

2 of
90



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

MANTENEDORES DE ESPACIO

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Raúl Mauricio Córdova Reyes

FALLA DE ORIGEN



México, D. F.



1989

CC1. 27 1989

NO ADMITIR LIBROS



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.

MANTENEDORES DE ESPACIO

INTRODUCCION.

CAPITULO I. GENERALIDADES DE ORTODONCIA

- A) DEFINICIÓN DE ORTODONCIA
- B) OBJETIVO DE LA ORTODONCIA
- C) CLASIFICACIÓN DE LA ORTODONCIA

CAPITULO II. MEDIOS FISIOLÓGICOS PARA MANTENER UN DIENTE EN SU - ALVEOLO

- A) DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO
- B) RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO
- C) PULPOTOMÍA
- D) PULPECTOMÍA
- E) CORONA DE ACERO CROMO
- F) CORONA DE POLICARBONATO

CAPITULO III. ESTUDIOS DEL DESARROLLO OCLUSAL BASADOS EN LA ERUPCIÓN DENTAL

- A) PROBLEMAS OCLUSALES

CAPITULO IV. MANTENEDORES DE ESPACIO

- A) OBJETIVO DEL MANTENEDOR DE ESPACIO
- B) REQUISITOS PARA COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO
- C) FUNCIÓN DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

CAPITULO V. CLASIFICACION DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

- A) MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS
VENTAJAS Y DESVENTAJAS
- B) MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES
VENTAJAS Y DESVENTAJAS

CONCLUSION.

BIBLIOGRAFIA.

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

ES MUY IMPORTANTE QUE EL CIRUJANO DENTISTA HAGA UN EXCELENTE ANÁLISIS CLÍNICO EN LA CAVIDAD ORAL INFANTIL. CON AYUDA DE ÉSTE SE PODRÁ REALIZAR LA DETECCIÓN DE CARIES ANTES DE UNA DESTRUCCIÓN TOTAL DEL DIENTE Y EN OCA--SIONES PREVENIR PROBLEMAS PULPARES.

EL DENTISTA GENERAL NO DEBE MENOSCABAR EL VALOR DE LA - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, IGUALMENTE DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO SON UN PARTE IMPORTANTE DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA, ES EL MANEJO OPORTUNO DE LOS ESPACIOS CREADOS POR LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DESIDUOS.

PODEMOS AFIRMAR QUE LA DENTICIÓN TEMPORAL ES SUMAMENTE IMPORTANTE YA QUE SU FUNCIÓN ADEMÁS DE MASTICATORIA, FONÉTICA Y ESTÉTICA SON IMPRESCINDIBLES PARA LA DENTICIÓN PERMANENTE, YA QUE SON SU GUÍA DE ERUPCIÓN, POR LO CUAL PODEMOS DEDUCIR QUE LA PÉRDIDA PREMATURA DE CADA UNA DE ELLAS PROVACARÁ LA MALPOSICIÓN, POR LO TANTO MALOCLU--SIÓN.

NUESTRO DEBER EN SÍ, SERÁ CON AYUDA DE LO QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONE EN ESTOS ESCRITOS, REALIZAR UN BUEN

DIAGNÓSTICO PARA POSTERIORMENTE DETERMINAR EL TIPO DE -
MANTENEDOR DE ESPACIO QUE EL PACIENTE NECESITA.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE ORTODONCIA

- A) DEFINICIÓN DE ORTODONCIA
- B) OBJETIVO DE LA ORTODONCIA
- C) CLASIFICACIÓN DE LA ORTODONCIA

DEFINICION DE ORTODONCIA

LA ORTODONCIA COMPRENDE EL ESTUDIO DEL CRECIMIENTO, DESARROLLO DE LOS MAXILARES Y DE LA CARA ESPECIALMENTE, Y DEL CUERPO EN GENERAL, COMO INFLUENCIAS SOBRE LA POSICIÓN DE LOS DIENTES; EN EL ESTUDIO DE LA ACCIÓN Y REACCIÓN DE LAS FUERZAS EXTERNAS E INTERNAS EN EL DESARROLLO DETENIDO Y PERVERTIDO.

OBJETIVO DE LA ORTODONCIA

EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO ES LA CORRECCIÓN DE LA MALOCLUSIÓN DE LOS DIENTES Y EL DE DIRIGIR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRÁNEO-FACIAL.

EN LA ODONTOLOGÍA SE HA ACEPTADO SIEMPRE LA OCLUSIÓN ANATÓMICA Y FUNCIONAL SIMULTÁNEAMENTE; CON ESTOS DOS OBJETIVOS SE HA TOMADO COMO BASE PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE DEFORMIDADES QUE REQUIEREN UN TRATAMIENTO ORTODÓNTICO.

COMUNMENTE SE LE DESIGNA OCLUSIÓN NORMAL NO SÓLO A LA OCLUSIÓN CORRECTA DE LOS DIENTES SINO TAMBIÉN A TODAS LAS ESTRUCTURAS QUE COMPONEN EL APARATO DENTAL EN FORMA ANATÓMICA Y FUNCIONALMENTE CORRECTAS EN ARMONÍA CON LOS DIENTES EN OCLUSIÓN NORMAL.

TAMBIÉN DEBEMOS TOMAR EN CUENTA LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL APARATO DENTARIO INDEPENDIEMENTE DE LOS DIENTES, ES DECIR LOS TEJIDOS QUE RODEAN A LOS DIENTES, LA LENGUA, LOS HUESOS Y MÚSCULOS DE LOS MAXILARES Y CARA Y LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

LA OCLUSIÓN CORRECTA ES UN PROCESO FUNCIONAL QUE CONSTANTEMENTE EXPERIMENTA MODIFICACIONES Y AJUSTES CONTINUOS A LO LARGO DE LA VIDA DE AMBAS DENTICIONES TEMPORAL Y PERMANENTE.

CLASIFICACION DE LA ORTODONCIA:

LA ORTODONCIA SE HA CLASIFICADO EN 3 CATEGORÍAS:

- A) ORTODONCIA PREVENTIVA
- B) ORTODONCIA INTERCEPTIVA
- C) ORTODONCIA CORRECTIVA

ORTODONCIA PREVENTIVA

ES LA ACCIÓN EJERCIDA PARA CONSERVAR LA INTEGRIDAD DE LO QUE PARECE SER OCLUSIÓN NORMAL EN DETERMINADO MOMENTO.

DENTRO DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA PODEMOS MENCIONAR AQUELLOS TRASTORNOS DEL MEDIO AMBIENTE: PSICOLÓGICOS Y HABITOS PERNICIOSOS QUE PUDIERAN CAMBIAR EL CURSO NORMAL EN LA ERUPCIÓN DENTARIA.

LA RESTAURACIÓN CORRECTA DE LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DE LOS DIENTES; LA ELIMINACIÓN DE LESIONES CARNOSAS EN ÁREAS INTERNAS PROXIMALES QUE PUDIERAN AFECTAR LA LONGITUD DE LA ARCADA; LA COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO PARA CONSERVAR LAS POSICIONES CORRECTAS DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

ES NECESARIO QUE EL CIRUJANO DENTISTA ESTABLEZCA UNA COMUNICACIÓN ESTRECHA CON EL NIÑO Y CON SUS PADRES DESDE LA PRIMERA VISITA, MEDIANTE ILUSTRACIONES SE MOSTRARÁ A LOS PADRES QUE LA OCLUSIÓN NORMAL NO SUCEDE SIMPLEMENTE. DEBERÁN COMPRENDER QUE EXISTEN HÁBITOS QUE PROVOCAN TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN NORMAL Y LA COMPLEJIDAD DEL DESARROLLO DENTAL.

PARA LA REALIZACIÓN DE UN BUEN DIAGNÓSTICO PODEMOS ESTAR EXAMINANDO CONTINUAMENTE A NUESTRO PACIENTE CON AYUDA DE RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, RADIOGRAFÍAS LATERALES DE CRÁNEO, FOTOGRAFÍAS DE LA CARA, ASÍ CON ESTE TIPO DE EXÁMENES LLEGAR A DIAGNOSTICAR UNA MALOCLUSIÓN.

ESTE TIPO DE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO ESTÁ LIGADO CON MODELOS DE ESTUDIO YA QUE ESTOS ADEMÁS DE CONSTITUIR UN REGISTRO LIGADO AL TIEMPO DE UNA RELACIÓN MORFOLÓGICA PARTICULAR AYUDA A INTERPRETAR LAS RADIOGRAFÍAS.

ES DETERMINANTE QUE UNA CANTIDAD DE FACTORES GENERALES

INFLUYAN SOBRE LA CREACIÓN DE UNA MALOCCLUSIÓN.

A) EL CONTROL DE CARIES ES MUY IMPORTANTE YA QUE ÉSTA -- PUEDE PRODUCIR EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES Y LA PÉRDIDA DE ESPACIO NECESARIO PARA LA ERUPCIÓN CORRECTA DE LOS DIENTES PERMANENTES.

B) LA ANORMALIDAD DE LA MUSCULATURA BUCAL, UNA POSICIÓN LINGUAL ANORMALMENTE ALTA SUMADA AL MÚSCULO MENTONIANO, PUEDE SER PERJUDICIAL PARA LA OCLUSIÓN DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE UNO DE LOS MOLARES TEMPORALES INFERIORES. EL RESULTADO FINAL SERÁ EL COLAPSO DEL ARCO DENTARIO Y EL DESPLAZAMIENTO MESIAL DEL SEGMENTO POSTERIOR.

C) LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN DEL PULGAR Y OTROS DEDOS QUE EJERCEN FUERZAS ANORMALES SOBRE EL ARCO DENTAL.

D) LA INSUFICIENCIA DE LA LONGITUD DEL ARCO Y OTROS RAS-TROS DE MALOCCLUSIÓN EN PARTICULAR CLASE II DIVISIÓN I COMUNTEME EMPEORAN PROGRESIVAMENTE DESPUÉS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES INFERIORES.

ORTODONCIA INTERCEPTIVA

ES UNA ETAPA DE LA ORTODONCIA EMPLEADA PARA RECONOCER Y ELIMINAR IRREGULARIDADES EN POTENCIA Y MALPOSICIONES DEL COMPLEJO DENTOFACIAL.

CUANDO EXISTE UNA FRANCA MALOCCLUSIÓN EN DESARROLLO PROVOCADA POR FACTORES EXTRÍNECOS, DEBEREMOS SEGUIR CIERTOS PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR LA GRAVEDAD DE LA MALFORMACIÓN Y EN CIERTOS CASOS ELIMINAR LA CAUSA. UN BUEN EJEMPLO, LAS EXTRACCIONES EN SERIE. EL MÁS INDICADO PARA TOMAR ESTA DECISIÓN ES EL ORTODONCISTA, BASÁNDOSE EN SU CONOCIMIENTOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EN SU ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO Y EN SU EXPERIENCIA CLÍNICA.

RECONOCIENDO LA DISCREPANCIA EXISTENTE ENTRE LA CANTIDAD DE MATERIAL DENTARIO Y EL ESPACIO EXISTENTE PARA LOS DIENTES EN LAS ARCADAS LA EXTRACCIÓN OPORTUNA DE LOS DIENTES DECIDUOS PERMITE PROPORCIONAR ESPACIO ADECUADO PARA AJUSTE AUTÓNOMO. LAS EXTRACCIONES EN SERIE PUEDEN PRODUCIR MALOCCLUSIONES SI NO SE MANEJA ADECUADAMENTE.

EL GRADO DE INTERCEPCIÓN Y EL TIEMPO SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN ESTA ETAPA. EL PATRÓN DE RESORCIÓN O LA RESORCIÓN ANORMAL YA HA CREADO MALOCCLUSIÓN.

SE DEBERÁN ELIMINAR LAS CAUSAS Y SÍ EL AJUSTE AUTÓNOMO NO PUEDE RESTAURAR LA OCLUSIÓN NORMAL SE RECURRIRÁ A LOS PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS LIMITADOS.

LA EXTRACCIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS, LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS ÓSEAS O TISULARES PARA LOS DIENTES EN ERUPCIÓN, LA EXTRACCIÓN DE DIENTES ANQUILOSADOS SON PRO

CEDIMIENTOS INTERCEPTIVOS COMO PREVENTIVOS.

COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE SON INDISPENSABLES LOS MO-
DELOS DE ESTUDIO Y LAS RADIOGRAFÍAS DENTALES COMPLETAS.

LOS CONTACTOS PREMATUROS QUE NO SON ELIMINADOS CUANDO SE
PRESENTAN POR PRIMERA VEZ, PUEDEN CONSTITUIR PROBLEMAS -
DE GUÍA DENTARIAS, PROVOCANDO ASÍ TRASTORNOS EN LA OCLU-
SIÓN Y FUNCIÓN NORMAL.

DEBEMOS HACER UNA BUENA OBSERVACIÓN BUCAL PARA VERIFICAR
LA ARMONÍA Y FUNCIONAMIENTO OCLUSAL. ESTA OBSERVACIÓN DE-
BERÁ LLEVARSE A CABO MIENTRAS CIERRE LA BOCA DESDE LA PO-
SICIÓN DE MÁXIMA ABERTURA HASTA LA POSICIÓN POSTURAL DE
DESCANSO HASTA LA OCLUSIÓN COMPLETA. LA POSICIÓN POSTU--
RAL DE DESCANSO ES UNA RELACIÓN EQUILIBRADA SIN TENSION
DEL CÓNDILO MAXILAR INFERIOR, DISCO ARTICULAR, ESTRUCTU-
RA ARTICULARES, CAPULARES Y LIGAMENTOS, Y A LA VEZ LOS -
MÚSCULOS QUE LO CONTROLAN. ESTA RELACIÓN EQUILIBRADA NO
DEBERÁ SER TRASTORNADA CUANDO EL MAXILAR INFERIOR PASE
A LA POSICIÓN DE MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN.

DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DEL MAXILAR

UNA ALTERNATIVA DE GUÍA DENTARIA EN LA DENTICIÓN DECIDUA
Y LA MIXTA ES EL DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE LA MANDÍBU--
LA. EL PACIENTE CIERRA DESDE LA POSICIÓN FISIOLÓGICA DE
DESCANSO HASTA EL PUNTO DE CONTACTO INICIAL. EN EL CON--

TACTO INICIAL EXISTE UNA RELACIÓN INCISAL BORDE A BORDE QUE SE DEBE GENERALMENTE A LA MALPOSICIÓN LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

EN ESTE MOMENTO LOS INCISIVOS SUPERIORES SE ENCUENTRAN LITERALMENTE POSTERIORES AÚN NO ENTRAN EN CONTACTO, EL CÓNDILO SE DESLIZA HACIA ADELANTE SOBRE SU EJE ARTICULAR Y LOS DIENTES POSTERIORES HACEN CONTACTO OCLUSAL EN EL MOMENTO EN QUE EL MÁRGEN INCISAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES SE DESLIZA HACIA LA SUPERFICIE LINGUAL DE LOS INCISIVOS INFERIORES Y EL BORDE LABIOLINGUOINCISAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES ESTABLECE UNA SOBREMORDIDA HORIZONTAL MÁS ADECUADA. EL DESPLAZAMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR YA NO SE PRESENTA DESDE EL PUNTO DE CONTACTO INICIAL HASTA LA OCLUSIÓN. EL DENTISTA SE ASEGURA DE QUE NO ESTÉ TRATANDO UNA MALA OCLUSIÓN VERDADERA Y QUE SE TRATE EN REALIDAD DE UN DESPLAZAMIENTO DE CONVENIENCIA DEBIDO A LA GUÍA DENTAL LOCAL. DE OTRA FORMA EL DESGASTE SOLAMENTE IMPONDRÁ MAYOR TRAUMA A LOS INCISIVOS SUPERIORES O INFERIORES.

ORTODONCIA CORRECTIVA

COMO LA ORTODONCIA INTERCEPTIVA RECONOCE LA EXISTENCIA DE UNA MALOCCLUSIÓN Y LA NECESIDAD DE EMPLEAR DIFERENTES TÉCNICAS PARA REDUCIR O ELIMINAR EL PROBLEMA Y SUS SECUENCIAS. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON GENERALMENTE MECÁNICOS Y DE MAYOR ALCANCE QUE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA --

ORTODONCIA.

EN EL CIERRE DE ESPACIOS ANTERIORES LOS APARÁTOS REMOVI-
BLES FUNCIONAN RETRAYENDO LOS INCISIVOS SUPERIORES HACIA
UN ARCO PEQUEÑO. EN ALGUNOS CASOS LA OCLUSIÓN IMPIDE CAR-
GAR COMPLETAMENTE EL ESPACIO; O LAS CORONAS DE LOS INCI-
SIVOS SE INCLINAN Y SE UNEN PERO LAS RAÍCES PERMANECEN -
SEPARADAS. POSTERIORMENTE SE PARALELIZAN LAS RAÍCES CON
ARCOS 0.16 X 0.16 CUADRADOS.

EN LA EXISTENCIA DE FALTA CONGÉNITA DE UNO O MÁS DIENTES
O PÉRDIDAS DE UN DIENTE DEBIDO A CARIES O UN ACCIDENTE -
CASI SIEMPRE ES PREFERIBLE EMPLEAR APARATOS ORTODÓNTICOS
FIJOS, YA QUE SON CAPACES DE PERMITIR EL CONTROL MÁS PRE-
CISO DE LOS DIENTES Y SU INCLINACIÓN AXIAL, PERO TAMBIÉN
SE DEBE TOMAR EN CUENTA LA EDAD DEL PACIENTE Y SU CRECI-
MIENTO Y DESARROLLO.

CAPITULO II

MEDIOS FISIOLÓGICOS PARA MANTENER UN DIENTE EN SU ALVEOLO

- A) DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO
- B) RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO
- C) PULPOTOMÍA CON FORMOCRESOL
- D) PULPOTOMÍA
- E) PULPECTOMÍA
- F) CORONA DE ACERO CROMO
- G) CORONA DE POLICARBONATO

TRATAMIENTO PULPAR

A DIFERENCIA DEL ESMALTE QUE ES UNA ESTRUCTURA RELATIVAMENTE RESISTENTE E INERTE, LA PULPA DENTAL CONTIENE TEJIDOS CONECTIVOS SIMILARES A LOS DEL ORGANISMO. DENTRO DE LA PULPA ESTÁN VASOS SANGUÍNEOS, VASOS LINFÁTICOS, NERVIOSOS, CÉLULAS DE DEFENSA, SUBSTANCIA BASE Y FIBROBLASTOS.

OTRA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PULPA ES LA PRESENCIA DE ODONTOBLASTOS NECESARIOS PARA LA PRODUCCIÓN DE DENTINA.

EL OBJETIVO EN LA TERAPEÚTICA PULPAR ES REALIZAR TRATAMIENTOS ACERTADOS EN LAS PULPAS AFECTADAS POR CARIES O TRAUMATISMOS, DE TAL MANERA QUE EL DIENTE PUEDE PERMANECER EN LA BOCA EN CONDICIONES SALUDABLES PARA REALIZAR SU FUNCIÓN ÚTIL EN LA DENTICIÓN PRIMARIA. EL DIENTE TEMPORAL QUE HA SIDO PRESERVADO NO SÓLO CUMPLIRÁ SU PAPEL MASTICATORIO, SINO QUE TAMBIÉN ACTUARÁ COMO UN EXCELENTE MANTENEDOR DE ESPACIO DURANTE EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO PARA LA EXFOLEACIÓN EN LA CUAL SE PRODUCIRÁ UN ADECUADO ACOMODO Y ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES.

DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOGRAFICO

ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN PIEZAS PRI

MARIAS, ES CONVENIENTE INICIAR CON UNA HISTORIA CLÍNICA LA CUAL SE COMPLEMENTA NECESARIAMENTE CON RADIOGRAFÍAS DENTOALVEOLARES Ó PANORÁMICAS.

LA HISTORIA CLÍNICA PUEDE COMPRENDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

PADECIMIENTO ACTUAL; SÍ LA MOLESTIA DEL DIENTE PERSISTE EN ESE MOMENTO, LE DUELE CUANDO TOMA AGUA FRÍA, SÍ TIENE MOLESTIAS EN LA MASTICACIÓN, ETC. ESTE TIPO DE INTERROGATORIO DETERMINARÁ SI SE ESTÁ TRATANDO UN CASO DE PULPITIS Ó DE PARODONTITIS APICAL. POSTERIORMENTE PROCEDEREMOS A EFECTUAR LA HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE; SÍ GOZA DE BUENA SALUD, SÍ HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, DIABETES, FIEBRE REUMÁTICA, SÍ ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO, ETC. ESTO AYUDARÁ A DIAGNOSTICAR SU BUENA SALUD EN GENERAL.

EL EXÁMEN DEL ÁREA SE EMPIEZA CON UN RECONOCIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS. SÍ SE ADVIERTEN CAMBIOS DE COLOR, FÍSTULAS DE DRENAJE Ó INFLAMACIÓN DEBERÁ CREAR DUDAS SOBRE PROCEDER CON TERAPÉUTICA PULPAR SIN ENDODONCIA.

SE DEBERÁ EXAMINAR LA PIEZA PARA COMPROBAR SÍ EXISTE DESTRUCCIÓN CLÍNICA DE LA CORONA Y LA POSIBLE PRESENCIA DE PULPA HIPERTROFADA, DEBERÁ COMPROBARSE TAMBIÉN

LA MOVILIDAD DE LA PIEZA YA QUE SÍ EXISTE PUEDE SER UN SIGNO DE UNA POSIBLE PULPA NECRÓTICA. DESPUÉS SE HARÁ LA PERCUSIÓN DE LA PIEZA YA QUE SÍ EL PACIENTE REFIERE ALGÚN TIPO DE SENSIBILIDAD LA POSIBLE AFECCIÓN PERIAPICAL CREARÁ DUDAS DEL ÉXITO DE LA TERAPIA PULPAR.

PARA UN MEJOR DIAGNÓSTICO ES BUENO COMPLEMENTARLO CON RADIOGRAFÍAS LAS CUALES AYUDARÁN AL TIPO DE TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

CON LAS RADIOGRAFÍAS PODREMOS VER SÍ EXISTE ALGÚN TIPO DE RESORCIÓN INTERNA EN LA PORCIÓN CORONAL O APICAL; ES POCO PROBABLE QUE LA PULPA RESPONDA AL TRATAMIENTO.

EN PIEZAS DENTARIAS CON RAÍCES REABSORBIDAS PREMATURAMENTE CONTRAINDICARÍA TOTALMENTE LA TERAPIA PULPAR A USARSE.

RECUBRIMIENTO PULPAR

UNO DE LOS RECUBRIMIENTOS PULPARES EN EL TRATAMIENTO DE LA PULPA CONSISTE SIMPLEMENTE EN COLOCAR UNA CAPA DE MATERIAL PROTECTOR SOBRE EL LUGAR DE EXPOSICIÓN O SENSIBILIDAD PULPAR.

EL HIDRÓXIDO DE CALCIO ACTÚA COMO PROTECTOR DE LA PULPA; ÉSTE MISMO ESTIMULA A LOS ODONTOBLASTOS PARA LA FORMA--

CIÓN DE DENTINA SECUNDARIA.

EN LA DENTICIÓN PRIMARIA HAY UN MAYOR ÍNDICE DE PROBABILIDADES DE TENER ÉXITO EN LOS RECUBRIMIENTOS PULPARES SÓLO - EN AQUELLAS PIEZAS CUYA PULPA DENTAL HA SIDO EXPUESTA MECÁNICAMENTE CON INSTRUMENTOS CORTANTES AL PREPARAR LA CAVIDAD. EN OCASIONES ESTO ES INEVITABLE YA QUE ALGUNOS CUERNOS PULPARES MUY DELGADOS PUEDEN EXTENDERSE HACIA AFUERA DE MANERA QUE ESTÁN ANORMALMENTE PRÓXIMOS A LA SUPERFICIE Y SIN EMBARGO SON DE TAMAÑO SUFICIENTEMENTE PEQUEÑOS PARA NO SER DETECTADOS EN LAS RADIOGRAFÍAS. EN ESTOS CASOS LAS PROBABILIDADES DE INVASIÓN BACTERIANA ES MÍNIMA Y NO SE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS POSTERIORES EXCEPTO PARA ASEPCIA DEL LUGAR DE EXPOSICIÓN CON TORUNDA DE ALGODÓN SATURADA CON PERÓXIDO DE HIDRÓGENO (ZENSONITE). ES RELATIVO QUE SE LOGRÓ UNA ADECUADA ANESTECIA Y EL DIQUE DE CAUCHO ESTÁ EN POSICIÓN. EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA DEBERÁ PERMITIRSE LA PENETRACIÓN DE LA SALIVA EN LA PREPARACIÓN. AL LIMPIAR EL ÁREA SE APLICA UNA PEQUEÑA PORCIÓN DE HIDRÓXIDO DE CALCIO SOBRE LA EXPOSICIÓN, TOMANDO EN CUENTA QUE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO NO FIJA EN CONSISTENCIA DURA; DESPUÉS UNA CAPA DE FOSFATO DE ZINC Y DESPUÉS SE PUEDE EMPACAR LA ALMAGAMA U OTRO MATERIAL RESTAURATIVO.

