

182
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS
(PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN NIÑOS)

T E S I N A

QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR EL
EXAMEN PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N:
ANA LILIA MARTINEZ VALENCIA
MARINA ESTRADA OLIVARES

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ana Lilia Martínez Valencia'.

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994





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.

AGRADECIMIENTOS:

ANA LILIA MARTINEZ VALENCIA
CON AMOR Y RESPETO.

A MIS PADRES:
POR HABERME GUIADO Y
APOYADO SIEMPRE.

A MIS HERMANOS:
POR SU COMPANIA Y CARIÑO.

A MARCOS HERNANDEZ MEZA
Y FAMILIA.
POR HABERME ACOMPAÑADO Y
APOYADO, POR SU GRAN AFFECTO
Y CARIÑO

A MIS COMPAÑEROS:
CON CARIÑO.

AGRADECIMIENTOS:

MARINA ESTRADA OLIVARES
CON CARÍÑO

A MIS PADRES:

RENATO ESTRADA MENDEZ
GLORIA OLIVARES DE ESTRADA
POR QUE GRACIAS A SU APOYO
Y COMPRESION HE LLEGADO -
HA REALIZAR LA MAS VALIOSA
DE MIS METAS, LO CUAL CONS
TITUYE LA MAS GRANDE HEREN
CIA QUE PUDIERA RECIBIR.

A MIS HERMANOS:

JOSE LUIS
EDITH, OSCAR, RENE, VERONICA Y HUGO

A JUVENTINO ROSAS ESPEJEL
Y MA. LOURDES FERNANDEZ.
LUCHADORES INCANSABLES

A MIS AMIGAS:

CLAUDIA
VERONICA
NORMA
POR ESOS GRANDES RECUERDOS.

AL DR. ALFONSO R. GALARZA R.
CON ADMIRACION Y RESPETO.

A MIS MAESTROS:
POR SU PACIENCIA INAGOTABLE
Y GENEROSIDAD SINLLIMITE.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.
A NUESTRA FACULTAD DE - -
ODONTOLGIA
POR SU SABIDURIA INCAL ==
CULABLE. MAESTRA DE MIS -
EXPERIENCIAS Y CONOCIMIEN
TOS.

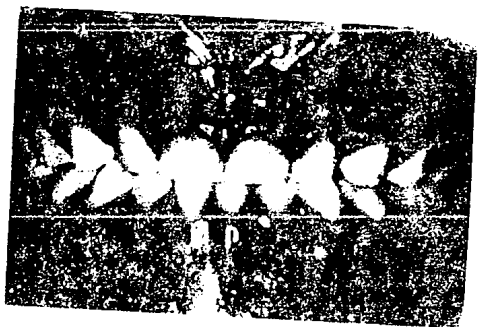
A EL:
DR. ALEJANDRO MARTINEZ
POR HABER DIRIGIDO Y -
ASESORADO NUESTRA TESINA.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. DESARROLLO Y MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES	4
CAPÍTULO II. CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN	12
CAPÍTULO III. CAUSAS Y EFECTOS ESPECÍFICOS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES	17
3.1 CARIES	17
3.1.1 CARIES RAMPANTE	21
3.1.2 SÍNDROME DE BIBERÓN	21
3.2 TRAUMATISMOS	22
CAPÍTULO IV. EXAMEN. DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	27
4.1 TERAPIA PULAR	28
4.2 EXTRACCIONES	30
CAPÍTULO V. PRÓTESIS REMOVIBLE	33
5.1 INDICACIONES	34
5.2 REQUISITOS IDEALES	35
5.3 TIPOS DE DENTADURAS	36
5.4 MATERIAL E INSTRUMENTAL	37
5.5 ELABORACIÓN	38
5.6 ACEPTACIÓN DE LA PRÓTESIS	42
5.7 MANEJO DE LA PRÓTESIS	43
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	47



Pérdida prematura de dientes primarios



INTRODUCCIÓN.

El propósito de esta tesina es presentar el concepto de tratamiento de la pérdida prematura de piezas en los niños, con la ayuda de prótesis parciales removibles.

La pérdida prematura dental en cualquier niño puede comprender una o varias piezas, primarias ó permanentes, anteriores o posteriores de la dentadura. Estas pérdidas se pueden deber a traumatismos, caries, iatrogénias y en algunos casos, ausencia congénita.

Independientemente de la causa, las pérdidas dentales prematuras en niños dan por resultado, la pérdida de equilibrio estructural, de eficiencia funcional y de armonía estética. Otras de las consecuencias de la pérdida dental prematura en niños, es el traumatismo psicológico, especialmente si las piezas afectadas son en los anteriores superiores o inferiores. El evitar la pérdida de espacio extemporánea de un diente temporal es nuestro principal objetivo. Para mantener los espacios utilizamos restauraciones fijas o removibles, la pérdida de la longitud del arco en la dentición temporal, mixta o permanente puede producir una maloclusión o empeorar una ya existente. Descuidar el mantenimiento del espacio cuando está indicado, puede convertirse en una situación limitante, en una maloclusión grave, la cual requerirá de un tratamiento heróico incluso para el mismo ortodoncista.

Si se estudian los informes dados al respecto y se considera la experiencia clínica personal, se verá que los niños toleran bien las dentaduras parciales removibles, por lo que podrán utilizarse con éxito para evitar pérdidas de espacio prematuras.

Es evidente que la mejor manera de mantener el espacio es prevenir la pérdida de la estructura dental por medio de una excelente odontología preventiva y restauradora.

CAPÍTULO I

DESARROLLO Y MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES TEMPORALES

DESARROLLO Y MORFOLOGÍA

El desarrollo dental, es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. La calcificación de los dientes, desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y, posteriormente la de los permanentes. El proceso de reabsorción de las raíces de los temporales, constituyen una serie de fenómenos muy complejos que explican el porque de la frecuencia de anomalías de la formación en la dentición definitiva y en la correspondiente oclusión dental.

A menudo es necesario explicar a los padres la secuencia en el desarrollo y calcificación intrauterina y durante la etapa infantil.

Ciclo vital de los dientes.

Iniciación (estadio de brote) pueden observarse evidencias de desarrollo dental en la sexta semana de vida intrauterina, donde las células de la capa basal del epitelio oral proliferan a un ritmo más rápido que el de las células adyacentes, esto trae como resultado un espesamiento epitelial en la región del futuro arco dental, el cuál se extiende a lo largo de todo el margen tanto mandibular como maxilar. a este suceso se le denomina "primordio de la porción ectodérmica del diente" y su producto se llama "lámina dental". Al mismo tiempo diez formaciones redondas u ovoides aparecen en cada maxilar, en la posición que han de ocupar los dientes temporales.

Algunas células de la capa basal proliferan a un ritmo más acelerado que las células adyacentes, éstas células contienen el potencial de crecimiento del diente.

Los molares permanentes como temporales se forman de la lámina dental, los incisivos, caninos y premolares permanentes se desarrollan de los gérmenes de sus predecesores temporales. La falta congénita de un diente, es el resultado de la falta de iniciación o de la detención de la proliferación celular y la presencia de dientes supernumerarios, es el resultado de la germinación continuada del órgano del esmalte.

