

183
Zej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

" PERDIDA DEL ESPACIO Y LA COLOCACION DE
MANTENEDORES DEL ESPACIO "

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
MARTHA MEDINA MAZON



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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:

Quienes siempre me han apoyado con su gran amor incondicional y
paciencia, a pesar de mis grandes errores.

A MIS PADRES:

Ana María Mazón Rodríguez.

Emilio Medina Pérez.

MIS HERMANOS:

Magda, Adalid, Ulises,

Ignacio, Domi, Margarito y

Carlos.

MIS PRIMOS:

Miguel Ángel y Edith

PROTOCOLO DE TESINA

PERDIDA DEL ESPACIO Y LA COLOCACION DE MANTENEDORES FIJOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Hoy en nuestros días, la Odontología preventiva es la parte más importante de todas las ramas odontológicas, ya que es la base primordial para el buen desarrollo en tiempo y espacio de la dentición tanto temporal como permanente, ya que la dentición temporal será la guía para la erupción dental permanente.

Dentro de las medidas preventivas, tenemos desde una buena técnica de cepillado eliminando así en parte a los factores disponibles para la caries, pasando por aplicaciones tópicas de fluor, eliminando las caries de 1,2 y 3er. grado. Con la subsecuente colocacion de amalgamas, resinas, coronas, hasta métodos ortodónticos u ortopédicos.

Como objetivo, evitar hasta donde sea posible la extracción de órganos dentarios temporales.

Un diente se mantiene en su posición correcta en el arco dentario como resultado de la acción de una serie de fuerzas. Si alguna de estas fuerzas se altera o se suprime, ocurrirán cambios en la relación de los dientes adyacentes con el resultado de una migración y el desarrollo de un problema de espacio. (7)

Una de las funciones de la dentición primaria es conservar el espacio necesario para la erupción correcta de los dientes permanentes. La incidencia de la caries dental sigue siendo el factor aislado más reportable de la pérdida en circunferencia de la arcada.

Cuando a pesar de medidas preventivas, se han perdido órganos dentarios se procederá a realizar un mantenedor de espacio.

La función de un mantenedor de espacio es evitar la migración dentaria, producida por la pérdida precoz o ausencia congénita de uno o más dientes temporales, trastornos de oclusión funcional, así como sobre-erupción de dientes antagonistas. Otra de las funciones sería la fonación, que en el caso de pacientes muy pequeños podría verse afectado, función masticatoria y estética.

Ahora bien, dentro de toda la gama de mantenedores que existen podemos clasificarlos:

- ♦ fijos y removibles
- ♦ activos y pasivos
- ♦ funcionales o no funcionales.

El colocar un mantenedor de cualquier tipo va a depender exclusivamente de las necesidades de cada paciente, nunca se va a colocar el mismo mantenedor en diferentes pacientes y con casos distintos, pues cada aparato tiene su función e indicación específica de acuerdo al caso requerido. (5)

Bueno, pero así podríamos seguir hablando de mantenedores del espacio, pero este trabajo se trata de desglosar el tema y espero al término del mismo, se tenga un más amplio conocimiento de los mantenedores de espacio.

HIPOTESIS:

El mantenimiento del espacio tiene fundamental importancia en la armonía dentofacial. De acuerdo a lo anterior, es básico el uso de mantenedores del espacio para guardar la longitud total del arco dentario y no existan posibles discrepancias.

JUSTIFICACION:

El uso de los mantenedores del espacio, no son realmente necesarios en algunos casos, por ejemplo:

1. Cuando el espacio no se encuentra comprometido.
2. Cuando la pérdida prematura ocurre en la zona anterior, sobre todo en el maxilar superior en donde más que nada se colocan por razones estéticas y no propiamente por razones de mantenimiento del espacio.

OBJETIVOS:

UNIDAD I

- 1.1. Protocolo.

UNIDAD II

- 2.1. Generalidades de crecimiento y desarrollo del maxilar y la mandíbula.
- 2.2. Erupción dental y desarrollo de la dentición.
- 2.3. Espacios de desarrollo, primates y espacios de deriva.
- 2.4. Finalidad de los espacios en dentición temporal.