PODEMOS ADVERTIR QUE EL FOSFATO DE ZINC ES EXTREMADAMENTE IRRITANTE HACIA LA PULPA PERO EN SÍ LA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO ES DE NATURALEZA SUFICIENTEMENTE ALCALINA PARA NEUTRALIZAR LA ÁCIDEZ DEL CEMENTO.

TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO

TRATAMIENTO POR MEDIO DEL CUAL SÓLO SE ELIMINA CARIES REBLANDECIDA DE LA LESIÓN Y SELLAR LA CAVIDAD CON UN AGENTE GERMICIDA.

ESTE TRATAMIENTO SÓLO SE PUEDE REALIZAR EN DIENTES QUE NO PRESENTAN SÍNTOMAS DE PULPITIS.

EL PROCEDIMIENTO CLÍNICO INICIA CON LA REMOCIÓN DE CARIES CON LA AYUDA DE FRESAS REDONDAS GRANDES O CUCHARILLAR FILOSAS. AL REALIZAR LA REMOCIÓN CARIOSA PODRÍA MOLESTAR O EXISTIR SENSIBILIDAD PARA LO CUAL ES ACONSEJABLE ANESTECIAR AL PACIENTE.

LAS PAREDES DE LA CAVIDAD DEBEN ESTAR ALISADAS CON UNA FRESA DE FISURA HASTA DEJAR LIMPIA LA CAVIDAD DE CARIES DENTINARIA NI ADAMANTINA. LA RESTAURACIÓN NO DEBERÁ QUEDAR ALTA PARA QUE NO SE RECIBAN ESFUERZOS DURANTE LA MASTICACIÓN.

EN CAVIDADES DE BAJA PROFUNDIDAD EN LAS CUALES SE HA ELIMINADO LA CARIES SE UTILIZA HIDRÓXIDO DE CALCIO QUE ENDURECE DESPUÉS DE LA APLICACIÓN; SIRVE DE RECUBRIMIENTO Y AL MISMO TIEMPO DE PISO PROTECTOR PUDIÉNDOSE OBTURAR EN LA MISMA SESIÓN.

EL RECUBRIMIENTO INDIRECTO ESTÁ INDICADO EN EL CASO QUE EXISTA UNA CAPA DE DENTINA NO CARIADA PERO TOTALMENTE INTACTA.

TA POR ENCIMA DE LA PULPA.

ES ACONSEJABLE REMOVER TODA LA DENTINA REBLANDECIDA Y POR MEDIO DE UN EXPLORADOR LA EXISTENCIA DE UNA POSIBLE EXPOSICIÓN PULPAR.

EN ESTE TIPO DE CAVIDADES PROFUNDAS EL RECUBRIMIENTO IDEAL ES EL ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL DEBIDO A SU ACCIÓN BACTERICIDA; SU PROPIEDAD QUELANTE ESTIMULA EL TEJIDO PARA LA FORMACIÓN DE DENTINA ESCLERÓTICA.

PULPOTOMIA

LA PULPOTOMÍA CONSISTE EN LA AMPUTACIÓN PARCIAL DE LA PULPA, ES DECIR DE LA PARTE QUE SE ENCUENTRA A NIVEL CORONARIO; POSTERIORMENTE SE COLOCA EL MEDICAMENTO ADECUADO SOBRE EL TEJIDO REMANENTE EXPUESTO. EL OBJETO DE ESTE TRATAMIENTO ES DE MANTENER LA VITALIDAD PULPAR EN LOS CONDUCTOS RADICULARES, ASÍ EL DIENTE ESTARÁ EN CONDICIONES PARA CUMPLIR SU FUNCIÓN.

LA PULPOTOMÍA CON FORMOCRESOL SE CONSIDERA COMO UNA FORMA DE TRATAMIENTO PULPAR VITAL.

EL SITIO DE AMPUTACIÓN DEBE ESTAR LIBRE DE INFECCIÓN PUES LAS PROPIEDADES ANTIBACTERIANAS DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO SON BASTANTE LIMITADAS.

EL PROPÓSITO DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO ES CREAR ESTIMULACIÓN POR LA PRODUCCIÓN DE DENTINA REPARATIVA PARA SELLAR LA PULPA DEL MEDIO EXTERNO.

PULPECTOMIA

LA PULPECTOMÍA CONSISTE EN LA ELIMINACIÓN DE TODO EL TEJIDO PULPAR DE LA PIEZA INCLUYENDO ÉSTA LA PORCIÓN CORONARIA Y RADICULAR. AUNQUE LA ANATOMÍA DE LAS RAÍCES DE LAS PIEZAS PUEDEN EN OCASIONES COMPLICAR ESTE PROCEDIMIENTO DEBEREMOS TENER PRECAUCIONES CUIDADOSAS AL REALIZAR LA PULPECTOMÍA DE LAS PIEZAS PRIMARIAS NO VITALES ESPECIALMENTE EN EL CASO DE SEGUNDOS MOLARES CUANDO EL PRIMER MOLAR NO HA HECHO ERUPCIÓN.

LAS PIEZAS ANTERIORES SON LAS MÁS INDICADAS PARA LOS TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS.

COMO EN SU MAYORÍA SÓLO TIENEN UNA RAÍZ RECTA FRECUENTEMENTE TIENEN CANALES RADICULARES DE TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER TRATADAS, SIN EMBARGO DEBE RECORDARSE QUE LA DENTICIÓN PRIMARIA SE CARACTERIZA POR SUS MÚLTIPLES CANALES AUXILIARES Y EN ESE CASO LA CÁMARA PULPAR NO PODRÁ SE COMPLETAMENTE EXTIRPADA NI LOS CANALES OBTURADOS POSTERIORMENTE.

SIN EMBARGO DEBERÁN TOMARSE EN CUENTA VARIOS PUNTOS QUE SON IMPORTANTES AL REALIZAR TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS - EN PIEZAS PRIMARIAS.

1. DEBERÁ TENERSE CUIDADO DE NO PENETRAR MÁS ALLÁ DE LAS PUNTAS APICALES DE LA PIEZA AL ALARGAR LOS CANALES. ESTO PUEDE DAÑAR LA ERUPCIÓN DE LA PIEZA PERMANENTE EN DE SARROLLO.

2. DEBERÁ USARSE UN COMPUESTO REABSORBIBLE COMO PASTA - DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL COMO MATERIAL DE OBTURACIÓN. DEBERÁN EVITARSE LAS DE PLATA O DE GUTAPERCHA YA QUE NO PUEDEN SER REABSORBIDAS Y ACTÚAN COMO IRRITANTES.

3. DEBERÁ INTRODUCIRSE EL MATERIAL DE OBTURACIÓN EN EL CANAL PRESIONANDO LIGERAMENTE DE MANERA QUE EL MATERIAL NO ATRAVIESE EL ÁPICE DE LA RAIZ.

4. LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL FINAL DE LA RAÍZ DE LA PIEZA (APICECTOMÍA) NO DEBERÁ LLEVARSE A CABO EXCEPTO - EN CASOS EN QUE NO EXISTA PIEZA PERMANENTE EN PROCESO - DE DESARROLLO.

REALIZAREMOS CUIDADOSAMENTE LAS PULPECTOMÍAS DE MOLARES PRIMARIOS NO VITALES YA QUE LA FORMA ESTRECHA TORTUROSA Y ACORDONADA DE LOS CANALES HACEN ESTE TRATAMIENTO MUY DELICADO.

CORONA ACERO CROMO

ES UNA RESTAURACIÓN EFICAZ PARA LOS DIENTES PRIMARIOS -
CON CARIES AVANZADA.

LAS VENTAJAS DE ESTA CORONA ACERO CROMO SON:

- 1.- BAJO COSTO.
- 2.- REDUCCIÓN DEL TIEMPO OPERATORIO.
- 3.- DURABILIDAD DE LA RESTAURACIÓN.
- 4.- RESISTENCIA A LAS SOLUCIONES BUCALES.
- 5.- SE PUEDE ADAPTAR A LA PIEZA EN UNA SOLA CITA.
- 6.- SOPORTA LA FUERZAS OCLUSALES Y MASTICATORIAS.
- 7.- NO SE DISTORCIONA O DESGASTA (SIEMPRE Y CUANDO LA -
CORONA ESTÉ BIEN ADAPTADA AL DIENTE A TRATAR).

EL MÉTODO PARA LA COLOCACIÓN DE LA CORONA EN LA PIEZA
A RESTAURAR, ES PRIMERAMENTE LA REMOCIÓN DE LA CARIES -
EXISTENTE Y ALISAR TODOS LOS SOCAVADOS QUE PUEDEN IN---
FLUIR EN LA ADAPTACIÓN DE LA MISMA.

EL TEJIDO PARODONTAL DEBE ESTAR COMPLETAMENTE SANO. ES
NECESARIO QUE EN LOS DIENTES PRIMARIOS EXISTA SUFICIENTE
TEJIDO RADICULAR POR LO MENOS QUE LA MITAD DE LA ---
RAÍZ NO SE HAYA REABSORBIDO. ESTO LO PODEMOS COMPROBAR
CON UNA RADIOGRAFÍA DENTOALVEOLAR.

LAS CORONAS DE ACERO CROMO SE UTILIZAN EN DIENTES PRIMARIOS QUE HAN SIDO TRATADOS ENDODONTICAMENTE. DEBIDO A QUE ESTOS DIENTES TIENDEN A VOLVERSE MÁS FRÁGILES LA CORONA DE ACERO CROMO PREVIENE SU POSIBLE FRACTURA. A SU VEZ REALIZA EL TRABAJO DE UN PILAR EN CASOS DE UN SOPORTE PARA APARATOS FIJOS.

PREPARACION PARA CORONAS DE ACERO CROMO

PARA EMPEZAR DEBERÁ ADMINISTRARSE ANESTESIA. PROCEDEREMOS A HACER UN CORTE PROXIMAL EN EL CUAL SE HARÁ LA REDUCCIÓN MESIAL Y DISTAL DE LA PIEZA EN FORMA DE UN CORTE VERTICAL QUE ABRA ASÍ LA SUPERFICIE DE CONTACTO BUCAL, LINGUAL Y GINGIVAL. SE REQUIERE LA REDUCCIÓN DISTAL AÚN CUANDO TODA VÍA NO EXISTA EL DIENTE ERUCCIONADO EN POSTERIOR, YA QUE SI NO REALIZAMOS ESTOS CORTES QUEDARÁ UNA CORONA DE TAMAÑO EXCESIVO QUE DIFICULTARÁ LA ERUPCIÓN DE LA PIEZA PERMANENTE. A CONTINUACIÓN SE HARÁ LA REDUCCIÓN EN OCLUSAL; ÉSTA DEBERÁ SEGUIR LA ANATOMÍA DEL DIENTE CON UNA PROFUNDIDAD DE 1,5 A 2 MM. LO QUE PERMITE SUFICIENTE ESPACIO PARA LA CORONA DE ACERO.

CORONAS DE POLICARBONATO

EN SÍ EL OBJETIVO A SEGUIR EN LAS CORONAS DE POLICARBONATO ES LA RESTAURACIÓN TOTAL DEL DIENTE CON RESULTADOS ES-

TÉTICOS.

LA CORONA DE POLICARBONATO ES UNA CORONA YA LISTA DEL COLOR DEL DIENTE CUYAS DIMENSIONES SE APROXIMAN A LAS DEL DIENTE QUE SE VA A REEMPLAZAR.

