

301  
2oj-



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**INVESTIGACION DE MANTENEDORES DE ESPACIO  
EN PACIENTES INFANTILES DE LA CLINICA  
PERIFERICA DE CD. NEZAHUALCOYOTL**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N :**

**CARLOS M. VALDES AVILES**

**DANIEL VEGA LOZANO**



**MEXICO, D. F.**

**1992**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

Introducción . . . . .	1
Material y Metodos . . . . .	13
Resultados . . . . .	14
Discusión y Conclusiones . . . . .	24

## INDICE DE GRAFICAS

Segun edad del paciente, comparacion de los que se les colocó mantenedores de espacio - con los que no se les colocó . . . . .	I
Comparación general de pacientes que se les colocó M.E. . . . .	II
Comparación de pacientes masculinos con -- respeto a femeninos segun edad (Pacientes sin M.E.). . . . .	III
Comparación de pacientes masculinos con -- respecto a femeninos segun edad (Pacientes con M. E.). . . . .	IV

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

Un mantenedor de espacio es una parte importante dentro de la ortodoncia preventiva en el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida prematura de los dientes de la primera dentición.

El mantenimiento de espacio es un importante aspecto en la prevención del desarrollo de una maloclusión generalizada y malposición individual de los dientes. La forma básica de mantenimiento de espacio es proporcionada por el práctico general, cuando este construye de manera adecuada los contornos de las restauraciones al tratar la caries. a menudo la pérdida de dientes temporales, o pérdida precoz de los permanentes, requieren la colocación de un mantenedor de espacio, no obstante no todos los casos lo requieren y es necesario considerar ciertos factores al tomar la decisión.

Los mantenedores de espacio pueden clasificarse de diferentes maneras:

- 1.- Fijos, semifijos y removibles.
- 2.- Con bandas o sin ellas.
- 3.- Funcionales o no funcionales.
- 4.- Activos o pasivos.
- 5.- Ciertas combinaciones de las clasificaciones -- arriba mencionadas.

## INDICACIONES:

a).- Siempre que se pierda un diente deciduo antes de la exfoliación normal.

b).- Cuando la pérdida dentaria predisponga al paciente una maloclusión.

c).- En la pérdida de dientes anteriores por motivo estético y funcional para evitar la pérdida de dimensión vertical, mala fonación, deglución y estética.

d).- Cuando se ha extraído una pieza primaria y el diente que ocupará su lugar se encuentre en etapa de erupción.

e).- En la pérdida de un molar primario antes que el premolar esté preparado para ocupar su lugar.

f).- Para devolver la función masticatoria, para conservar el tono muscular y para evitar problemas estéticos y fonéticos.

## Requisitos de los mantenedores de espacio:

1.- Mantener la dimensión mesio-distal del diente perdido.

2.- Ser funcionales al menos al grado de evitar la sobreerupción de los dientes antagonistas.

3.- Ser sencillos y lo más resistente posible.

4.- Ser estéticos en el caso de pérdida prematura de dientes anteriores, para que sean aceptados por el niño.

5.- No deben poner en peligro los dientes restantes - mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.

6.- Deberán ser limpiados fácilmente y no fungir como trampas para restos de alimentos que pudieran producir caries - dental o lesiones parodontales.

7.- Se harán de tal forma que no impidan el crecimiento normal ni el proceso de desarrollo, ni interfieran con las - funciones de masticación, habla o deglución.

Mantenedores de espacio fijos: Encontramos varios - tipos, pero generalmente están anclados con una banda o con una corona de acero cromo. Este tipo de mantenedores tiene un -- conector que puede ser de alambre el cual se solda al anclaje en sus extremos, como es el caso de corona y ansa. Otro tipo es - cuando los extremos del alambre pueden ir soldados al anclaje - por lados separados como en el caso del arco lingual o arco de - Nance.

Ventajas:

1.- Su construcción es sencilla y económica.

2.- No producen interferencia con la erupción vertical de los dientes anclados.

3.- No interfieren con el desarrollo activo de la oclusión.

4.- EL movimiento mesial se previene.

5.- No hay interferencia con el diente por erupcionar.

6.- El paciente no lo puede remover por lo cual siempre esta activando.

#### Desventajas:

1.- La función de oclusión no se restaura.

2.- En muchas circunstancias se necesita instrumental especial.

3.- Los dedos o golosinas de los niños pueden desajustarlos.

Mantenedores de espacio removibles: Estos son --  
construidos generalmente de materiales acrílicos con o sin gan-  
chos de anclaje. También es posible incorporar dientes en es-  
te tipo de aparatos. Al igual que los fijos los mantenedores -  
de espacio removibles ofrecen:

#### Ventajas:

- 1.- Son fáciles de limpiar.
- 2.- Permiten la limpieza de las piezas pilares.
- 3.- Restauran y mantienen la dimensión vertical.
- 4.- Se pueden construir de manera estética.
- 5.- Estimulan la erupción de las piezas permanentes.