UNIDAD III

- 3.1. Causas y consecuencias de la pérdida del espacio.
- 3.2. Pérdida del espacio anterior, del área canina, del área de los primeros y segundos molares temporales.
- 3.3. Mantenimiento del espacio.
- 3.4. Indicaciones y contraindicaciones generales, para un mantenedor fijo.
- 3.5. Requisitos y desventajas para un mantenedor fijo.

UNIDAD IV

- 4.1. Mantenedor de espacio fijo banda y ansa
- 4.2. Mantenedor de espacio fijo corona y ansa.
- 4.3. Mantenedor de espacio fijo zapatilla distal.
 - 4.3.1. Consideraciones sistémicas del uso de la zapatilla distal.
- 4.4. Mantenedor de espacio fijo tipo maryland para dientes posteriores.
- 4.5. Mantenedor de espacio fijo arco de Nance.
- 4.6. Mantenedor de espacio fijo arco lingual.

UNIDAD II

GENERALIDADES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MAXILAR Y MANDIBULA

En la odontología es esencial el conocimiento de los principios de crecimiento y desarrollo para la prevención, intercepción y corrección de las deformidades dentofaciales.

El crecimiento del organismo es complejo por el ritmo de progreso evolutivo que varía en forma considerable.

El maxilar superior está formado por los maxilares en asociación con los huesos palatinos. Su crecimiento:

- A) Los bordes de la parte superior es por aposición.
- B) Vestíbulo-lateralmente también es por aposición.
- C) En el borde inferior del hueso alveolar por aposición.

El crecimiento de la mandíbula:

- A) Postero-superiormente por crecimiento del cóndilo.
 - B) La parte posterior de las ramas es por aposición y por reabsorción en la parte anterior de las mismas.
 - C) Verticalmente por aposición del hueso en un lado y reabsorción en el lado opuesto
- (8).

ERUPCION DENTAL Y DESARROLLO DE LA DENTICION

Las piezas dentarias por si mismas contribuyen en gran parte a la forma de la cara, por lo que dentro del desarrollo craneofacial normal del ser humano una discrepancia en el orden de erupción puede causar problemas en dicho desarrollo.

La erupción de los dientes de la primera dentición comienza aproximadamente a los seis meses. El incisivo central inferior es el primero en erupcionar, el lateral aproximadamente a los ocho meses seguido por el primer molar que es entre los doce y catorce meses, el canino de dieciseis a dieciocho meses y el segundo molar a los dos años. Los dientes superiores suelen erupcionar de uno a doce meses después que los inferiores correspondientes.

Normalmente, a la edad de los tres años, entran en oclusión los veinte dientes de la primera dentición, los que normalmente no presentan curva de Spee, tienen escasa interdigitación cuspídea escasa sobre-mordida y muy poco apiñamiento.

La erupción de los dientes permanentes; el primero que lo hace es el primer molar inferior a la edad de los seis años, seguido casi inmediatamente por los incisivos centrales inferiores y superiores, seguidos por laterales superiores e inferiores, después caninos

inferiores y primero premolares superiores, siguen segundos premolares superiores y primer premolar inferior, seguidos por canino superior y segundo premolar inferior y los últimos a una edad aproximada de doce años los segundos molares superiores e inferiores (5,8)