Proliferación (Estadio de casquete) . La proliferación celular continúa, como resultado del crecimiento desigual en las diferentes partes del brote. Se forma un casquete, aparece una invaginación poco marcada en la superficie profunda del brote. Las células periféricas del casquete posteriormente forman el epitelio externo e interno del esmalte.

Histodiferenciación y morfodiferenciación (Período de campana) . El epitelio continúa invaginándose y profundizándose hasta que el órgano del esmalte adquiere la forma de una campana. Existe una diferenciación de las células de la papila dental, transformándose en odontoblastos y de las células de epitelio interno del esmalte en ameloblastos.

La histodiferenciación marca el final del estadio de proliferación, al perder las células la capacidad de replicación. Este proceso es el precursor de la actividad de aposición.

En la etapa de morfodiferenciación, las células formadoras se disponen para delinear la forma y tamaño del diente.

Aposición. Como resultado de la deposición en forma de capas de una matriz extracelular no vital segregada por células de carácter de matriz tisular. La matriz es depositada por células formadoras, ameloblastos y odontoblastos que delinean las futuras uniones amelodentinarias y cementodentinarias. Estas células depositan la matriz del esmalte y la dentina de acuerdo con un patrón definido. Las células formadoras comienzan su labor en sitios específicos conocidos como "centros de crecimiento". Si este proceso se perturba puede provocar una interrupción de la matriz, que como resultado nos de hipoplasia del esmalte.

Calcificación (Mineralización). Esta se dá después de la deposición de la matriz y comprende la precipitación de sales de calcio en la matriz. Este proceso comienza con la precipitación de un pequeño nido o centro alrededor del cual ocurre la ulterior precipitación.

Uno de los factores que distingue la odontología para niños de la de adultos es que el dentista cuando trata niños, esta tratando dos denticiones, el juego de piezas primarias y permanentes. Los dientes primarios son 20 y constan de un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, un primer molar y un segundo molar en cada cuadrante de la boca desde la línea media hacia atrás. Las piezas permanentes son 32 y constan de los incicivos centrales sucedáneos, incisivos laterales y caninos que reemplazan a dientes primarios similares; los primeros premolares y los segundos premolares que reemplazan a los primeros molares, y segundo y tercer molar, que no reemplazan piezas primarias, sino que hacen erupción en posiciones posterior a ellas.

Función de las piezas primarias.

Puesto que las piezas primarias se utilizan para la preparación mecánica del alimento del niño para digerir y asimilar durante uno de los períodos más activos del crecimiento y desarrollo, realizan funciones muy importantes y críticas. Otra destacada función que tienen estos dientes es mantener el espacio de los arcos dentales para las piezas permanentes. Las piezas primarias también tienen la misma función de estimular el crecimiento de los maxilares por medio de la masticación, especialmente en el desarrollo de la altura de los arcos dentales. (La dentición primaria es la que da la capacidad para usar los dientes para pronunciar). La pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores pueden llevar a dificultades para pronunciar sonidos "f", "v", "s", "z", y ". Incluso después de que hace erupción la dentición permanente pueden persistir dificultades al pronunciar "s", "z" y "th", hasta el punto de requerir corrección. Sin embargo en la mayoría de los casos la dificultad se corrige por sí misma con la erupción de los incisivos permanentes. Los dientes primarios también tienen estética, ya que mejoran el aspecto del niño. La fonación del niño puede ser afectada indirectamente si al estar consciente de sus dientes destiurados hace que no abra la boca lo suficiente cuando habla.

MORFOLOGÍA INDIVIDUAL DE LAS PIEZAS PRIMARIAS

PRIMER MOLAR MAXILAR PRIMARIO.

De todos los molares primarios, éste es el que más se parece a la pieza que la sustituirá, no sólo en diámetro, si no también en forma. El primer molar primario presenta cuatro superficies bien definidas: bucal, lingual, mesial y distal. Tiene tres raíces claramente divergentes: Una mesio bucal, una disto bucal y una lingual. La raíz lingual es la más larga, y diverge en dirección lingual. La raíz distobucal es la más corta.

PRIMER MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO.

Esta pieza es morfológicamente única entre los molares primarios. La característica mayor que lo diferencia es su borde marginal por su exceso de desarrollo. Este borde se parece un poco a una quinta cúspide; no se encuentra en otros molares, y su presencia, junto con el gran cuerpo pulpar mesiobucal, hace que la preparación de la cavidad clásica mesiooclusal sea difícil.

La raíz del primer molar mandibular está dividida en dos: una raíz mesial y una distal, éstas son más delgadas y se ensanchan cuando se acerca al ápice, para permitir que se desarrolle el germen de la pieza permanente.

SEGUNDO MOLAR PRIMARIO MAXILAR

El segundo molar primario maxilar es esencialmente una pieza con cuatro cúspides, aunque a menudo existe una quinta cúspide localizada en la zona mesiolingual.

La raíz del segundo molar maxilar está dividida en tres: una raíz mesiobucal una distobucal y una lingual. Aunque las raíces se parecen algo a las del molar maxilar permanente, la raíz distobucal es la más corta y la más estrecha de las tres.

SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO.

El segundo molar mandibular primario consta de cinco cúspides que corresponde al primer molar permanente. El molar primario, tiene un contorno redondeado, bucolingualmente es más estrecho en comparación con su diámetro mesio distal, y tiene un borde cervical más pronunciado en la superficie bucal.

La raíz del segundo molar mandibular primario es mayor que la del primer molar primario, aunque por lo general tiene el mismo contorno, se compone de una raíz mesial y de una distal.

INCISIVOS MAXILARES PRIMARIOS

Los incisivos maxilares primarios son muy similares en morfología. Por lo tanto, señalaremos al mismo tiempo las diferencias entre los incisivos centrales y los laterales.

Los incisivos centrales primarios son proporcionalmente más cortos en forma incisocervical que en forma mesiodistal. El borde incisal es por lo tanto, proporcionalmente largo, uniéndose a la superficie mesial en un ángulo agudo y a la superficie distal en ángulo más redondeado y obtuso. El borde incisal se forma de un lóbulo de desarrollo.

En todas las piezas anteriores las superficies proximales son claramente convexas en su aspecto labio lingual. Tienen un borde cervical muy pronunciado, cóncavo en dirección a la raíz. La superficie labial es convexa en su aspecto incisocervical. La superficie palatina o lingual presenta un cingulo bien definido y bordes marginales que están elevados sobre la superficie de la pieza que rodea. La depresión entre los bordes marginales del cingulo forma la fosa lingual. El cingulo es convexo y ocupa la mitad de la tercera parte cervical de la superficie.

La raíz es única y de forma cónica. Es de forma bastante regular y termina en un ápice bien redondeado.

INCISIVOS PRIMARIOS MANDIBULARES.