PARA LA COLOCACIÓN DE LA CORONA, COMENZAREMOS CON LA ELIMINACIÓN DE CARIES; SE COLOCARAN PROTECTORES PULPARES EN CASO DE QUE LA PIEZA EN TRATAMIENTO TENGA VITALIDAD; SE ELIMINAN LOS PUNTOS DE CONTACTO. SI SE ENCUENTRA INTACTA LA REGIÓN CERVICAL SE PUEDE PREPARAR EL DIENTE COMO PARA UNA CORONA FUNDA SIN HOMBRO, SEMEJANTE A LA PREPARACIÓN DE UNA CORONA DE ACERO CROMO, SIN EMBARGO SE HA VISTO QUE CON FRECUENCIA LA CARIES HA CREADO UN HOMBRO EN LA LÍNEA CERVICAL ABAJO DE LA ENCLÁ Y CERCA DE LA SUPERFICIE RADICULAR (CEMENTO). SI SE DA ESTE CASO LA PREPARACIÓN PODRÁ TENER UN HOMBRO EN LA REGIÓN CERVICAL.

LA CEMENTACIÓN DE ESTA CORONA SE PUEDE HACER CON DISTINTOS MATERIALES. POR EJEMPLO LAS CORONAS SE PUEDEN CEMENTAR CON FOSFATO DE ZINC; RASPAMOS EL INTERIOR PARA DAR RETENCIÓN ENTRE LA CORONA Y EL ACERO. NO DEBEMOS OLVIDAR LA COLOCACIÓN DE UN PROTECTOR PULPAR.

SE PREPARA EL CEMENTO, COLOCAMOS LA CORONA Y ELIMINAMOS EL EXCESO DE MATERIAL. DEBEMOS ASEGURARNOS QUE NO EXISTAN DESAJUSTES.

TAMBIÉN PODREMOS HACER LA CEMENTACIÓN DE LA CORONA CON RESINA COMPUESTA.

ÁL CEMENTAR CON ESTE TIPO DE MATERIAL ES RECOMENDABLE - HACER UNAS PEQUEÑAS RETENCIONES EN FORMA DE SURCO EN EL MARGEN CERVICAL PARA CREAR ASÍ RETENCIÓN PARA LA RESINA Y MANTENER LA CORONA EN SU LUGAR.

CAPITULO III

ESTADIOS DEL DESARROLLO OCLUSAL BASADOS EN LA ERUPCION DENTAL

A) PROBLEMAS OCLUSALES

ESTADIO DEL DESARROLLO OCLUSAL BASADOS EN LA ERUPCIÓN DENTAL

LA MALA OCLUSIÓN DE LA DENTACIÓN PERMANENTE SE BASA EN PARTE EN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE, SIN EMBARGO NO ES SUFICIENTE PARA SISTEMATIZAR EL ENFOQUE ACTUAL DE LA TERAPIA OCLUSAL, POR LA CUAL SE REALIZÓ UNA CLASIFICACIÓN QUE PERMITIERA EN SÍ LA DETERMINACIÓN PRECOZ DE LAS DESVIACIONES DE LO NORMAL Y LLEVAR UNA TERAPIA DE LOS PROBLEMAS INCIPIENTES, POR LO TANTO SE CLASIFICÓ EL DESARROLLO DE LA DENTACIÓN EN 6 ESTADIOS CLÍNICAMENTE DEFINIDOS DEL CRECIMIENTO ORAL.

EL CRECIMIENTO SE DETERMINA ENTRE LOS 3 Y LOS 13 AÑOS. SE CLASIFICA EN ESTADIOS VISIBLES Y LAS IRREGULARIDADES DE CADA ESTADIO SE CORRIGEN AL APARECER LA DENTACIÓN PERMANENTE.

ESTADIO 1

EL ESTADIO 1 SE PRESENTA EN LA DENTACIÓN PRIMARIA COMPLETA. LA MORDIDA CRUZADA EN LA DENTACIÓN PRIMARIA, YA SEA EN ANTERIORES Y POSTERIORES PUEDEN PRODUCIR MORDIDAS CRUZADAS EN LA DENTACIÓN PERMANENTE. LAS MORDIDAS ABIERTAS O PROTUSIONES MAXILARES POR LO COMÚN INDICAN HÁBITOS DE PRESIÓN QUE AL NO SER CORREGIDOS SON CAPACES DE MODIFICAR LA DENTACIÓN PERMANENTE.

EL PLANO VERTICAL DE LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS GUÍA A LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES HASTA SU POSICIÓN HACIA ADELANTE. EL ESPACIO QUE OCUPAN LOS INCISIVOS SERÁ OCUPADO MÁS TARDE POR LOS PERMANENTES, LOS CUALES A MENUDO SON MÁS GRANDES QUE EL ESPACIO EXISTENTE.

SE HAN REALIZADO ESTUDIOS POR MEDIO DE LOS CUALES SE INDICA QUE EL SEGMENTO INCISAL DE LOS ARCOS DENTARIOS SE AGRANDA ALREDEDOR DE 1.5 MM. A 2 MM. MEDIDO DESDE LAS CARAS DISTALES DE LOS CÁNINOS EN LA TRANSICIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA A LA PERMANENTE, ESTA DISCREPANCIA ENTRE EL ESPACIO DISPONIBLE Y LOS ANCHOS MESIODISTALES DE LOS INCISIVOS PERMANENTES ES CON FRECUENCIA MUCHO MAYOR QUE LA TOLERADA POR EL AUMENTO EN EL TAMAÑO DEL ARCO SIN QUE PERTURBE EL EQUILIBRIO DE LA MUSCULATURA ORAL (*), POR LO TANTO SE DEDUCE QUE ESTO ORIGINA DIENTES APIÑADOS EN FORMA IRREGULAR.

SEGÚN LOS ESTUDIOS DESCRITOS CON ANTERIORIDAD EL ENSANCHAMIENTO PUEDE SER CAUSADO SIMPLEMENTE POR EL MOVIMIENTO DE LOS CANINOS PERMANENTES HACIA EL ESPACIO QUE A MENUDO SE ENCUENTRA EN DISTAL DE LOS CANINOS PRIMARIOS. SI ESTO SE DEJARA DE TRATAR, LA ERUPCIÓN DE LOS INCISIVOS PERMANENTES CAERÍA EN VARIAS CATEGORÍAS; UNA SERÍA LA ERUPCIÓN EN ROTACIÓN DE LOS DIENTES, OTROS ERUPCIONARÍAN HACIA LINGUAL, HACIA VESTIBULAR O NO ERUPCIONARÍAN.

(*) LUNDSTRÖM, A. EDITOR. INTRODUCTION TO ORTHODONTICS, NEW YORK, 1960, Mc. GRAW HILL BOOK CO., P. 59

EL ESTADIO 1 POR LO GENERAL SE COMPLETA HASTA LOS 3 AÑOS, DEBE PRESENTAR UNA OCLUSIÓN QUE SE PUEDA DECIR NORMAL.

ESTADIO 2

EL ESTADIO 2 ESTÁ DADO POR LA ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES. ESTOS MOLARES APARECEN ALREDEDOR DE -- LOS 6 AÑOS. SU UBICACIÓN ES MUY IMPORTANTE EN LA DENTI--- CIÓN PERMANENTE.

TAMBIÉN PODEMOS DECIR QUE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES PERMITE QUE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES MIGREN HACIA MESIAL. PARA EVITAR ESTE TIPO DE DESPLAZAMIENTO SE CONSTRUYEN MANTENEDORES DE ESPACIO.

ESTADIO 3

EL ESTADIO 3 ESTÁ DADO POR LA ERUPCIÓN DE INCISIVOS PERMANENTES. ESTO SE PRESENTA ENTRE LOS 5 Y 8 AÑOS; EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS A LOS 8 AÑOS PUEDE ESTAR COMPLETA.

LOS INCISIVOS PERMANENTES Y LOS PRIMEROS MOLARES TAMBIÉN PERMANENTES SON LOS LÍMITES MESIAL Y DISTAL DEL ESPACIO - EN EL QUE ERUPCIONAN LOS PREMOLARES Y CANINOS.

EN SÍ, TAMBIÉN LA MISMA POSICIÓN DE LOS INCISIVOS DETERMINA CON FRECUENCIA LA POSICIÓN DEFINITIVA DE LOS CANINOS Y

PREMOLARES.

CUANDO EXISTE UNA DESARMONÍA EN LA MUSCULATURA ORAL POR HÁBITOS DE PRESIÓN, LOS DIENTES ANTEROSUPERIORES SON -- FORZADOS HACIA UNA POSICIÓN PROTRUÍDA Y OCUPAN UN ARCO MAYOR. ESTO DA LUGAR A UN ESPACIO INTRAÓSEO ADICIONAL - ENTRE EL CANINO QUE NO HA ERUPCIONADO Y LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL. ESTO DA COMO RESULTADO QUE DENTRO DEL - HUESO LOS CANINOS TENDERÁN A DESVIARSE MESIODENTALMENTE Y A ERUPCIONAR EN UNA RELACIÓN CANINA CLASE II.

LOS PRIMEROS PREMOLARES QUE ERUPCIONAN CASI SIEMPRE CON UNA LIGERA INCLINACIÓN HACIA MESIAL A MENUDO SIGUEN A - LOS CANINOS. CUANDO LOS INCISIVOS SUPERIORES SUFREN UN DESPLAZAMIENTO LO SUFICIENTE HACIA ADELANTE, EL LABIO - INFERIOR PUEDE QUEDAR ATRAPADO ENTRE ELLOS Y LOS INCISI VOS INFERIORES. ESTO PUEDE TRAER COMO CONSECUENCIA EL - RETARDO EN EL DESARROLLO HACIA ADELANTE DEL ARCO MANDI- BULAR Y ACELERAMIENTO DEL CRECIMIENTO EN LA MISMA DIREC CIÓN DEL MAXILAR.

ESTADIO 4

EL ESTADÍO 4 SE PRESENTA POR LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS Y PREMOLARES PERMANENTES. ESTO SE REALIZA ENTRE LOS 9 Y 11 AÑOS. LOS CANINOS SUPERIORES O LOS SEGUNDOS PREMOLA- RES INFERIORES PUEDEN ERUPCIONAR HASTA LOS 13 AÑOS.

SI LOS ESTADÍOS 1,2,3 SON ATENDIDOS PREVIAMENTE O ERAN NORMALES, EL MANEJO DEL ESTADIO 4 SE REFIERE BÁSICAMENTE A LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DEL ESPACIO PARA EL CANINO Y LOS PREMOLARES TAMBIÉN ASÍ COMO LA DIMENSIÓN MESIODISTAL DEL ANCHO DE ESTOS,

LOS PACIENTES CON LIGERA FALTA DE ESPACIO PUEDEN SER AYUDADOS CON EL MOVIMIENTO DISTAL DE LOS PRIMEROS MOLARES.

EL ESTADÍO 4 CUANDO REALIZA SU FORMACIÓN COMPLETA SATISFACTORIAMENTE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES RESTANTES POR LO COMÚN ES NORMAL.

ESTADIO 5

EN EL CASO DEL ESTADÍO 5 SE DA POR LA ERUPCIÓN DE LOS SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES, ESTOS ERUPCIONAN ENTRE - LOS 10 Y LOS 14 AÑOS.

LAS ANORMALIDADES MÁS COMUNES EN LA ERUPCIÓN DE LOS SEGUNDOS MOLARES SON LA VESTIBULOVERSIÓN DE CLASE III REVELADA POR UNA RELACIÓN DE BORDE A LOS INFERIORES LO - QUE PRODUCE MORDIDA CRUZADA LOCALIZADA. (*)

(*) TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIATRÍA, EDIT. MÉDICA PANAMERICANA, PAG. 23.

ESTADIO 6

COMPRENDE LA ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES. SU ERUPCIÓN ESTÁ DADA ENTRE LOS 16 Y LOS 25 AÑOS. LA EDAD PROMEDIO ES APROXIMADAMENTE A LOS 21 AÑOS. AUNQUE LAS ANOMALÍAS DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, COMO RETENCIÓN Y ERUPCIÓN ECTÓPICA SE TRATAN POR LO COMÚN CON MEDIOS QUIRÚRGICOS, ESTOS PROBLEMAS PUEDEN O NO GUARDAR RELACIÓN CON LOS ESTADIOS ANTERIORES DE CRECIMIENTO O CON SU TRATAMIENTO.

