE LA LACTANCIA, HASTA LA ETAPA EN EL QUE SE DA CUENTA DEL DAÑO QUE HA OCASIONADO EL HABITO QUE ADQUIRIÓ.

LOS HABITOS ORALES SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS:

HABITOS NO COMPULSIVOS: ESTOS SON LOS QUE NO IMPULSAN EMO-

CIONALMENTE Y NO SON PERJUDICIALES PARA EL INDIVIDUO, SIENDO UTILIZADOS COMO UN ESCAPE A PREOCUPACIONES Y ANSIEDADES QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN RRODUCIENDO TRASTORNOS OSQUICOS GRAVES. ESTE HÁBITO SE ABANDONA FÁCILMENTE.

HÁBITOS COMPULSIVOS: ES CUANDO HA ADQUIRIDO EL HÁBITO UNA FIJACIÓN EN EL NIÑO, AL GRADO DE QUE ACUDE A LA PRÁCTICA DEL MISMO CUANDO SIENTE QUE SU SEGURIDAD SE VE AMENAZADA PARA LOS EVENTOS OCURRIDOS EN SU MUNDO, REALIZARLO LE SIRVE DE ESCUDO CONTRA LA SOCIEDAD QUE LE RODEA. EL NIÑO SE VUELVE INTROVERTIDO Y POR LO TANTO AL EFECTUAR DICHO HÁBITO ADQUIERE LA SATISFACCIÓN DESEADA.

B) HÁBITO DE SUCCIÓN.

AL NACER EL NIÑO, DESARROLLA UN PATRÓN REFLEJO DE FUNCIONES NEUROMUSCULARES, LLAMADOS REFLEJOS DE SUCCIÓN. LOS LABIOS DEL RECIÉN NACIDO SE ENCUENTRAN MUY ADELANTADOS EN SU DESARROLLO Y SON SENSIBLES AL TACTO. DE MODO SEMEJANTE, LAS LLEMAS DE LOS DEDOS SON SENSIBLES, ASÍ QUE SI SE LLEVAN A LOS LABIOS PRODUCEN UNA RESPUESTA INMEDIATA A ELLOS, POR LO QUE SE MUEVEN EN UN INTENTO DE SUCCIONAR.

EL NIÑO APRENDE QUE EL INSTINTO DE MAMAR, CUANDO ES ESTIMULADO POR EL HAMBRE, LE PRODUCE SATISFACCIÓN Y LE PROPORCIONA ALIMENTO PARA OBTENER ENERGÍA. PRONTO SE FIJA ESTE MODO DE REACCIÓN.

Y SI NO SE LE DA SATISFACCIÓN CON EL PECHO, ENCUENTRAN UN SUSTITUTO EN EL DEDO DE LA MANO, EVIDENTEMENTE EL REFLEJO DE SUCCIÓN DEL NIÑO RESPONDE A UNA NECESIDAD Y ESTE INFLUYE EN EL Y EN SU SITUACIÓN ES INICIALES PARA EL APRENDIZAJE Y CONTRIBUYEN A SU DESARROLLO PSÍQUICO.

CON EL TÉRMINO (SUCCIÓN DE PULGAR) SE DESCRIBE LA COLOCACIÓN DEL PULGAR O DE CUALQUIER OTRO DEDO EN EL INTERIOR DE LA BOCA REPETIDAMENTE DURANTE EL DÍA COMO EN LA NOCHE, LOS QUE APARECEN DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA ESTÁN RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE LACTANCIA. SIN EMBARGO ALGUNOS SE CHUPAN EL DEDO O DEDOS DURANTE LA ERUPCIÓN DENTARIA, PORQUE LES PROVOCA PICAZÓN O DOLOR Y ESTE ES UN MEDIO DE ALIVIO PARA ELLOS. OTROS NIÑOS MÁS GRANDES USAN ESTE HÁBITO PARA LA LIBERACIÓN DE TENSIONES EMOCIONALES QUE NO PUEDEN SUPERARSE Y ES COMO UNA PROTECCIÓN PARA ELLOS, PRINCIPALMENTE EN ESTOS SE DEBE ANALIZAR EL HÁBITO EN EL SENTIDO PSICOLÓGICO PORQUE PUEDE SER ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON SU SOCIEDAD EN GENERAL.

EN LOS CASOS EN QUE EL HÁBITO HA PRODUCIDO ALTERACIONES EN LAS POSICIONES DENTARIAS, EL PROBLEMA SE CORRIGE SÓLO SI EL HÁBITO SE ABANDONA ANTES DE LA ERUPCIÓN COMPLETA DE LOS DIENTES ANTERIORES PERMANENTES O EN EL PERÍODO DE DENTICIÓN MIXTA. SI ESTE HÁBITO NO SE HA PODIDO CORREGIR ANTES DE ESTA ERUPCIÓN OCASIONA PROBLEMAS DE ALINEAMIENTOS Y COLUSIÓN DE LAS PIEZAS Y SÓLO PODRÁ SER

SOLUCIONADO MEDIANTE TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS. UNO DE LOS PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PROVOCA ÉSTE HÁBITO ES LA MORDIDA ABIERTA. EL MAL ALINEAMIENTO DE LAS PIEZAS PRODUCE, UNA ABERTURA LABIAL PRONUNCIADA DE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES Y ESTO AUMENTA LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL ABRIÉNDOLA, Y PUEDE HABER UNA INCLINACIÓN LINGUAL Y APLANADO DE LA CURVA DE SPEE DE LAS PIEZAS ANTERIORES MANDIBULARES.

ESTAS DEFORMACIONES SE PUEDE SABER PORQUÉ MANO HA SIDO PROVOCADA PORQUE LA CONSTANTE SUCCIÓN PRODUCE CALLOSIDAD EN EL DEDO UTILIZANDO Y SIEMPRE TRAERÁ UN DEDO MÁS LIMPIO QUE TODOS LOS DEMÁS DEDOS, Y ADEMÁS MALFORMACIONES EN EL MISMO DEDO.

EL PALADAR OJIVAL ES OTRA DE LAS DEFORMACIONES OCACIONADAS POR LAS FUERZAS QUE APLICA EL PULGAR SOBRE EL PALADAR DURO DE UNA MANERA CONSTANTE DEJADO UN MARCADO HUNDIMIENTO. LA RETRACCIÓN DE LA MANDÍBULA SE PRESENTA, SI EL PESO DE LA MANO O DEL BRAZO LO OBLIGAN A MANTENERSE EN POSICIÓN RETRUSIVA.

LA SUCCIÓN DEL PULGAR O DE OTROS DEDOS ES MUY COMÚN EN LOS NIÑOS Y PUEDE CONSIDERARSE COMO NORMAL HASTA LOS DOS AÑOS Y MEDIO. DESPUÉS DE ESA EDAD DEBE PROCURARSE SU ELIMINACIÓN O LA PERSUASIÓN Y CONVENCIMIENTO RACIONAL POR PARTE DEL NIÑO, DE LOS MALES QUE LE PUEDE ACARREAR LA PERSISTENCIA EN EL HÁBITO. PUEDE TAMBIÉN RECOMENDARSE LOS APARATOS FIJOS O REMOVIBLES DESTINADOS A RECOR--

DAR AL NIÑO QUE NO DEBE DE SUCCIONAR EL DEDO Y EVITAR QUE ENCUENTRE PLACER HACIÉNDOLO.

EXISTEN ADEMÁS DE MÉTODOS PSICOLÓGICOS PARA EDUCAR EL NIÑO, MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES, QUE SEAN UTILIZADOS CON ÉXITO POR LOS ODONTÓLOGOS, Y QUE NO CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS EN LA BOCA DEL NIÑO, POR EJEMPLO RECUBRIR SU PULGAR O SU DEDO CON SUSTANCIA COMERCIALMENTE DISPONIBLE A ESTE EFECTO, DE SABOR DESAGRADABLE, PERO SIN DUDA ESTE MÉTODO TIENEN EN COMÚN QUE SE BASA EN LA ACEPTACIÓN DEL NIÑO PARA ROMPER DICHO HÁBITO. OTRO MÉTODO PARA LA ELIMINACIÓN DE ESTE HÁBITO PUEDE SER EL USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES. ESTOS SON FABRICADOS POR EL ODONTÓLOGO PARA COLOCARLOS EN LA BOCA DEL NIÑO.

B) HÁBITO DE SUCCIÓN DEL LABIO

LA SUCCIÓN DEL LABIO CONSISTE EN INTRODUCIR EL LABIO SUPERIOR O INFERIOR, SIENDO MÁS FRECUENTE EL INFERIOR, DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES SE EJERCE PRESIÓN SOBRE LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS MISMOS, ESTO ES DEBIDO A LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA AL QUERER CERRAR LA BOCA, EL LABIO SUPERIOR SE VUELVE HIPOTÓN AL NO TENER CONTACTO CON EL INFERIOR.

LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LA REPETICIÓN CONSTANTE DE ESTE ACTO SON: 1º PROTRUCCIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

- 2) APIÑAMIENTO DE LOS INCISIVOS INFERIORES
- 3) SOBRE ENTRECruzAMIENTO VERTICAL U HORIZONTAL
- 4) APERTURA DE LA MORDIDA

EL MECANISMO DEL HÁBITO ES EL SIGUIENTE. SE HUMEDece EL LABIO CON LA PUNTA DE LA LENGUA. EL LABIO INFERIOR SE DOBLA HACIA ATRÁS LA LENGUA SE RETRAE Y PARA LA PUNTA HACIA ADELANTE, EL LABIO INFERIOR SE APRISIONA ENTRE LOS INCISIVOS DE AMBAS ARCADAS Y SE EJERCE UNA PRESIÓN Y EL LABIO RECOBRA LENTAMENTE SU POSICIÓN NORMAL.