PIEZA	FORMACIÓN DE TEJIDO DURO	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACIMIENTO	ESMALTE COMPLETADO	ERUPCIÓN	RAÍZ COMPLETADA
Dentición Primaria					
Maxilar					
Incisivo central	4 meses en el útero	Cinco sextos	1 1/2 meses	7 1/2 meses	1 1/2 años
Incisivo lateral	4 1/2 meses en útero	Dos tercios	2 1/2 meses	9 meses	2 años
Canino	5 meses en el útero	Un tercio	9 meses	18 meses	3 1/4 años
Primer molar	5 meses en el útero	Cúspides unidas	6 meses	14 meses	2 1/2 años
Segundo molar	6 meses en el útero	Puntas de cúspides aun aisladas	11 meses	24 meses	3 años
Mandíbula					
Incisivo central	4 1/2 meses en útero	Tres quintos	2 1/2 meses	6 meses	1 1/2 años
Incisivo lateral	4 1/2 meses en útero	Tres quintos	3 meses	7 meses	1 1/2 años
Canino	5 meses en el útero	Un tercio	9 meses	16 meses	3 1/4 años
Primer molar	5 meses en el útero	Cúspides unidas	5 1/2 meses	12 meses	2 1/4 años
Segundo molar	6 meses en el útero	Puntas de cúspides aun aisladas	10 meses	20 meses	3 años
Dentición Permanente					
Maxilar					
Incisivo central	4-3 meses	.....	4-5 años	7-8 años	10 años
Incisivo lateral	10-12 meses	.....	4-5 años	8-9 años	11 años
Canino	4-5 meses	.....	5-6 años	11-12 años	13-15 años
Primer premolar	1 1/2 - 1 3/4 años	.....	5-6 años	10-11 años	12-13 años
Segundo premolar	2 1/4-2 1/2 años	.....	6-7 años	10-12 años	12-14 años
Primer molar	Al nacer	A veces huellas	2 1/2 - 3 años	6-7 años	9-10 años
Segundo molar	2 1/2 - 3 años	.....	7-8 años	12-13 años	14-16 años
Mandíbula					
Incisivo central	3-4 meses	.....	4-5 años	6-7 años	9 años
Incisivo lateral	3-4 meses	.....	4-5 años	7-8 años	10 años
Canino	4-5 meses	.....	6-7 años	9-10 años	12-14 años
Primer premolar	13/4- 2 años	.....	5-6 años	10-12 años	12-13 años
Segundo premolar	2 1/4- 2 1/2 años	.....	6-7 años	11-12 años	13-14 años
Primer molar	Al nacer	A veces huellas	2 1/2- 3 años	6-7 años	9-10 años
Segundo molar	2 1/2- 3 años	.....	7-8 años	11-13 años	14-15 años

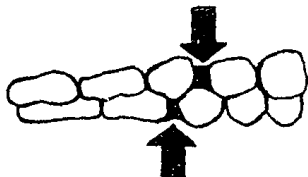
11 ESPACIOS DE DESARROLLO

Las arcadas dentales temporales con frecuencia presentan espacio interdentarios, especialmente en la zona anterior. La presencia de éstos espacios de desarrollo pudieran garantizarnos una disposición correcta al erupcionar las piezas de la segunda dentición, sin embargo, aún con los espacios de crecimiento, también llamados de desarrollo o fisiológicos se pueden observar ocasionalmente problemas de apiñamiento. Con esto se da a entender que dichos espacios están a propósito de la naturaleza para permitir que los dientes permanentes que son más grandes que los temporales tengan suficiente espacio para que no existan mal posiciones (4).

ESPACIOS PRIMATES

Al mismo tiempo que aparecen los espacios de crecimiento, se originan los espacios primates, que se localizan entre los incisivos laterales y los caninos en el maxilar y entre los caninos y los primeros molares inferiores. Estos espacios podrían muy bien perderse cuando la lengua que es todavía demasiado grande se proyecta y provoca una mordida abierta (1).

En 1950, Louis Baume de la Universidad de California, hizo una observación sobre la erupción dental y desarrollo de las arcadas y encontró que los espacios en las dentaduras de los monos eran semejantes a los de las arcadas temporales en humanos, razón por la cual se denominaron espacios primates. Se observó que éstos espacios primates no aumentaban de tamaño después de los tres años, más bien, tienden a desaparecer durante la erupción de los incisivos permanentes (4).



Espacios primates entre incisivo lateral y canino superior temporario y entre canino y primer molar inferior temporarios.