Los incisivos centrales mandibulares son estrechos y son los más pequeños de la boca, aunque el lateral es ligeramente más ancho y largo que el central y con raíz más larga.

La raíz del incisivo central está algo aplanada en los aspectos mesial y distal y se adelgaza hacia el ápice. La raíz del incisivo lateral es más larga y también se adelgaza hacia el ápice.

CANINO MAXILAR PRIMARIO

Al igual que los caninos permanentes, los primarios son mayores que los incisivos centrales o laterales.

La raíz del canino primario maxilar es larga, ancha y ligeramente aplanada en sus superficies mesial y distal. Sin embargo la raíz se adelgaza, existe un ligero aumento de diámetro a medida que progresa desde el margen cervical. El ápice del diente es redondeado.

CANINO PRIMARIO MANDIBULAR.

El canino primario mandibular tiene la misma forma general que el contorno del maxilar, pero no es tan bulboso labiolingualmente ni tan ancho mesiodistalmente.

La raíz es única, con diámetro labial más ancho que el lingual. Las superficies mesial y distal están ligeramente aplanadas. La cual se adelgaza hasta formar un ápice puntiagudo.

CAPÍTULO II

CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN

Las piezas dentarias son desarrolladas dentro de los maxilares, donde se mineraliza el germen de cada uno. Una vez calcificada la corona y primer porción de su raíz (aprox. 1/3), el diente inicia un movimiento muy lento atravesando hueso y encía que lo separaba del exterior. A esto se le da el nombre de Erupción, que es, el movimiento mediante el cual una pieza dental es impulsada a ocupar el lugar que les está reservado en el arco dentario.

Erupcionan así los dientes primarios según el orden que veremos después y mientras esto ocurre, los órganos calcificadores de las piezas permanentes van encarando la mineralización de éstas, las que oportunamente provocarán la reabsorción de las raíces de los dientes temporales a fin de determinar su abulsión y de esta manera reemplazarlos mediante los permanentes.



Herman S. Duterloo, Atlas de la dentición infantil . 1a. Edición , Edit. Mosby year book, 1992 pp. 18.

El conocimiento preciso de la cronología de la erupción dental, es de gran importancia para el Odontólogo general, y con mayor trascendencia para el Odontopediatra.

Muchos autores se han ocupado del estudio de las etapas de erupción de los dientes. No es posible establecer fechas exactas debido a la gran variabilidad y complejidad del organismo humano como tipo de raza, dieta, clima y otros como factores determinantes para cada tipo de erupción. Por lo cual se ha decidido aceptar un promedio determinado como aproximado, el cual es imprescindible tener en mente, para determinar si existen atrasos o adelantos notorios en la erupción dental.

Lunt y Law sugirieron un orden en la cronología siendo la siguiente: incisivo central, incisivo lateral, primer molar en la arcada inferior y el canino tiende a erupcionar antes en el maxilar superior, que en la mandíbula, Logan y Kronfeld sugieren que la erupción ocurre generalmente antes en la mandíbula que en el maxilar. La edad en que erupcionan los dientes temporales fueron confirmados con artículos más recientes, que en la tabla de Logan y Kronfeld. Destaquemos que en el grupo de incisivos temporales la erupción se realiza con intervalos cortos de aproximadamente un mes entre uno y otro diente, este ritmo se torna más lento para caninos y molares.

A continuación mostraremos la tabla de valores aproximados de la erupción dental, tanto temporal como permanente y se hará mención de los autores por quienes ha sido modificado.

Pieza	Formación de tejido duro	Cantidad de esmalte formado al nacimiento.	Esmalte completado	Erupción	Raíz completa-da.
-------	--------------------------	--	--------------------	----------	-------------------

DENTICION PRIMARIA

Maxilar					
Incisivo central	4 meses en útero	cinco sextos	1 y 1/2 mes	7 y 1/2 m.	1 y 1/2a.
Incisivo lateral	4 y 1/2 " "	dos tercios	2y1/2meses	9 meses	2 años
canino	5 meses en útero	un tercio	9 meses	18 meses	3 1/4 a.
Primer molar	5 meses en útero	cúspides unidas	6 meses	14 meses	2 y 1/2a.
Segundo molar	6 meses en útero	puntas de cúspi des aún aisladas	11 meses	24 meses	3 años
Mandibular					
Incisivo central	4y1/2 meses en u.	Tres quintos	2y1/2 meses	6 meses	1 y 1/2a.
Incisivo lateral	" " " "	Tres quintos	3 meses	7 meses	"
Canino	5 meses en útero	Un tercio	9 meses	16 "	2y1/4 a.
Primer Molar	" " " "	Cúspides unidas	5 1/2 meses	12 meses	"
Segundo Molar	6 meses en útero	Puntas de cuspi- des aún aisladas	10 meses	20 meses	3 años.

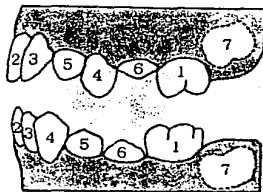
DENTICION PERMANENTE

Maxilar					
Incisivo central	3 a 4 meses	.....	4 a 5 años	7 a 8 a.	10 años
Incisivo lateral	10 a 12 meses	.....	4 a 5 años	8 a 9 a.	11 años
Canino	4 a 5 meses	.....	6 a 7 años	11 a 12 a.	13 a 15 a
Primer premolar	1-1/2 y 1-3/4 a.	.....	5 a 7 años	10 a 11 a.	12 a 13 a
Segundo premolar	2 1/4 y 2-1/2 a.	.....	6 a 7 años	10 a 12 a.	12 a 14 a
Primer molar	al nacer	A veces huellas	2 1/2 a 3 a.	6 a 7 años	9 a 10 a
Segundo molar	2 1/2 a 3 años	.....	7 a 8 años	12 a 13 a.	14 a 16 a
Tercer molar	7 a 9 años	.....	12 a 16 a.	17 a 21 a.	18 a 25 a
Mandibular					
Incisivo central	3 a 4 meses	.....	4 a 5 años	6 a 7 a.	9 años
Incisivo lateral	"	.....	"	7 a 8 a.	10 "
Canino	4 a 5 meses	.....	6 a 7 años	9 a 10 a.	12 a 14a
Primer premolar	1-3/4 a 2 años	.....	5 a 6 años	10 a 12 a.	12 a 13a
Segundo premolar	2-1/4 a 2-1/2 a.	.....	6 a 7 años	11 a 12 a.	13 a 14a
Primer molar	al nacer	A veces huellas	2-1/2 a 3	6 a 7 años	9 a 10a
Segundo molar	2-1/2 a 3 años	.....	7 a 8 años	11 a 13 a.	14 a 15a
Tercer molar	8 a 10 años	.....	12 a 16 a.	17 a 21 a.	18 a 25a

Dekronfeld, R: Bur 35:18-25, 1935 (basado en una investigación de W.H.G. Logan y R.Kronfeld Modificado por Konfeld, R y Shour, I. J.A.DA 26:18- 32, 1939 y a su vez modificado por Mcga 11, J.O. y Wald, S.S Clinica dental. Technic and interpretation including roetgen studies

Erupción de los dientes permanentes. Pueden ser de sustitución, los que reemplazan a un predecesor temporal, ésta erupción tiene un intervalo de exfoliación entre diente y diente de aproximadamente un año.