Desventajas:

- 1.- Se pierden fácilmente.
- 2.- El paciente tiene la decisión de usarlo o no.
- 3.- Se rompen fácilmente.
- 4.- Pueden restringir el crecimiento lateral de los maxilares, si se incorporan grapas o ganchos.
- 5.- Se pueden irritar los tejidos blandos.

Las desventajas 1, 2 y 3 muestran la necesidad de con vencer a los padres del paciente y al niño de la importancia -- del mantenedor y el costo de una reposición.

Generalmente si el espacio se ocupa con la colocación de una o más piezas, el mantenedor de espacio toma un aspecto - estético agradable, y el niño difícilmente querrá separarse de - el.

La desventaja 4 dice que deben construirse nuevos mantenedores de espacio cada determinado tiempo para adaptarlos a los cambios en el desarrollo maxilar.

Al realizar un plan de tratamiento y efectuar la colocación de un mantenedor de espacio debemos tener conocimiento de que los dientes humanos se desarrollan en los maxilares y no penetran en la cavidad bucal, sino hasta que se ha madurado la corona.

Antiguamente el término erupción se aplicaba en general a la aparición de los dientes en la cavidad bucal. Sin embargo, se sabe que los movimientos de los dientes no se detienen cuando encuentran a sus antagonistas, pues los movimientos eruptivos comienzan en el momento de la formación de la raíz y continúan durante toda la vida del diente. La saliva a través de la encía es solo un incidente en el proceso de la erupción. El momento de la salida de un diente se observa por examen clínico, el momento de erupción de todos los dientes varía ampliamente y solo aquellos casos que no se encuentren dentro de los límites de variación, pueden considerarse anormales. La erupción retardada es mucho más frecuente que la acelerada y puede tener una causa local o sistémica.

Las causas locales, como son, la pérdida prematura de dientes deciduos y el cierre del espacio por desplazamiento

de dientes vecinos, puede retardar la erupción de un diente permanente.

Los traumatismos graves pueden ocasionar suspensión de la erupción dentaria activa durante la fase funcional, si el ligamento parodontal se ha lesionado, después puede seguir la resorción de la raíz en cuyo caso el depósito de hueso en los espacios abiertos por la resorción puede dar lugar a anquilosis por la fusión del hueso alveolar y la raíz. el movimiento de ese diente se detiene después, mientras que los otros continúan en erupción. Si esta perturbación se hace en la dentición permanente, aparece un llamado diente acortado, un diente sumergido puede derivar de un diente decidido anquilosado que lo cubre por el crecimiento rápido del hueso alveolar.

El retardo generalizado de la erupción puede ser producido por deficiencias nutritivas, por ejemplo deficiencia en vitamina D o por alteraciones endocrinas, como el hipopituitarismo, o el hipotiroidismo.

La erupción de los dientes deciduos a menudo es acompañada de dolor, fiebre ligera y de malestar general. Estos síntomas se consideran como accidentes durante el proceso fisiológico.

Cuando un diente esta próximo a erupcionar, la pre

sión sobre los tejidos que lo cubren contra los bordes afilados o las cúspides puede provocar lesiones ligeras. Si ya se encuentra expuesta parte de la corona, puede aparecer una infección secundaria, ya que el movimiento del diente en la cavidad bucal es bastante rápido, pronto desaparecen los síntomas. Esto ocurre en contraste con las infecciones pericoronales alrededor de un tercer molar en erupción.

Los movimientos de los dientes son complicados durante la erupción y se acompañan por coordinación minuciosa del crecimiento del diente, del borde alveolar y de los maxilares. Cualquier interrupción a esta correlación puede afectar la dirección de los movimientos, lo que a su vez puede dar lugar al impacto o inclusión del diente.

En el momento que se desarrollan los terceros molares, el maxilar no ha alcanzado su longitud completa, normalmente la superficie oclusal de un tercer molar inferior se voltea hacia adelante y hacia arriba. Esto es impedido por la falta de correlación entre el crecimiento en longitud del maxilar inferior y el desarrollo dentario.

En estos casos, la erupción del tercer molar inferior se detiene porque su corona se pone en contacto con las raíces del segundo molar, si en este momento, las raíces del tercer molar no están totalmente desarrolladas, crecerán en el espesor del hueso, y se pueden deformar.

Los caninos, encontrados a veces en posición oblicua u horizontal a causa del amontonamiento de los dientes, - puede fallar tambien para corregir esta posición y quedar incluida.

La erupción dentaria puede causar resorción de las raíces de los dientes vecinos. Se han observado frecuentemente sobre los segundos molares inferiores debido a la posición oblicua del tercer molar en erupción, este diente voltea su superficie oclusal mesialmente y hacia arriba, y llega a su posición vertical hasta las etapas tardías de la erupción, por lo tanto, su corona se pone en relación íntima con la superficie distal de la raíz distal del segundo molar y ejerce presión - que da lugar a la resorción del cemento y la dentina hasta una profundidad variable, puede ser tan extensa que se exponga a la pulpa.