EL NIÑO QUE TIENE ESTE HÁBITO SUELE ESTAR PASANDO POR UN STRESS EMOCIONAL QUE CON FRECUENCIA ES EL RESULTADO DE INFELICIDAD Y CONFLICTOS EN EL HOGAR.

CUANDO EL HÁBITO SE HACE PERNICIOSO SE PRESENTA UN APLANAMIENTO MARCADO, LOS INCISIVOS SUPERIORES SON DESPLAZADOS HACIA ARRIBA, HASTA UNA RELACIÓN PROTRUSIVA. ANTES DE COLOCAR ALGÚN APARATO SE DEBE DETERMINAR LAS CAUSAS, POR QUE INTENTAR CAMBIAR LA FUNCIÓN LABIAL SIN CAMBIAR LA POSICIÓN DENTARIA ES BUSCAR EL FRACASO. POR LO TANTO PRIMERO SE DEBE ESTABLECER LA OCLUSIÓN NORMAL. EL APARATO PUEDE SER EFICAZ CUANDO EL HÁBITO ES PRIMORDIALMENTE TÍPIC NEUROMUSCULAR.

D) HÁBITO DE PROYECCIÓN DE LA LENGUA.

EL HÁBITO DE PROYECTAR LA LENGUA HACIA ADELANTE ES LA ATENCIÓN DEL MECANISMO INFANTIL DE MAMAR. AL ERUPCIONAR LOS INCISIVOS A LOS CINCO O SEIS MESES DE EDAD, LA LENGUA NO SE RETRAE COMO DEBERÍA HACERLO Y CONTINÚA PROYECTÁNDOSE HACIA ADELANTE.

SEA CUAL SEA LA CAUSA DEL HÁBITO DE LENGUA (TAMAÑO, POSTURA O FUNCIÓN), TAMBIÉN FUNCIONA COMO CAUSA EFICAZ DE LA MALOCLUSIÓN. EN ALGUNOS CASOS, AL PROYECTARSE LA LENGUA CONTINUAMENTE HACIA ADELANTE, AUMENTANDO LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL Y LA MORDIDA ABIERTA, LAS PORCIONES PERIFÉRICAS YA NO DESCANSAN SOBRE LAS CÚSPIDES LINGUALES DE LOS SEGMENTOS VESTIBULARES. LOS DIENTES POSTERIORES ERUPCIONAN Y LENTAMENTE ELIMINAN EL ESPACIO LIBRE INTERDENTAL.

ES IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA EL TAMAÑO DE LA LENGUA, ASÍ COMO SU FUNCIÓN. EL EFECTO DE TAMAÑO DE LA LENGUA SOBRE LA DENTICIÓN SE REPRESENTA EN UN PACIENTE CON AGLOSIA CONGÉNITA, EL OTRO CON MACROFLOSIA. LA PRESENCIA DE AMÍGDALAS BLANDAS O ADENOIDES -- TAMBIÉN CONTRIBUYEN A LA POSICIÓN ANORMAL DE LA LENGUA, YA QUE SE HA DEMOSTRADO QUE EL HÁBITO DE PROYECTAR LA LENGUA HACIA ADELANTE PUEDE SER CONSECUENCIA DEL DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE LA BASE DE LA LENGUA. EN ESTOS CASOS, EL RESULTADO FINAL DE ESTAS ANOMALÍAS ES LA MORDIDA ABIERTA PERMANENTE, MALOCLUSIÓN O PATOLOGÍA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE.

E) HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL

EN LOS NIÑOS ES POCO FRECUENTE QUE RESPIREN POR LA BOCA. -
LA RESPIRACIÓN BUCAL SE CLASIFICA EN TRES GRUPOS DE ACUERDO CON -
SU CAUSA ETIOLÓGICA.

- A) POR OBSTRUCCIÓN
- B) POR HÁBITO
- C) POR ANATOMÍA

POR OBSTRUCCIÓN SON AQUELLOS QUE PRESENTAN RESISTENCIA IN-
CREMENTADA U OBSTRUCCIÓN COMPLETA DEL FLUJO NASAL. DEBIDO A QUE -
EXISTE DIFICULTAD TANTO PARA INHALAR COMO PARA EXHALAR, AL TRAVÉS
DE LOS CONDUCTOS NAALES, EL NIÑO SE VE EN LA NECESIDAD DE RESPI-
RAR POR LA BOCA.

POR HÁBITO UNA VEZ QUE SE HA ELIMIANDO LA CAUSA DE LA OBS-
TRUCCIÓN EL NIÑO ADQUIERE EL ACTO DE RESPIRAR POR LA BOCA COMO UNA
COSTUMBRE.

POR ANATOMÍA ES CUADNO EL LABIO SUPERIOR ES CORTO, LO CUAL
IMPIDE CERRAR POR COJPLETO, A MENOS DE QUE SE LLEVE A CABO UN --
GRAN ESFUERZO.

ESTE HÁBITO PERTURBA LA FISIOLÓGÍA USUAL DELA BOCA Y URDE_
CAUSAR GINGIVITIS Y AUMENTO DE VOLUMEN DE LAS ENCÍAS, EL PACIENTE

PRESENTA UNA LENGUA CON REVESTIMIENTO ANORMAL.

CUANDO SE HA DIAGNOSTICADO RESPIRACIÓN BUCAL, DEBERÁ ELIMINARSE LA CAUSA DE ESTE HÁBITO CON LA AYUDA DE UN OTORRINOLARINGÓLOGO, EL ODONTÓLOGO PODRÁ HACER QUE EL NIÑO RESPIRE NORMALMENTE - CON LA COLOCACIÓN DE UNA PANTALLA ORAL A BASE DE ACRÍLICO DE AUTO POLIMERIZABLE.

EL NIÑO DEBERÁ USAR LA PANTALLA DURANTE TODA LA NOCHE HASTA EVITAR EL HÁBITO.

F) HÁBITO DE MORDEDURA DE UÑAS (ONICOFAGIA)

EL ORIGEN DE ESTE HÁBITO ES DESPUÉS DE UN HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL Y POR LO TANTO ES UN ACTO DE TRANSFERENCIA, ES HÁBITO SE INICIA ENTRE LOS CUATRO Y CINCO AÑOS DE EDAD Y AUMENTA RÁPIDAMENTE DESPUÉS DE LOS CINCO AÑOS Y ALCANZA SU MÁXIMO EN LA PUEBETAD, COMIENZA A DESAPARECER DESPUÉS DE LOS 15 AÑOS Y RARA VEZ SE OBSERVA A LOS 30 AÑOS. ESTE HÁBITO NO ES PERNICIOSO Y NO AYUDA A PROVOCAR MALOCCLUSIONES PUESTO QUE LAS FUERZAS O TENSIONES APLICADAS AL MORDERSE LAS UÑAS SON SIMILARES A LAS DEL PROCESO DE MASTICACIÓN. SIN EMBARGO, EN CIERTOS INDIVIDUOS QUE PRESENTAN ESTE HÁBITO, CUANDO TIENEN IMPUREZAS DEBAJO DE LAS UÑAS SE OBSERVA UNA MARCADA ATRICCIÓN DE LAS PIEZAS ANTERIORES INFERIORES. SU TRATA-

MIENTO CONSISTE EN REDUCIR LA TENSION DEL AMBIENTE, AUMENTAR EL SENTIMIENTO DE CONFIANZA EN EL NIÑO Y CON ELLO ALIVIAR LAS TENSIONES INTERNAS.

g) BRUXISMO

ES UN FROTAMIENTO CON FUERZA DE LOS FIENTES, SE PRODUCE MÁS COMÚNMENTE DURANTE LA NOCHE EN EL SUEÑO, AUNQUE A VECES TAMBIÉN SE OBSERVA CUANDO EL NIÑO ESTÁ DESPIERTO. EN OCASIONES ESTE HÁBITO ES DEFINIDO COMO RECHINAMIENTO NOCTURBO PORQUE EL RECHINAMIENTO ES CON TAL FUERZA QUE EL RUIDO PUEDE MANTENER DESPIERTO A LAS PERSONAS. EL NIÑO, QUEJA DE DOLOR O SENSIBILIDAD EN LOS MÚSCULOS TEMPORALES Y EN LA REGIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ESTE HÁBITO SE PUEDE DETECTAR EN LAS CORONAS DE LOS MOLARES PORQUE SE ENCUENTRAN APLANADOS Y HAY DESGASTE LINGUAL DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

SE DICE QUE EL BRUXISMO ES UNA RESPUESTA A LA TENSION NERVIOSA Y AL STRESS, SOBRE TODO EN NIÑOS MUY TENSOS E IRRITABLES, OBSERVÁNDOSE TAMBIÉN EN ENFERMEDADES ORGÁNICAS COMO: EPILEPSIA, MENINGITIS Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

ESTE HÁBITO SE ELIMINA ACUDIENDO AL MÉDICO, PSICÓLOGO Y DONTOPEDIATRA, EL APARATO QUE SE UTILIZA ES LLAMADO GUARDA NOCTURNA.

CAPITULO VI

CAUSAS POR LA CUAL HAY PERDIDA DEL ESPACIO

A) CARIES INTERPROXIMAL

UNA PÉRDIDA TEMPRANA DE LA ESTRUCTURA DENTAL DECÍDUA, COMO EN EL CASO DE LAS CARIES INTERPROXIMALES, POR LO GENERAL CONDUCE A UN CIERRE DE ESPACIO QUE A MENUDO NO ES NOTORIO. ÉSTA PRESENCIA DE CARIES INTERPROXIMAL LLEGA A PROVOCAR UNA DISMINUCIÓN, TANTO DE LA CORONA, COMO DE LA DISTANCIA MESIO DISTAL CAUSANDO UN DESEQUILIBRIO EN LA OCLUSIÓN.

CUANDO LA CARIES ES EXTENSA PUEDE LLEGAR HASTA LAPULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES CAUSANDO DISTURBIOS EN LA MADURACIÓN NORMAL DEL DIENTE DE REEMPLAZO, ASÍ COMO EN SU ERUPCIÓN.

