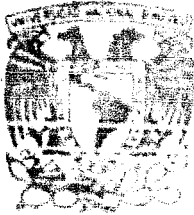


15
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"Posición del Primer Molar permanente
en Niños de 6 a 8 años"

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

TANIA RENE ANAYA MONDRAGON

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

TEMA	CONTENIDO	PAGINAS
	INTRODUCCION	1
I	CRONOLOGIA DENTAL EN EL NIÑO	2
	PATRONES DE ERUCCION	2
	PERIODO DE CALCIFICACION EN DENTITION TEMPORAL	5
	PERIODO DE CALCIFICACION EN DENTITION PERMANENTE	6
II	VARIACIONES EN LA SECUENCIA DE ERUCCION	10
	CLASIFICACION DE OCLUSIONES	13
III	FACTORES LOCALES Y GENERALES QUE INFLUYEN SOBRE LA ERUCCION	15
	DIENTES ANQUILOSADOS	15
	SINDROME DE DOWN	16
	DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL	17
IV	ERUCCION ECTOPICA	18
	ERUCCION ECTOPICA DEL 1er MOLAR PERMANENTE	18
	CAUSAS DE ERUCCION ECTOPICA	19
	CLASIFICACION DE ERUCCION ECTOPICA	20
V	PRIMER MOLAR PERMANENTE	21
	FUNCION LOCAL DISMINUIDA	22
	DESPLAZAMIENTOS DENTALES	22
	ERUCCION ININTERRUMPIDA DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS	23

VI	APLICACION Y CONTROL DE MANTENEDORES	
	DE ESPACIO	24
	CLASIFICACION DE MANTENEDORES	24
	AFANITOS DE RECUPERACION	26
	ESTUDIO REALIZADO	27
	GRAFICAS	28
	GRAFICA COMPARATIVA	52
	CONCLUSIONES	53
	REFERENCIAS	54

INTRODUCCION

La conservación de cualquier órgano dentario temporal en la cavidad oral hasta su exfoliación natural es de vital importancia.

Existen variaciones en el orden de erupción, ésta se debe a factores locales como por ejemplo: La anquilosis, o, factores generales como el Síndrome de Down, otras de las causas que provocan variaciones son la extracción prematura de los dientes temporales y pérdida de espacio interproximal por caries extensas. Todo esto trae como consecuencia acelerar, retardar o desviar la erupción de dientes permanentes.

Una de las cosas en el que se observan estas variaciones es el Movimiento del 1er. Molar Permanente.

Las causas de su movimiento son varias entre las que podemos encontrar:

- Falta de crecimiento retromolar.
- Pérdida del espacio interproximal por caries extensas de molares temporales.
- Exfoliación prematura de dientes temporales.

TEMA I

CRONOLOGIA DENTAL EN EL NIÑO

La erupción dentaria es una serie de movimientos que se inicia al tiempo que comienza la formación de la raíz dentaria, y continúa durante todo el ciclo vital del diente. Los dientes se desarrollan en los maxilares y hacen erupción hasta que la corona de los mismos ha madurado por completo. Al realizarse esta erupción a la que llamamos erupción clínica, el diente tiene formado sólo un tercio de su raíz, el resto se va formando después de la erupción. El ápice (la punta inferior de la raíz dentaria) de los dientes temporales se cierra después de un año de haber hecho erupción.

FATRONES DE ERUPCIÓN:

1) Los dientes tienden a erupcionar a lo largo de la línea media de sus propios ejes, hasta que encuentran resistencia la que para los dientes reemplazantes, aparece bajo la forma de un diente temporario, cuya raíz deberá ser reabsorbida.

2) A medida que se produce la reabsorción se crea un conducto en el hueso alveolar a través del cual se mueve el diente permanente presionando por su propio fuerza de erupción, gran parte de la cual proviene de la formación de su raíz.

3) Una caries avanzada ocasiona la pérdida de vitalidad del diente temporario y destrucción del hueso a causa de infección, ésta destrucción puede actuar desviando la erupción del diente permanente. La falta de espacio en el arco, puede producir un desvío similar o bloquear un diente en erupción.

4) Los factores genéticos pueden causar patrones eruptivos extraños, los que a menudo pueden ser observados como la naturaleza familiar

A medida que el diente erupciona, ciertas fuerzas del medio ambiente o una matriz tisular suave lo ayuda a guiarlo o a desviarlo dentro de su posición normal en el arco. Estas fuerzas pueden provenir de las presiones de los dientes vecinos, de los músculos masticatorio, y a veces, de la succión del pulgar, de otros dedos u otros objetos.

La erupción dentaria tanto en los dientes temporales como en los permanentes se dividen en dos fases: PRE-ERUPTIVA Y ERUPTIVA.

FASE PRE-ERUPTIVA O ACTIVA

En esta fase, después de haberse formado el tejido del esmalte, se iniciará la completa formación de los tejidos duros, los cuales formarán la corona. Durante este proceso, los gérmenes estarán rodeados de tejido conjuntivo denso, el cual se dispone a formar parte del saco dentario. De ésta forma los gérmenes dentarios o yemas se encuentran formados por tejido óseo. El desarrollo de diente y maxilares, son dos procesos simultáneos. Observando microscópicamente el desarrollo del maxilar, creemos que su crecimiento ocurre muy extensamente o con aceleración en lo que se refiere a la zona de crestas o apófisis alveolares. En este crecimiento de crestas, el diente dental se mantiene unido con fuerza al borde alveolar en crecimiento, al moverse en sentido bucal y axial. El movimiento de todo el diente significa, cambios de posición total y se reconoce como el

resultado de una posición de tejido óseo, el cual se localiza detrás del diente en movimiento y reposición ósea delante del mismo

FASE ERUPTIVA O PASIVA

La fase eruptiva divide a su vez en dos fases: "La fase prefuncional"; que empieza con la formación de la raíz y termina cuando los dientes alcanzan la oclusión, y la "fase funcional"; en la que el movimiento de los dientes no termina cuando han hecho erupción y se relacionan oclusalmente, sino que todo diente erupcionado seguirá un movimiento activo durante todo su ciclo vital, y estos movimientos serán tanto en sentido oclusal como mesial. El contacto íntimo de los dientes hace posible que se mantengan fijos no aún existiendo pérdida de la sustancia de las zonas proximales. Ésto es debido al movimiento continuo de los dientes hacia la línea media. Este movimiento es conocido como "Movimiento de derivación mesial fisiológica".

"DENTICION TEMPORAL"

DIENTES SUPERIORES	PERIODO DE CALCIFICACION	ERUPCION
Incisivo central	40 mes de vida intrauterina	7 1/2 meses
Incisivo lateral	40 1/2 mes de vida intraut.	9 meses
Canino	50 mes de vida intraut.	18 meses.
Primer molar	50. mes de vida intraut	14 meses.
Segundo molar	60. mes de vida intraut.	24 meses.
INFERIORES		
Incisivo central	40 1/2 mes de vida intraut.	6 meses.
Incisivo lateral	40 1/2 mes de vida intraut.	10 meses.
Canino	50. mes de vida intraut	18 meses.
Primer molar	50. mes de vida intraut.	14 meses.
Segundo molar	60. mes de vida intraut.	24 meses.

DENTICION PERMANENTE

DIENTES SUPERIORES	PERIODO DE CALCIFICACION	ERUPTION
Incisivo central	3 a 4 meses de vida	6 a 8 años
Incisivo lateral	10 a 12 meses de vida	8 a 9 años
Canino	4 a 5 meses de vida	11 a 12 años
Primer premolar	1 1/2 a 1 3/4 años	10 a 11 años
Segundo premolar	2 a 2 1/4 años	10 a 12 años
Primer molar	AL NACER	6 a 7 años
Segundo molar	2 1/2 a 3 años	12 a 13 años
Tercer molar	7 a 9 años	17 a 21 años

INFERIORES

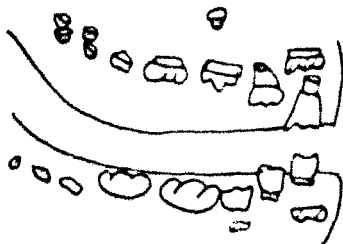
Incisivo central	3 a 4 meses de vida	6 a 7 años
Incisivo lateral	3 a 4 meses de vida	7 a 8 años
Canino	4 a 5 meses de vida	9 a 10 años
Primer premolar	1 3/4 a 2 años	10 a 12 años
Segundo premolar	2 1/4 a 2 1/2 a	11 a 12 años
Primer molar	AL NACER	6 a 7 años
Segundo molar	2 1/2 a 3 años	11 a 13 años
Tercer molar	8 a 10 años	17 a 21 años



MOLAR PERMANENTE



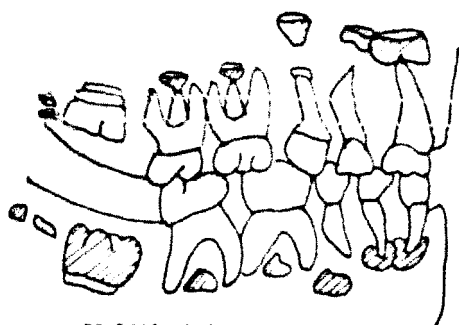
MOLAR TEMPORAL



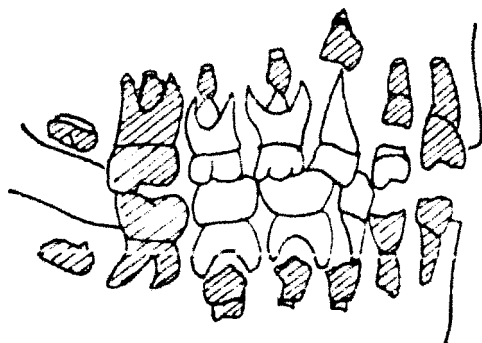
ERUPCIÓN A LOS 8 MESES



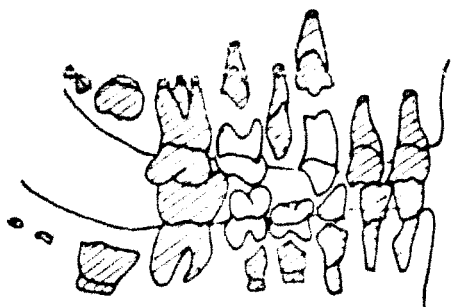
ERUPCIÓN A LOS 2 AÑOS



ERUPCIÓN A LOS TRES AÑOS



ERUPCIÓN A LOS SIETE AÑOS.