POR EJEMPLO, SI UN TERCER MOLAR INFERIOR ERUPCIONA CON INCLINACIÓN MESIAL EN UN CASO EN QUE EXISTE DISCREPANCIA ENTRE EL TAMAÑO DE LOS DIENTES Y LA LONGITUD DEL ARCO Y SE EXTRAEN CUATRO PREMOLARES, EL MOVIMIENTO MESIAL ADICIONAL DE LOS SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES PUEDE HACER QUE EL TERCER MOLAR TOMA UNA POSICIÓN MÁS HORIZONTAL.

LA TERAPIA OCLUSAL PUEDE AFECTAR LA ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES; EN EL ESTADIO 6 DEBERÁ SER CONSIDERADA EN EL MANEJO DE LOS PRIMEROS ESTADIOS DEL CRECIMIENTO ORAL.

LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES IMPIDE A LOS OTROS DIENTES DESPLAZARSE HACIA DISTAL.

PROBLEMAS OCLUSALES

LA MAYORÍA DE LAS MALOCLUSIONES VISTAS EN LA DENTICIÓN EN DESARROLLO REPRESENTA DIVERSAS CONFIGURACIONES QUE ESTÁN RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS Y DISCREPANCIAS ENTRE EL TAMAÑO DE LOS DIENTES Y LA LONGITUD DE LOS ARCOS.

SIGNOS DE HABITOS PERNICIOSOS

1. UN DEDO O MÁS CON ASPECTO DISTINTO A LOS OTROS REFERENTE A COLOR, TAMAÑO Y FORMA. PRESENTA UN ASPECTO IRRITADO, INFLAMADO.
2. LABIOS IRRITADOS.
3. LABIO INFERIOR CON MORDEDURA.
4. LABIO SUPERIOR CORTO.
5. ESCARAS EN LOS ÁNGULOS DE LA BOCA.
6. RESPIRACIÓN BUCAL, CIERRE INCOMPLETO DE LOS LABIOS CUANDO SE RESPIRA.
7. MORDIDA ABIERTA.

8. CIERRE INCOMPLETO DE LOS LABIOS DURANTE LA DEGLUCIÓN.

DIENTES PROTRUÍDOS, POR HÁBITOS COMO LA DEGLUCIÓN ATÍPICA Y EL RECUBRIMIENTO DEL LABIO,

SIGNOS DE DISCREPANCIA ENTRE EL TAMAÑO DE LOS DIENTES Y LA LONGITUD DEL ARCO

1. INCISIVOS APIÑADOS.
2. LA SUMA DE LOS ANCHOS MESIODITALES DE LOS INCISIVOS PERMANENTES NO ERUCCIONADOS ES MAYOR QUE EL ESPACIO INTERCANINO PRIMARIO MÁS 2 MM.
3. RETENCIÓN PROLONGADA DE DIENTES PRIMARIOS.
4. INCISIVOS SUPERIORES PROTRUÍDOS AUNQUE EL ALINEAMIENTO MESIODISTAL SEA ACEPTABLE.
5. ERUPCIÓN ECTÓPICA DE LOS CANINOS PERMANENTES.
6. DIENTES SUPERNUMERARIOS, MESIODENS Y QUISTES. CANINOS PERMANENTES Y LOS PREMOLARES ES MAYOR EL DIÁMETRO QUE PRESENTAN QUE EL ESPACIO DISPONIBLE PARA SU ERUPCIÓN.

CAPITULO IV

MANTENEDORES DE ESPACIO

- A) OBJETIVO DEL MANTENEDOR DE ESPACIO**
- B) REQUISITOS PARA COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO**
- C) FUNCIÓN DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO**

MANTENEDORES DE ESPACIO

LOS DIENTES PRIMARIOS SIRVEN COMO MANTENEDORES DE ESPACIO NATURALES Y COMO GUÍAS DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES PARA QUE OBTENGAN SU POSICIÓN CORRECTA, POR LO CUAL SON UN FACTOR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO NORMAL DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

LA PÉRDIDA PREMATURA DE CUALQUIER DIENTE TEMPORAL POR CUALQUIER CAUSA PUEDE PRODUCIR MALPOSICIÓN DE LOS DIENTES ADYACENTES Y ANTAGONISTAS, POR LO QUE ES NECESARIO LA COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

OBJETIVO DEL MANTENEDOR DE ESPACIO

EL CONSERVAR EL ESPACIO ES UN IMPORTANTE ASPECTO EN LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE UNA MALOCCLUSIÓN GENERALIZADA Y MALPOSICIÓN INDIVIDUAL DE LAS PIEZAS DENTARIAS. UNA DE LAS FORMAS BÁSICAS DE MANTENER EL ESPACIO ESTÁ DADA EN LA RECONSTRUCCIÓN ADECUADA DE LAS RESTAURACIONES AL TRATAR PROBLEMAS DE CARIES. ES CONVENIENTE LA COLOCACIÓN DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE EN LOS CASOS EN QUE LA DESTRUCCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES ES TAN EXTENSA QUE SERÍA UN GRAN ERROR LA RESTAURACIÓN CON AMALGAMA. PUNTOS DE CONTACTO Y FUNCIÓN OCLUSAL APROPIADOS EVITARÁN LA MIGRACIÓN DE LOS DIENTES VECINOS Y ANTAGONISTAS.

UN DIENTE SE MANTIENE EN SU RELACIÓN CORRECTA EN EL ARCO DENTAL DEBIDO A LA ACCIÓN QUE PRESENTA UNA SERIE DE FUERZAS DE TODOS LOS DIENTES QUE LE RODEAN.

SÍ SE ALTERA Ó ELIMINA UNA DE LAS FUERZAS, SE PRODUCIRÁN MODIFICACIONES EN LA RELACIÓN DE LAS PIEZAS ADYACENTES Y HABRÁ UN DESPLAZAMIENTO DENTAL Y LA INICIACIÓN DE UN PROBLEMA DE ESPACIO.

DICHAS MODIFICACIONES EN LOS TEJIDOS DE SOSTÉN PADECERÁN ALTERACIONES DE TIPO INFLAMATORIO Y DEGENERATIVOS. POR EJEMPLO, LAS FUERZAS QUE MANTIENEN EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL INFERIOR EN SU POSICIÓN CORRECTA DURANTE EL PERIÓDO DE LA DENTICIÓN MIXTA SIRVE PARA LO SIGUIENTE:

EL PRIMER MOLAR PERMANENTE EJERCE UNA FUERZA MESIAL SOBRE EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL; EL PRIMER MOLAR TEMPORAL EJERCE UNA FUERZA SIMILAR Y OPUESTA; LA LENGUA POR DENTRO Y LA MUSCULATURA DEL CARRILLO POR FUERA TAMBIÉN EJERCEN FUERZAS IGUALES Y OPUESTAS; EL REBORDE ALVEOLAR Y LOS TEJIDOS PERIODONTALES PRODUCEN UNA FUERZA HACIA ARRIBA, MIENTRAS QUE LOS DIENTES DEL ARCO ANTAGONISTA EJERCEN UNA FUERZA COMPRESORA HACIA ABAJO. LA ALTERACIÓN DE UNA DE ESTAS FUERZAS, COMO OCURRIRÍA AL EXTRAER EL PRIMER MOLAR TEMPORAL PERMITIRÍA QUE EL SEGUNDO SE DESPLACE POR INFLUENCIA DEL PRIMER MOLAR SE HALLARÁ EN UNA ETAPA DE ERUPCIÓN ACTIVA.

COMO REGLA GENERAL CUANDO SE EXTRAIE UN MOLAR TEMPORAL - O SE PIERDE PREMATURAMENTE LOS DIENTES POR MESIAL Y DISTAL TENDERÁN A DESPLAZARSE HACIA EL ESPACIO RESULTANTE. ESTUDIOS HECHOS INDICAN QUE LA MAYOR PARTE DEL CIERRE - DE ESPACIOS SE PRODUCEN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES CONSECUTIVOS A LA PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE TEMPORAL. EN MUCHOS PACIENTES SIN EMBARGO, SERÁ VISIBLE LA REDUCIÓN DEL ESPACIO EN CUESTIÓN DE DÍAS POR LO TANTO, NO - ES MUY PROBABLE LA ACEPTACIÓN DE LA TEORÍA DE LA VIGI--LANCIA ACTIVA PARA DETERMINAR SI SE PRODUCIRÁ EL CIE---RRE, PORQUE LAS MODIFICACIONES EN PARTICULAR DURANTE --CIERTAS ETAPAS DEL DESARROLLO SE PRODUCEN SÓLO EN DÍAS O SEMANAS.

ES NECESARIO UN MANTENEDOR DE ESPACIO PARA QUE LOS DIENUTES PERMANENTES ERUPCIONEN EN EL LUGAR INDICADO Y NO SE PIERDA LA OCLUSIÓN NORMAL.

ANALISIS DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

LOS MODELOS DE ESTUDIO SON UNO DE LOS COMPLEMENTOS PARA UN DIAGNÓSTICO APROPIADO. LOS MODELOS PROVEEN UNA BUENA FUENTE DE INFORMACIÓN PARA UN ANÁLISIS PROFUNDO EN AU--SENCIA DEL PACIENTE. SI LOS MODELOS SE HACEN EN FORMA - PERIÓDICA SE PUEDE OBTENER UNA SECUENCIA Y DESARROLLO - DE LA DENTICIÓN INFANTIL. LOS MODELOS DE ESTUDIO, POR - LO TANTO, DEBEN MOSTRAR LOS DIENTES Y AL MISMO TIEMPO -

LOS TEJIDOS DE SOPORTE TANTO ALVEOLARES COMO LOS DE LAS ÁREAS PALATINAS Y FRENILLOS. ES INDISPENSABLE QUE LOS - MODELOS DE ESTUDIO ESTEN RECORTADOS CON EL OBJETO DE -- QUE EL ANÁLISIS QUE SE OBTENGA SEA EL MÁS APROPIADO.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE AUNQUE LOS MODELOS DE ESTUDIO SON AYUDA PARA NUESTRO DIAGNÓSTICO FINAL, ESTE NO DEBERÁ ESTAR BASADO UNICAMENTE EN ELLOS.

REQUISITOS PARA COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

SÍ LA FALTA DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO LLEVA A LA MALOCCLUSIÓN, PÉRDIDA DE ESPACIO, ALTERACIONES EN EL ALINEAMIENTO DE LA DENTICIÓN MIXTA CAUSADAS POR ESPACIO, ENTONCES SE ACONSEJA EL USO DE ÉSTE.

1. CUANDO SE PIERDE UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ANTES DE - QUE EL SEGUNDO PREMOLAR ESTÉ PREPARADO PARA OCUPAR SU LUGAR, NOS HARÁ FALTA OCUPAR UNA MANTENEDOR SÍ EL SEGUNDO PREMOLAR ESTÁ HACIENDO ERUPCIÓN O HAY UNA EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE QUE PRONTO LO VA A HACER. LA CANTIDAD DE ESPACIO ENTRE EL PRIMER MOLAR Y EL PRIMER PREMOLAR PUEDE SER MAYOR QUE LA DIMENSIÓN RADIOGRÁFICA DEL SEGUNDO PREMOLAR. ÉSTO PERMITIRÍA UNA DESVIACIÓN MESIAL MAYOR DE LO NORMAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE Y AÚN QUEDARÁ LUGAR PARA LA ERUPCIÓN DEL SEGUNDO PREMOLAR. EN ESTE CASO DEBERÁ MEDIRSE EL ESPACIO POR MEDIO DE DIVISIONES. DEBERÁ -

MEDIRSE PREFERENTEMENTE CADA MES EL ESPACIO Y COMPARARSE CON LA MEDIDA ORIGINAL. SÍ EL ESPACIO SE CIERRA A UN RITMO MAYOR QUE EL DE LA ERUPCIÓN DEL SEGUNDO PREMOLAR ES MUY ACONSEJABLE LA COLOCACIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

2. EL MÉTODO PRECEDENTE DE LA MEDICIÓN DEL ESPACIO PUEDE SER SUFICIENTE PARA ATENDER PÉRDIDAS TEMPRANAS DE -- PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS.