B) RETARDO EN EL CAMBIO DE LA DENTICION

CUANDO EXISTE ALGÚN PROBLEMA ENDÓCRINO, SOBRE TODO HIPOTIROIDISMO, SUELE SUCEDER QUE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES NO SEA DESPUÉS DE LA EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES. CUANDO ÉSTE NO ES EL CASO Y OBSERVAMOS POR MEDIO DE LA RADIOGRAFÍA QUE EL DIENTE PERMANENTE SE ENCUENTRA PRESENTE, PERO NO HA ERUPCIONADO ES PORQUE EXISTE UNA BARRERA MUCOSA, LA CUAL ESTÁ FORMADA POR TEJIDO FIBROSO QUE NO PERMITE LA SALIDA DEL DIENTE. EN

ESTOS CASOS SE DEBE SER CUIDADOSO PARA PODER DETERMINAR QUE EN MOMENTOS SE PUEDE EFECTUAR UNA INCISIÓN PARA ASÍ PODER PERMITIR LA LIBRE GUÍA DE ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMANENTE.

c) ERUPCION ECTOPICA

LA ERUPCIÓN ECTÓPICA ES UNA SITUACIÓN QUE SE OBSERVA FRECUENTEMENTE EN MOLARES PERMANENTES INFERIORES QUE ERUPCIONAN A TRAVÉS DEL HUESO ALVEOLAR EN UNA POSICIÓN ANORMAL QUE EN MUCHOS CASOS PROVOCA RESORCIÓN DE LA RAIZ DEL MOLAR PRIMARIO.

d) ANQUILOSIS

LA ANQUILOSIS DE LOS DIENTES PRIMARIOS, LA MÁS FRECUENTE DE LAS CUALES ES LA DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR, PUEDE INTERFERIR EN LA EXFOLIACIÓN NORMAL DE LAS PIEZAS AFECTADAS Y LA ERUPCIÓN DE LOS PERMANENTE DE REPLAZO. LOS DIENTES ADYACENTES, QUE SUELEN ESTAR EN APARENTE SOBRE OCLUSIÓN, PUEDEN TAMBIÉN INCLINARSE SOBRE LA PIEZA ANQUILOSADA, CREANDO DE ESTA MANERA UN FUTURO PROBLEMA DE ESPACIO.

PARA PREVENIR LAS CONSECUENCIAS INDESEABLES DE ESTA CONDICIÓN, ES PRECISO QUE EL DIAGNÓSTICO SE PRECISE LO MÁS PRONTO POSIBLE. LAS CARACTERÍSTICAS DE UN DIENTE ANQUILOSADO SON:

1) PERMANECEN POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL. EL CRECIMIENTO NATU--

RAL A LO LARGO DE LA CRESTA DEL ALVEOLO NO LLEVA AL DIENTE ANQUILOSADO HACIA OCLUSAL.

2) ESTAN SÓLIDAMENTE UNIDOS AL HUEOS POR LO TANTO CARECEN DE MOVILIDAD.

3) ORIGINAN UN SONIDO SÓLIDO CUANDO SE LES SOMETE A PERCUSIÓN.

4) EN LA RADIOGRAFÍA PODEMOS OBSERVAR UNA INTERRUPCIÓN EN LA CONTINUIDAD DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, EN LA ZONA DE ANQUILOSIS.

SI UN DIENTE PRIMARIO ANQUILOSADO NO TIENE REEMPLAZANTE -- PUEDE INTENTARSE MANTENERLO EN LA BOCA REALIZANDO EL AJUSTE OCLUSAL POR MEDIO DE UNA INCRUSTACIÓN OVERLAY O BIEN DE UNA CORONA - PREFABRICADA DE ACERO CROMO . PARA QUE ESTE TRATAMIENTO SEA EXITOSO, ES INDISPENSABLE QUE LOS DIENTES PERMANENTES VECINOS HAYAN ALCANZADO EL PUNTO MÁXIMO DE ERUPCIÓN. SI ESTAS PIEZAS ESTÁN TODAVÍA EN ESTADO DE ERUPCIÓN ACTIVA EL DIENTE ANQUILOSADO RECONSTRUIDO SERÁ DE NUEVO SOBREPASADO OCLUSALMENTE.

EN EL CASO DE QUE UN DIENTE PERMANENTE HAGA ERUPCIÓN Y SE DIRIJA HACIA EL ESPACIO DEL DIENTE ANQUILOSADO, OCACIONANDO QUE - SE PIERDA LA LONGITUD DEL ARCO Y OBLIGANDO A LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL DIENTE DECIDUO ANQUILOSADO, SE DEBE INCIAR REALIZANDO - UNA SUBLUXACIÓN, LA CUAL CONSISTE EN INTENTAR ROMPER LA FUSIÓN - DEL CEMENTO AL HUESO Y MOVILIZAR EL DIENTE ANQUILOSADO EN SU ALVEOLO.

E) PÉRDIDA DENTAL PREMATURA

LA PÉRDIDA DENTAL PREMATURA EN CUALQUIER NIÑO PUEDE COM- -
PRENDER UNA O VARIAS PIEZAS PRIMARIAS O PERMANENTES, ANTERIORES O
POSTERIORES DE LA DENTADURA.

ÉSTA PÉRDIDA PREMATURA SE PUEDE DEBER A:

- 1) TRAUMATISMOS
- 2) CARIES
- 3) AUSENCIA CONGÉNITA

LA PÉRDIDA DENTAL PREMATURA EN NIÑOS, DA COMO RESULTADO:

- 1) PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO ESTRUCTURAL
- 2) PÉRDIDA DE EFICIENCIA FUNCIONAL
- 3) PÉRDIDA DE ARMONÍA ESTÉTICA
- 4) TRAUMATISMOS PSICOLÓGICOS.

LA PÉRDIDA PREMATURA PUEDE PRODUCIR CIERTOS EFECTOS ESPECÍ-
FICOS QUE PUEDEN SER:

- 1) CAMBIOS EN LA LONGITUD DEL ARCO DENTAL Y OCLUSIÓN
- 2) MÁLA ARTICULACIÓN DE LAS CONSONANTES AL HABLAR
- 3) DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES PERJUDICIALES
- 4) TRAUMA PSICOLÓGICO.

CAPITULO VII

MANTENEDORES DE ESPACIO

DEFINICION:

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO SON APARATOS ORTODÓNTICOS DESTINADOS A CONSERVAR EL ESPACIO Y EL EQUILIBRIO DENTARIO, CUANDO - HA SIDO NECESARIA LA EXTRACCIÓN PREMATURA DE UNA PIEZA TEMPORAL_ O PERMANENTE.

EL TÉRMINO "ORTODONCIA PREVENTIVA" SE LIMITA, PARA MUCHOS, A LOS PROCEDIMIENTOS QUE IMPLICA EL TÉRMINO "MANTENIMIENTO DE ESPACIO", LA ORTODONCIA PREVENTIVA INCLUYE NATURALMENTE MANTENIMIENTO DE ESPACIO, PERO ESPECULATIVAMENTE INCLUYE MUCHO MÁS.

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO PUEDEN CLASIFICARSE DE VARIAS_ MANERAS:

- 1.- FIJOS, SEMIFIJOS Y REMOVIBLES
- 2.- CON BANDAS O SIN ELLAS
- 3.- FUNCIONALES O SEMIFUNCIONALES O NO FUNCIONALES.
- 4.- ACTIVOS O PASIVOS.
- 5.- COMBINACIONES DE LOS ANTERIORES.

FIJOS:- LOS MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS SE PUEDEN CONSTRUIR VACIADOS, CORONAS DE ACERO PREFABRICADAS O CON BANDAS Y PROYECCIONES DE ALAMBRE O BARRAS INTERMEDIAS PARA CONSERVAR EL ESPACIO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

ESTÁN INDICADOS, CUANDO TODOS LOS DEMÁS DIENTES ESTAN SANOS O PUEDEN SER REPARADOS, ADEMÁS DE QUE LOS DIENTES CUBIERTOS - NO VAN HA PERDERSE PRONTO, PUES UNA VEZ CEMENTADOS, NO LOS PUEDEN RETIRAR EL PACIENTE Y POR LO TANTO NO LOS NI LOS ROMPE FÁCILMENTE.

SEMIFIJOS,- RETENEDOR CON UN APOYO FIJO Y OTRO ARTICULADO, CARACTERIZADO POR PRESENTAR UNA BANDA FIJA EN UN EXTREMO Y UNA BANDA CON TUBO EN EL OTRO. ESTE APARATO TAMBIÉN SE PUEDE CONSTRUIR CON CORONAS VACIADAS. EN EL TURBO CALZA EL ELEMENTO RÍGIDO QUE SIRVE PARA MANTENER EL ESPACIO. SU VENTAJA PRINCIPAL ES QUE PERMITE EL MOVIMIENTO FISIOLÓGICO DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

DENTRO DEL GRUPO DE MANTENEDORES DE ESPACIO CONSIDERADOS - COMO FIJOS, YA QUE PUEDEN SER REMOVIDOS POR EL CIRUJANO DENTISTA, MÁS NO POR EL PACIENTE SON LOS SIGUIENTES:

MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO Y CROMO

MANTENEDOR DE BANDA Y ANSA

MANTENEDOR DE TIPO PUENTE FIJO

MANTENEDOR DE EXTENSION DISTAL (ZAPATILLA DISTAL)
MANTENEDOR DE BANDA Y BAPPA.