ERUPCIÓN ALLOS NUEVE AÑOS.

TEMA II

VARIACIONES EN LA SECUENCIA DE ERUPCION

La mayoría de los escritores están de acuerdo que los primeros primeros molares inferiores permanentes son los primeros en erupcionar.

Sin embargo existe una variación considerable en la cual un número de niños tuvieron primero la erupción de los incisivos centrales inferiores antes que los primeros molares. Esta variación tiene poca o ninguna importancia. Sin embargo es de gran interés la diferencia por sexos en la erupción de los dientes permanentes, por ejemplo: El canino inferior erupciona antes que el primer premolar superior e inferior en las niñas.

En los niños se observó una inversión en el orden de erupción: los primeros premolares superiores e inferiores erupcionan antes que el canino inferior.

La erupción de los dientes centrales inferiores por lingual es causa frecuente de preocupación de los padres, esto puede ir acompañado de una amplia reabsorción de la raíz del diente temporario, que únicamente se encuentra retenido por tejidos blandos, con lo que es fácil quitarlos.

Otro caso es que la raíz pueda no haber pasado por una reabsorción normal y como tratamiento a esto sea una extracción de los dientes temporarios no reabsorbidos. Esta no reabsorción es frecuente en un 50% de las ocasiones por lo que se ha tomado

básicamente normal. Se observa con más frecuencia en pacientes con una insuficiencia en la longitud del arco.

Se ha afirmado que la secuencia más favorable en la erupción de los dientes permanentes es:

INFERIORES :

- primer molar
- incisivo central
- incisivo lateral
- canino
- primer premolar
- segundo premolar
- segundo molar

SUPERIORES :

- primer molar
- incisivo central
- incisivo lateral
- primer premolar
- segundo premolar
- canino
- segundo molar

Es importante que los caninos inferiores erupcionen antes que los premolares. Esta secuencia ayudará a mantener la longitud adecuada del arco y a prevenir el volcamiento hacia lingual de los incisivos.

La pérdida inoportuna de los molares temporales del arco superior que dá lugar al primer molar permanente a que se desplace e incline hacia mesial, dará por resultado que el canino permanente sea bloqueado del arco y llevado hacia vestibular.

Las variaciones en la secuencia de erupción se pueden deber a la diferencia de sexos, pérdida prematura de dientes temporales, cantidad de hueso que recubre el diente, erupción retrasada de dientes permanentes y ausencia congénita de dientes permanentes.

CLASIFICACION DE OCLUSIONES - ANGLE.

Este sistema se basa en las relaciones anteroposteriores de los maxilares entre sí. Angle presentó su clasificación originalmente, sobre la teoría que el primer molar permanente superior estaba invariabilmente en posición correcta. La investigación cefalométrica no ha respaldado esta hipótesis. El énfasis en la relación de los primeros molares permanentes ha hecho que los clínicos ignoren el esqueleto facial y piensen solamente en términos de la posición de los dientes. Por lo tanto, con frecuencia se pasan por alto la mal función muscular y los problemas de crecimiento óseo. Aún hoy, existe la tendencia, en el no experimentado, a centrar demasiada atención en esta relación de un diente. La relación del primer molar cambia durante los diversos estadios del desarrollo de la dentición. Se obtiene una mejor correlación entre los contactos de Angle y el tratamiento, si se emplean los grupos de Angle para clasificar relaciones esqueléticas. Una relación molar Clase II, puede resultar en varias formas diferentes, y cada una requiere una estrategia diferente de tratamiento, pero un patrón esquelético Clase II no se entiende mal, ya que domina la oclusión y su tratamiento.

CLASE I - NEUTROCLUSION

El reborde triangular de la cúspide mesiofacial del primer molar permanente superior, articula en el surco bucal del primer molar permanente inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo de la del maxilar superior,

y ninguna de las dos está adelante o atrás, en relación con el cráneo.

CLASE II - DISTOCLUSIÓN

Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación distal del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesio bucal del primer molar permanente superior.

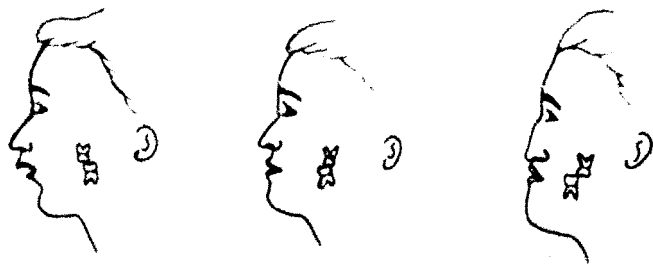
1) DIVISIÓN I - Distoclusión en la que los incisivos superiores están típicamente en labioversión extrema.

2) DIVISIÓN II - Distoclusión en la que los incisivos centrales superiores están en posición casi normal en sentido anteroposterior, o ligeramente en linguoversión, mientras que los incisivos laterales superiores se han inclinado labial y mesialmente.

3) SUBDIVISIONES - Cuando la Distoclusión ocurre de un lado del arco solamente, la unilateralidad se considera como una subdivisión de esta división.

CLASE III - MESIOCLUSIÓN

Las maloclusiones en las que hay una relación mesial del maxilar inferior al superior, hacen la clase III. El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesio bucal del primer molar permanente superior.



TEMA III

FACTORES LOCALES Y GENERALES QUE INFLUYEN SOBRE LA ERUPCION

DIENTES ANQUILOSADOS

El diente anquilosado se encuentra en un estado de retención estática, mientras que las zonas adyacentes de erupción y el crecimiento alveolar continúa. El segundo molar temporal inferior es el diente que con mas frecuencia se ve anquilosado.

Pero en ocasiones mas raras todos los molares temporales se pueden encontrar firmemente unidos al hueso alveolar. No se produce anquilosis en los dientes anteriores a menos que se haya sufrido un incidente traumático.

Se desconoce la etiología de la anquilosis en la zona de los molares temporales, aunque la observación de anquilosis en varios miembros de una familia presta apoyo a la teoría de que sigue un esquema familiar. Se informó que esta situación se dá con frecuencia en hermanos; existe una tendencia familiar y es probable que sea de caracter no ligado al sexo.

La reabsorción normal del molar temporal comienza en la cara interna o en la cara lingual de las raíces. El proceso de reabsorción no es continuo, sino que está interrumpido por periodos de inactividad o reposo. Un periodo o proceso de reparación sigue a los periodos de reabsorción. En el curso de esta fase de reparación, a menudo se produce una solida unión entre el hueso y el diente temporal. La reabsorción intermitente y la reparación ofrece una explicación para el grado variable de firmeza de los dientes temporales antes de su caída.

El cuadro histológico de la anquilosis es de hiperactividad. La anquilosis ósea reside entre dentina y hueso, en relación estrecha con la actividad osteoclástica. En una zona de la raíz, la actividad osteoclástica prevalece en la dentina vieja, mientras que a corta distancia los osteoblastos van depositando tejido óseo nuevo hiperplásico y poco distinguible del hueso alveolar.

No es difícil hacer el diagnóstico de un diente anquilosado. Como no se produjo la erupción y el reborde alveolar no llegó a la oclusión normal, los molares antagonistas aparecen fuera de oclusión. Los dientes antagonistas no se mueven ni aun en casos de reabsorción avanzada. Se puede comparar con otro adyacente golpeando con un instrumento duro para comparar el sonido, el de aquél será sólido y el de éste será acolchonado porque está intacto al tejido periodontal que absorbe parte del choque del golpe.

La Radiografía es un auxiliar valioso para establecer un diagnóstico.

Una ruptura en la continuidad del ligamento periodontal, es indicio de anquilosis, que será visible sólo en la radiografía.

El tratamiento de un diente anquilosado casi siempre es la extracción. A veces, un diente decididamente anquilosado puede en un futuro sufrir una reabsorción radicular y caer normalmente.

SINDROME DE DOWN :

El mongolismo es una de las anomalías congénitas en las cuales la erupción retardada de los dientes es un hecho frecuente.

Los primeros dientes temporales en erupción pueden aparecer hasta los dos años y quedar completa la dentición hasta los 4 ó 5 años. Se pueden encontrar dientes temporales aún a los 15.

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEA

Es un raro síndrome congénito con gran interés odontológico. La afección puede ser genética y seguir un patrón dominante, pero también puede ser espontánea y no hereditaria. El diagnóstico se establece por la ausencia de clavículas.

La dentición está demorada en su desarrollo. No es raro encontrarse con la dentición temporal completa a los 15 años. Además con tendencia a dientes supernumerarios.