La cronología de la erupción temporal y permanente son datos que el profesional debe tomar en cuenta al realizar un texto.

Cronología de la erupción temporal:

SUPERIORES

INFERIORES

Centrales

Centrales

7 meses

6 meses

Laterales	Laterales
8 meses	7 meses
Caninos	Caninos
10 meses	10 meses
Primeros molares	Primeros molares
14 meses	12 meses
Segundos molares	Segundos molares
24 meses	20 meses

**Cronología de la erupción permanente:**

Superiores: 6, 1, 2, 4, 5, 3, 7, 8

Inferiores: 6, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8

**Superiores:**

- 6 - a los 6 años
- 1 - a los 7 u 8 años
- 2 - a los 8 a 9 años
- 4 - a los 10 a 11 años
- 5 - a los 11 a 12 años
- 3 - a los 11 a 12 años
- 7 - a los 12 a 13 años
- 8 - a los 17 a 21 años

**Inferiores:**

- 6 - a los 6 años
- 1 - a los 6 a 7 años
- 2 - a los 7 a 8 años

- 3 - a los 9 a 10 años
- 4 - a los 10 a 12 años
- 5 - a los 11 a 12 años
- 7 - a los 12 a 13 años
- 8 - a los 17 a 21 años

Una parte muy importante de la ortodoncia preventiva es el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida - prematura de los dientes temporales. Es importante que el odontólogo haga conciencia en sus pacientes para que la cooperación de los mismos ayude a evitar cada vez mas la pérdida de dientes deciduos prematuramente.

El criterio que la gente tiene, y que algunos dentistas también tienen de que los dientes temporales no se restauran debidamente porque "se les van a caer", debe ser eliminado por medio de educación de higiene dental a nivel familiar, puesto que la dentición del niño pasa por diversos cambios en el proceso de su crecimiento y desarrollo, debe el cirujano dentista estar alerta a cualquier situación que permita tratamientos intermedios para prevenir maloclusiones más serias.

El odontólogo que se preocupa por el problema de mantener el espacio después de la pérdida de un diente temporal no debe solo limitarse al tratamiento inmediato y al estado inmediato de la dentición, sino que debe pensar en función del

desarrollo de los arcos dentales y la posibilidad del establecimiento de una oclusión funcional normal. Esto es particularmente importante durante la etapa de dentición temporal o mixta. Se ha de establecer el tamaño de los dientes permanentes aún sin erupcionar, específicamente los ubicados por delante de los molares de los 6 años, y la cantidad de espacio que se necesita para el alineamiento correcto de dichos dientes. La medición es en base a la circunferencia que se forma en el arco dental mixto, que se suele considerar como la distancia mesial del primer molar permanente de un lado a la cara mesial del primer molar permanente del otro lado, o lo que en la dentición temporal es lo mismo, la distancia de la cara distal del segundo molar deciduo izquierdo a la cara distal del segundo molar deciduo derecho.

## MATERIAL Y METODOS

Para esta investigación utilizamos el método observacional descriptivo en el cual incluimos la información obtenida en las historias clínicas de Enero a Junio de 1991, de la Clínica Periférica de Investigación y Servicio Social "Las Águilas" en Ciudad Nezahualcóyotl.

1) Captación de la información.- El procedimiento de captación de información se hizo a través de revisión de historias clínicas de Enero a Junio de 1991 y tomamos en cuenta solamente aquellas en las que aparecían registradas extracciones realizadas en pacientes infantiles de 1 a 9 años.

2) Procedimiento de elaboración de la información.- EL procedimiento de elaboración de la información fue manual, mediante el uso de hojas de papel y lápiz, aparte de las historias clínicas.

3) Programación y conducción de la investigación

a) Planeación.- se establecieron detalladamente las actividades a realizar como fueron revisión de historias clínicas y revisión de literatura.

b) Levantamiento de información.- Se separaron las historias clínicas, las cuales tenían registrada la realiza

ción de extracciones en niños de 1 a 9 años.

c).- Supervisión y asesoría.- La asesora aclaró las dudas y solucionó los problemas en la conducción de la investigación.

### RESULTADOS

La información contenida en este documento, corresponde a los resultados obtenidos en la investigación "Colocación de mantenedores de espacio en la Clínica las Aguilas de Enero a Junio de 1991".

El total de expedientes que formaron nuestra población universo del trabajo (44), corresponde a expedientes que tenían registrada la realización de extracciones en pacientes de 1 a 9 años.