DENTRO DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO CONSIDERADOS COMO REMOVIBLES, YA QUE PUEDEN SER REMOVIDOS FÁCILMENTE TANTO POR EL PACIENTE COMO POR EL CIRUJANO DENTISTA, SON LOS SIGUIENTES:

ARCO LABIAL (ARCO VESTIBULAR).
ENTADURA PARCIAL REMOVIBLE
PROTESIS COMPLETA

REMOVIBLES.- SON GENERALMENTE APARATOS DE ACRÍLICO Y QUE SE RETIENEN POR ADHESIÓN O GANCHOS Y CON LA VENTAJA QUE EL PACIENTE LOS PUEDE RETIRAR PARA EFECTUAR SU LIMPIEZA PUEDE CONSTRUIR UNA GRAN VARIEDAD DE APARATOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE. EL APARATO NO SOLO MANTIENE EL ESPACIO EN LÍNEA DEL ARCO SINO QUE TAMBIÉN SE CONSTRUYE PARA OBLIGAR A LOS DIENTES DEL LADO OPUESTO A MANTENER EL PLANO DE OCLUSIÓN Y EVITAR LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.

FUNCIONALES.- ES EL APARATO QUE NO SÓLO CONSERVA EL ESPACIO, SI NO QUE AL MISMO TIEMPO RESTAURA LA FUNCIÓN DE LA ZONA DESDENTADA. ESTOS APARATOS GENERALMENTE SE CONSTRUYEN CUANDO HAY PÉRDIDA MÚLTIPLE DE PIEZAS DENTARIAS.

SEMIFUNCIONALES.- APARATOS QUE RESTAURA LA FUNCIÓN POR MEDIOS DE UNA BARRA SOLDADA O COLOCADA ENTRE LOS DOS SOPORTES. ESTA BARRA DESCANSA EN EL SURCO DENTRAL DEL ARCO-ANTAGONISTA. CUANDO LAS PIEZAS DENTARIAS SE ENCUENTRAN EN OCLUSIÓN, ASÍ SE EVITA LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS ANTAGONISTAS Y CUMPLE SU FUNCIÓN FISIOLÓGICA EN FORMA LIMITADA.

NO FUNCIONALES.- ESTE APARATO SE CONSIDERA NO FUNCIONAL -- PORQUE GENERALMENTE SE CONSTRUYE CON UNA BANDA DE ORTODONCIA O CORONA VACIADA A LA CUAL SE LE SOLDA UNA ONZA. ESTA ONZA ESTA ADOSADA A LA ENCÍA Y NO ESTABLECE CONTACTO CON LAS PIEZAS DE LA ARCADA OPUESTA, POR LO TANTO NO AYUDA A LA MASTICACIÓN.

ACTIVO.- APARATOS QUE SE USAN PARA PRODUCIR LA SEPARACIÓN DE LAS PIEZAS EN QUE SE TOMA ANCLAJE. CUANDO ESTAS HAN SUFRIDO UNA INCLINACIÓN MESIAL Y DISTAL HACIA EL LUGAR DONDE SE HIZO LA EXTRACCIÓN, LA SEPARACIÓN SE PRODUCE POR LA MODIFICACIÓN PAULATINA DEL SEGMENTO INTERMEDIO Y QUE EJERCE UNA PRESIÓN CONSTANTE EN PIEZAS HASTA LOGRAR SU POSICIÓN CORRECTA.

PASIVOS.- APARATOS QUE SÓLO SIRVE PARA CONSERVAR EL ESPACIO DE LA O LAS PIEZAS FALTANTES SIN DESEMPEÑAR OTRA FUNCIÓN.

REQUISITOS PARA LA COLOCACION DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO

1.- DEBERÁN DE MANTENER LA DIMENSIÓN MESTODIATAL DEL DIENTE PERDIDO.

2.- DE SER POSIBLE, DEBERÁN SER FUNCIONALES PARA QUE EVITAN LA SOBREERUPCIÓN DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.

3.- DEBERÁN DE SER SENCILLOS Y LO MÁS RESISTENTES POSIBLE.

4.- NO DEBERÁN PONER EN PELIGRO LOS DIENTES RESTANTES MEDIANTE LA APARICIÓN EXCESIVA SOBRE LOS MISMOS.

5.- DEBERÁN SER LIMPIADOS FÁCILMENTE Y NO SERVIR COMO TRAMPAS.

6.- SU CONSTRUCCIÓN DEBERÁ SER TAL, QUE NO IMPIDA EL CRECIMIENTO NORMAL Y LOS PROCESOS DE DESARROLLO, NI INTERFIERA EN LAS FUNCIONES DE MASTICACIÓN, FONACIÓN Y DEGLUCIÓN.

INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

1.- CUANDO SE PIERDE UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ANTES DE QUE EL SEGUNDO PREMOLAR ESTÉ PREPARADO PARA OCUPAR SU LUGAR, SE ACONSEJA EL USO DEL MANTENEDOR DE ESPACIO.

2.- EN PÉRDIDAS TEMPRANAS DE PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS SE COLOCA UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

3.- SIEMPRE QUE SE PIERDA UN DIENTE DESIDUO ANTES DE SU EXFOLIACIÓN SE DEBE DE COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

4.- CUANDO HAYA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES ANTERIOR SUP. O INF, SE DEBE DE COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

CONTRÁINDICACIONES PARA LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

1.- CUANDO EL ESPACIO DEJADO POR LA PÉRDIDA PREMATURA DEL DIENTE ES EXCESIVAMENTE VARIABLE EN SU DIMENSIÓN MESIO-DISTAL PAR EL DIENTE PERMANENTE POR LO CUAL SE CONSIDERA BENÉFICO QUE SE CIERRE UN POCO ESTE ESPACIO.

2.- CUANDO HAY UNA GRAN DISCREPANCIA QUE REQUIERE DE EXTRACCIONES FUTURAS O POSTERIORES DE TRATAMIENTO ORTODONCICO.

3.- CUANDO HAY AUSENCIA CONGÉNITA DE DIENTES PERMANENTES SE REQUIERE DE ESTE ESPACIO SE CIERRE.

4.- CUANDO EXISTE MAL POSICIONES DENTARIAS SEVERAS Y SE REQUIERE EXTRACCIONES POR LA FALTA DE ESPACIO.

5.- EN PACIENTES NO COOPERADORES EN LA HIGIENE

6 6.- EN PACIENTES CON EPILEPSIA

7.- EN PACIENTES CON CASOS DE DISPLASIAS ECTODÉRMICAS Y EN PALADARES FISURADOS.

ELECCION DEL MANTENEDOR DE ESPACIO

PARA ELEGIR CUALQUIER TIPO DE MANTENEDOR DEPENDE DE VARIOS FACTORES:

- 1.- POSICIÓN Y NÚMERO DE DIENTES FALTANTES.
- 2.- EDAD DEL PACIENTE
- 3.- LA OCLUSIÓN DEL PACIENTE
- 4.- Y EN ALGUNOS CASOS EL COSTO ECONÓMICO.

TAMBIÉN SE DEBE DE ELEGIR SEGÚN SUS CUALIDADES:

1.- DEBE DE MANTENER SUFICIENTE ESPACIO, TANTO HORIZONTAL_ COMO VERTICAL PARA PERMITIR LA ERUPCIÓN DEL SUCESOR PERMANENTE.

2.- NO DEBE INTERFERIR CON EL CRECIMIENTO Y EN EL POSTE- RIOR DESARROLLO DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES Y DE LAS ARCADAS -- DENTARIAS.

3.- RESTAURAR LA FUNCIÓN, SI LA ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMA- NENTE NO SE ANTICIPA ANTES DE SEIS MESES O MÁS.

4.- QUE IMPIDA LA SOBRE ERUPCIÓN DE LOS ANTAGONISTAS.

5.- DEBEN SER ESTÉTICAMENTE AGRADABLE SOBRE TODO EN LA RE- GIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES.

6.- SI ES FIJO, DEBE ESTAR CONFECCIONADOS CON EL MÍNIMO DE DESGASTE DE LOS DIENTES PILARES.

7.- DEBE SER SÓLIDO PARA EVITAR SU DESPLAZAMIENTO.

- 8.- DEBEN SER POCO VOLUMINOSOS
- 9.- DE CUIDADO FÁCIL
- 10.- CONSTRUIDO EN FORMA TAL QUE SEA FÁCIL SU LIMPIEZA.
- 11.- NO DEBE INTERFERIR EN LA FONACIÓN.
- 12.- DEBE DE SER DE SIMPLE CONSTRUCCIÓN, PRÁCTICO AL-MISMO_ TIEMPO.

VENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

VENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DE TIPO REMOVIBLE:

- 1.- ES FÁCIL DE LIMPIAR
- 2.- PERMITE LA LIMPIEZA DE LAS PIEZAS
- 3.- MANTIENE O RESTAURA LA DIMENSIÓN VERTICAL
- 4.- PUEDE USARSE EN COMBINACIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS - PREVENTIVOS.
- 5.- PUEDE SER LLEVADO PARTE DEL TIEMPO, PERMITIENDO LA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE A LOS TEJIDOS BLANDOS.
- 6.- PUEDE CONSTRUIRSE DE FORMA ESTÉTICA
- 7.- FACILITA LA MASTICACIÓN Y EL HABLA
- 8.- AYUDA A MANTENER LA LENGUA EN SUS LÍMITES
- 9.- ESTIMULA LA ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS PERMANENTES
- 10.- NO ES NECESARIO LA CONSTRUCCIÓN DE BANDA
- 11.- SE EFECTÚAN FÁCILMENTE LAS REVISIONES DENTALES EN BUSCA DE CARIES.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

12.- PUEDE HACERSE LUGAR POR LA ERUPCIÓN DE PIEZAS SIN NECESIDAD DE CONSTRUIR UN APARATO NUEVO.

VENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DE TIPO FIJO.

- 1.- LOS NIÑOS NO SE LOS PUEDEN QUITAR POR LO CUAL NO LO ROMPEN.
- 2.- EN CASI TODOS LOS MANTENEDORES LA COLOCACIÓN Y EL DISEÑO NO SON DIFÍCILES AUNQUE SI LABORIOSOS.
- 3.- NO RESTRINGEN EL CRECIMIENTO LATERAL DE LA MANDÍBULA.
- 4.- NO IRRITA LOS TEJIDOS BLANDOS
- 5.- SI LA PIEZA SOPORTE TIENE CARIES SE RECONSTRUYE
- 6.- RESTAURA LA FUNCIÓN FISIOLÓGICA

DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DE TIPO REMOVIBLE.