TEMA IV

ERUPCION ECTÓPICA

Se define a la erupción ectópica como la erupción anormal de un diente permanente, que esta a la vez fuera de posición y causando la reabsorción radicular anormal de un diente temporario. Las erupciones ectópicas del primer molar permanente superior y del incisivo lateral inferior son las aberraciones posicionales más comunes que se producen durante la erupción de los dientes permanentes. La malposición del molar de los seis años, está inducida genéticamente, en tanto que el incisivo lateral inferior ectópico, puede ser por causa de la fuerza de la musculatura. El primer molar superior permanente en erupción ectópica, tiende a reabsorber la raíz distovestibular del segundo molar temporario, pues el primero está genéticamente posicionado en una dirección mesial. Cuando se observan patrones de erupción ectópica, un movimiento dentario menor puede corregir las malposiciones por factores ambientales, pero las causas genéticas son mucho más difíciles de corregir.

ERUPCION ECTÓPICA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

No es fácil resolver el problema de la erupción ectópica del primer molar.

Se han señalado las consecuencias de la erupción ectópica del molar de los seis años superior, sugiriendo una solución, explicando que dicha pieza dentaria no puede erupcionar adecuadamente porque

está trabada debajo del contorno distal de la corona del segundo molar temporario. Este se moviliza a causa de la reabsorción de las porciones distales de sus raíces. La superercia se basa en que se extraiga el segundo molar temporario cuando la movilidad resultante ocasiona molestias al niño, o cuando el primer molar permanente se ha desplazado demasiado hacia mesial en el espacio creado por la reabsorción radicular del molar temporario. Se propuso que sea insertado un recuperador de espacio activado, inmediatamente, para reubicar hacia distal al primer molar permanente, con lo cual intenta recuperar el espacio perdido a medida que este erupciona ectópicamente. Cuando el espacio ha sido recuperado se puede colocar un mantenedor de espacio fijo.

CAUSAS DE ERUPCION ECTOPICA:

- 1.- Erupción prematura de los molares permanentes
- 2.- Dientes temporales y permanentes más grandes que el promedio normal.
- 3.- Maxilares pequeños
- 4.- Angulación anormal de erupción de los molares
- 5.- Posición posterior del maxilar en relación a la base craneal.
- 6.- Falta de crecimiento en los aspectos retromolares y en la tuberosidad de la mandibula y maxilar respectivamente.
- 7.- Deficiencia en la calcificación
- 8.- Tendencia hereditaria significante

CLASIFICACION DE ERUPCION ECTOPICA:

Una de las clasificaciones es:

- A) Tipo jump = reversible.
- B) Tipo hold = irreversible.

Otra clasificación es:

- A) Leve
- B) Moderada
- C) Severa

En la clasificación leve se observa la cara oclusal y su tercio mesial impactado con el molar temporal.

En la moderada la inclinación mesial es más marcada, en donde dos terceras partes de la cara oclusal del permanente están reabsorviendo al temporal.

En la severa, el molar permanente está reabsorviendo por completo al temporal no correspondiente ocasionándole movilidad.

TRATAMIENTO:

Su tratamiento puede ser sólo de dos maneras:

- Extracción o aparatología

Entre los aparatos usuales o recuperadores de espacio encontramos:

- Alambre de latón (colocado en punto de contacto).
- Aparato de Kessing
- Aparato de Bayardo
- Aparato Halterman
- Aparato de Just.

TEMA V

PRIMER MOLAR PERMANENTE

El primer molar permanente es indiscutiblemente la unidad masticatoria más importante y es esencial para el desarrollo de una oclusión funcionalmente adecuada. Del examen del primer molar permanente en un grupo de escolares es mucho lo que se puede aprender acerca del nivel de salud mental de la comunidad.

Se cree que los primeros molares permanentes son los más susceptibles de todos los molares permanentes al ataque de caries. Como resultado de fisuras oclusales desusadamente profundas cuyo fondo no haya logrado una total coalescencia y por la acumulación de material de placas microbianas, los primeros molares permanentes con frecuencia necesitan restauraciones aun antes que el diente complete la erupción y la superficie oclusal íntegra quede expuesta a la cavidad bucal.

La caries evoluciona rápidamente en el primer molar permanente y a veces en seis meses progresan de la lesión incipiente a una exposición pulpar.

La pérdida del primer molar permanente en un niño puede crear alteraciones en las arcadas dentales que podrán ser rastreadas a lo largo de la vida del individuo. Esas alteraciones pueden ubicarse dentro de tres encabezamientos generales:

1. FUNCIÓN LOCAL DISMINUIDA
2. DESPLAZAMIENTOS DENTALES
3. ERUPCIÓN ININTERRUMPIDA DE LOS ANTAGONISTAS.

FUNCIÓN LOCAL DISMINUIDA

La pérdida de un primer molar permanente inferior puede ocasionar una reducción en la eficacia masticatoria que lleve al 50%. Los niños que pierden un primer molar sufren un desplazamiento de la labor masticatoria al lado de la boca no afectada.

Tal desplazamiento creará una situación nada higiénica del lado que no se emplea y quizá inflamación gingival y deterioro de los tejidos de sostén. Con frecuencia, a ésto se la asocia un desgaste oclusal discrepante por el hábito adquirido de masticar de un sólo lado de la boca, el que cuenta con mayor eficacia.

DESPLAZAMIENTOS DENTALES

Los segundos molares hayan erupcionado o no, comenzarán a desplazarse hacia mesial después de la pérdida del primer molar permanente. El desplazamiento masivo será mayor en el niño de 8 a 10 años; en los niños mayores, si la pérdida se produce después de la erupción del segundo molar permanente sólo se podrá esperar un volcamiento de este diente. Aunque los premolares experimentaran la mayor cantidad de desplazamiento, distal, todos los dientes por delante del espacio, incluidos los incisivos central y lateral del lado opuesto, pueden dar muestras de movimiento en ese sentido. Los contactos se abrirán y los premolares en particular rotarán al inclinarse hacia distal. Hay una tendencia de los premolares superiores a moverse al unisono, en tanto que los del arco inferior se pueden mover por separado.

Como resultado del desplazamiento y rotación de estos y otros dientes de la zona se producirá una oclusión traumática.

ERUPCIÓN ININTERRUMPIDA DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS

Como al parecer los primeros molares permanentes son más susceptibles a la caries y se pierden con mayor frecuencia, serán consideradas las alteraciones entre arcadas consecutivas a la pérdida del primer molar permanente inferior. Cuando el primer molar superior permanente pierde, su antagonista erupciona con un ritmo más rápido que los dientes adyacentes. Al sobreerupcionar, será desplazado hacia vestibular. En años posteriores, el primer molar permanente superior erupcionando exageradamente dará muestras de retracción gingival al recibir el embate más fuerte del cepillado. También puede presentar un problema de dentina sensible expuesta.

TEMA VI

APLICACION Y CONTROL DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

La principal causa para la aplicación de un mantenedor es la pérdida prematura de los dientes de la primera dentición. Debido generalmente a la caries dental que afecta al germen dentario produciendo quizá una hipoplasia en el esmalte del diente permanente

CLASIFICACION DE MANTENEDORES DE ESPACIO

La clasificación de los mantenedores de espacio es la siguiente:

FIJOS Y REMOVIBLES

Los fijos a su vez se clasifican en unilaterales y bilaterales.

FIJOS UNILATERALES

BANDA Y ANZA: puede ir adaptada en el primer molar permanente o segundo molar temporal (invertidas). Se fabrican con alambre del 035 el anza y con un cierto ancho vestibulo-lingual de 7 a 9 mm. Se le puede adaptar un descanso oclusal para evitar que se incline y se encaje en mucosa. Este descanso se fabrica con alambre del 028 apoyado en la foseta triangular y soldado al anza.

BANDA Y ANZA : Se utilizan en la pérdida de un sólo diente:

1 - Se adapta la corona en el paciente

- 2.- Se toma impresión y se corre con todo y la corona en ella.
- 3.- Fijándose en la impresión con cera pegajosa.
- 4.- Se corre el modelo.
- 5.- Se saca de la impresión y se elabora el anza.
- 6.- Se coloca tela adhesiva en el reborde del modelo.
- 7.- Se fija el anza con yeso al modelo.
- 8.- Se solda.

ZAPATILLA DISTAL

Se coloca en la pérdida de segundos molares temporales. Consta de una barra de alambre wipia en forma de L adaptada a una corona, que entra en el espacio que era ocupado por la raíz distal del segundo molar temporal, sólo un poco más abajo de la cresta ósea.

FIJOS BILATERALES

ARCO LINGUAL: Consta de dos bandas adaptadas en los primeros molares permanentes y un alambre en las caras linguales de los dientes anteriores que se unen con ambas bandas. Está indicado en la pérdida de los caninos o molares temporales.

BOTÓN PALATINO: Se forma con dos bandas en los primeros molares superiores permanentes y con un arco de alambre 036, con un botón palatino de acrílico a la altura de los caninos y línea media.

ARCO PALATINO: Se adapta dos bandas en los molares superiores permanentes y un arco que une a ambas bandas. Se emplea en la pérdida de molares temporales.

REMOVIBLES

Se encuentran con varias ventajas como el que se puede mantener una buena higiene, fácil elaboración, bajo costo y tienen más funcionalidad que los fijos

APARATOS PARA RECUPERAR ESPACIO

Con frecuencia se encuentra con el problema de mesialización de los primeros molares permanentes. En general se está de acuerdo en que la distalización de los primeros molares permanentes, aparte de un mínimo enderezamiento, la manera más satisfactoria de tratarla es con una aparatología combinada con anclaje cefálico

Ha sido recomendada una cantidad de aparatos removibles para la recuperación del espacio, en particular cuando los primeros molares permanentes se desplazaron hacia mesial. Es más fácil el enderezamiento de los molares superiores que los inferiores. El procedimiento debe estar limitado a oclusión Clase I, cuando el anclaje es satisfactorio, cuando no haya erupcionado el segundo molar y cuando existe una relación favorable del segundo molar con el primero

ESTUDIO REALIZADO

Existen datos con estadísticas de un estudio realizado en niños de 1er. Año de Primaria que varían entre los 6,7, y 8 años de edad.