Los resultados de las tablas son los siguientes:

	SEXO	No. EXP.	DIENTES	EDAD	COLOCACION Y TIPO
1.-	M	478	<u>D</u>	8	NO
2.-	F	533	<u>D, E</u>	10	NO
3.-	M	500	<u>D</u>   <u>D</u>	10	NO
4.-	F	547	<u>E</u>	5	NO
5.-	F	457	<u>D</u>   <u>A</u>	7	NO
6.-	F	450	<u>D</u>	5	NO
7.-	M	463	<u>D</u>	5	BANDA Y ANZA

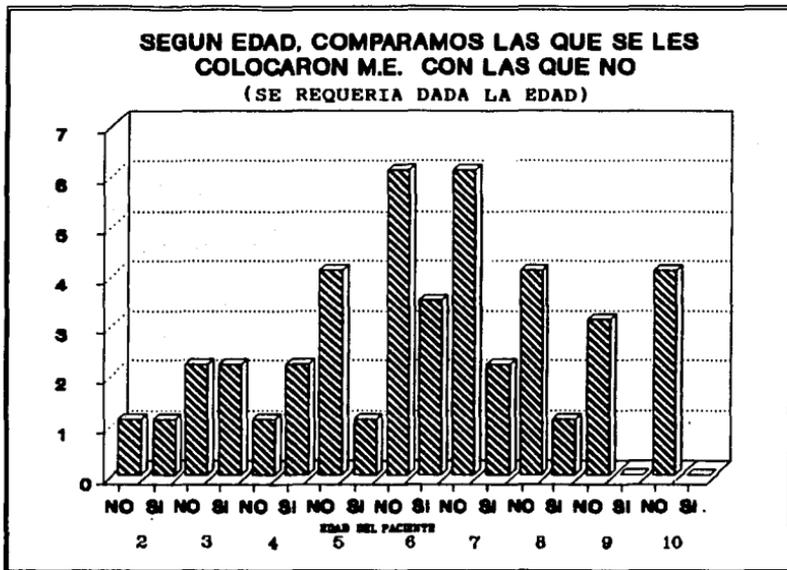
SEXO	No. EXP.	DIENTES	EDAD	COLOCACION Y TIPO
8.- F	498	<u>E, D   D' E   B</u>	7	NO
9.- M	472	<u>B, A   A</u>	6	NO
10.- M	452	<u>D, B, A   A, B</u>	2	REMOVIBLE
11.- F	437	<u>D   B, D</u>	4.2	NO
12.- F	538	<u>  C</u>	10	NO
13.- F	502	<u>A   A</u>	?	NO
14.- F	488	<u>  D</u>	6	NO
15.- F	408	<u>  D</u>	9	NO
16.- F	389	<u>B, A   A</u>	6	NO
17.- F	439	<u>B, A   A, B, D</u>	3	REMOVIBLE
18.- F	380	<u>D   D</u>	8	NO
19.- F	385	<u>  D</u>	8	<u>  E</u> CORONA Y ANSA
20.- M	397	<u>D, A   D</u>	6	NO
21.- M	417	<u>  E</u>	8	NO
22.- M	466	<u>  E  </u>	7	<u>  D</u> CORONA Y ANSA
23.- M	438	<u>  A  </u>	7	NO
24.- F	476	<u>  D, E   C  </u>	9	NO
25.- F	477	<u>  E   E</u>	5	NO ASISTIO
26.- M	398	<u>E, D   D   A  </u>	7	NO
27.- M	401	<u>  D</u>	9	NO
28.- F	406	<u>  E   D  </u>	5	NO ASISTIO
29.- M	413	<u>B, A   A, B   D, A   A</u>	3	REMOVIBLE
30.- M	478	<u>B, A   A, B</u>	3.5	NO ASISTIO
31.- M	442	<u>A   A</u>	6	NO

SEXO	No. EXP.	DIENTES	EDAD	COLOCACION Y TIPO
32.- F	421	<u>B B,D</u>	3.5	NO
33.- F	521	<u> A</u>	8	NO
34.- F	496	<u> D,E</u>	7	NO SE REGISTRO TIPO
35.- F	494	<u> E</u>	7	NO
36.- M	434	<u> D</u>	4	<u> E</u> C.A.C. ANSA
37.- F	440	<u> D </u>	6	<u> E </u> C.A.C. ANSA
38.- F	439	<u> A</u>	2	NO
39.- F	431	<u> D</u>	7	NO
40.- F	438	<u> E </u>	4	<u> D </u> C.A.C. Y ZAPATILLA DISTAL
41.- M	382	<u>A A  D </u>	6	<u> E </u> C.A.C. ANSA
42.- M	518	<u> E </u>	10	NO
43.- M	509	<u> E D</u>	6	NO
44.- M	507	<u>A D  D D</u>	6	<u> E</u> C.A.C. ANSA <u> E E</u>

**DATOS GENERALES DE TODOS LOS PACIENTES A LOS CUALES SE  
LES REALIZARON EXTRACCIONES**

Valiéndonos de la edad realizamos un cuadro para -  
comparar la cantidad de pacientes a los cuales se les colocaron  
mantenedores de espacio. Hay que aclarar que no se tomaron en

cuenta para realizar dicho cuadro las causas por las que no se colocaron los mantenedores, pues pudiera ser la causa que no se necesitaban dada la edad del paciente.