- 1.- PUEDE ROMPERSE
- 2.- EL PACIENTE PUEDE DECIDIR NO LLEVARLO PUESTO
- 3.- PUEDEN PERDERSE
- 4.- PUEDE RESTRINGIR EL CRECIMIENTO LATERAL DE LA MANDÍBULA
SI SE INCORPORAN GRAPAS.
- 5.- PUEDE IRRITAR LOS TEJIDOS BLANDOS.

DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DE TIPO FIJO.

1.- DIFÍCIL DE PREPARAR SOPORTES EN CASOS DE CORONAS PREFABRICADAS O TOTALES VACIADAS.

2.- DIFÍCIL DE ADAPTAR LAS BANDAS, CUANDO SE USAN ESTAS.

3.- NO FÁCILMENTE SE ADAPTAN A LOS CAMBIOS DE CRECIMIENTO DE LA BOCA.

4.- IMPIDE EL MOVIMIENTO FISIOLÓGICO NORMAL DE LAS PIEZAS.

5.- DIFERENCIA DE EXFOLIACIÓN DE LAS PIEZAS

6.- DIFÍCIL DE CONTROLAR SI HAY REINCIDENCIA DE CARIES.

CAPITULO VIII

RECUPERADORES DE ESPACIO

DEFINICION:

SON APARATOS QUE SIRVEN PARA VOLVER A GANAR ESPACIO PÉRDIDO EN LA LÍNEA DEL ARCO DENTARIO. SE USAN PARA ENDEREZAR AQUELLOS DIENTES QUE SE HAN RECORRIDO DESPUÉS DE QUE OTROS SE HAN PERDIDO PREMATURAMENTE. LOS RECUPERADORES DE ESPACIO ENCUENTRAN SU MAYOR USO EN LA DENTICIÓN MIXTA DESPUÉS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE MOLARES PRIMARIOS Y PARA UBICAR DIENTES PERMANETNES QUE SE VAN USAR COMO PILARES DE PUENTE. LOS RECUPERADORES DE ESPACIO NO DEBEN USARSE PARA CREAR ESPACIO QUE NUNCA EXISTIÓ EN EL ARCO. SU ÚNICO PROPÓSITO ES INCLINAR DIENTES Y ASÍ REGANAR ESPACIO QUE SE HABÍA PERDIDO.

CON FRECUENCIA EL ODONTÓLOGO SE ENCUENTRA CON NIÑOS CUYOS PRIMEROS MOLARES SE DESPLAZARON HACIA MESIAL. SON VARIOS LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTE PROBLEMA PARA QUE PUEDA SER TRATADO POR MEDIO DE UN PROCEDIMIENTO SIMPLE O QUE EXIJA LOS SERVICIOS DE UN ORTODONCISTA. (PÉRDIDA PREMATURA DE LOS E T E POR EJEMPLO).

DISEÑO Y CONSTRUCCION DE ALGUNOS TIPOS DE RECUPERADORES DE ESPACIO.

APARATO DE HAWLEY SUPERIOR PARA RECUPERACIÓN DE ESPACIO.

SE CONFECCIONA UN RESORTE DE ALAMBRE HELICOIDAL Y SE COLOCA CONTRA EL MOLAR EMIGRADO MESIALMENTE PARA PERMITIR QUE SEA REMOVIDO HACIA DISTAL DURANTE EL TRATAMIENTO, DE MODO QUE CORRESPONDA BIEN A LA POSICIÓN DE SU ANTAGONISTA EN LA ARCADA OPUESTA.

APARATO DE HAWLEY INFERIOR PARA RECUPERACIÓN DE ESPACIO.

SE REALIZA DE MANERA SIMILAR AL SUPERIOR. HABITUALMENTE TQ MA DE DOS A CUATRO MESES MOVER UN MOLAR INFERIOR, SE PUEDE UTILIZAR UN APARATO DE HAWLEY CON ACRÍLICO DIVIDIDO Y RESORTE ACAMPADO O RESORTE HELICOIDAL PARA RECUPERAR HASTA 2MM DE ESPACIO PERDIDO, MEDIANTE ENDEREZAMIENTO HACIA DISTAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE. EL RESORTE ACOMPAÑADO PERMITE EL FÁCIL AJUSTE PARA APORTAR UNA FUERZA DISTAL AL MOLAR INFERIOR, CON UN LÍMITE DE POSIBLE ABERTURA DE POR LO MENOS 3 MM, QUE ESTÁ MÁS ALLÁ DE LAS NECESIDADES DEL MOVIMIENTO HABITUAL DEL MOLAR INFERIOR. EL RESORTE DEBE SER AJUSTADO DOS VECES POR MES, CON INCORPORACIÓN DE UN INCREMENTO DE ABERTURA EN EL ÁREA DE ACRÍLICO DIVIDIDO DE 0.5 MM POR VEZ.

RESCERTES: GENERALMENTE NO SE PUEDEN COMPRAR EN EL COMERCIO, SON PEQUEÑOS Y FÁCILES DE FABRICAR. LA PARTE DEL RESORTE QUE VA INVLUÍDO EN EL ACRÍLICO DEBE TENER UN PEQUEÑO DOBLÉS PARA SU RETENCIÓN. PARA SU FABRICACIÓN SE EMPLEA EL ALAMBRE REDONDO DE ACERO INOXIDABLE DE 0.022 PULGADAS DE DIÁMETRO, PUEDEN USARSE DIÁMETROS MÁS PEQUEÑOS. SE ACTIVA ABRIÉNDOLO LIGERAMENTE PARA AUMEN-

TAR LA PRESIÓN DEL RESORTE EXCESIVAMENTE EN UN INTENTO DE REDUCIR EL TIEMPO DE TRABAJO, ES INVITAR A PROBLEMAS DE DIENTES SENSIBLES Y POSIBLE NECROSIS DE LOS TEJIDOS EN EL PERIODONCIO DEL MOLAR EN_ DISTALIZACIÓN. VER FIGURA 1.3

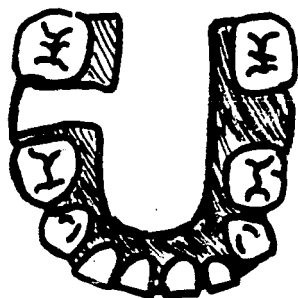


FIG. 1.3

APARATO DE HAWLEY PARA REPARACIÓN DE ESPACIO (INFERIOR)

CAPITULO IX

APATOLOGIA INTERCEPTIVA

EFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y OTROS DEDOS:

LAS OPINIONES SOBRE EFECTOS NOCIVOS DE HÁBITOS DE SUCCIÓN DE DEDO VARIAN AMPLIAMENTE. GENERALMENTE SE CONCUERDA EN SÍ EL HÁBITO SE ABANDONA ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LA PIEZA PERMANENTE ANTERIORES NO EXISTE GRAN POSIBILIDAD DE LESIONAR EL ALINEAMIENTO Y LA OCLUSIÓN DE LAS PIEZAS, PERO SI EL HÁBITO PERSISTE DURANTE EL PERIODO DE LA DENTADURA MIXTA (6 A 12) AÑOS PUEDEN PRODUCIRSE CON SECUENCIAS DESFIGURANTES, LA GRAVEDAD DEL DESPLAZAMIENTO DE LAS PIEZAS DEPENDERÁ GENERALMENTE DE LAS FUERZAS FRECUENCIA Y DURACION DE CADA PERIODO DE SUCCIÓN.

DEBE RECALCARSE QUE EL DESPLAZAMIENTO DE PIEZAS PUEDE PREVENIR DE DOS FUENTES.

- 1) DE LA POSICIÓN DEL DEDO EN LA BOCA.
- 2) DE LA ACCIÓN DE LA PALANCA QUE EJERZA EL NIÑO CONTRA OTRAS PIEZAS Y EL ALVILOLO POR LAS FUERZAS QUE GENERA ADEMÁS DE SUCCIONAR PRESIONA CONTRA LAS PIEZAS.

EL MAL ALINEAMIENTO DE LAS PIEZAS GENERALMENTE PRODUCE UNA ABERTURA LABIAL PRONUNCIADA DE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES, ESTO AUMENTA LA MORDIDA HORIZONTAL Y ABRE LA MORDIDA, Y SEGÚN LA ACCIÓN DE PALANCA PRODUCIDA, PUEDE RESULTAR UNA INCLINACIÓN LINGUAL Y UN APLANADO DE LA CURVA DE SPEE DE LAS PIEZAS MANDIBULARES ANTERIORES.

ALGUNOS EXAMINADORES CONSIDERAN QUE LOS SEGMENTOS POSTERIORES MAXILARES PUEDEN VERSE FORZADOS LINGUALMENTE POR LA MUSCULATURA BUCAL EN TENSIÓN QUE PUEDEN ESTRECHAR EL ARCO Y PRODUCIR UNA MORDIDA CRUZADABILATERAL.

SEGÚN EL HÁBITO PUEDE PRESENTARSE POSTERIORES A PRODUCIR SOBRE ERUPCIÓN EN LAS PIEZAS PSOTERIORES AUMENTANDO POR LO TANTO LA MORDIDA ABIERTA SE PUEDE DUDAR DE QUE LA SUCCIÓN DEL PULGAR PRODUZCA UN ESTRECHAMIENTO EN LA SECCIÓN PALATINA.

LA PROMINENCIA RESULTANTE DE LOS INCISIVOS PERMANENTES SUPERIORES EMPLAZADOS LABIALMENTE LOS VUELVE PARTICULARMENTE VULNERABLES A FRACTURAS ACCIDENTALES.