Los totales encontrados fueron :

- 44 niñas.
- 56 niños

De la 44 niñas :

- 23 ----- 6 años.
- 20 ----- 7 años.
- 1 ----- 8 años.

De los 56 niños :

- 24 ----- 6 años.
- 29 ----- 7 años.
- 3 ----- 8 años

A estos niños se les estudió el movimiento del 1er. molar permanente en cada cuadrante. Las variaciones encontradas fueron:

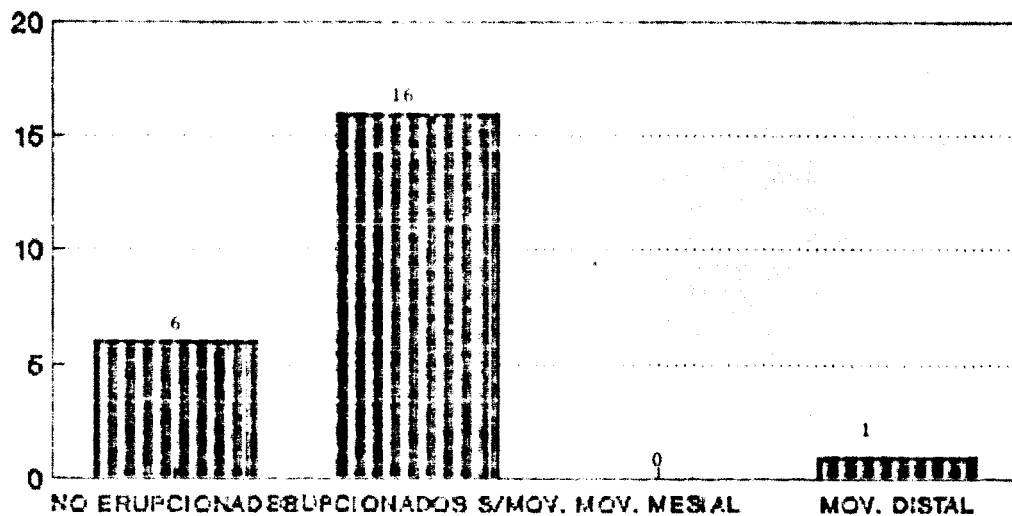
- No Erupcionado
- Erupcionado sin Movimiento.
- Moviento Mesial.
- Movimiento Distal.

Los datos encontrados fueron los siguientes :