**E D A D   D E L   P A C I E N T E**

A los siguientes pacientes se les realizaron --- extracciones y no se les colocaron los mantenedores de espacio respectivos, a pesar de que los requerian dada la edad y la cantidad de hueso que recubria al diente permanente:

SEXO	DIENTES	EDAD	COLOCACION
F	<u>E</u>	5	NO
F	<u>D</u>   <u>A</u>	7	NO
F	<u>E, D, D, E</u>   <u>B</u>	7	NO
F	<u>D</u>   <u>B, D</u>	4	NO
F	<u>D</u>	6	NO
M	<u>D, A</u>   <u>A</u>	6	NO
F	<u>E</u>   <u>E</u>	5	NO ASISTIO
F	<u>E, D</u>	5	NO ASISTIO
M	<u>B, A</u>   <u>A, B</u>	3.5	NO ASISTIO
F	<u>B</u>   <u>B, D</u>	3.5	NO
F	<u>E</u>	7	NO
F	<u>A</u>	2	NO
M	<u>E</u>   <u>D</u>	6	NO
F	<u>E</u>	7	NO

Dichas extracciones como se explico anteriormente se realizan en consecuencia de una mala orientación a los padres sobre la importancia que tiene la limpieza y consevación de los dientes temporales, llegando a la clínica en un estado de salud bucal deplorable, por lo tanto muchas veces no hay mas remedio que la extracción, algunas veces dichas extracciones son realizadas por iatrogenias causadas por el dentista.

Las causas más comunes por las que no se colocan

los mantenedores de espacio la mayoría de las veces son por falta de recursos económicos de los padres, o por falta de interés en la salud bucal de sus hijos. Esta falta de interés se da por la falta de información hacia los padres acerca de los problemas que se pueden general por la falta de mantenedor de espacio cuando es necesario.

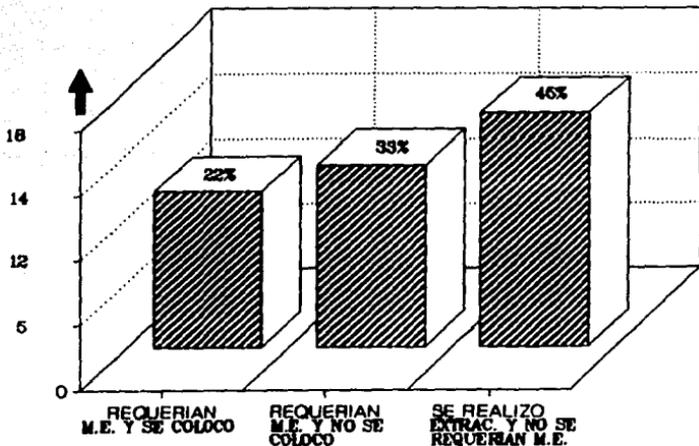
El siguiente cuadro nos muestra la cantidad de pacientes a los que se les colocó mantenedor de espacio y el tipo de mantenedor que se utilizó en ellos.

SEXO	EDAD	DIENTES	TIPO
M	5	<u>1D</u>	<u>1E</u> BANDA Y ANSA
M	2	<u>D.B.A A.B</u>	REMOVIBLE
F	3	<u>B.A A.B.D</u>	REMOVIBLE
F	8	<u>1D</u>	<u>1E</u> C.A.C. Y ANSA
M	7	<u>1E</u>	<u>1D</u> C.A.C. Y ANSA
M	3	<u>B.A A.B</u> <u>D.A A</u>	REMOVIBLE
F	7	<u>1D,E</u>	NO SE REGISTRO TIPO
M	4	<u>1D</u>	<u>1E</u> C.A.C. Y ANSA
F	6	<u>1D</u>	<u>1E</u> C.A.C. Y ANSA
F	4	<u>1E</u>	<u>1D</u> C.A.C. Y ZAPATILLA D
M	6	<u>A A</u> <u>1D</u>	<u>1E</u> C.A.C. Y ANSA
M	6	<u>1D</u> <u>1D</u>	<u>1E</u> C.A.C. Y ANSA

ETE

Si hacemos una comparación de pacientes a los que se les colocaron mantenedores de espacio con respecto a los que no se les colocaron, encontraremos el siguiente margen:

**COMPARACION DE PACIENTES QUE SE LES COLOCO MANTENEDORES DE ESPACIO**



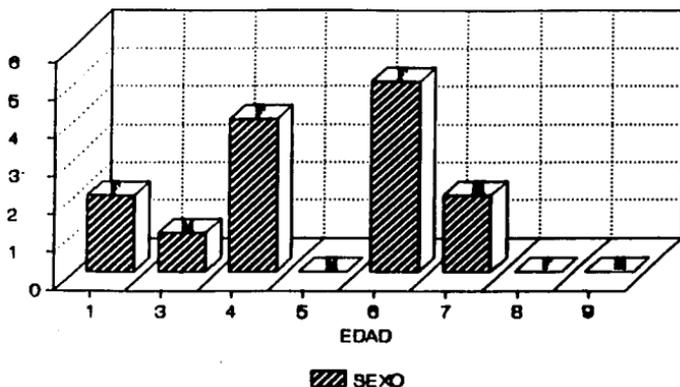
Observamos que de un total de 44 pacientes solamente a 12 se les colocó M.E. cuando lo necesitaban; a 14 pacientes que requerian y no se les colocó por las distintas causas ya mencionadas. Por lo tanto tuvimos un total de 18 pacientes que se les realizaron extracciones y dada la edad y la cantidad de hueso que recubría al diente permanente sustituido no requerian de un mantenedor de espacio.

Al hacer comparaciones hemos venido observando que el indice de pacientes masculinos es menor con respecto al femenino de entre los niños que no se les colocaron sus mantenedores

respectivos cuando lo necesitaban.

SEXO		EDAD
F	M	
2	1	1-3
4	0	4-5
5	2	6-7
0	0	8-9

**COMPARACION DE PACIENTES MASCULINOS  
CON RESPECTO A FEMENINOS SEGUN EDAD  
(PACIENTES SIN MANTENEDOR DE ESPACIO)**

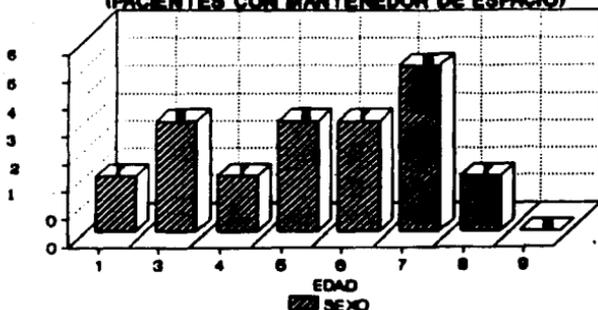


COMPARACION DE PACIENTES FEMENINOS CON RESPECTO A MASCULINOS SEGUN LA EDAD (PACIENTES QUE NO SE LES COLOCARON MANTENEDORES DE ESPACIO).

Si comparamos a estos pacientes con los que si se les colocaron mantenedores de espacio encontraremos lo siguiente:

SEXO		EDAD	TIPO	
M	F		F	R
2	1	1-3	0	3
2	1	4-5	3	0
3	2	6-7	4	0
0	1	8-9	1	0

COMPARACION DE PACIENTES MASCULINOS  
CON RESPECTO A FEMENINOS SEGUN EDAD  
(PACIENTES CON MANTENEDOR DE ESPACIO)



COMPARACION DE PACIENTES MASCULINOS CON RESPECTO A FEMENINOS SEGUN EDAD (PACIENTES A LOS QUE SI SE LES COLOCÓ MANTENEDOR DE ESPACIO).

Observamos que de entre los pacientes que no se les colocaron mantenedores de espacio respectivos la mayoría son femeninos y encontramos un mayor margen de diferencia con respecto a los masculinos en los niños de 4-5 y de 6-7 años. En cambio a los pacientes que si se les colocaron mantenedores de espacio respectivos hay una clara ventaja de los pacientes de

sexo masculino. Esta diferencia nos hace pensar que las madres tienen preferencia en cuanto a salud se refiere con sus hijos - varones, aunque la causa podría ser que en nuestra población - universo encontramos mayoría de sexo femenino. Hay que aclarar que esto solo lo usaremos como dato, por lo tanto no profundizaremos más en las posibles causas.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

En esta investigación encontraremos que la colocación de mantenedores de espacio en pacientes infantiles es poco frecuente (al menos en el medio económico en el que realizamos nuestra investigación, el cual es un medio bajo). Esto podemos presumir que es debido en parte también a la falta de información hacia los padres de los problemas que se generan al no colocar los mantenedores de espacio respectivos.