LA MORDIDA ABIERTA PUEDE CREAR PROBLEMAS DE EMPUJES LINGUALES Y DIFICULTADES DEL LENGAJE.

EL MÚSCULO MENTALIS SE PUEDE CONTRAER MARCADAMENTE LO QUE COMPRIMIRIA HACIA DENTRO DEL LABIO INFERIOR AL DEGLUTIR. EL LABIO

SUPERIOR PUEDE DESLIZARSE HACIA ARRIBA Y SELLAR AL DEGLUTIR, EL - LINGUAL A LOS ANTERIORES SUPERIORES, NO EN LABIAL COMO ES COMÚN.- ESTO AUMENTA LA SOBREMORDIDA HORIZONTAL E INICIA UN CÍRCULO VICIOSO QUE PERPETUA LA MORDIDA ABIERTA Y LA PROTRUCCIÓN LABIAL SUPERIOR.

CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE INSTRUMENTOS PARA ROMPER HÁBITOS - BUCALES QUE PUEDEN SER CONSIDERADOS POR EL ODONTÓLOGO LA MEJOR MANERA DE CLASIFICARLOS ES, FIJOS Y REMOVIBLES.

SI EL NIÑO DEMUESTRA DESEOS DE SER AYUDADO EL ODONTÓLOGO - DEBERÁ ELEGIR EL TIPO MÁS APROPIADO DE INSTRUMENTOS DESPUÉS DE TOMAR EN CONSIDERACIÓN LA EDAD DE NIÑO, LA DENTADURA Y SU HÁBITO BUCCAL. LOS NIÑOS DE MENOS DE 6 AÑOS EN QUIENES SOLO ESTAN PRESENTES LAS PIEZAS PRIMARIAS, LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES PUEDEN NO SER BIEN ACEPTADOS A CAUSA DE LA INMADUREZ DEL NIÑO. EN EDAD DE DENTADURA MIXTA ENGRAPAR PIEZAS PERMANENTES EN PROCESO DE ERUPCIÓN - PUEDEN SER RAZÓN CONTRARIA A LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES EN ESTE GRUPO ENTRE LOS 8 Y 9 AÑOS TAMBIÉN SE PRODUCEN LA MADURACIÓN DEL LENGUAJE.

SIN EMBARGO, UN INSTRUMENTO FIJO PUEDE CAUSAR LA SENSACIÓN EN EL NIÑO DE ESTAR SIENDO CASTIGADO, MIENTRAS QUE UN INSTRUMENTO

REMOVIBLE PUEDE PERMITIRLE LA LIBERTAD DE LLEVAR EL INSTRUMENTO - SOLO EN PERIODOS CRÍTICOS COMO LA NOCHE. CIERTAMENTE PARA EL ODON TÓLOGO LA MAYORÍA DE LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES PARA ABANDONO DE HÁBITOS SON MÁS FÁCILES DE CONSTRUIR Y AJUSTAR QUE LOS DE TIPO FIJO. LA MAYOR DESVENTAJA DE LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES ES QUE EL NIÑO LOS LLEVA SOLO CUANDO EL DESEA.

TRAMPA CON PUNZÓN.

ES UN INSTRUMENTO REFORZADOR DE HÁBITOS QUE UTILIZA UN RECORDATORIO AFILADO DE ALAMBRE PARA EVITAR QUE EL NIÑO NO PERMITA SEGUIR CON SU HÁBITO. LA TRAMPA PUEDE CONSISTIR EN UN ALAMBRE ENGASTADO EN UN INSTRUMENTO ACRÍLICO REMOVIBLE TAL COMO EL RETENEDOR HAWLEY, O PUEDE SER UNA DEFENSA AÑADIDA A UN ARCO LINGUAL SUPERIOR Y UTILIZADA COMO INSTRUMENTO FIJO. LAS TRAMPAS PUEDEN SERVIR PARA ROMPER LA SUCCIÓN Y LA FUERZA EJERCIDA SOBRE EL SEGMENTO ANTERIOR. DISTRIBUIR LA PRESIÓN TAMBIÉN A LAS PIEZAS POSTERIORES. RECORDAR AL PACIENTE QUE ESTÁ ENTREGÁNDOSE A UN HÁBITO. HACER QUE EL HÁBITO SE VUELVA DESAGRADABLE PARA EL PACIENTE.

TRAMPA DE RASTRILLO

LAS TRAMPAS DE RASTRILLO AL IGUAL QUE LAS DE PUNZÓN PUEDEN SER FIJOS O REMOVIBLES. ESTE APARATO EN REALIDAD MÁS QUE RECORDAR AL NIÑO LO CASTIGA. SE CONSTRUYE DE IGUAL MANERA QUE LA DE PUNZÓN

PERO TIENE PUAS Y ESPOLONES QUE SE PROYECTAN DELAS BARRAS TRANSVERSALES O EL RETENEDOR DE ACRÍLICO HACIA LA BÓVEDA. LAS PUAS DIFICULTAN NO SOLO LA SUCCIÓN DEL PULGAR SINO TAMBIÉN LOS HÁBITOS DE EMPUJE LINGUAL Y DEGLUCIÓN DEFECTUOSA.

SUCCION LABIAL

LA SUCCIÓN O MORDIDA DEL LABIO PUEDE LLEVAR A LOS MISMOS DESPLAZAMIENTOS ANTERIORES QUE LA SUCCIÓN DIGITAL, AUNQUE EL HÁBITO GENERALMENTE SE PRESENTA EN LA EDAD ESCOLAR, EL NIÑO TIENE QUE PONER ALGO DE SU PARTE PARA QUE DESAPAREZCA EL PROBLEMA, EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR SUGIRIENDO EJERCICIOS LABIALES, TALES COMO LA EXTENSIÓN DEL LABIO SUPERIOR SOBRE LOS INSISIVOS SUPERIORES Y APLICAR CON FUERZA EL LABIO INFERIOR SOBRE EL SUPERIOR. TOCAR INSTRUMENTOS MUSICALES BUCALES AYUDA A ENDERESAR LOS MÚSCULOS LABIALES Y EJERCER PRESIÓN EN LA DIRECCIÓN ACERTADA SOBRE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES.

APARATO PARA ELIMINAR LA RESPIRACION BUCAL

LOS PACIENTES QUE RESPIRAN POR LA BOCA PRESENTAN UN ASPECTO TÍPICO QUE A VECES SE DESCRIBE COMO FACIES ADENOIDE, AUNQUE NO SE HA DEMOSTRADO QUE EL RESPIRAR POR LA BOCA CAUSE ESTE ASPECTO. LA CARA ES ESTRECHA LAS PIEZAS ANTEIROS SUPERIORES HACEN PROTRUCCIÓN LABIALMENTE Y LOS LABIOS PERMANECEN ABIERTOS CON EL LA--

BIO INFERIOR EXTENDIÉNDOSE TRAS LOS INCISIVOS SUPERIORES, COMO -- EXISTE FALTA DE ESTIMULACIÓN MUSCULAR NORMAL DE LA LENGUA, Y DEBIDO A PRESIONES MAYORES SOBRE LAS ÁREAS DE CANINOS Y PRIMEROS MOLARES POR LOS MÚSCULOS ORBICULAR DE LOS LABIOS Y BUCCIONADOR, LOS SEGMENTOS BUCALES DEL MAXILAR SUPERIOR SE DERRUMBAN DANDO UN MAXILAR SUPERIOR EN FORMA DE V Y UNA DÓVEDA PALATINA ELEVADA.

NO SE HA DEMOSTRADO QUE LA RESPIRACIÓN BUCAL CAUSE MALOCCLUSIÓN AUNQUE FRECUENTEMENTE SE OBSERVA UNA TENDENCIA A MAL OCLUSIONES EN NIÑOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA.

LOS MISMOS FACTORES GENÉTICOS QUE CONTRIBUYEN A PRODUCIR MAL OCLUSIONES DE SEGUNDA CLASE TAMBIÉN PROVOCAN RESPIRACIÓN BUCAL.

SE ACONSEJA EL USO DE PROTECTORES BUCALES PASIVOS PARA PROTEGER LA RESPIRACIÓN NORMAL POR LA BOCA, EL PROTECTOR BUCAL ES UN SÓLIDO ESCUDO INSERTADO EN LA BOCA, ESTE DESCANSA ENTRE LOS PLIEGUES LABIALES Y SE EMPLEA PARA EVITAR LA RESPIRACIÓN BUCAL Y FAVORECER LA RESPIRACIÓN NASAL, GENERALMENTE SE INSERTA DURANTE LA NOCHE, ANTES DE IR A LA CAMA Y SE DEJA PUESTO DURANTE EL SUEÑO Y SE VE FORZADO A RESPIRAR POR LA NARIZ.

EL PROTECTOR BUCAL, SI SE LLEVA DURANTE LA NOCHE EVITA QUE LOS QUE SE MUERDEN LOS LABIOS EMPLACEN EL LABIO INFERIOR EN LIN--

GUAL A LOS INSICIVOS SUPERIORES QUE LOS QUE EMPUJAN LA LENGUA FORCEN ESTA ENTRE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES, QUE LOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA LO SIGAN HACIENDO Y QUE LOS QUE SE SUCCIONAN EL PULGAR SE LLEVEN EL PULGAR A LA BOCA. EL PROTECTOR BUCAL POR LO TANTO PUEDE SERVIR PARA MÚLTIPLES PROPÓSITOS Y DEBERÍA DE UTILIZARSE MÁS EXTENSAMENTE. EL PROTECTOR PUEDE FABRICARSE CON CUALQUIER MATERIAL COMPATIBLE CON LOS TEJIDOS BUCALES. EL MÁS SENCILLO DE UTILIZAR Y MÁS GENERALMENTE UTILIZADO SON LAS RESINAS SINTÉTICAS.