SEGÚN ESTADÍSTICAS REALIZADAS INDICAN QUE SE PRODUCEN -- CIERRES DE ESPACIO DESPUÉS DE PÉRDIDAS PREMATURAS DE PRIMEROS MOLARES EN MENOR GRADO Y FRECUENCIA QUE LA PÉRDIDA SIGUIENTE PREMATURA DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO, SIN EM-- BARGO, LAS ESTADÍSTICAS NO DEBERÁN INDUCIR A DESATENDER SITUACIONES QUE PUEDEN CREAR PROBLEMAS EN CASOS INDIVIDUALES.

3. EN CASO DE AUSENCIA CONGÉNITA DE SEGUNDOS PREMOLARES ES PROBABLEMENTE MEJOR DEJAR LA MESIALIZACIÓN DEL PRIMER MOLAR POR SÍ SOLO Y OCUPAR EL ESPACIO.

4. LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES MUY A MENUDO FALTAN POR CAUSAS CONGÉNITAS. LOS CANINOS MESIALIZADOS CASI SIEMPRE PUEDEN TRATARSE PARA RESULTAR EN SUSTITUCIÓN DE LOS LATERALES PARA DAR MEJOR ASPECTO ESTÉTICO QUE LOS -- PUENTES FIJOS EN ESPACIOS ABIERTOS; LO MEJOR ES DEJAR -- QUE EL ESPACIO SE CIERRE.

5. LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS SE REMITIRÁ AL TRATAMIENTO CON UN MANTENEDOR DE ESPACIO, MUCHAS PIEZAS INDICAN QUE LA LOCALIZACIÓN DE LAS PIEZAS PERMANENTES EN DESARROLLO EVITA EL CIERRE EN LA PARTE ANTERIOR DEL ARCO, ESTO NO SE VERIFICA EN TODOS LOS CASOS. NO SOLO SE PUEDEN CERRAR LOS ESPACIOS CON LA PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DEL ARCO, SINO QUE OTRO FACTOR PUEDE INTERVENIR, LA LENGUA INICIA A BUSCAR ESPACIOS Y CON ESTO SE PUEDEN FAVORECER LOS HABITOS; PUEDEN ACENTUARSE Y PROLONGARSE LOS DEFECTOS DEL LENGUAJE. CUANDO LA PÉRDIDA ES EN DIENTES ANTERIORES EL MANTENEDOR DE ESPACIO DEBERÁ REEMPLAZARSE AL 4.º MES COMO MÁXIMO, YA QUE EL NIÑO ESTÁ EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO, DE LO CONTRARIO EL CRECIMIENTO SE DETIENE Y SE PERJUDICA MÁS AL NIÑO.

6. EXISTEN CASOS EN LA ETAPA DE LOS 7 A LOS 14 AÑOS EN QUE SE PIERDEN UNO O MÁS DE SUS MOLARES PERMANENTES, SI LA PÉRDIDA OCURRE ANTES DEL MOMENTO EN QUE HACE ERUPCIÓN EL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE ÉSTE ÚLTIMO PUEDE EMIGRAR HACIA MESIAL Y BROTAR EN OCLUSIÓN NORMAL TOMANDO EL LUGAR DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, SI EL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE YA HA ERUPCIONADO O ESTÁ EN ERUPCIÓN PARCIAL SE PUEDEN SEGUIR DOS MÉTODOS: MOVER ORTODÓNICAMENTE EL SEGUNDO MOLAR HACIA ADELANTE O MANTENER EL ESPACIO ABIERTO PARA REEMPLAZAR UN PUENTE PERMANENTE EN ETAPAS POSTERIORES.

7. SI EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SE PIERDE POCO TIEMPO - ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, UNA - PROTUBERANCIA EN LA CRESTA DEL BORDE ALVEOLAR INDICARÁ EL LUGAR DE ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

LAS RADIOGRAFÍAS COMPLEMENTARAN A DETERMINAR LA DISTANCIA DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL PRIMER MOLAR PRIMARIO A LA SUPERFICIE MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO ERUPCIONADO. EN CASO BILATERAL DE ESTE TIPO ES DE GRAN AYUDA UN MANTENEDOR DE ESPACIO FUNCIONAL INACTIVO Y REMOVIBLE CONSTRUÍDO PARA INCIDIR EN EL TEJIDO GINGIVAL INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA SUPERFICIE MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO BROTADO O INCLUSO CUANDO EL PRIMER MOLAR PRIMARIO SE PIERDE EN EL OTRO LADO.

ES IMPORTANTE SIEMPRE TOMAR EN CUENTA LAS CONSIDERACIONES ANTERIORES PARA UN CUIDADOSO MANTENIMIENTO DE ESPACIO TRÁS LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PERDIDA

ESTE ES UN FACTOR SUMAMENTE IMPORTANTE SI SE HABRÁ DE PRODUCIR EL CIERRE DEL ESPACIO, HABITUALMENTE TENDRÁ LUGAR DURANTE EL PRIMER PERÍODO DE SEIS MESES CONSECUTIVOS A LA EXTRACCIÓN. EN INSTANCIAS EN QUE SE ELIMINA UN DIENTE PRIMARIO SI TODOS LOS FACTORES INDICAN LA NECESIDAD DE MANTENER EL ESPACIO ES MEJOR COLOCAR UN APARATO

TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

EN ALGUNOS CASOS ES POSIBLE CONSTRUIR UN APARATO ANTES DE LA EXTRACCIÓN Y COLOCARLO EN LA MISMA SESIÓN EN QUE SE EFECTÚA ÉSTA. NUNCA ESTÁ INDICADO LA ESPERA VIGI---LANTE DEL CIERRE DE ESPACIO DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN SIN PLANIFICACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO.

EDAD DEL PACIENTE

LAS FECHAS PROMEDIO DE ERUPCIÓN NO DEBEN INFLUIR SOBRE LAS DECISIONES EN CUANTO A LA CONSTRUCCIÓN DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO; SON GRANDES LAS VARIACIONES EN LA ÉPOCA DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES.

SE REALIZARON ESTUDIOS DE LA ERUPCIÓN DENTAL SEGÚN BAJO EL DESARROLLO RADICULAR OBSERVADO EN RADIOGRAFÍAS - EN LA CUAL SE ENCONTRÓ QUE LA MAYORÍA DE LOS DIENTES - ERUPCIONAN CUANDO SE HAN FORMADO LAS $3/4$ DE LA RAÍZ.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE LA EDAD EN QUE SE PERDIÓ - EL DIENTE TEMPORAL PUEDE INFLUIR SOBRE LA APARICIÓN DE LA PIEZA PERMANENTE QUE REEMPLAZARÁ LA PÉRDIDA.

CANTIDAD DE HUESO QUE CUBRE EL DIENTE NO ERUPCIONADO

LA TEORÍA DE LA ERUPCIÓN DENTAL BASADA SOBRE EL DESARROLLO RADICULAR Y LA EDAD EN QUE SE PERDIÓ EL DIENTE TEM-

PORAL NO DAN RESULTADO SI EL HUESO QUE RECUBRE EL DIENTE PERMANENTE HA SIDO DESTRUÍDO POR UNA INFECCIÓN. EN ESTA SITUACIÓN LA ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMANENTE SUELE SER -- MÁS RAPIDA SU APARICIÓN. EN ALGUNOS CASOS EL DIENTE PUEDE EMERGER CON UN MÍNIMO DE DEFORMACIÓN RADICULAR. CUANDO SE PRODUZCA UNA PÉRDIDA DE HUESO ANTES DE LA FORMA--- CIÓN DE TRES CUARTAS PARTES DE LA RAÍZ DEL DIENTE PERMANENTE ES POSIBLE QUE LA ERUPCIÓN NO ESTE MUY ACELERADA, SE COLOCA EL MANTENEDOR DE ESPACIO Y ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO POR CORTO TIEMPO. SI HAY HUESO RECUBRIENDO LAS CORONAS NO SE PRODUCIRÁ LA ERUPCIÓN EN ALGUNOS MESES, ES TÁ INDICANDO UN MANTENEDOR DE ESPACIO.

SECUENCIA DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES

DEBE EXISTIR LA RELACIÓN DE LOS DIENTES EN FORMACIÓN Y ERUPCIÓN CON LOS DIENTES ADYACENTES AL ESPACIO CREADO POR LA PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE. POR EJEMPLO SI SE HA - PÉRDIDO EXTEMPORÁNEAMENTE UN SEGUNDO MOLAR TEMPORAL Y EL SEGUNDO MOLAR PERMANENTE.

ESTÁ ADELANTADO AL SEGUNDO PREMOLAR EN LA ERUPCIÓN, HAY - LA POSIBILIDAD DE QUE MOLAR EJERZA UNA FUERZA PODEROSA SO BRE EL PRIMER PREMOLAR, LO CUAL LLEVARÍA A MESIALIZARSE Y OCUPAR PARTE DEL ESPACIO DESTINADO AL SEGUNDO PREMOLAR.

SE DA UNA SITUACIÓN SIMILAR SI SE PIERDE PREMATURAMENTE EL

PRIMER MOLAR TEMPORAL Y EL INCISIVO LATERAL PERMANENTE SE HALLARÁ EN ETAPA ACTIVA DE ERUPCIÓN. LA ERUPCIÓN DEL INCISIVO LATERAL PERMANENTE A MENUDO PROVOCARÁ UN MOVIMIENTO DISTALIZADO DEL CANINO TEMPORAL Y UNA OCUPACIÓN DEL ESPACIO REQUERIDO POR EL PRIMER PREMOLAR. ESTA SITUACIÓN A MENUDO VA ACOMPAÑADO POR UN DESPLAZAMIENTO DE LA LÍNEA MEDIA HACIA LA ZONA DE LA PÉRDIDA.

ERUPCION TARDIA DEL DIENTE PERMANENTE

A MENUDO VEMOS QUE LAS PIEZAS PERMANENTES ESTÁN INDIVIDUALMENTE RETRASADAS EN SU DESARROLLO Y, POR LO TANTO - EN SU ERUPCIÓN. NO ES RARO OBSERVAR DIENTES PERMANENTES PARCIALMENTE RETENIDOS O UNA DESVIACIÓN EN LA VÍA DE ERUPCIÓN QUE PROVOCARÁ UNA ERUPCIÓN TARDÍA.

EN ESTOS CASOS SUELE SER NECESARIO EXTRAER EL DIENTE TEMPORAL, CONSTRUIR UN MANTENEDOR DE ESPACIO Y PERMITIR QUE EL DIENTE PERMANENTE ERUPCIONE Y ASUMA SU POSICIÓN NORMAL.

AUSENCIA CONGENITA DEL DIENTE PERMANENTE

LA AUSENCIA DE LOS DIENTES PERMANENTES SE DEBE DECIR SI ES NECESARIO INTENTAR LA CONSERVACIÓN DEL ESPACIO POR MUCHOS AÑOS HASTA QUE SE PUEDA REALIZAR UNA RESTAURACIÓN FIJA O SI ES CONVENIENTE QUE EL ESPACIO SE CIERRE.

EL PACIENTE DEBERÁ SABER QUE EL MANTENEDOR DE ESPACIO NO CORREGIRÁ NINGUNA MALOCCLUSIÓN EXISTENTE Y QUE SOLAMENTE PREVENDRÁ QUE UNA SITUACIÓN DESFAVORABLE SE CONVIERTA -- EN UN PROBLEMA MAYOR.

FUNCION DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO

LA FUNCIÓN DEL MANTENEDOR DE ESPACIO DEPENDERÁ DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

1. DEBERÁN MANTENER EL DIÁMETRO MESIODISTAL DEL DIENTE PERDIDO.
2. DEBERÁN SER FUNCIONALES AL MENOS AL GRADO DE EVITAR LA SOBREERUPCIÓN DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.
3. DEBERÁN SER SENCILLOS Y LO MÁS RESISTENTES POSIBLE.
4. NO DEBERÁN PONER EN PELIGRO LOS DIENTES RESTANTES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TENSIÓN EXCESIVA SOBRE LOS MISMOS.
5. SERÁN FÁCILES EN SU LIMPIEZA Y NO FUNGIRAN COMO TRAMPA PARA RESTOS ALIMENTICIOS QUE PUDIERAN PRODUCIR CÁRRIES DENTAL Y TRAER CONSECUENCIAS PATOLOGÍAS PARODONTALES.
6. DEBERÁN SER HECHOS DE TAL MANERA QUE NO IMPIDAN EL CRECIMIENTO NORMAL NI LOS PROCESOS DE DESARROLLO, NI IN-

TERFIERAN EN FUNCIONES TALES COMO LA MASTICACIÓN, FONÉTICA Y DEGLUCIÓN.