POSICION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

SUPERIOR DERECHO

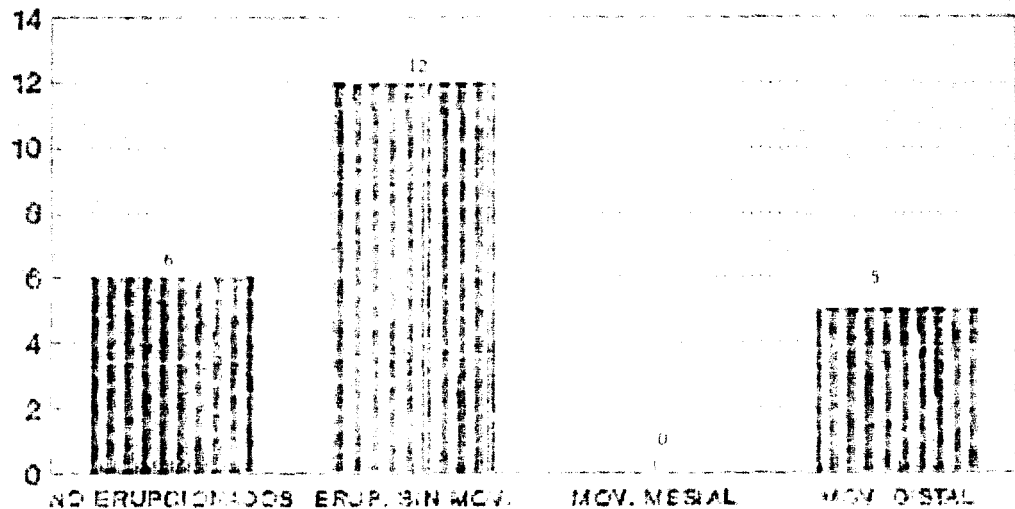
NIÑAS DE 6 AÑOS



Series 1

SUPERIOR IZQUIERDO

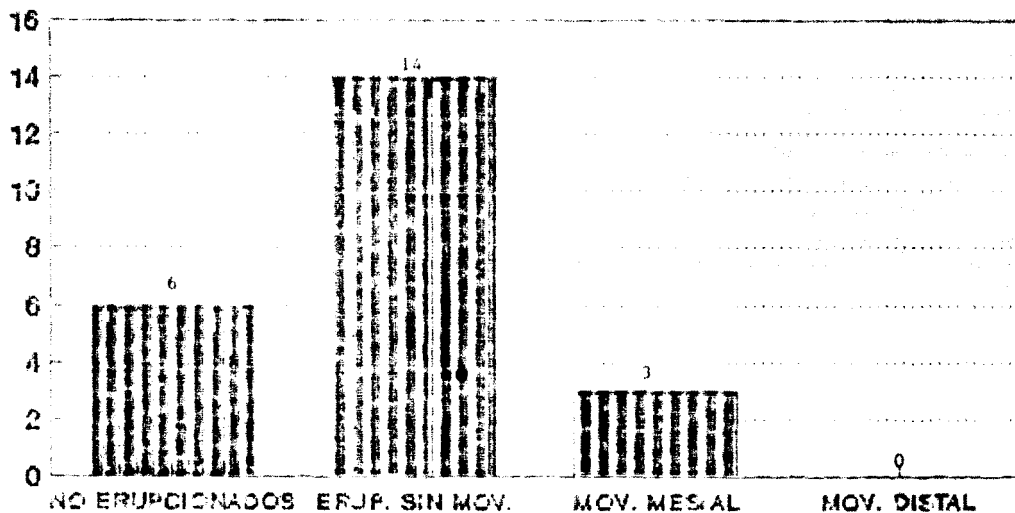
NIÑAS DE 6 AÑOS



Series 1

INFERIOR IZQUIERDO

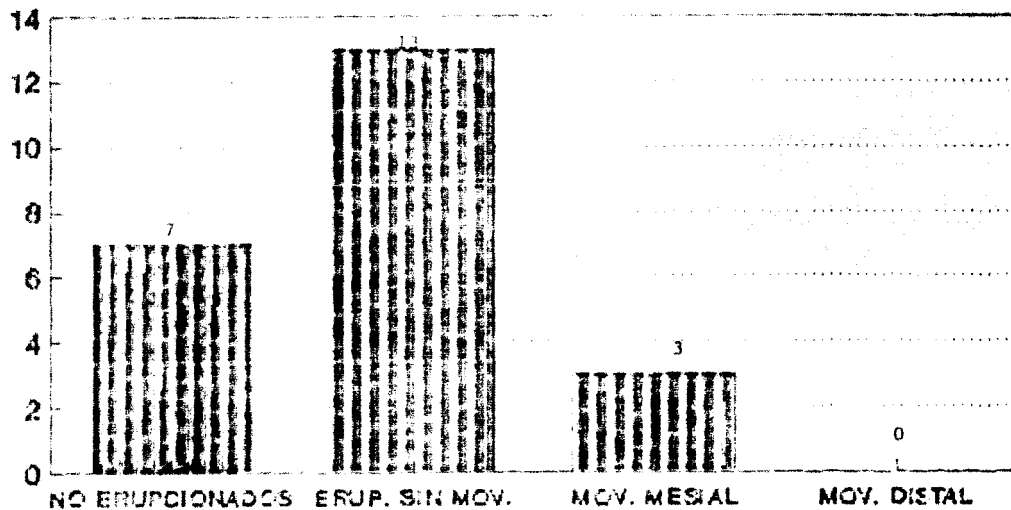
NIÑAS DE 6 AÑOS



Series 1

INFERIOR DERECHO

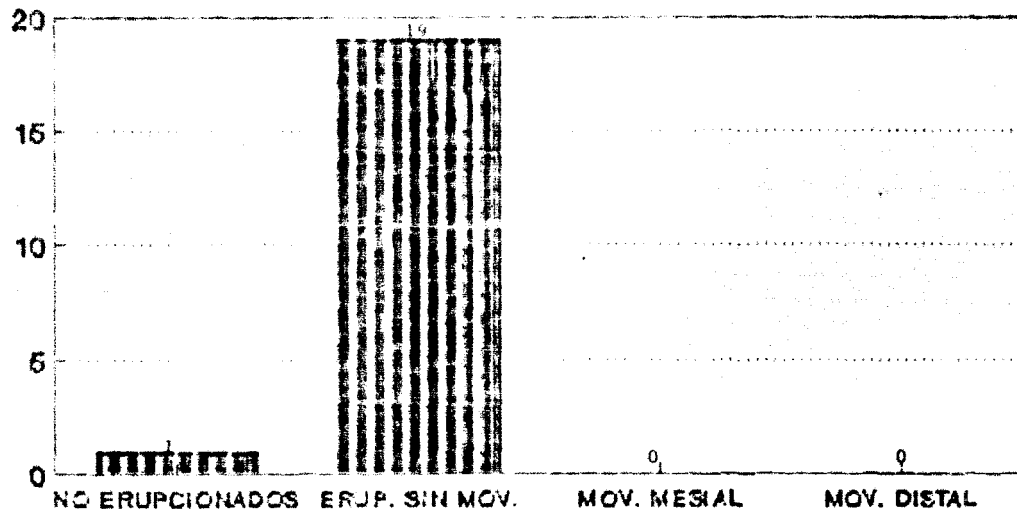
NIÑAS DE 6 AÑOS



Series 1

SUPERIOR DERECHO

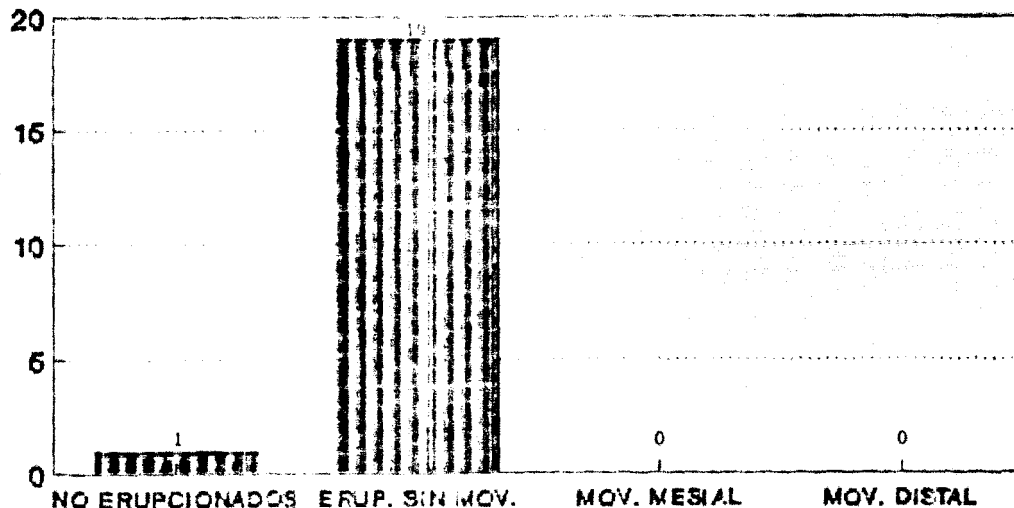
NIÑAS DE 7 AÑOS



Series 1

SUPERIOR IZQUIERDO

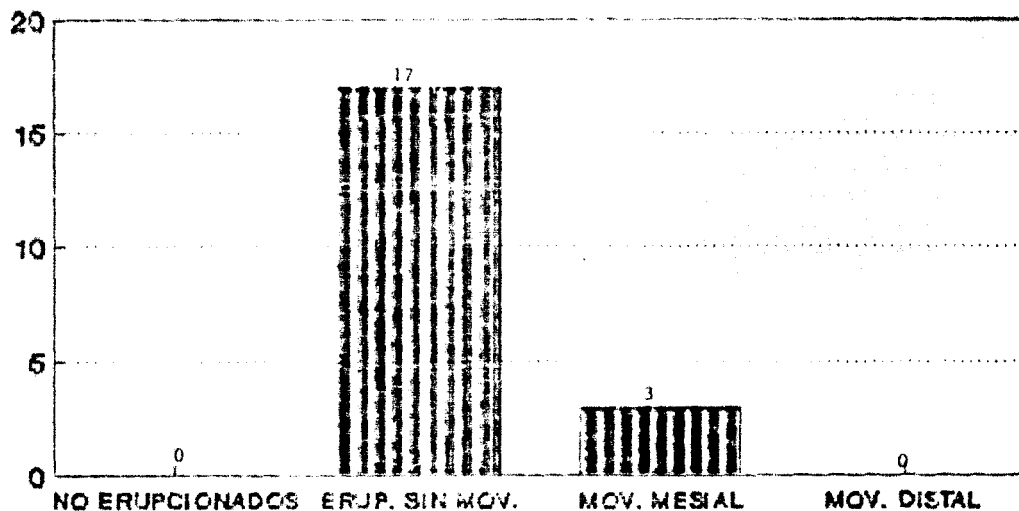
NIÑAS DE 7 AÑOS