BRUXISMO

BRUXISMO, ÉSTE ES GENERALMENTE UN HÁBITO NOCTURNO PRODUCIDO DURANTE EL SUEÑO, AUNQUE PUEDE OBSERVARSE TAMBIÉN CUANDO EL NIÑO ESTA DESPIERTO, EL FROTAMIENTO PUEDE SER TAN FRECUENTE COMO PARA OÍR LOS SONIDOS DE LAS ROSADURAS A DISTANCIA. EL NIÑO PUEDE PRODUCIR ATRICCIÓN CONSIDERABLE DE LAS PIEZAS Y PUEDEN INCLUSO QUEJARSE DE MOLESTIAS MATUTINAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPORAMANDIBULAR.

LAS CAUSAS DEL BRUXISMO PERMITEN UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PERO EN CIERTO MODO NO SE SABE CON EXACTITUD LAS CAUSAS, TAL VEZ TENGAN UNA BASE EMOCIONAL, YA QUE OCURRE GENERALMENTE EN NIÑOS MUY NERVIOSOS Y QUE PUEDEN PRESENTAR OTROS HÁBITOS, COMO LA SUCCIÓN DEL PULGAR ETC.

ESTOS NIÑOS GENERALMENTE DUERMEN INTRANQUILOS Y SUFREN ANSIEDADES. EL BRUXISMO TAMBIÉN SE HA OBSERVADO EN ENFERMEDADES ORIGINADAS COMO COREA EPILEPSIA Y MENINGITIS, ASÍ COMO EN TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

EL TRATAMIENTO ENTRA EN EL CAMPO DEL MÉDICO FAMILIAR, EL PSIQUIATRA Y EL ODONTOPEDIATRA. EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR A ROMPER EL HÁBITO CONSTRUYENDO UNA FÉRULA DE CAUCHO BLANDO PARA SER LLEVADA SOBRE LOS DIENTES DURANTE LA NOCHE, EL CAUCHO BLANDO NO FORMA UNA SUPERFICIE DURA Y RESISTENTE AL FROTAMIENTO, DE ÉSTA MANERA EL HÁBITO PIERDE SU EFICACIA.

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA FÉRULA ES PARECIDA A UN PROTECTOR BUCAL.

DISEÑO Y CONSTRUCCION DE DIFERENTES MANTENEDORES DE ESPACIO:

LAS VENTAJAS DEL MANTENEDOR DE ESPACIO BANDA Y ANSA INCLUYEN LA FACILIDAD DE CONSTRUCCIÓN Y USO DE UN TIEMPO MÍNIMO DE SILLÓN Y LA FACILIDAD DE ADAPTACIÓN DEL ANSA SI FUERA NECESARIO EN LA CAMBIANTE DENTADURA. AUNQUE LAS VENTAJAS SUPERAN LAS DESVENTAJAS EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ COMPRENDER QUE NO RESTAURA LA TRACCIÓN MASTICATORIA CON LA ZONA Y QUE NO IMPEDIRA LA ERECCIÓN CONTINUADA DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS, LO CUAL PUEDE SER UN FACTOR IMPORTANTE O NO. CUALQUIER APARATO QUE CONTENGA BANDAS DEBE -

SER QUITADO DE TODA CORROSIÓN SE PULIRA Y SE INSPECCIONARA, SE --
SOLDARÁ CON FLORURO DE ESTAÑO Y CON ALAMBRE DEL NÚMERO 28.

EL ANSA NORMALEMNTTE ESTARÁ UBICADA EN VESTIBULAR JUNTO A -
UNA SUPERFICIE LISA DEL DIENTE PARA EL ALINEAMIENTO DE ADAPTACIÓN
SE PUEDEN EMPLEAR UNAS PINZAS FORMADORAS DE BANDAS No. 2. LOS AN-
GULOS DIEDROS RECTOS, SUPERIORES SERVIRÁN PARA APRETAR LA PORSIÓN
VESTIBULAR DE LA BANDA. PRIMERO SE APRIETA EL TERCIO MEDIO DE LA_
BANDA DESPUÉS EL CERVICAL POR ÚLTIMO EL OCLUSAL.

TAMBIÉN RESULA CONVENIENTE UN ATACADOR DE BANDAS PARA --
ADAPTADORES DE LOS SURCOS DE VESTIBULAR A LINGUAL. DESPUÉS DE HA-
BER CERRADO TOTALMENTE EL ANSA DE ADAPTACIÓN SE RETIRA LA BANDA -
CON LA PINZA PARA RETIRAR BANDAS, SE HACE CORRER ENTONCES SOLDADU
RA PARA LA ENDIDURA RESULTANTE DEL CIERRE DEL ANSA DE AJUSTE, SE_
PODNRÁ CUIDADAO DE QUE NO CORRA SOLDADURA POR LA CARA INTERNA DE_
LA BANDA.

DESPUÉS DE SOLDAR SE RECUBRIRÁ LA BANDA SOBRE EL DIENTE PI
LAR Y SE ADAPTARÁ ESTRECHAMENTE EL MARGEN OCLUSAL DE LA BANDA EN_
LAS ZONAS DE LOS SURCOS VESTIBULARES Y LINGAUELS CON AYUDA DE UN_
CALZADOR DE BANDFAS, SE DEBE DE TOMAR UNA IMPRESIÓN EN LA ZONA -
DEL DIENTE Y DE LA EXTRACCIÓN, HAY QUE QUITAR LA BANDA DEL DIENTE
Y UBICARLA FIRMEAMENTE EN LA IMPRESIÓN SE VACÍA ENTONCES YESO PIE-
DRA PARA OBTENER EL MODELO DE TRABAJO. SE DA ENTONCES LA FORMA LA

MANERA CONSTANTE DE LOS TEJIDOS BLANDOS CON UN ALAMBRE DEL N^o. 28 DE MANERA QUE CONTACTEN CON LOS TEJIDOS BLANDOS VESTIBULARES Y -- LINGUALES. EL ANA DEBE SER BASTANTE ANCHA COMO PARA PERMITIR LA ERUPCIÓN DEL DIENTE. SOBRE EL MODELO DE YESO SE SOLDA EL ANSA A LA BANDA SE PULE Y QUEDA LISTO PARA IR A LA BOCA, EL ALAMBRE PUEDE SER DE ORO O DE ACERO LAS BANDAS PUEDEN SER ANCHAS, NORMALES Y ESTRECHAS. VER FIGURA 1.4 Y 1.5.

MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO AL CROMIO.

EL MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO ESTÁ INDICADO SI EL DIENTE PILAR POSTERIOR TIENE CARIES EXTENSAS Y NECESITA UNA RESTAURACIÓN CORONARIA O SI SE LE EFECTUÓ ALGUNA TERAPÉUTICA PULPAR VITAL, EN CUYO CASO CONVIENE LA PROTECCIÓN POR RECUBRIMIENTO TOTAL. DESPUÉS SE PODRÁ CORTAR EL ANSA Y DEJAR QUE LA CORONA SIGA FUNCIONANDO COMO RESTAURACIÓN PARA EL DIENTE PILAR, PRODUCIDA YA LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE. LA CORONA DE ACERO SERÁ PREPARADA SEGÚN LA DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO ANTERIOR PERO ANTES DE CEMENTARLA SE TOMARÁ IMPRESIÓN CON COMPUESTO, SE QUITARÁ LA CORONA DEL DIENTE Y SE LA UBICARÁ EN LA IMPRESIÓN Y SE PREPARARÁ EL MODELO DE TRABAJO. PARA LA ANSA SE EMPLEA ALAMBRE DE ACERO DE 0.75 Ó 0.90 MM. EL CUAL SE SOLDA A LA CORONA CON SOLDADURA DE PLATA.

LAS VENTAJAS DEL MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO SON SIMILARES A LAS QUE TIENE EL DE BANDA Y ANSA, LA FACILIDAD DE --



FIG. 1.4 BANDA Y ANSA VISTA SUPERIOR.



FIG. 1.5 BANDA Y ANSA VISTA LATERAL.

CONSTRUCCIÓN ES MANIFEISTA Y EL COSTO DE LOS MATERIALES INCIDENTAL PERO TAMPOCO DEVUELVE LA FUNCIÓN NI IMPIDE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS. MAS AÚN ES DIFÍCIL QUITAR LA CORONA PARA HACER AJUSTES EN EL ANSA. VER FIGURA 1.6 Y 1.7.

MANTENEDOR DE TIPO PUENTE FIJO MODIFICADO.

SE PUEDE USAR UN MANTENEDOR DE TIPO PUENTE FIJO MODIFICADO PARA MANTENER LAS RELACIONES DE LOS DIENTES EN EL ARCO DESPUÉS, DE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL. SE TALLAN EL CANINO EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL PARA CORONAS COLADAS ENTERAS; SE PUEDE COLAR EL MANTENEDOR EN UNA SOLA PIEZA. SE HA DE TENER PRESENTE QUE EL CAMINO PERMANENTE PUEDE ERUPCIONAR ANTES QUE EL PRIMER PREMOLAR. PUEDE HACERSE NECESARIO QUITAR EL TRAMO PARA CONSTRUIR UN MANTENEDOR DE BANDA Y ANSA HASTA LA ERUPCIÓN DEL PRIMER PREMOLAR. VER FIGURA 1.8 Y 1.9.

MANTENEDOR DE BANDA Y CORONA CON EXTENSION DISTAL.

SE USA EL PRIMER MOLAR TEMPORAL COMO PILAR. PRIMERO SE PREPARA EL DIENTE PARA UNA CORONA DE ACERO. LA CORONA DE ACERO. LA CORONA DEBE ESTAR BIEN MODELADA Y CEMENTADA EN EL PRIMER MOLAR TEMPORAL. LA CORONA DE ACERO PROPORCIONA UNA FORMA RENTENTIVA CONVENIENTE PARA LA UBICACIÓN DE UNA BANDA CON ANSA DE JOHNSON EN ORO. SE TRABAJA ESTA COMO ANTES FUERA DESCRITO, SE LA SOLDA Y SE



FIG. 1.6 CORONA Y ANSA VISTA SUPERIOR.