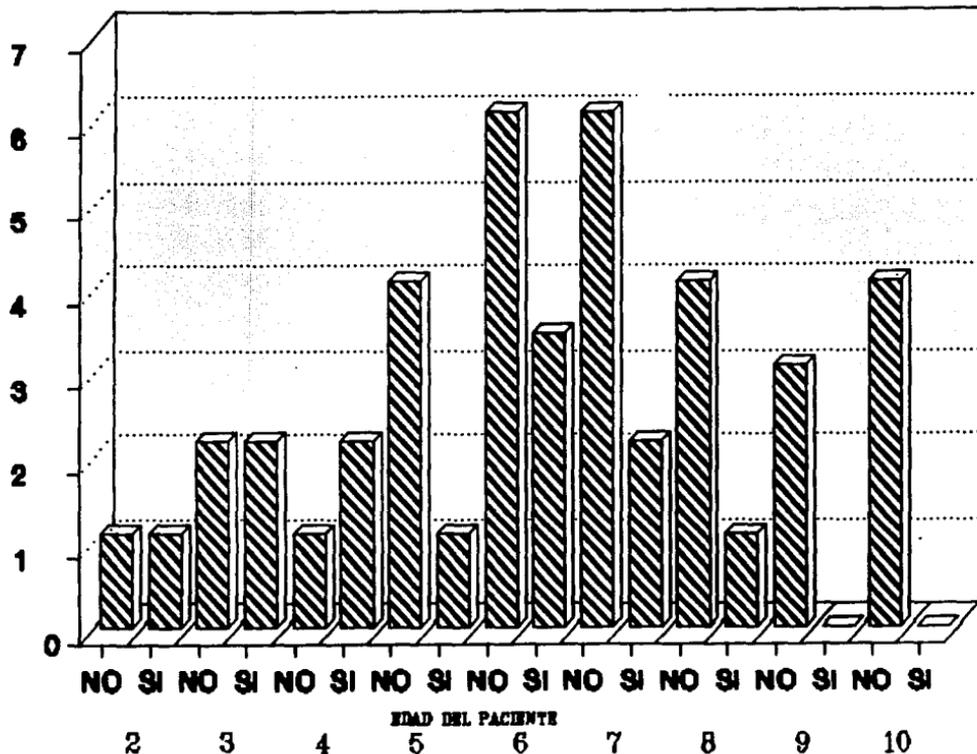
En cuanto al sexo encontramos en nuestra población universal una ligera ventaja de pacientes femeninos (25) sobre masculinos (19), pero al realizar tablas sobre los pacientes a los que se les colocaron mantenedores de espacio encontramos un mayor índice en pacientes masculinos, pues de 12 pacientes con colocación de M.E., 7 fueron masculinos y solo 5 femeninos. En cambio a los pacientes que no se les colocó mantenedor de espacio a pesar de que lo requerían encontramos una mayor ventaja de los femeninos (11) sobre los masculinos (3), de un total de 14 pacientes.

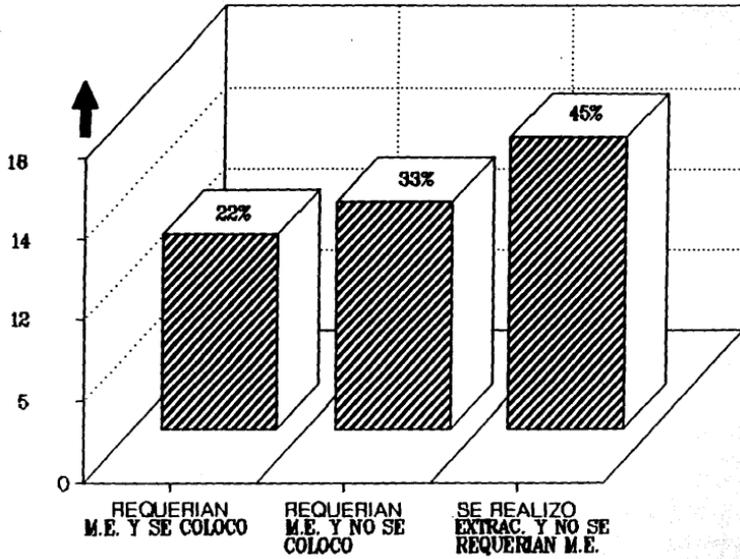
La falta de educación con respecto a salud bucal de los padres, el desconocimiento de los problemas que pueden generarse cuando un diente temporal se encuentra con problemas de caries y el desinterés de los padres de la salud bucal de sus hijos son las causas principales de la pérdida de dientes temporales a temprana edad.

El desinterés de los problemas de salud de los -- hijos y la pérdida de dientes temporales tempranamente se debe en parte a que mucha gente y aún el odontólogo de practica general tiene la idea de que los dientes temporales aunque tengan - problemas de salud serán reemplazados, pero desconocen el pro- blema que se causa cuando se pierde el espacio respectivo de ca da diente permanente. Estos problemas podrian ser resueltos - en parte, impartiendo pláticas hacia los padres e hijos para de jarles claros los problemas que se causan al perderse un diente temporal antes de tiempo, y en caso de no haber mas remedio que la extracción lo útil que puede ser un mantenedor de espacio.