III Series 1

INFERIOR IZQUIERDO

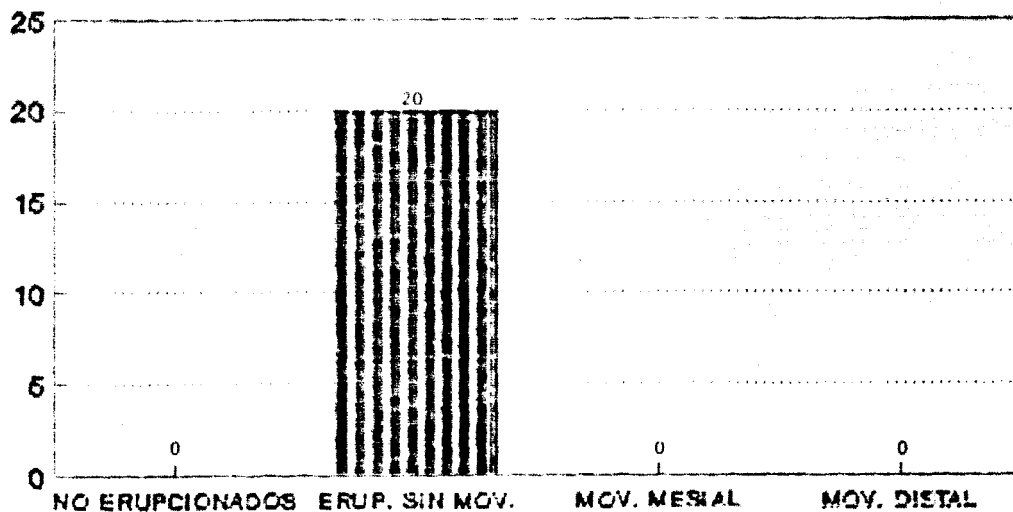
NIÑAS DE 7 AÑOS



Series 1

INFERIOR DERECHO

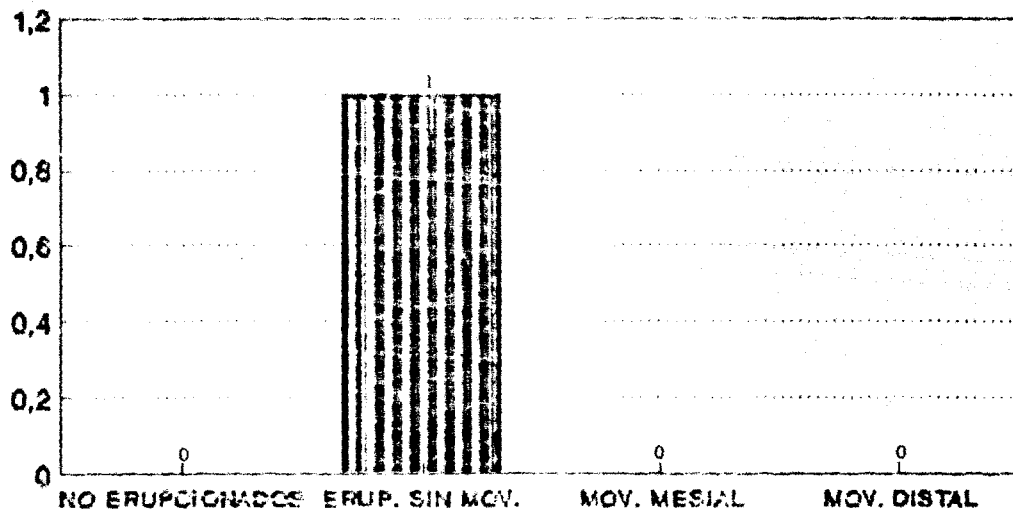
NIÑAS DE 7 AÑOS



III Series 1

SUPERIOR DERECHO

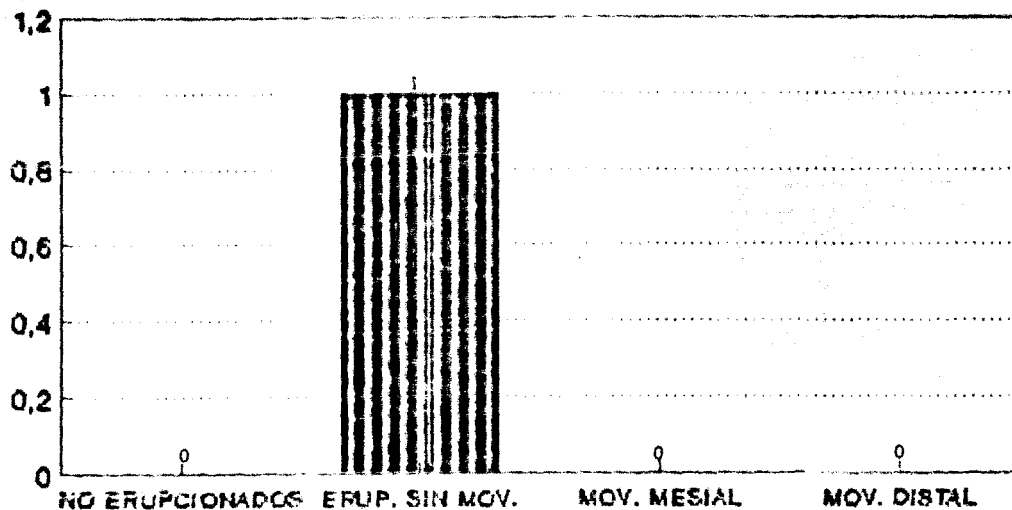
NIÑA DE 8 AÑOS



Series 1

SUPERIOR IZQUIERDO

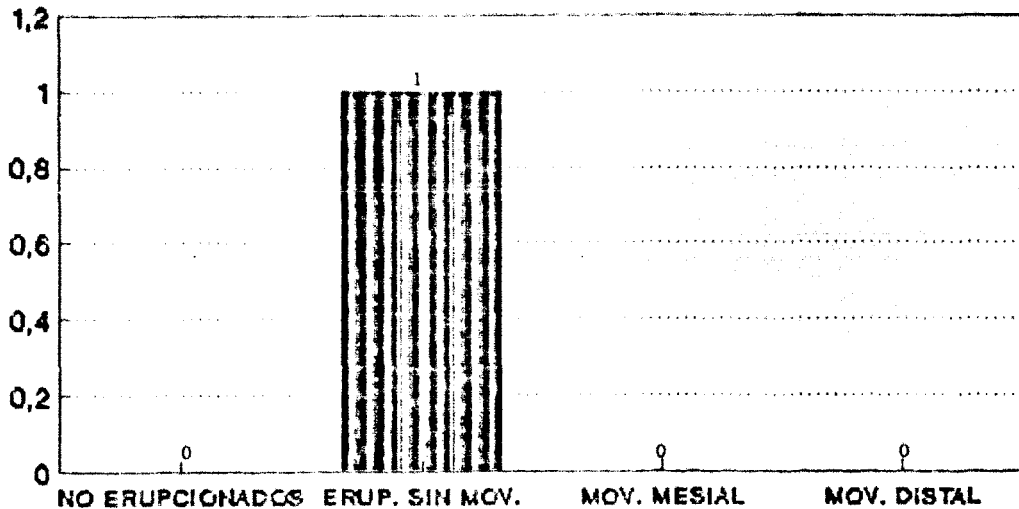
NIÑA DE 8 AÑOS



Series 1

INFERIOR IZQUIERDO

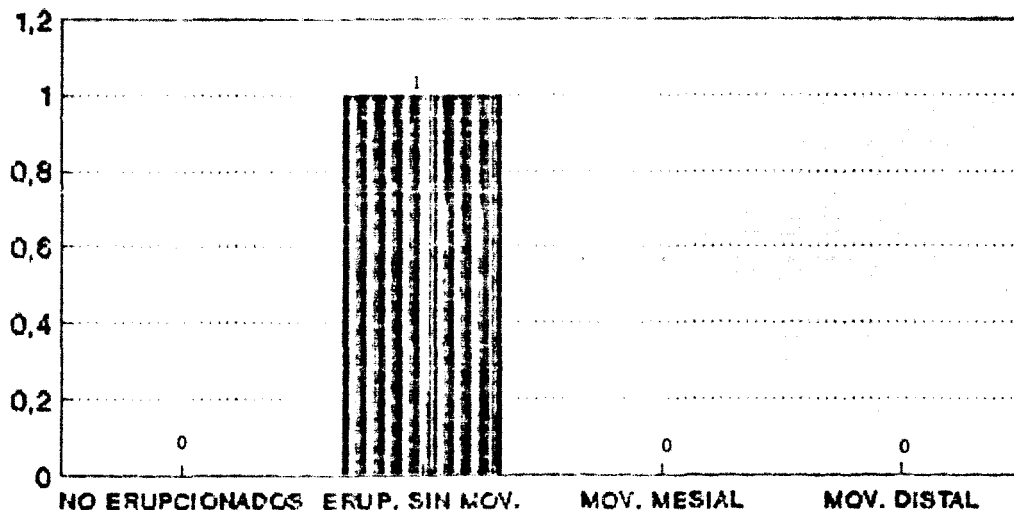
NIÑA DE 8 AÑOS



Series 1

INFERIOR DERECHO

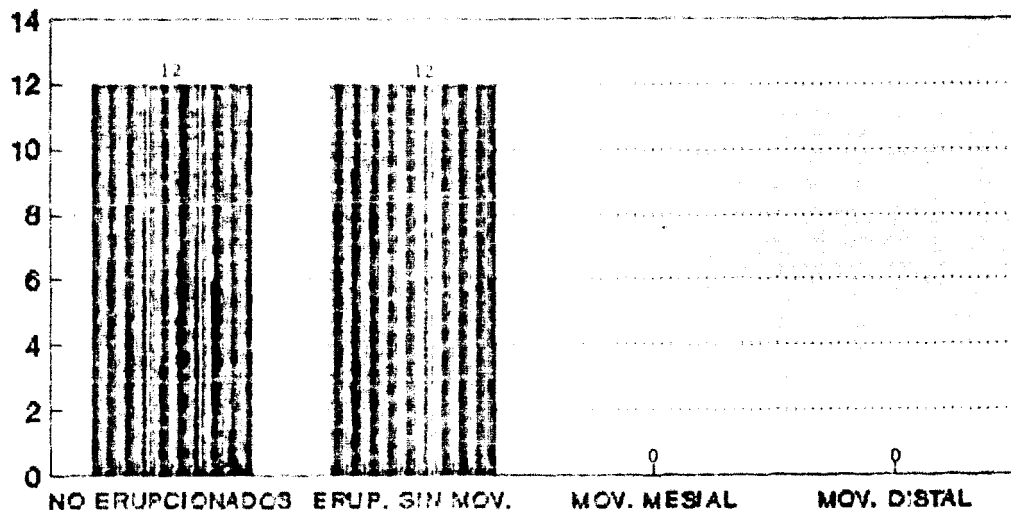
NIÑA DE 8 AÑOS



Series 1

SUPERIOR DERECHO