Moyers estableció que la secuencia de erupción más favorable para los dientes permanentes en la región mandibular es: primer molar, incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar, segundo premolar, segundo molar y tercer molar, la secuencia más favorable para los permanentes superiores es: primer molar, incisivo central, incisivo lateral, primer premolar, segundo premolar, canino, segundo molar, y tercer molar.



Cronología de la erupción en dientes permanentes

Professor Minoru Nakata, Professor Stephen H. Y. Wei., Oclusal Guidance In Pediatric Dentistry, 1a. Edición, Edit. Ishiyaku EuroAmerica, 1988.

CAPÍTULO III

CAUSAS Y EFECTOS ESPECÍFICOS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES.

CAUSAS

3.1 CARIES

Un porcentaje muy amplio de la pérdida prematura de dientes, se debe a extracciones por caries demasiado extensas, clases IV en donde la caries involucra esmalte, dentina, pulpa y cemento. La extracción se deberá realizar para prevenir infecciones más amplias y evitar defectos en los dientes sucedáneos.

La caries hasta ahora sigue siendo el motivo de muchos problemas bucales, desde pérdida del diente, pérdida de la función, pérdida de la guía de erupción de dientes permanentes, pérdida de espacio, malposiciones dentarias hasta aparición de hábitos como ya se dijo anteriormente.

La caries dental es una enfermedad caracterizada por ser multifactorial con una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción total del diente. Clínicamente se observa cambio de color, pérdida de la translucidez y descalcificación del diente en su primer estadio.

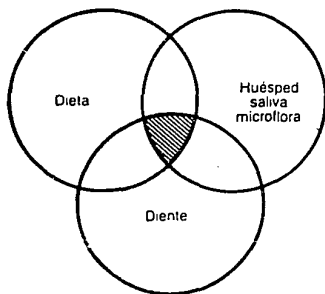
Áreas de susceptibilidad a la caries en la dentición primaria.

Molares inferiores, molares superiores y dientes anteriores superiores. Ocasionalmente, se afectan los anteriores inferiores y las superficies linguales y vestibulares de los dientes temporales, excepto en caries rampante.

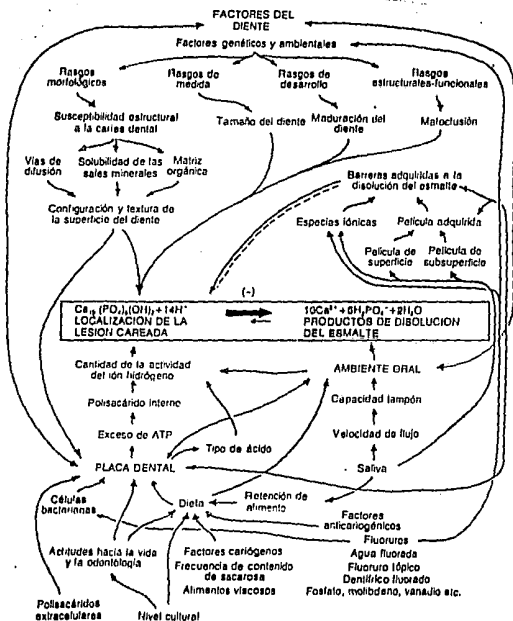
Los primeros molares temporales superiores e inferiores son menos susceptibles a la caries que los segundos, pese a que los primeros erupcionan antes. Wals y Smart observaron que, en pacientes de 8 años de edad, el 50% de los segundos molares temporales tenían caries oclusal mientras que sólo el 20% de los primeros molares temporales tenían afectada su superficie oclusal. Esto puede deberse a que el segundo molar por lo general tiene puntos y fisuras más profundos.

La caries interproximal no ocurre hasta desarrollados los contactos proximales. Parfitt, comunicó que antes de los 7 años de edad se ven afectadas más caras oclusales que proximales. sin embargo, la caries progresa más rápido interproximalmente que oclusalmente, produciendo así un porcentaje más alto de exposiciones pulpares.

Observaciones clínicas han establecido que la caries de la superficie mesial del segundo molar temporal es un proceso que provoca una decadencia del diente, pero es fácil de identificar. Es altamente dinámico con periodos de progresión alternado de periodos de destrucción y reparación de tejidos, la actividad de estos periodos difiere en duración e intensidad dependiendo de los diferentes grupos étnicos y del tipo de alimentación del individuo. Este es un proceso que depende primordialmente del balance natural e intensidad del daño y estímulo natural que responden en otro orden, como veremos en los siguientes diagramas.



TRIADA DE KEYES QUE ILUSTRAS LA INTERRELACIÓN ENTRE EL HUÉSPED, LA MICROFLORA Y LA DIETA QUE SE DA EN LA CARIES.



Factores del diente.

Anders Thylstrup- Ole Fejerskov. 1a. edición, Edit. Doyma, 1988, pp. 2 y 3

N. W. JOHNSON

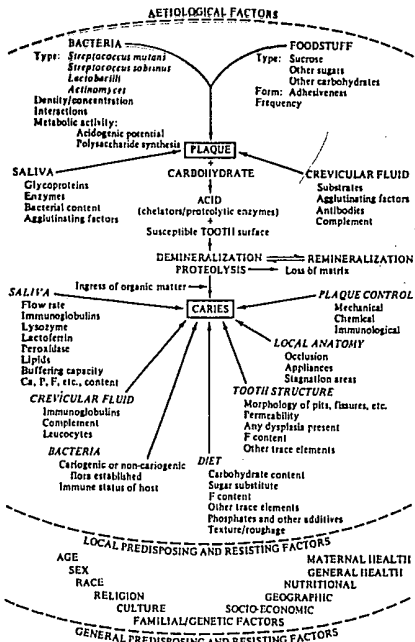


Diagrama multifactorial que influye en la iniciación del progreso y regresión del proceso de caries.

N. W. Johnson, Dental Caries, Vol. I, Edit. Cambridge University Press, 1991, pp. 1, 2, 3, 4.

3.1.1 CARIES RAMPANTE

Esta fue definida por Massler como un tipo de caries de aparición súbita, extendida rápidamente, que da por resultado un compromiso temprano de la pulpa y que afecta también aquellos dientes considerados inmunes a la caries.

Si el paciente presenta cantidad excesiva de caries, se deberá determinar si tiene en la actualidad una susceptibilidad elevada; verdaderamente caries rampante de aparición súbita o si su estado bucal representa años de negligencia y falta de cuidado y aseo bucal.

Algunos creen que el nombre de caries rampante debe aplicarse cuando hay una cifra de caries de 10 o más lesiones nuevas por año. Davis cree que la característica distintiva es el compromiso de la superficie proximal de los dientes anteriores inferiores y la producción de caries de tipo cervical. Jay afirmó que hay evidencia indiscutible de que la caries rampante es causada por exceso de carbohidratos en la dieta. Keyes dice que los polisacáridos insolubles y gomosos (dextranos de alto peso molecular) que se forman durante el metabolismo de la sacarosa por el *Streptococcus mutans*, son los causantes de la caries.