CAPITULO V

CLASIFICACION DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

- A) MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS
VENTAJAS Y DESVENTAJAS
- B) MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES
VENTAJAS Y DESVENTAJAS

TIPOS DE MANTENEDOR DE ESPACIO

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO SE DIVIDEN EN FIJOS Y REMOVIBLES. CADA UNO TIENE SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS ESPECÍFICAS Y LA ELECCIÓN DEL MÉTODO ES DICTADO POR CADA CASO EN PARTICULAR, EDAD Y TIPO DEL PACIENTE.

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO

ESTE TIPO DE MANTENEDORES VAN CEMENTADOS A LOS DIENTES ADYACENTES QUE SIRVEN COMO PILARES.

MANTENEDORES DE ESPACIO DE CORONA Y ANSA

LA REALIZACIÓN DE ESTE APARATO SE INICIA POR LA PREPARACIÓN DE LA PIEZA PILAR, ELIMINACIÓN DE CARIES, SE REDUCEN LAS CARAS PROXIMALES CON DISCO DE DIAMANTE. SE HACEN CORTES VERTICALES EN LAS CARAS PROXIMALES QUE SE EXTIENDEN GINGIVALMENTE HASTA HABER SEPARADO LOS PUNTOS DE CONTACTO. LAS CÚSPIDES Y LA PORCIÓN OCLUSAL SE REDUCEN SIGUIENDO LA FORMA GENERAL DE LA CARA OCLUSAL Y SE DEJA UN ESPACIO APROXIMADAMENTE DE 1 A 2 MM. CON RESPECTO AL ANTAGONISTA; A LA VEZ DEBE REDUCIRSE LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y LINGUAL ELIMINANDO ASÍ LAS RETENCIONES EXISTENTES.

SELECCION DE LA CORONA

EXISTEN ACTUALMENTE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE ANATÓMICAS CORRECTAS EN DIVERSOS TAMAÑOS PARA COLOCARSE EN DIENTE SOPORTE; SIEMPRE HAY QUE UTILIZAR UNA CORONA DE CIERTA RESISTENCIA QUE CUBRE LA PREPARACIÓN POR COMPLETO.

LA ALTURA DE LA CORONA SERÁ REDUCIDA CON TIJERAS CURVAS HASTA QUE LA OCLUSIÓN SEA CORRECTA Y QUE EL BORDE GINGIVAL PENETRE UN MILÍMETRO DEBAJO DEL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA, PARA MODELAR LA CORONA EN TERCIO CERVICAL DE LAS CARAS VESTIBULARES Y LINGUALES SE USA LA PINZA CONTORNEADORAS DE CORONAS. LOS BRAZOS DE LA PINZA HACIA EL CENTRO DE LA CORONA CON LO CUAL SE ESTIRA EL METAL Y SE CURVA HACIA ADENTRO, SE EMPLEA LA PINZA CONTORNEADORA DE BANDAS PARA MEJORAR LA FORMA DE ESTAS CARAS.

EL BORDE GINGIVAL DEBE SER EN FILO DE CUCHILLO BIEN PULIDO PARA QUE PUEDA SER TOLERADO POR EL TEJIDO GINGIVAL.

DESPUÉS DE HABER CONFORMADO Y ADAPTADO LA CORONA SOBRE EL DIENTE PREPARADO EN LA BOCA, ANTES DE CEMENTAR SE TOMA UNA IMPRESIÓN, SE QUITA LA CORONA DEL DIENTE Y SE UBICA EN LA IMPRESIÓN Y POR ÚLTIMO SE PREPARA AL MODELO DE TRABAJO.

CONSTRUCCION Y SOLDADO DE LA ANSA

PARA CONTORNEAR EL EXTREMO LIBRE DE LA ANSA ES NECESARIO UTILIZAR LA PINZA DE TRES PICOS. SE TOMA UNA LONGITUD DE ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE APROXIMADAMENTE DE 3 A 4 PULGADAS DE .75 MM A .90 MM Y SE COLOCA A LA MITAD DE LA PINZA, SE CIERRA LA PINZA MUY SUAVEMENTE Y ÉSTO NOS DARÁ UNA PEQUEÑA INDENTACIÓN QUE IRÁ A DESCANSAR EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL DIENTE ANTERIOR AL ESPACIO EDÉNTULO MIENTRAS SE SOSTIENE EL ALAMBRE CON LAS PINZAS EN LOS EXTREMOS DISTALES DE ÉSTE, SE EJERCE PRESIÓN CON LOS DEDOS HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS CON EL OBJETO DE PRODUCIR UN DOBLEZ QUE NOS DA LA ANSA. ESTO DARÁ COMO RESULTADO UNA PEQUEÑA W LA CUAL DEBERÁ TENER UNA AMPLITUD SUFICIENTE DE 7 MM. APROXIMADAMENTE PARA PERMITIR LA ERUPCIÓN DE LA PIEZA, TAMBIÉN SE PUEDE UTILIZAR PINZA DE PICO DE PÁJARO PARA DOBLAR EL ALAMBRE. SE TOMA EL ALAMBRE CON LA FORMA DE W, SE SOSTIENE CON LA PINZA DE TRES PICOS EN EL MISMO PLANO DEL EXTREMO LIBRE DEL ALAMBRE. EL ALAMBRE PUEDE SER DE 0.032 A 0.036 MM. SE SOSTIENE FUERTEMENTE EL EXTREMO LIBRE DEL ALAMBRE CON LOS DEDOS Y SE APRIETA LA PIEZA PARA PRODUCIR UN BORDE REDONDEADO.

LA PARTE QUE PERMANECE DE ANSA SE PUEDE CONFORMAR CON UNA PINZA # 139. ESTA PINZA SE USA ÚNICAMENTE PARA SOSTENER EL ALAMBRE MIENTRAS QUE SE HACE EL DOBLEZ CON LOS DEDOS DE LA OTRA MANO.

EL ALAMBRE NO DEBE DOBLARSE CONTRA LAS PINZAS PORQUE SE TIENDE A PRODUCIR UN DOBLEZ AGUDO E INNECESARIO QUE LO DEBILITA. EL ALAMBRE DEBE DESCANSAR EN FORMA PASIVA SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS DE CADA LADO EN EL ESPACIO EDÉN TULO PARA PREVENIR UN DESPLAZAMIENTO DEL APARATO YA SEA POR LA LENGUA O PARA PREVENIR QUE SE ACUMULEN ALIMENTOS BAJO EL ALAMBRE.

CADA MITAD DEL ANSA DEBE SER REDONDEADA A NIVEL DEL --- DIENTE DE ANCLAJE PARA QUE DESCANSE SUAVEMENTE EN LA -- PARTE DEL TEJIDO BLANDO Y PREVEE UN CONTACTO PASIVO,

EN CIERTO MOMENTO CUANDO LA ANSA ALCANZA LA CORONA DEBE HACERSE UN DOBLEZ AGUDO, DE TAL MANERA QUE EL ALAMBRE - SE EXTIENDA HACIA LA SUPERFICIE OCLUSAL Y DESCANSE CONTRA LA CORONA; ESTOS DOBLECES BUCAL Y LINGUAL CORRESPONDEN A LAS ESQUINAS DE LOS DIENTES, O SEA EL ENCUENTRO - DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES CON LA SUPERFICIE BUCAL Y LINGUAL.

YA REALIZADO EL CONTORNEO DEL ALAMBRE SE RECORTAN LOS - EXCESOS Y DEJAMOS EL ALAMBRE A LA ALTURA DEL TERCIO MEDIO DE LA CORONA PARA SER SOLDADO POSTERIORMENTE. ES NECESARIO CORTAR EL EXCESO DEL ALAMBRE ANTES DE LA SOLDADURA. SOBRE EL MODELO DE YESO SE SOLDA EL ANSA A LA CORONA CON UNA SOLDADURA DE PUNTA ELÉCTRICA CON BARRA DE PLATA. DESPUÉS SE ALISAN LAS ÁREAS SOLDADAS Y POR ÚLTIMO PROCEDEREMOS AL CEMENTADO DE LA CORONA.

INDICACIONES

ESTE TIPO DE MANTENEDORES ESTÁ INDICADO SÍ EL DIENTE PILAR POSTERIOR TIENE PROBLEMAS DE CARIES EXTENSAS Y NECESITA UNA RESTAURACIÓN CORONARIA Ó SÍ SE EFECTUÓ ALGUNA TERAPÉUTICA PULPAR CONVIENE LA PROTECCIÓN POR RECUBRIMIENTO TOTAL; GENERALMENTE SE USA CUANDO EXISTE PÉRDIDA PREMATURA UNILATERAL DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL.

CONTRAINDICACIONES

EN NIÑOS CON HÁBITOS DE MALA HIGIENE.

VENTAJAS

FACILIDAD PARA CONSTRUCCIÓN Y BAJO COSTO, ADEMÁS UNA VEZ ERUPCIONADO EL DIENTE, LA CORONA SIRVE COMO RESTAURACIÓN DEL DIENTE PILAR.

DESVENTAJAS

DESGASTE DEL DIENTE PILAR PARA LA COLOCACIÓN DE LA CORONA.

MANTENEDORES DE ESPACIO DE CORONA Y BARRA

ESTE TIPO DE MANTENEDOR SE CARACTERIZA PORQUE ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS CORONAS Y ESTÁN UNIDAS EN LOS EXTREMOS

POR UNA BARRA. SU CONSTRUCCIÓN ES IGUAL A LA ANTERIOR MENCIONADA.

INDICACIONES

CUANDO EXISTE UNA PÉRDIDA UNILATERAL DE MOLARES TEMPORALES Y LOS DIENTES PILARES PRESENTAN GRAN DESTRUCCIÓN.

CONTRAINDICACIONES

CUANDO EL DIENTE PILAR NO NECESITA SER DESGASTADO.

VENTAJAS

FÁCIL CONSTRUCCIÓN.

DESVENTAJAS

PUEDA IMPEDIR LA ERUPCIÓN DEL PRIMER PREMOLAR.

MANTENEDORES DE ESPACIO INTRAALVEOLAR.

EL SOPORTE DE ESTE MANTENEDOR ESTÁ DADO POR EL PRIMER MOLAR TEMPORAL.

PRIMERAMENTE TOMAREMOS RADIOGRAFFAS DENTOALVEOLARES; TOMAREMOS MODELOS DE ESTUDIO; ELIMINAREMOS EL DIENTE A EXTRAER

EN EL MODELO Y SE HARÁ UN ORIFICIO DONDE ESTARÁ LA RAÍZ DISTAL; ESTO LO MEDIREMOS CON AYUDA DE LA RADIOGRAFÍA.

EL DIENTE PILAR PUEDE LLEVAR UNA CORONA DE ACERO CROMO Ó UNA BANDA, DEPENDIENDO DEL CASO.

SE PREPARA EL PATRÓN DE CERA CON UNA EXTENSIÓN DISTAL QUE ENTRARÁ EN EL ORIFICIO QUE YA SE HABÍA HECHO ANTERIORMENTE. YA QUE TENEMOS EL PATRÓN SE PROCEDERÁ AL COLADO. UNA VEZ HECHO EL MANTENEDOR DE ESPACIO SE HARÁ LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR PARA LA COLOCACIÓN DE ÉSTE.

INDICACIONES

PÉRDIDA DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE YA QUE LA EXTENSIÓN DISTAL LO GUIARÁ HACIA SU POSICIÓN NORMAL.

CONTRAINDICACIONES

EN NIÑOS PROPENSOS A ESTADOS INFECCIOSOS DEBIDO A QUE LA EXTENSIÓN PENETRA EN LOS TEJIDOS.

VENTAJAS

SIRVE DE GUÍA AL PRIMER MOLAR PERMANENTE A SU POSICIÓN NORMAL.

DESVENTAJAS

SU COSTO ES MUY ELEVADO.

ARCO DE NANCE

ESTE TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO SE UTILIZA PARA EL MAXILAR.

EN SU CONSTRUCCIÓN SE NECESITAN BANDAS, ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE DEL N° 0,036 A 0,040 Y ACRÍLICO DE AUTOPOLIMERIZACIÓN.