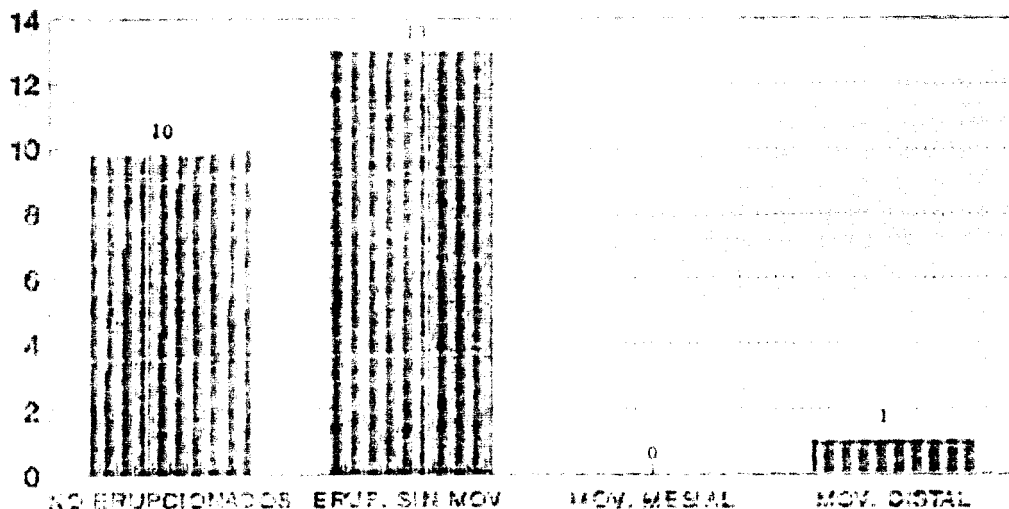
NIÑOS DE 6 AÑOS



Series 1

SUPERIOR IZQUIERDO

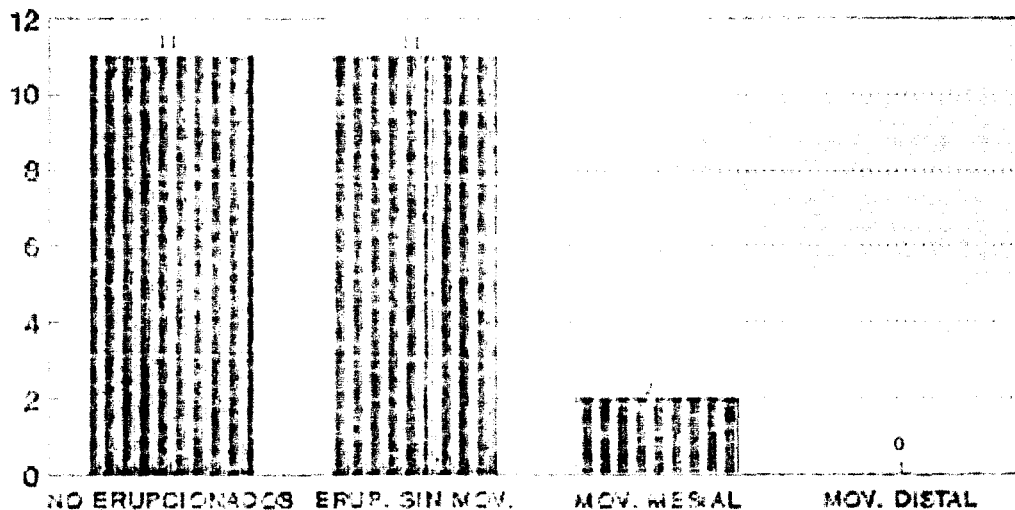
NINOS DE 6 AÑOS



Series 1

INFERIOR IZQUIERDO

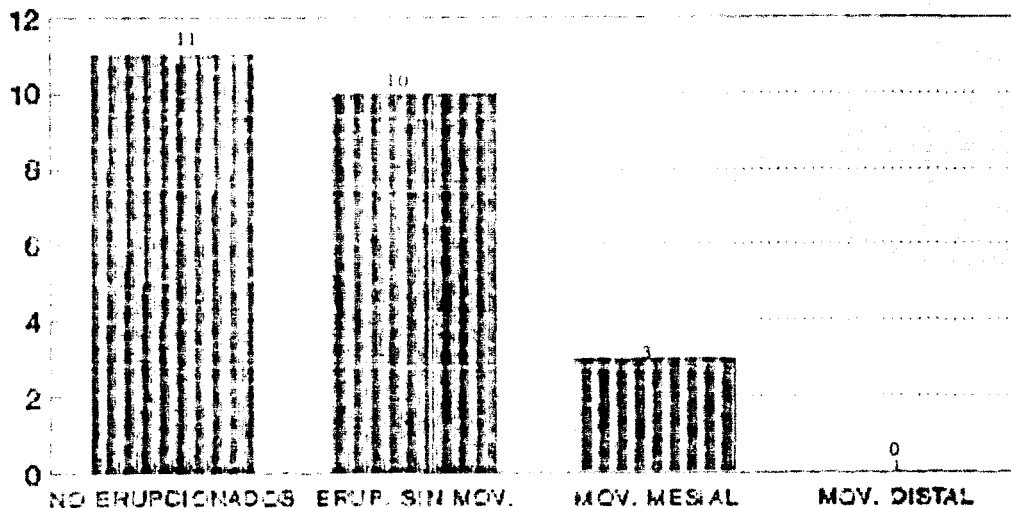
NIÑOS DE 6 AÑOS



Series 1

INFERIOR DERECHO

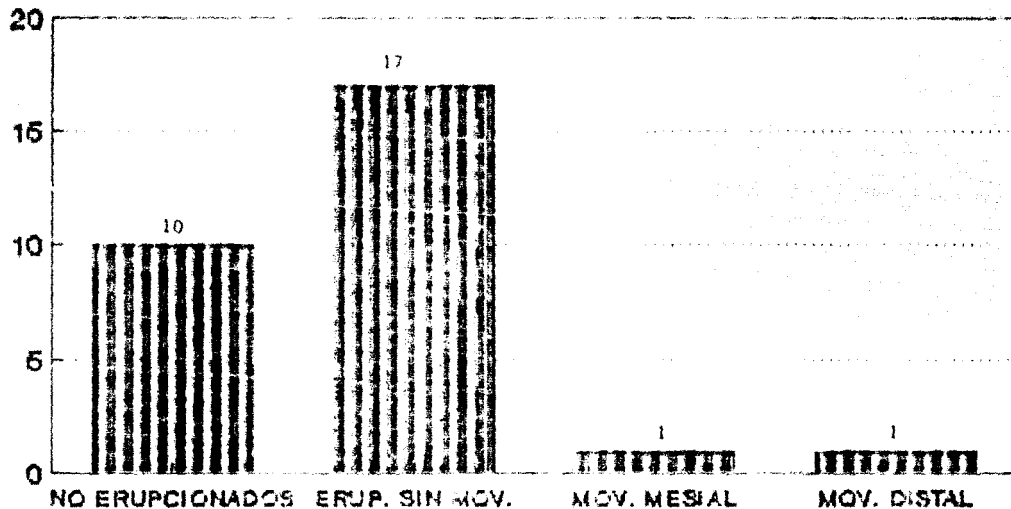
NIÑOS DE 6 AÑOS



Series 1

SUPERIOR DERECHO

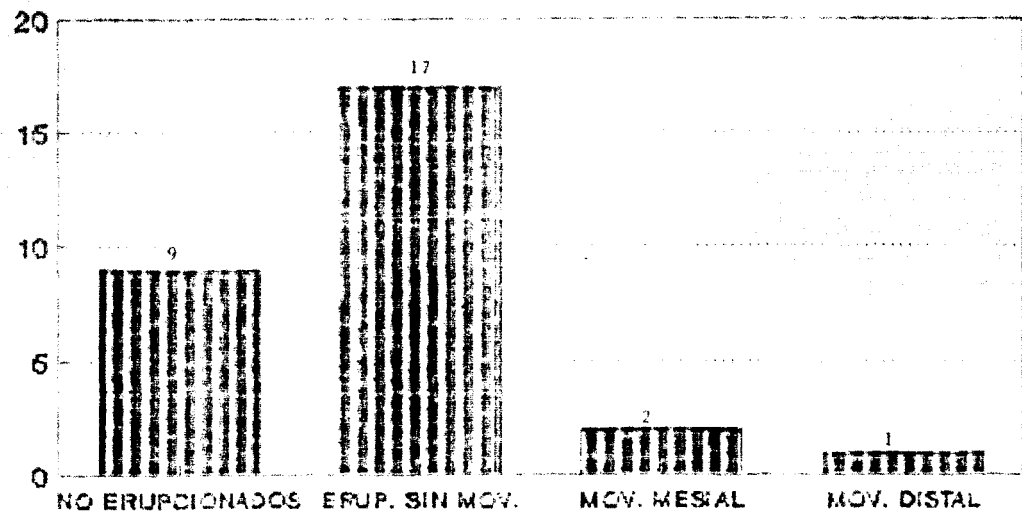
NIÑOS DE 7 AÑOS



Series 1

SUPERIOR IZQUIERDO

NIÑOS DE 7 AÑOS



III Series 1

INFERIOR IZQUIERDO

NIÑOS DE 7 AÑOS

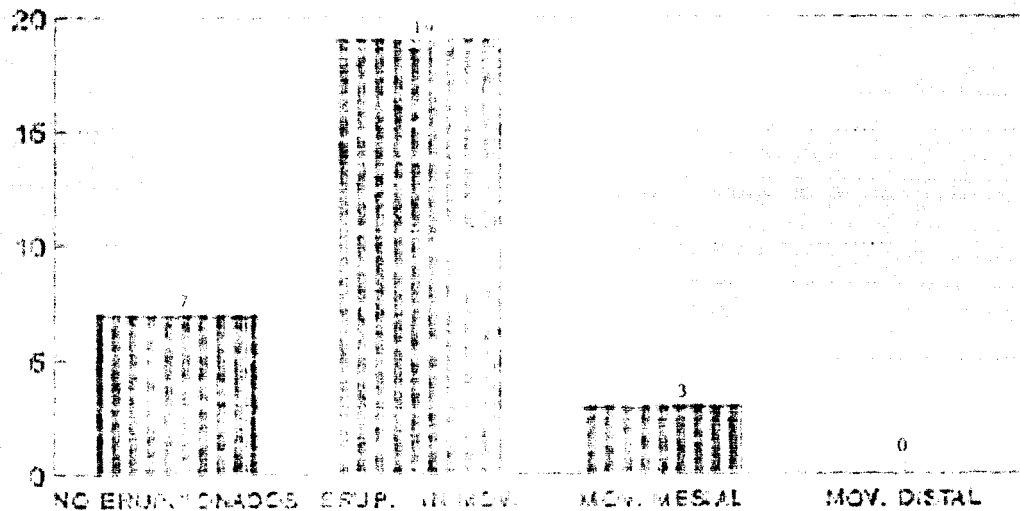
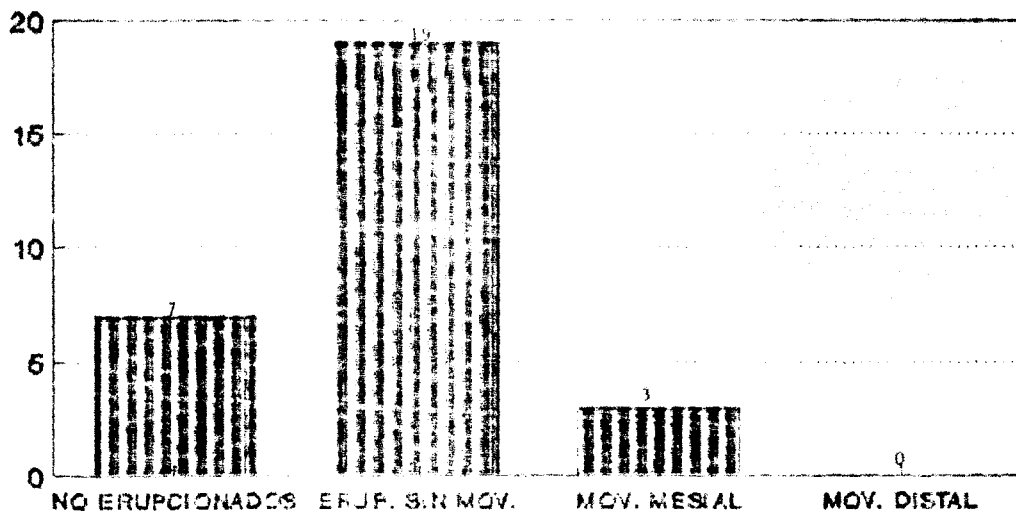