3.1.2 SÍNDROME DE BIBERÓN.

La alimentación por biberón prolongada, del niño y su introducción de alimentos sólidos azucarados, puede dar por resultado caries tempranas y rampantes.

Su aspecto clínico es un niño típico de 2, 3 ó 4 años de edad y sigue un patrón definido afectando a dientes anteriores superiores, los primeros molares temporales superiores e inferiores y los caninos inferiores. Los incisivos inferiores por lo regular no están afectados.



Los padres nos revelan en una conversación, factores comunes como que el niño se dormía con la mamá con leche o alguna bebida azucarada por la noche. Este se acumula alrededor de los dientes anterosuperiores. Este es medio propicio de cultivo para los microorganismos acidógenos. El flujo salival disminuye durante el sueño y se lentifica el despeje del líquido de la cavidad bucal.

Es indispensable concientizar a las madres de que después de cada alimento conviene la higiene bucal. Si es muy pequeño se puede realizar con una gasa húmeda con el dedo de la madre y empezar a cepillar sus dientes y lengua para evitar que se organicen las colonias de microorganismos.

3.2 TRAUMATISMOS

Los accidentes en los dientes primarios son extremadamente comunes. En un estudio clínico que realizó Dawis evidenciaba que el tipo más común de traumatismo era el causado por una caída y traía como resultado la pérdida prematura del diente.

También se halló que la edad más común en la que se producen traumatismos en los dientes primarios es entre 1 y 2 años. Debido a que éste es el estadio en el que se aprende a caminar, cuando el niño pequeño tiene relativamente poca coordinación.

Es muy importante examinar cuidadosamente la dentición para ver si hay fragmentos flojos o partidos para detectar si hay exposición pulpar. Los dientes traumatizados y que han cambiado de color son siempre un peligro potencializado, ya que puede desarrollarse una infección e involucrar al diente permanente subyacente. Si hay cualquier duda con respecto al estado patológico en torno a un incisivo del que se sospecha que ha perdido la vitalidad, el diente deberá ser observado o si no extraído.

CAPÍTULO IV

EXAMEN, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Si el traumatismo es limitado a una fractura de esmalte y dentina se puede predecir en la mayoría de los casos, que no habrá efecto sobre el sucesor permanente. Sin embargo, si hay intrusión o desplazamiento, especialmente entre 1 y 2 años existe una clara posibilidad de que haya defectos hipoplásicos en el diente subyacente cuando este erupcione.

Si los padres llaman indicando que su hijo sufrió la abulsión de un diente y puede determinarse que la lesión no tiene otras complicaciones bucales neurológicas o físicas en general, prioritariamente el odontólogo deberá instruir a los padres para que inserten el diente en su alveolo inmediatamente y lo mantengan en su sitio con ligera presión digital hasta que el paciente sea llevado al consultorio. Si la abulsión se produjo en un ambiente limpio nada debe hacerse al diente antes de que el padre o la madre lo reimplante. Si el diente estuviese sucio se debe limpiar la superficie radicular pero es muy importante conservar todo remanente de ligamento periodontal que esté adherido al diente, por este motivo el diente no deberá ser cepillado ni limpiado con agentes químicos. Probablemente la mejor manera de limpiar el diente para los padres sea hacerlo con leche.

Una alternativa mucho menos deseable es la de lavar el diente con agua corriente fría. La solución fisiológica isotónica es otro medio excelente para este fin si está disponible.

EFFECTOS ESPECÍFICOS DE PÉRDIDA DENTAL PREMATURA

La pérdida dental prematura puede producir ciertos efectos específicos que pueden ser:

1. Cambios en longitud del arco dental y oclusión.
2. Mala articulación de las consonantes al hablar.
3. Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.
4. Traumatismo psicológico (Estética).

1. Cambios en la longitud del arco dental y oclusión.

Es de conocimiento general que la pérdida prematura de piezas primarias conduce a la pérdida en la armonía de la integridad de los arcos dentales y de la oclusión. El tratamiento deficiente de este problema puede llevar a que se cierren los espacios y las piezas sucedáneas se malposicionen en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentales

2. Mala articulación de las palabras al hablar.

Se ha mostrado gran preocupación por los efectos que pueda tener la pérdida dental prematura en el desarrollo de la fonación, en particular en la articulación de sonidos consonantes (s), (z), (v), (f). Si el odontólogo prevee problemas de fonación, deberá enviar al paciente con un terapeuta dedicado a resolver los problemas de lenguaje infantil que pueden ser Psicólogos, Pedagogos, y terapistas del lenguaje. para que éste formule un diagnóstico cuidadoso.

3. Desarrollo de los hábitos bucales perjudiciales.

La pérdida prematura de las piezas anteriores y posteriores puede favorecer exploraciones linguales en el espacio creado. La persistencia de este comportamiento después de la erupción de las piezas sucedáneas puede llevar a malposiciones dentales, debido a presión lingual excesiva.

4. Traumatismo Psicológico.

La pérdida prematura de piezas primarias, especialmente de piezas anteriores, es a menudo causa de considerables trastornos psicológicos en los niños, especialmente en las mujeres. Los traumatismos psicológicos pueden deberse a observaciones no intencionadas, pero desagradables, de amigos o parientes. En una sociedad en donde los niños pasan gran parte de su tiempo viendo televisión, no es raro que niños con piezas ausentes comparen su aspecto personal con el de niños de su edad que tienen sus piezas dentales completas. Esta comparación, actualmente puede hacer que los niños desarrollen complejos de inferioridad con respecto a su aspecto personal.

EXAMEN Y DIAGNOSTICO.

Para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento, es esencial obtener un historial clínico del paciente, lo más completo y significativo posible. Las principales preguntas que han de formularse pueden venir ya impresas en cuestionarios especiales para estos casos. El odontólogo deberá de tomar un registro completo de las causas de la pérdida dental, principalmente.

Se lleva a cabo el examen clínico del niño de manera acostumbrada; sin embargo, deberá concederse especial cuidado al examen radiográfico. En una situación ideal, sería deseable una radiografía panorámica para poder descubrir las diferentes etapas de desarrollo que presentan en este momento las diferentes piezas sucedáneas. Esta información puede ayudar al operador a predecir el momento aproximado, y tal vez la secuencia de la erupción de las piezas permanentes, y también a decidir si un paciente determinado podrá llevar una dentadura parcial removible.

Si los hallazgos clínicos y el examen radiográfico muestran que es aconsejable la dentadura parcial removible, el operador puede proseguir con el diseño, construcción e inserción de la dentadura. La etapa de la planeación del tratamiento en que se insertan las dentaduras parciales, varían según las diferentes necesidades de cada paciente. En casos en donde se puedan salvar la corona clínica de un diente, se procederá a restaurarlo, ya que éste nos servirá de sostén para la prótesis removible.