FIG. 1.7 CORONA Y ANSA VISTA LATERAL.



FIG. 1.8 PUENTE FIJO MODIFICADO METÁLICO VISTA SUPERIOR.



FIG. 1.9 PUENTE FIJO METÁLICO VISTA LATERAL.

LE COLOCA SOBRE LA CORONA DE ACERO EN EL DIENTE PILAR. SE TOMA -- UNA IMPRESIÓN CON COMPUESTO DE MODELAR, SE QUITA LA BANDA, SE LE COLCOA EN LA IMPRESIÓN Y SE VACÍA UN MODELO DE YESO PIEDRA. SI SE PIENSA EXTRAER EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL Y AÚN NO SE LO HA HECHO -- HAY QUE QUITARLO DEL MODELO. SI YA HABÍA SIDO EXTRAÍDO LA POSI-- CIÓN DE LA RAÍZ DISTAL PUEDE SER MARCADA CON LA AYUDA DE UN COM-- PÁS Y EN UNA RADIOGRAFÍA DE ALETA MORDIBLE. EL ALAMBRE QUE PENE-- TRARA EN LOS TEJIDOS DE ORO O DE ACERO DE 1.25 MM DE DIÁMETRO SE-- EXTENDERÁ HACIA DISTAL Y PENETRARÁ EN EL ORIFICIO DE MODELO. LOS-- EXTREMOS LIBRES DEL ANSA SON SOLDADOS A LA BANDA DE ORO O DE ACE-- RO. DESPUÉS SE RETIRAN BANDA Y ANSA DEL MODELO Y SE RELLENA V DEL ANSA CON UN TROSO DE ALAMBRE DE ORO O DE ACERO 1.25 MM Y CON SOL-- DADURA.

SI EL SEGUNDO MOLAR FUÉ EXTRAÍDO EL EXTREMO FILOSO DE LA -- EXTENSIÓN PODRÁ SER REFORZADO HASTA EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS CON-- LAS MEDIDAS DE ASEPSIA.

ANTES DE CEMENTAR EL MANTENEDOR EN LA BOCA HAY QUE ASEGU-- RAR CON UNA RADIOGRAFÍA QUE LA EXTENSIÓN QUEDA EN LA DEBIDA RELA-- CIÓN CON EL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO ERUPTIONADO EN ESTE MOMEN-- TO SE PUEDEN HACER LOS AJUSTES FINALES DE ALRGO Y FORMA DE LA EX-- TENSIÓN. VER FIGURA 1.10.

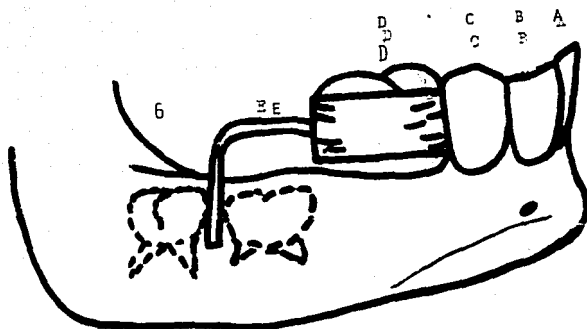


FIG. 1.10

MANTENEDOR DE BANDA Y CARONA CON EXTENSIÓN DISTAL

ARCO LINGUAL PASIVO.

EL ARCO LINGUAL SOLDADO ES A MENUDO EL MANTENEDOR DE ESPACIO DE ELECCIÓN DESPUÉS DE LA PÉRDIDA MÚLTIPLE DE DIENTES TEMPORALES EN EL ARCO SUPERIOR O INFERIOR AUNQUE NO SATISFACE EL REQUISITO DE RESTAURAR LA FUNCIÓN TIENE MUCHAS VENTAJAS QUE SUPERARON ESTE DEFECTO EL EMPLEO DEL ARCO LINGUAL COMO MANTENEDOR ELIMINA ESENCIALMENTE EL PROBLEMA DE ROTURAS Y NO HAY QUE PREOCUPARSE POR SI USA O NO EL APARATO. SE REDUCE CONSIDERABLEMENTE EL PELIGRO DE AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DE CARIES, EL ARCO LINGUAL PUEDE SER UTILIZADO EN ORO O EN ACERO PERO EL ORO ES MEJOR POR SU RIGIDEZ. SI SE CONSTRUIRÁ UN ARCO SE ADAPTAN BANDAS CON ANSA DE JOHNSON SEGÚN FUÉ DESCRITO. SE TOMARÁ LA IMPRESIÓN SE RETIRARÁN LAS BANDAS DE LOS DIENTES Y SE LES COLOCARÁ EN LA IMPRESIÓN PARA REALIZAR EL MODELO DE YESO PIEDRA. PARA EL ARCO SE EMPLEA ARCO DEL 1 MM CONTORNEANDO LA ARCADA EXTENDIÉNDOSE HACIA ADELANTE Y HACIENDO CONTACTO CON EL CÍNGULO DE LOS INCISIVOS SOBRE EL MARGEN GINGIVAL. AL DAR FORMA A LOS ARCOS SE HA DE PENSAR EN LA VÍA DE ERUPCIÓN DE LOS PREMOLARES Y ANTERIORES PARA QUE EL ARCO NO INTERFIERA Y SEA NECESARIA UNA PROLONGADA ALTERACIÓN DEL APARATO.

EL ARCO DEBERÁ EXTENDERSE HACIA ATRÁS EN EL TERCIO MEDIO DE LA CARA LINGUAL DE LA BANDA DE MOLAR DONDE SE SOLDARÁ. HAY DOS CONSIDERACIONES IMPORTANTES EN CUANTO USO DE ARCOS LINGUALES EL

APARATO, CUANDO SIRVE DE MANTENEDOR DE ESPACIO DEBE SER TOTALMENTE INACTIVO PARA IMPEDIR UN MOVIMIENTO INDESEADO DE LOS DIENTES - PILARES, Y SE HA DE PONER CUIDADO DURANTE LA CEMENTACIÓN. LOS DIENTES PILARES HABRÁN DE SER PULIDOS, HASTA QUE QUEDEN LIBRES DE TODA PLACA MICROBIANA, SE LOS SECARÁ Y SE LOS MANTENDRÁ SECOS HASTA EL MOMENTO DEL CEMENTADO.

HAY QUE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL FABRICANTE DURANTE LA CEMENTACIÓN PARA ASEGURARSE LA UNIÓN MÁS FIRME CON EL TEJIDO DENTAL, SI SE EMPLEA EXCESO DE LÍQUIDO HAY LA POSIBILIDAD DE MODIFICAR LA SUPERFICIE DEL ESMALTE, LO CUAL LA TORNA SUSCEPTIBLE A FUTURAS CARIES. VER FIGURA 1.11 Y 1.12.

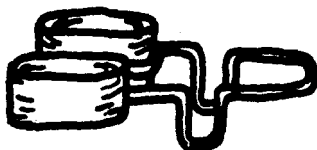


FIG. 1.11

ARCO LINGUAL PASIVO VISTA DE LATERAL.

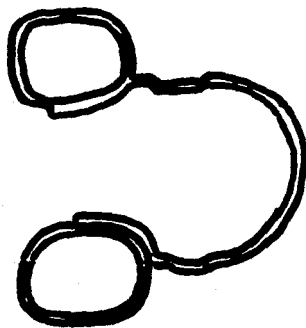


FIG. 1.12 ARCO LINGUAL PASIVO VISTA SUPERIOR.

CONCLUSIONES

EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y EL PRONÓSTICO ACERTADO NOS INDICARÁ EL TIPO DE APARATO QUE DEBEREMOS UTILIZAR.

EL PROPÓSITO DE UTILIZAR EL MANTENEDOR DE ESPACIO DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL ES DE MANTENER EL ASPECTO DE UN ÓRGANO DENTAL QUE SE HAYA PERDIDO PREMATURAMENTE Y CUMPLIR CON LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS, ESTÉTICA Y DE GUIAR LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES. ESTOS SON DE VITAL IMPORTANCIA YA QUE SI SE LE DA LA COLOCACIÓN Y USO ADECUADO, AYUDARÁN A PREVENIR PROBLEMAS POSTERIORES.

DEPENDIENDO DEL DIENTE PERDIDO, EL SEGMENTO AFECTADO, EL TIPO DE OCLUSIÓN, LOS POSIBLES IMPEDIMENTOS AL HABLAR Y LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE Y DE LOS PADRES, PUEDE ESTAR INDICADO UN CIER TO TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO (APARATO FUNCIONAL O NO FUNCIONAL, FIJO O REMOVIBLE).

LA RESPONSABILIDAD DEL DISEÑO DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DEBERÁ RECAER EN EL CIRUJANO DENTISTA.

AL COLOCAR MANTENEDORES DE ESPACIO EVITAREMOS MENOS PROBLEMAS A FUTURO Y ASÍ LOGRAREMOS QUE NUESTRO PACIENTE RECURRA A UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.

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

- 1.- EMBRIOLOGIA MEDICA
JAN LANGMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1976.
- 2.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEO FACIAL
ADOLFO J. CASTILLO
EDITORIAL MUNDI.
- 3.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
FINN B: SIDNEY
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1985.
- 4.- ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA
GRABER T. M.
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1983.
- 5.- ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA
MAYORAL JOSE
EDITORIAL LABOR 1977.
- 6.- MANUAL DE ORTODONCIA PARA EL ESTUDIANTE Y EL ODONTOLOGO GENERAL
MOYERS ROBERT E:
EDITORIAL MUNDI, 1976.

7.- MOVIMIENTOS DENTARIOS EN NIÑOS

JOSEPH M. SIM

EDITORIAL MUNDI, 1980.

8.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mc. DONALD RALPH

EDITORIAL MUNDI 1975.