Figura 1

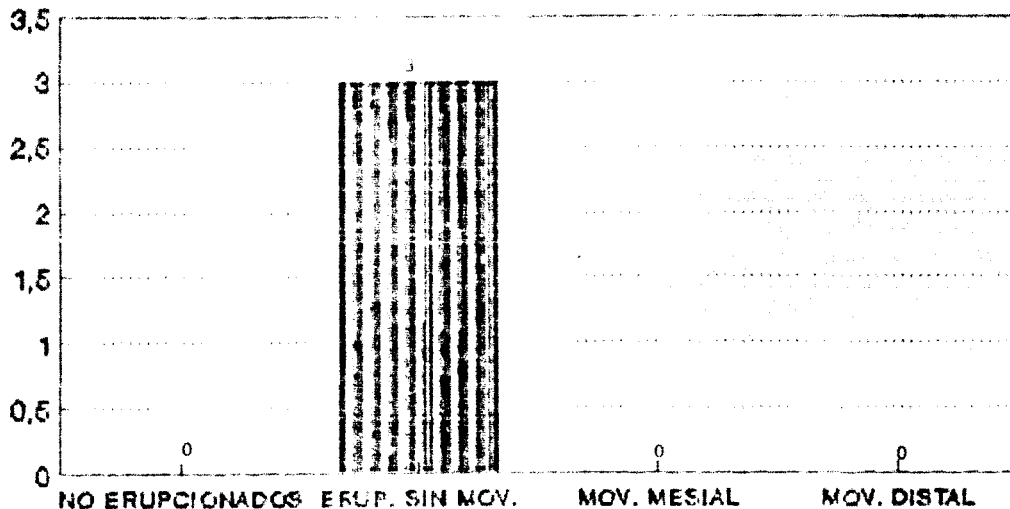
INFERIOR DERECHO NIÑOS DE 7 AÑOS



III Series 1

SUPERIOR DERECHO

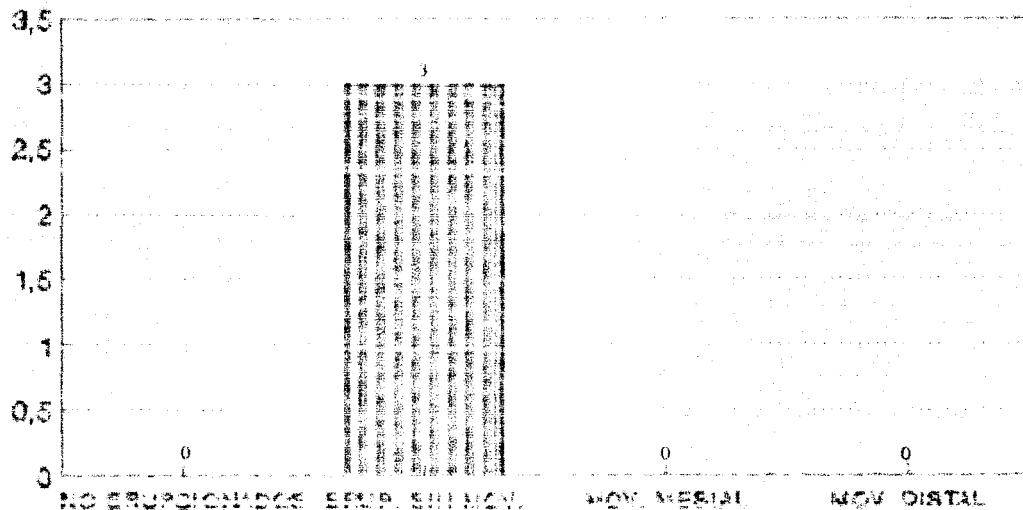
NIÑOS DE 8 AÑOS



Series 1

SUPERIOR IZQUIERDO

NIÑOS DE 8 AÑOS



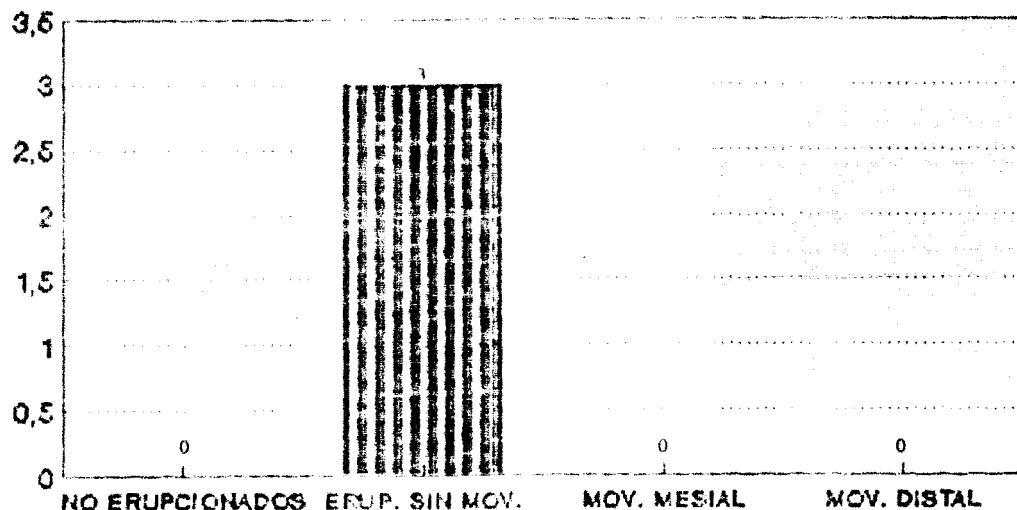
Series 1

MUESTRA 8 DE 68.

ESTA TESIS NO PENE
SAUR DE LA BIBLIOTECA

INFERIOR IZQUIERDO

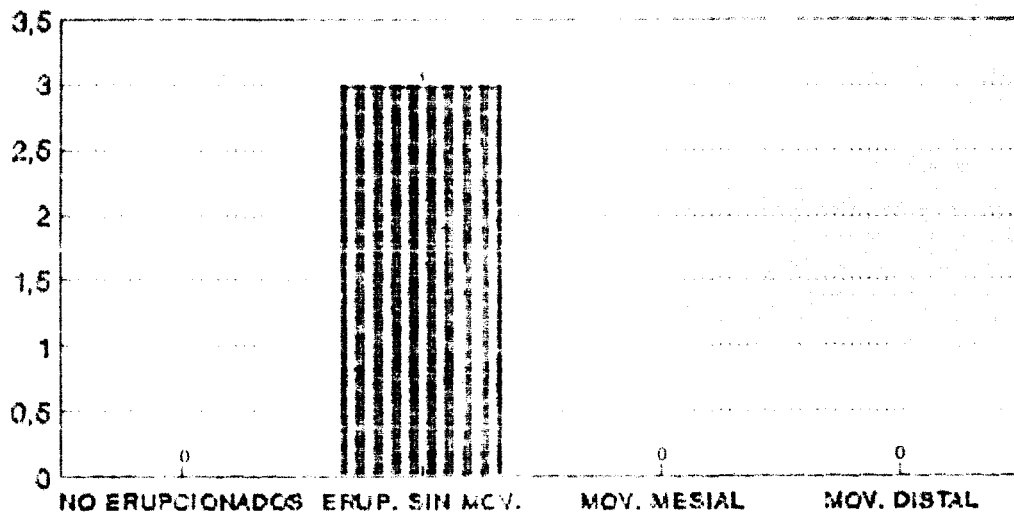
NIÑOS DE 8 AÑOS



Series 1

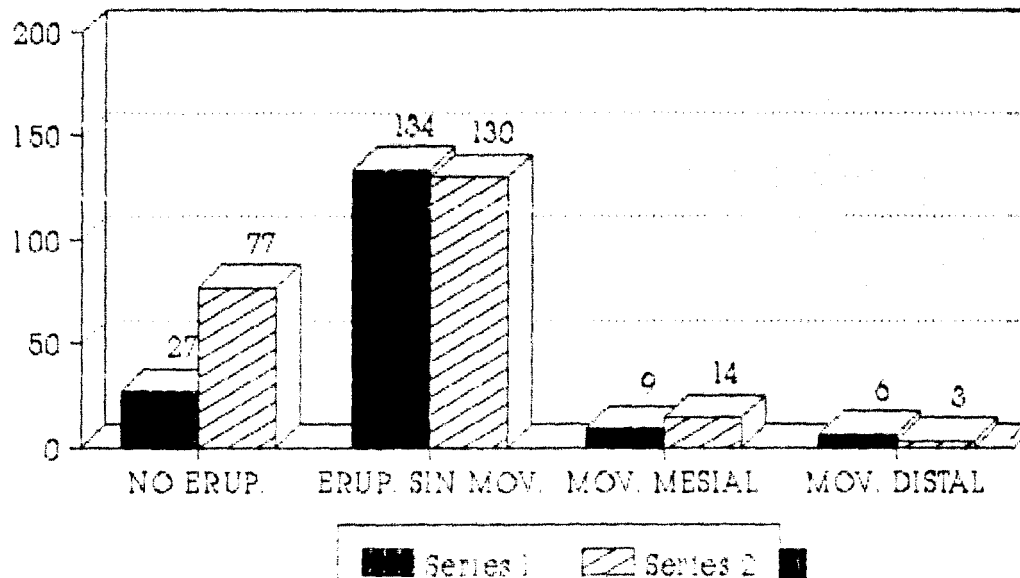
INFERIOR DERECHO

NIÑOS DE 3 AÑOS



Series 1

GRAFICA COMPARATIVA NIÑAS - NIÑOS



CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas de éste estudio realizado, es la importancia que se da en la diferencia de sexos en la erupción del primer molar permanente

Se observa que en el sexo femenino la erupción es más acelerada que en el sexo masculino al igual de que existen variaciones de erupción en otros dientes permanentes.

Sin embargo en cuanto al movimiento mesial o distal del 1er. molar permanente no existe diferencia marcada en la que se puedan tomar conclusiones como las que el sexo masculino tiende más a tener un movimiento mesial

Los movimientos del 1er molar van a la par siempre en cuanto a los dos sexos y a las diferentes edades que varían entre los 6, 7 y 8 años tanto de los diferentes sexos como entre ellos mismos.

Con ésto se puede concluir que los factores por el que se ocasionó el movimiento en el primer molar son otros factores ajenos a la diferencia de sexos o edades.

REFERENCIAS

- 1.- Mc Donald, Odontología para el niño y el adolescente,
Editorial Mundi
- 2.- Simo, Movimientos dentarios menores en niños,
Editorial Mundi
- 3.- Finn, Odontología pediátrica
Editorial Interamericana, 4ta Edición.
- 4.- Tesis realizadas por alumnos de F. O. U. N. A. M.
 - Odontología Infantil.
 - Ortodoncia Interceptiva.
 - Dientes Retenidos.
- 5.- Robert E. Moyers, Manual de Ortodoncia.
Editorial MUNDI.