PLAN DEL TRATAMIENTO

4.1 TERAPIA PULPAR

En casos donde la corona del diente se encuentra demasiado afectada y los cambios degenerativos pulpaes afectan los tejidos radiculares, existe aun posibilidades de salvar las raíces mediante el tratamiento pulpar (pulpectomía) sin embargo, conforme a la magnitud y extensión de la degeneración pulpar aumentan y se registran cantidades cada vez mayores de signos y síntomas relacionados con la necrosis pulpar, las probabilidades para que la técnica tenga buen resultado disminuyen. Los procedimientos terapéuticos pulpaes aplicados a los dientes temporales se consideran preventivos, porque los dientes tratados pueden mantenerse en un estado sano y al mismo tiempo conservar intacto el arco dentario, y permiten evitar las lesiones de los dientes sucedáneos en desarrollo consecutivas al daño del diente o en su alrededor. La terapéutica pulpar también elimina el dolor o la incomodidad al masticar, que, según se ha dicho, puede ser causa de maloclusiones.

La pulpectomía es el tratamiento mas extenso disponible para la salvación de raíces con afección pulpar. El término pulpectomía denota la extirpación completa de la pulpa dental y en dientes primarios también significa obturación de los conductos radiculares con un material reabsorbible y fisiológicamente tolerable. También es la más discutida de todas las técnicas de la terapéutica pulpar para los dientes primarios, debido al daño potencial que podría repercutir en la estructura dental subyacente en desarrollo.

La conservación de por lo menos la raíz dental dentro de su alveolo es de gran ayuda en el mantenimiento del espacio y como principal guía de erupción, en estos casos en donde es imposible restaurar la función y actividad de los mismos con coronas de acero cromo. Procederemos a un tratamiento a base de sobredentaduras, deberemos llevar un seguimiento clínico y radiográfico, conocer perfectamente bien la cronología de la erupción y hacer del conocimiento de los padres la importancia de la vigilancia de estos.

Estos pacientes que serán tratados con sobre dentaduras deberemos llevar un seguimiento clínico y radiográficamente, conocer perfectamente bien la cronología de la erupción y hacer del conocimiento de los padres la importancia de la vigilancia en estos.

Ahora bien, tampoco debemos dejar o mantener piezas infectadas en boca, ya que a menudo pueden permanecer asintomáticas por períodos indefinidos, sin embargo, son una fuente de infección y deben ser tratadas o extraídas.

TRATAMIENTO PULPAR



4.2 EXTRACCIONES.

Las indicaciones para la extracción de piezas primarias son muy similares a la de las permanentes, caries muy extensas clase IV, afección apical y parodontal, fracturas radiculares y coronarias (dependiendo de su extensión), conservación prolongada de los dientes temporales a causa de reabsorción radicular incorrecta, anquilosis y dientes supernumerarios.

El examen radiográfico de los dientes a extraer es de suma importancia, donde observaremos el tamaño y forma de las raíces, la cantidad y tipo de reabsorción, si existe la relación de las raíces con los dientes de reemplazo y el grado de afección.

La técnica para la extracción es similar a la de los adultos, su principal diferencia radica en el manejo del paciente. Al considerar si se deben extraer piezas primarias, deberá tenerse siempre presente que la edad, por sí sola, no es criterio aceptable para determinar si es necesario extraer una pieza primaria. Un segundo molar primario por ejemplo, no deberá extraerse solo por que el niño tenga 11 o 12 años, a menos que se presente una indicación especial.

En algunos pacientes, los segundos premolares están listos para brotar a los 8 o 9 años de edad, mientras que en otros casos, las mismas piezas no muestran suficiente desarrollo a la edad de los 12 años. Una pieza primaria que esté firme e intacta en el arco, nunca deberá ser extraída a menos que se haya realizado una evaluación completa, clínica y radiográfica, de la boca completa especialmente del área en particular.

Oclusión, desarrollo del arco, tamaño de las piezas, cantidad de raíz, resorción de las piezas primarias afectadas, estado de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de las piezas adyacentes, presencia o ausencia de infección, todos estos factores deberán tomarse en consideración al determinar cuándo y cómo deberá extraerse una pieza.

Teniendo presentes las anteriores consideraciones, las indicaciones para la extracción de piezas primarias son las que se enumeran a continuación:

1. En casos en que las piezas estén destruídas a tal grado que sea imposible restaurarlas; si la destrucción alcanza la bifurcación.
2. Si se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se puede eliminar por otros medios.
3. En casos de absceso dentoalveolar agudo con prescencia de celulitis.
4. Si las piezas están interfiriendo en la erupción normal de las piezas permanentes sucedáneas.
5. En casos de piezas retenidas.

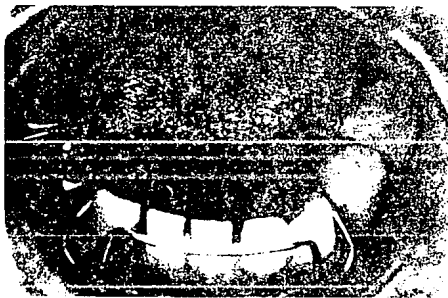
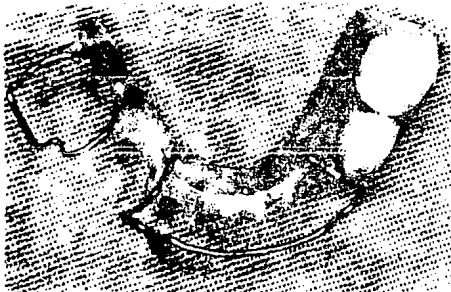
Después de la valoración, si nuestro paciente demanda una prótesis removible y basándonos en el número de piezas perdidas, procederemos al diseño y realización de la misma.

CAPÍTULO V

PRÓTESIS REMOVIBLE

PROTESIS

REMOVIBLE.



PRÓTESIS REMOVIBLE

Concepto de Prótesis.

McCracken en 1985 dijo que, una Prótesis como su nombre lo indica es el reemplazo de una parte ausente del cuerpo humano. por medio de un componente artificial tales como, un ojo, una pierna, una dentadura. Prótesis, entonces, es el arte o ciencia de reemplazar las piezas perdidas del cuerpo humano. Aplicada a la Odontología, se transforma en Prostodoncia, que es la rama del arte o ciencia dental que trata específicamente el reemplazo de las piezas dentales perdidas mediante la rehabilitación y mantenimiento de las funciones bucales, salud del paciente sobre todo, apariencia, confort, con sustitutos artificiales.

La Prótesis Removible de acuerdo a F. James Kratochuil, en 1988, proporciona apoyo a través del arco, estabiliza en una posición determinada, restaura la función y controla la dirección de las fuerzas masticatorias contra los tejidos blandos y los dientes restantes. Una Prótesis debe de ser rígida, reponer las estructuras faltantes y puede proveer un excelente control de la posición dental en la oclusión y de la unidad de arcada.

En el momento de la pérdida de dientes por razones antes mencionadas debemos prever inmediatamente las consecuencias, mantenimiento del espacio, función, erupción de los permanentes, y sobre todo dirección de los mismos.