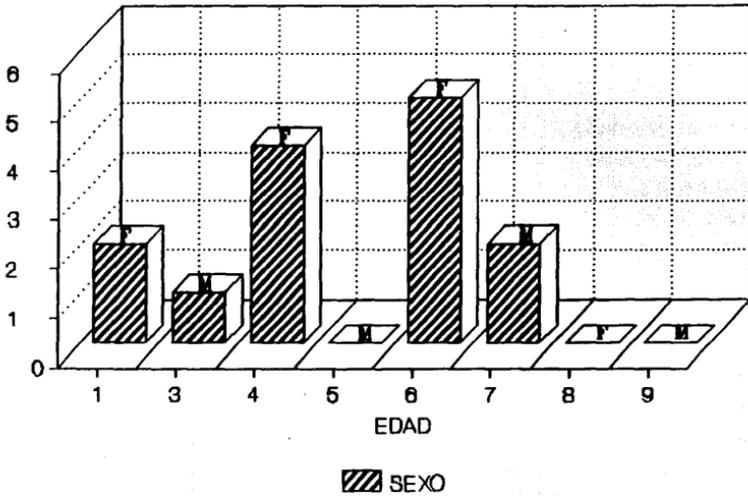
# SEGUN EDAD, COMPARAMOS LAS QUE SE LES COLOCARON M.E. CON LAS QUE NO

(SE REQUERIA DADA LA EDAD)



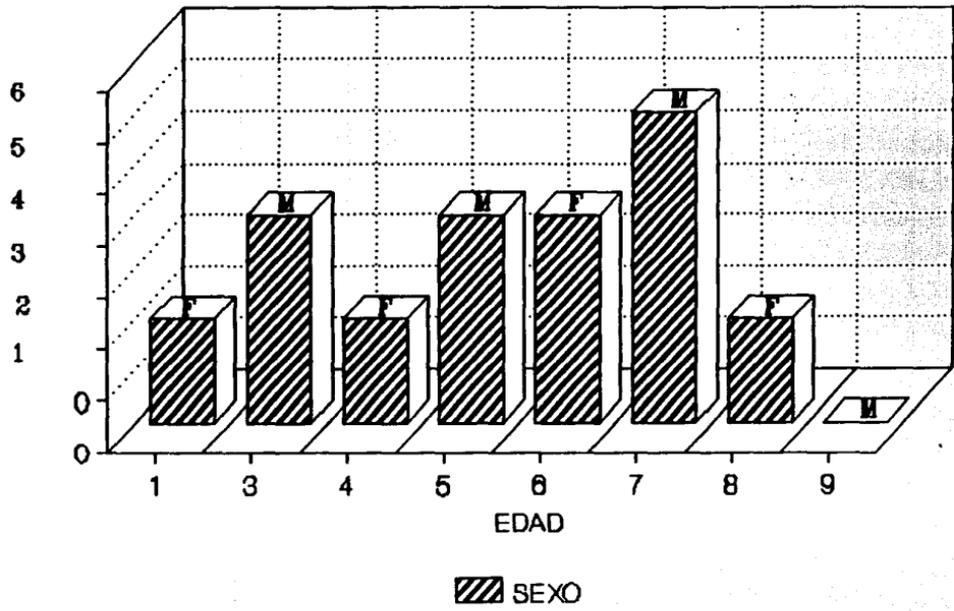
**COMPARACION DE PACIENTES QUE SE LES  
COLOCO MANTENEDORES DE ESPACIO**

**COMPARACION DE PACIENTES MASCULINOS  
CON RESPECTO A FEMENINOS SEGUN EDAD  
(PACIENTES SIN MANTENEDOR DE ESPACIO)**



SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

### COMPARACION DE PACIENTES MASCULINOS CON RESPECTO A FEMENINOS SEGUN EDAD (PACIENTES CON MANTENEDOR DE ESPACIO)



## BIBLIOGRAFIA ORDEN ALFABETICO.

- 1 - Baena Paz: Instrumentos de investigación  
México D.F. Edit. Editores Unidos Mexicanos  
1984
- 2 - Barber T.K: Odontología Pediátrica Méx. D.F.  
Edit. El Manual Moderno 1988  
PP. 219-226
- 3 - Braham Morris: Odontología Pediátrica  
Edit. Medica Panamericana México  
PP. 392-112
- 4 - Davis/Law/Lewis: Atlas Paidodoncia  
Edit. Panamericana México 1984  
PP 295
- 5 - Finn S.B: Odontología Pediátrica Ga.Ed.  
México D.F. Edit. Interamericana 1976  
PP. 302-311

- 1 - Anterior Space Maintainer and Regainer  
Bayardo RG ASDC J. Dent Child 1986  
Nov.-Dec. S3 (6): 452-5
  
- 2 - Interceptive Orthodontics Maxillary Space  
Regaining With Simplified Mechanics  
J. Pedad 1986 Fall, II (1): 24-34
  
- 3 - Space Maintenance For an Upper Central  
Incisor During Treatment: an Aesthetic Solucion  
Sandler PJ. et al Br. J. Orthod 1988  
Feb., 15 (1): 41-3