SE REALIZA LA COLOCACIÓN DE LAS BANDAS; ESTAS DEBERÁN QUEDAR BIEN ADAPTADAS. SE CONSTRUYE UN ARCO DE ALAMBRE Y SE CONTORNEA CONTRA EL VERTIENTE DE LA PORCIÓN ANTERIOR DE APROXIMADAMENTE 1 CM. POR LINGUAL DE LAS CARAS PALATINAS - DE LOS INCISIVOS CENTRALES. YA QUE TENEMOS EL ALAMBRE LO SOLDAMOS A LAS BANDAS CON SOLDADURA DE PLATA, UN FUNDENTE Y SOPLETE. DESPUÉS SE CONTORNEA UN PEQUEÑO ALAMBRE EN FORMA DE U Y SE SOLDA A LA PORCIÓN MÁS ANTERIOR DEL ARCO DEL ALAMBRE QUE SE ENCUENTRA EN EL MODELO DE YESO. SE AGREGA UN PEQUEÑO BOTÓN DE ACRÍLICO CUBRIENDO EL ALAMBRE EN U -- QUE ACTÚA COMO REFUERZO. ESTE BOTÓN DE ACRÍLICO QUEDA ADOSADO AL PALADAR Y PROVEE LA RESISTENCIA Y EL ANCLAJE IMPIDE LA MIGRACIÓN MESIAL DE LOS DIENTES. POSTERIORMENTE SE PULE EL BOTÓN Y LAS SOLDADURAS DONDE EL ARCO SE UNE A LAS BANDAS DE MOLARES Y EL APARATO ES CEMENTADO.

INDICACIONES

CUANDO SE PIERDEN PREMATURAMENTE UNO A MÁS MOLARES EN LA AR-
CADA SUPERIOR.

CONTRAINDICACIONES

NIÑOS CON HÁBITOS DE HIGIENE DEFICIENTE.

VENTAJAS

IMPIDE LA MIGRACIÓN MESIAL DE LOS DIENTES POSTERIORES. ADE-
MÁS NO ES NECESARIO EL DESGASTE DEL DIENTE PILAR.

ARCO LINGUAL FINO

ESTE TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO PRESERVA LA LONGITUD DEL
ARCO DEL MAXILAR INFERIOR Y TAMBIÉN TIENE LA FUNCIÓN DE RE-
CUPERAR EL ESPACIO. EL MOMENTO ADECUADO PARA COLOCAR EL AR-
CO LINGUAL ES CUANDO HAYAN HECHO ERUPCIÓN LOS INCISIVOS PER-
MANENTES, DEBIDO A QUE LOS INCISIVOS INFERIORES TIENDEN A E-
RUPCIONAR EN DIRECCIÓN LINGUAL.

SE TOMA LA IMPRESIÓN DEL PACIENTE SUPERIOR E INFERIOR Y SE
ADAPTAN LAS BANDAS A LOS MOLARES, SE HACE EL ARCO QUE DEBE
HACER CONTACTO EN LOS DIENTES ANTERIORES Y EN EL MARGEN GIN-
GIVAL LIBRE. A NIVEL DEL CANINO SE INICIA LA CURVA DEL SEG-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MENTO ANTERIOR. EL ALAMBRE DEBE DESCANSAR LIGERAMENTE POR ENCIMA DEL SÍNGULO Y CONTACTANDO DIENTES COMO SEA POSIBLE.

SE RECORTA EL ALAMBRE Y SE SOLDAN A LAS BANDAS. UNA VEZ -- TERMINADO SE CEMENTA.

INDICACIONES

CUANDO EXISTE PÉRDIDA PREMATURA DE UNO Ó MÁS MOLARES TEMPORALES BILATERALMENTE EN LA ARCADA INFERIOR.

CONTRAINDICACIONES

NIÑOS CON PROBLEMAS DE HIGIENE DEFICIENTE.

VENTAJAS

MANTIENE EL ESPACIO Y SU COSTO ES BAJO.

DESVENTAJAS

NO RESTABLECE LA FUNCIÓN.

MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES

ESTOS MANTENEDORES DE ESPACIO ESTÁN HECHOS NORMALMENTE DE ACRÍLICO CON DOS Ó MÁS GANCHOS PARA RETENCIÓN.

DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE INFANTIL

POR LO GENERAL UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE CONSTA DE LOS SIGUIENTE:

- 1) BASE DE LA DENTADURA
- 2) GANCHOS
- 3) PIEZAS ARTIFICIALES

BASE DE LA DENTADURA

EN DENTADURAS PARCIALES, ESTAS SE HACEN CON RESINA ACRÍLICA (AUTO O TERMOPOLIMERIZACIÓN).

ESTE TIPO DE MANTENEDOR SE CONSTRUYE SOBRE UN MODELO DE YESO. EN SU ELABORACIÓN ES PREFERIBLE EL USO DE ACRÍLICO DE AUTOPOLIMERIZACIÓN, YA QUE SU CONSTRUCCIÓN ES MÁS RÁPIDA. PROPORCIONA MEDIOS PARA FIJAR LOS GANCHOS Y LAS PIEZAS ARTIFICIALES. LA BASE DE LA DENTADURA DEBERÁ SER LIGERA Y POSEER SUFICIENTE FUERZA PARA CUMPLIR CON SUS REQUISITOS FUNCIONALES. EL ESPESOR DE LA PLACA DEBERÁ SER DE 2 A 3 MM.

GANCHOS

LOS GANCHOS SON UTILIZADOS PARA PROPORCIONAR FIJACIÓN ADECUADA O RETENCIÓN DE LA BASE DE LA DENTADURA. TAMBIÉN DAN SOSTÉN A LAS PIEZAS ARTIFICIALES CON LA BASE Y COMPLETAN EL SOPORTE QUE RECIBE DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

LOS GANCHOS PUEDEN SER FUNDIDOS O FORJADOS. EN LAS DENTADURAS PARCIALES INFANTILES SE UTILIZAN GENERALMENTE GANCHOS DE HILO METÁLICO FORJADO.

GANCHOS COMPLETOS

EL ALAMBRE SE DOBLA PARA AJUSTAR EL DIENTE, GENERALMENTE UN MOLAR ALREDEDOR DE LA SUPERFICIE BUCAL ENTRE EL MARGEN GINGIVAL Y LA PARTE MÁS CONVEXA.

EN LA EDAD EN QUE EL TRATAMIENTO SE LLEVA A CABO, LOS DIENTES HAN ERUPLICIONADO PARCIALMENTE Y LA PORCIÓN MÁS CONVEXA ESTÁ SOLAMENTE ALREDEDOR DE 2 MM. POR ENCIMA DEL MARGEN GINGIVAL. EL ALAMBRE SIGUE EL CONTORNO DEL MARGEN GINGIVAL HASTA EL PUNTO DE CONTACTO INTERDENTAL SOBRE ÉL PARA IRSE A INSERTAR EN LA BASE.

ES IMPORTANTE QUE EL ALAMBRE AJUSTE EN EL ESPACIO INTERDENTAL MEDIO BUCAL DE MODO QUE LA SUPERFICIE MEDIAL SE TOMADA

LO MÁS POSIBLE. SI ESTOS NO SE REALIZARA ES POSIBLE QUE EL BRAZO MESIAL DEL GANCHO SE SALGA,

PIEZAS ARTIFICIALES

HAY EN EL MERCADO PIEZAS ARTIFICIALES PARA DENTADURAS PRIMARIAS, SIN EMBARGO, HABRÁ OCASIONES EN QUE EL DENTISTA -- TENGA QUE HACERLAS ÉL MISMO. ESTO SE PUEDE HACER CON IMPRESIONES DE ALGINATO CON AYUDA DE MODELOS DE ESTUDIO DE OTROS NIÑOS APROXIMADAMENTE DE LA MISMA EDAD.

SE VIERTEN EN ESTOS MOLDES UNA CANTIDAD ADECUADA DE RESINA ACRÍLICA CON FRÍO PARA LOGRAR LAS PIEZAS ARTIFICIALES REQUERIDAS.

LAS VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS MANTENEDORES REMOVIBLES ES POCO COMPLICADA YA QUE REQUIEREN POCO TIEMPO PARA SU ELABORACIÓN Y NO SON MUY COSTOSOS. SI EN UN MOMENTO DADO HAY PÉRDIDA DE ALGÚN OTRO DIENTE ES FÁCIL REFORMAR EL APARATO PARA PODER SEGUIR SU FUNCIÓN. EN ALGUNOS CASOS SE REQUIERE UN PEQUEÑO MOVIMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS AL ESPACIO ANTES DE LA ESTABILIZACIÓN Y EL APARATO REMOVIBLE COMBINA AMBAS FUNCIONES SI SE LE AGREGAN LOS RESORTES NECESARIOS.

VENTAJAS

1. FACILIDAD EN LA LIMPIEZA
2. PERMITE LA LIMPIEZA DE LAS PIEZAS
3. MANTIENE O RESTAURA LA DIMENSIÓN VERTICAL
4. PUEDE CONSTRUIRSE DE FORMA ESTÉTICA
5. ESTIMULA LA ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS PERMANENTES.

DESVENTAJAS DE LOS MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES

LA FALTA DE ASEO BUCAL; CON ESTE TIPO DE APARATO PUEDE PRODUCIRSE CARIES, PROBLEMAS PARADONTALES, TAMBIÉN PUEDE OCURRIR LA PÉRDIDA DEL APARATO POR LA CAVIDAD INFANTIL, EL MAL USO DE ESTE EN CASO DE NO USARSE, EL EXTRAVÍO DE ESTE PUEDE HACER QUE LA MIGRACIÓN DENTARIA OCURRA CON RAPIDEZ Y ENTONCES EL APARATO YA NO SE ADAPTE EN SU POSICIÓN PRIMARIA.

LOS NIÑOS TIENDEN A DESARROLLAR CON FRECUENCIA HÁBITOS CON LOS APARATOS REMOVIBLES, ES DECIR QUITAN EL APARATO CON UN PEQUEÑO MOVIMIENTO DE SUCCIÓN Ó EMPUJE LINGUAL Y LO RECOLOCAN DESPUÉS AL CERRAR LOS DIENTES. TALES HÁBITOS DESVIRTÚAN EL PROPÓSITO DEL MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE. LOS GANCHOS PIERDEN SU ANATOMÍA Ó SE ROMPEN Y LA PORCIÓN DE ACRÍLICO YA CARECE DE AJUSTE POR MIGRACIÓN DENTARIA.

DESVENTAJAS

1. POR SER REMOVIBLES SE PUEDEN EXTRAVIAR.
2. EL PACIENTE SE REHUSA A USARLO.
3. PUEDE FRACTURARSE.
4. PUEDE RESTRINGIR EL CRECIMIENTO LATERAL DE LOS MAXILARES SI SE INCORPORAN GRAPAS O GANCHOS.
5. PUEDE IRRITAR TEJIDOS BLANDOS.

CONCLUSIONES

LOS MANTENEDORES POR LO QUE SE HA ESTUDIADO SON COMPLETAMENTE INDISPENSABLES EN EL TRABAJO CONTINUO DEL CIRUJANO DENTISTA YA QUE CON AYUDA DE ELLOS NOS BRINDAN EL RESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSIÓN FUNCIONAL.

LOS MANTENEDORES DE ESPACIO FISIOLÓGICOS LOS OBTENEMOS - CON LOS DIVERSOS TIPOS DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUE PUEDEN SER DESDE UNA OBTURACIÓN HASTA UN TRATAMIENTO PULPAR.

COMO HEMOS VISTO, ES NECESARIO MANTENER LAS PIEZAS TEMPORALES EN SU LUGAR; LA EXTRACCIÓN DE ELLAS SE HARÁ CUANDO:

1. LA DESTRUCCIÓN DENTARIA SEA MUY GRANDE Y NO SEA POSIBLE SU OBTURACIÓN O RECONSTRUCCIÓN.
2. INFECCIÓN DEL ÁREA PERIAPICAL Ó INTRARADICULAR QUE NO SE PUEDE ELIMINAR POR OTROS MEDIOS.
3. CUANDO LAS PIEZAS ESTEN INTERFIRIENDO EN LA ERUPCIÓN NORMAL DE LAS PIEZAS PERMANENTES.

ANTES DE COLOCAR CUALQUIER TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO ES NECESARIO REALIZAR SIEMPRE UN ADECUADO Y DETALLADO -- DIAGNÓSTICO.