6.1 INDICACIONES CUANDO EXISTE PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES

Generalmente cuando se requiere evitar y restaurar las consecuencias de la pérdida dental prematuras de piezas primarias, se aconseja dentaduras parciales removibles.

Específicamente se recomiendan cuando:

1. Existe pérdida prematura de molares, y cuando sea importante la restauración de funciones masticatorias. Exámenes radiográficos muestran que el intervalo del tiempo entre la pérdida de piezas primarias y la erupción de las permanentes sea mayor de seis meses.
2. Se pierden las piezas anteriores primarias como resultado de traumatismo.
3. Las piezas permanentes jóvenes se pierden como resultado de traumatismo.
4. Las piezas faltan por ausencia congénita, por ejemplo anodoncia parcial en displasia ectodérmica.
5. El aspecto estético es de consideración importante. A menudo se ha mostrado preocupación respecto a la edad en que los niños pueden utilizar dentaduras parciales. Han sido utilizadas con éxito en pacientes de hasta dos o tres años. Lindhal aconseja una edad mental de dos años y medio como requisito para la utilización de dentaduras parciales removibles.

6.2 REQUISITOS IDEALES PARA LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Para ser eficiente todo instrumento protodóntico, deberá satisfacer ciertos requisitos . A continuación enumeramos algunos de ellos.

1. Deberá restaurar o mejorar la función masticatoria.
2. Deberá restaurar o mejorar la estética.
3. Deberá restaurar o mejorar los contornos faciales.
4. No deberá interferir en el crecimiento normal de los arcos dentales.
5. Su volúmen no deberá constituir un impedimento para hablar adecuadamente.
6. Estará diseñado para poder ser insertado y extraído fácilmente.
7. Su diseño deberá permitir ajustes, alteraciones y reparaciones fáciles.
8. Deberá poderse limpiar fácilmente.
9. Su diseño requerirá poca o ninguna preparación de las piezas de sostén.

Un principio en el diseño que deberá observarse en una dentadura parcial es la inclusión de medios para que las piezas y tejidos sostengan la dentadura. si se olvida este principio se puede provocar patosis de los tejidos blandos con el uso prolongado.

6.3 TIPOS DE DENTADURAS EN NIÑOS.

REMOVIBLE PARCIAL: Es aquella que suple los dientes y estructuras de un arco parcialmente desdentado. la cual el paciente puede colocar y retirar para una mejor higiene, ésta lleva ganchos en su elaboración, dientes artificiales y una base de acrílico.

PRÓTESIS COMPLETAS: Se requieren ocasionalmente en niños con el objeto de proveer estética y función. en un paciente donde puede existir anodoncia total, displasia ectodérmica hereditaria o en extracciones múltiples de toda la arcada a consecuencia de caries rampante o síndrome de biberón. Está conformada por una base acrílica y dientes artificiales.

SOBREDENTADURAS: En ocasiones de anomalías congénitas como Amelogénesis imperfecta, en caries rampante y en síndrome de biberón, este otro tipo de tratamiento es excelente, y nos proporciona estética, función y además no se pierde la guía de erupción de los dientes permanentes ya que se pueden dejar las porciones radiculares realizando tratamientos pulpares. Su estructura está dada por ganchos, una base acrílica y dientes artificiales.

6.4 MATERIAL E INSTRUMENTAL.

- Modelos de trabajo articulados.
- Pinzas pico de pájaro cortas.
- Alambre del 0.028 ó 0.032.
- Acrílico Autopolimerizable (rosa).
- Separador de acrílico.
- Pincel.
- Gotero.
- Godete.
- Cera pegajosa.

6.5 ELABORACIÓN.

La elaboración para cualquier dentadura removible en niños, deberá satisfacer los principios básicos aceptados de diseño de dentaduras parciales en general. En este diseño deberán influir también las necesidades de cada paciente en particular. Al tratar a niños, es muy importante considerar cuanto tiempo permanecerá la dentadura parcial en boca sin olvidar la naturaleza cambiante de los arcos dentales.

La mayoría de los casos pueden satisfacerse con dentaduras parciales removibles, consistentes en una base de resina acrílica, y aditamentos como son: ganchos Adams o ganchos circulares de alambre de acero inoxidable 0.028 y 0.032 y dientes prefabricados infantiles.

La base de la dentadura deberá ser ligera y poseer suficiente resistencia para cumplir con los requisitos funcionales. En ocasiones se utiliza la base de resina acrílica sin ganchos, teniendo en cuenta que su espesor deberá aumentar de dos a tres milímetros para una mejor resistencia.

Pasos para la elaboración.

- a) Elección del portaimpresión.
- b) Toma de impresión.
- c) Obtención de modelos de trabajo.
- d) Registro de mordida

- e) Diseño de la prótesis.
- f) Elaboración de los ganchos.
- g) Separador de acrílico al modelo de trabajo.
- h) Colocación de dientes prefabricados.
- i) Adhesión de los aditamentos con cera pegajosa.
- j) Acrilado.
- k) Pulido y Terminado.
- l) Adaptación de la prótesis en boca.

a) Elección del portaimpresión. Después de seleccionar el portaimpresión adecuado, deberá recubrirse la extremidad del borde con cera roja. Este procedimiento proporciona cierto acoginado en la extremidad del borde, lo que dará comodidad al paciente y ayudará a asegurar el material de alginato al portaimpresión.

b) El material de impresión es el alginato. Puede utilizarse el de endurecimiento normal o el de endurecimiento acelerado, si por observación el paciente presenta reflejo nauseoso. El operador deberá decirle que respire por la nariz con rapidez, otro método es que distraiga su atención de algún otro modo hasta eliminar la impresión. También es aconsejable tener cerca una escupidera o recipiente para vómito y equipo para limpieza rápida en situaciones en que el paciente vomite.

c) Registro de mordida. Es necesario un registro de mordida céntrica para establecer la relación exacta entre los modelos superior e inferior antes de montarlos en el articulador. Esto se logra pidiendo al paciente que muerda en una tablilla de cera rosa previamente calentada y reblandecida. En ciertos niños que muestran tendencia a aproximar sus incisivos en relación borde a borde debe ser conveniente que el dentista le muestre como llevar sus piezas a una oclusión céntrica.

d) Modelo de trabajo. Se recomienda que el modelo de trabajo sea vaciado en yeso piedra.

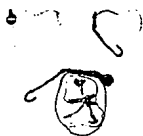
e) Diseño de la prótesis. Es necesario realizar el diseño de la prótesis con un lápiz carbón para la mejor realización de la misma. es primordial que el aparato seleccionado sea simple y de fácil manejo.

f) Elaboración de los ganchos. Pueden utilizarse diferentes tipos de ganchos: ganchos Adams, ganchos esféricos o de bola (prefabricados) y ganchos circulares.

GANCHOS ADAMS



GANCHOS ESFERICOS



GANCHOS CIRCULARES

DIBUJOS

Ciertamente el gancho preferido por la mayor cantidad de Odontopediatras es el gancho Adams, por ser el más versátil y suministra el anclaje más fuerte para la placa. Todos los dobleces se hacen con los dedos sobre las pinzas tomando fuertemente el alambre. Tienen muchas aplicaciones y se utilizan principalmente en piezas posteriores.

- g) Se coloca separador de acrílico al modelo de trabajo para evitar que el acrílico se adhiera a éste.
- h) Colocación de dientes prefabricados tomando en cuenta los dientes antagonistas.
- i) Adhesión de los aditamentos con cera pegajosa para que no se muevan los ganchos a la hora de acrilar.
- j) Acrilado. Ya sea por la técnica de goteo, ó por la técnica de laminado.
- k) Pulido y terminado. Con tierra pómex para alisar y una borla con blanco España para darle brillo.
- l) Adaptación de la prótesis en boca.

6.6 ACEPTACION DE LA PRÓTESIS.

En general los niños toleran las prótesis muy bien. Sus tejidos son sanos y resistentes sin perder de vista la actitud mental en su falta de preocupación frente a las pequeñas irritaciones. Generalmente empiezan acometer inmediatamente después de que se les ha instalado la prótesis y rara vez se quejan. Las prótesis no llegan a provocar una inhibición en el crecimiento y desarrollo bucal, con el tiempo y a medida que se producen cambios, las prótesis dejarán de adaptarse adecuadamente, y se hará evidente la realización de modificaciones o contruirlas nuevamente.

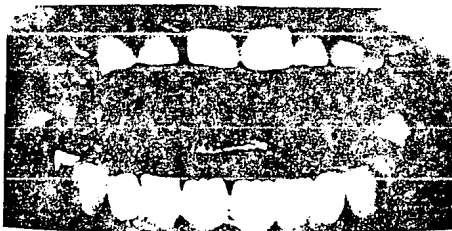
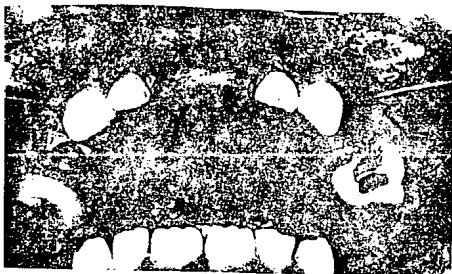
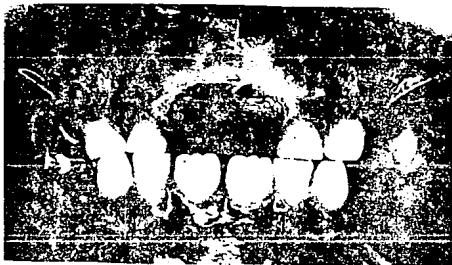
En cuanto a las modificaciones que podremos realizar, encontramos el desgaste de acrílico con fresones, en las zonas en donde esté a punto de erupcionar el diente permanente, el cual se puede observar a través del seguimiento radiográfico y exploración clínica a base de palpación.

6.7 MANEJO DE LA PRÓTESIS.

1. Habiendo confirmado que el aparato adapta en la boca satisfactoriamente, es necesario instruir al paciente en la colocación y retiro del aparato. Esto se logra mejor demostrando la colocación del aparato con la ayuda de un espejo y cuando a dominado este procedimiento se invita al padre a observar la demostración. Con respecto al uso del aparato las instrucciones deben ser claras y si es necesario hay que darlas por escrito.
2. Después de cada comida y antes de acostarse, el aparato debe ser retirado para limpiarlo, para esto debe usarse agua y jabón con un cepillo pequeño, y el paciente debe limpiarse los dientes al mismo tiempo. Hay que tener cuidado de no doblar ni desalojar ninguno de los ganchos del aparato durante este procedimiento.

3. Se advierte al padre que lleve al niño inmediatamente si hay cualquier dificultad con el aparato. Es muy importante que el aparato no esté fuera de la boca por un período prolongado.
4. El aparato debe ser examinado para confirmar el uso correcto. Los tejidos blandos debajo del aparato deben ser examinados en caso de que exista alguna molestia. El no observar una higiene bucal estricta puede ser causa de inflamación de las mucosas, alrededor de los dientes o de caries cervical.
5. Después de dar instrucciones, sólo queda fijar la fecha de la próxima cita. es necesario anticipar los cambios de erupción que pudieran presentarse. por ejemplo, en un paciente de 3 a 5 años de edad no son tan indispensables las citas continuas (cada 6 meses) en cambio en un niño de 6 a 12 años de edad es aconsejable mediante el seguimiento clínico-radiográfico, citar con intervalos de 16 semanas aproximadamente.

C A S O
C L I N I C O



CONCLUSIONES

De antemano sabemos que el paciente no es para el tratamiento: si no que el tratamiento es para el paciente. Existen otro tipo de mantenedores como son los fijos, pero en ésta tesina sólo se habla de los removibles.

La prótesis removable nos dá buenos resultados siempre y cuando el paciente coopere y siga las instrucciones del Cirujano Dentista.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Anders Thyisthrup-Ole Fejerskov. Caries. Editorial Doyma
1ª Edición. 1988. pps. 2 , 3.
2. Barry G. Dale . Kenneth W. Aschheim Estetic Dentistry,
Editorial Lea Febiger Philadelphia London, 1ª edición. 1993.
3. Herman S. Duterloo, D.D.S., Ph D. Atlas de la dentición infantil
1ª edición. 1992, editorial Musby Year Book, p.p. 18.
4. Dr. Jose Mayoral. Ortodoncia Principios Fundamentales y Práctica.
5ª edición. edit. Labor, 1986, pp. 59.60.61.62.
5. J.R. Pinkham. Odontología Pediátrica. 1ª edición , nueva editorial
Panamericana, 1991, pp. 300. 301.
- 6 N.W. Johnson, Dental Caries. Vol. I . Editorial Canbridge University
Press, 1991. pp. 1, 2, 3, 4,
7. Professor Minoru Nakata, Oclusal Guidance in Pediatric Dentistry,
1ª ed., Edit. Ishiyaku Euroamerica Inc., Tokio St. Louis . 1988.
pp. 42.46.23.25,59.
8. Ralph E.Mc. Donald. Odontología Pediátrica y del Adolescente,
5ª Edición, Edit. Panamericana. 1990., pp. 68, 69, 70. 184, 185, 186.
9. Simon Katz, Odontología Preventiva en Acción. 3ª edición , Edit.
Panamericana, 1990, pp. 93,94,95,96,97.
10. Thomas M. Graber , Ortodoncia. Edit. Panamericana 1992,
4ª edición.

11. J.R. Pinkham. Odontología Pediátrica. edit. Interamericana. Mc Graw- Hill, 2ª edición, 1991.

12. John. M. Dawis, David M. Law. Paidodoncia Atlas. 2ª ed., Edit. Panamericana, 1984, pp. 375.

13. Sidney B. Finn. Odontología Pediátrica. 7ª ed., Edit. Interamericana. 1987.