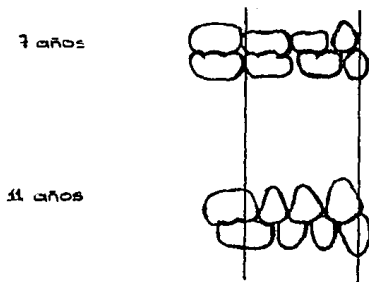
ESPACIOS DE DERIVA

Es el espacio disponible cuando se reemplazan los caninos y molares temporales por los caninos y premolares permanentes. Específicamente la suma de la anchura total del canino y del primer y segundo molares temporales es usualmente mayor que la anchura combinada del canino permanente y del primero y segundo premolares.

Aunque el espacio de deriva varía de un individuo a otro, se han dado valores promedio:

A) En el maxilar superior: 0.9 unilateralmente.

B) En la mandíbula: 1.7 unilateralmente (4,7).



Cambios de la oclusión de los primeros molares temporales en dentición mixta y en dentición permanente.

FINALIDAD DE LOS ESPACIOS EN DENTICION TEMPORAL

1. Atenuar el apiñamiento de los incisivos permanentes de mayor tamaño cuando hacen erupción. Mantener la longitud de la arcada inferior.
2. No obstaculizar la erupción de los caninos permanentes y premolares.
3. Permitir el desplazamiento de los molares cuando ésto es necesario para que se establezca una relación molar normal (1,5).

UNIDAD III

16 CAUSAS DE PERDIDA DE ESPACIOS

1. Pérdida prematura de dientes temporales (caries rampantes, infección radicales sin eradicar o crónicas, traumatismos).
2. Fuerza mesial de erupción de los dientes posteriores.
3. Colocación o distalización de dientes anteriores mandibulares.
4. Anquilosis.
5. Ausencia congénita de dientes.

CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DE ESPACIOS

1. Pérdida del espacio anterior superiores e inferiores.
2. Pérdida del espacio de caninos superiores e inferiores.
3. Pérdida del espacio de posteriores superiores e inferiores (2,3,5).

17 PERDIDA DEL ESPACIO ANTERIOR

Se considera una zona donde el mantenimiento de espacio no es necesario, generalmente debido a la creencia de que el cierre de espacios no se presenta en ésta zona; pudiendo ser cierto en los casos donde el espacio no está comprometido. Sin embargo, deben tomarse todos los aspectos de diagnóstico: oclusión, cantidad de espacio o apiñamiento presente y el desarrollo potencial de alteraciones de fonación y hábitos perjudiciales. Siendo en algunos casos la estética la más preocupante para los padres de familia.

En la arcada inferior, es prudente mantener siempre el espacio, pues los incisivos necesitan cualquier espacio disponible para su erupción. Además de que la arcada inferior tiene más tendencia a colapsar cuando se pierde un diente. El maxilar sigue creciendo durante el desarrollo del individuo, sin embargo la mandíbula no (1).

PERDIDA DEL ESPACIO DEL AREA CANINA

Es rara la pérdida de un diente canino primario por traumatismos o caries, sin embargo existe la pérdida del órgano.

Desde el punto de vista conservador, puede colocarse un mantenedor de espacio, cuando el incisivo lateral permanente erupciona, es necesario volver a elaborar cualquiera de los aparatos colocados, puesto que dicho diente requiere más espacio que el primario e interfiere con el mantenedor.

Si no se coloca un dispositivo en el maxilar, es necesaria anticipar la desviación de la línea media hacia el lado afectado cuando erupcionen los incisivos permanentes. En la mandíbula ocurre un movimiento lingual de los incisivos y desplazamiento de la línea media. Puede colocarse un arco lingual luego que erupcionan los incisivos permanentes para prevenir la desviación de la línea media (1,9).

PERDIDA DEL ESPACIO DE LOS PRIMEROS MOLARES TEMPORALES

Se debe fundamentalmente a la erupción y oclusión de los primeros molares permanentes de modo que los mantenedores de espacio no siempre serán necesarios hasta que haya una influencia directa de los molares permanentes sobre la arcada (1).

Esto se debe a que la erupción de los permanentes ejerce una poderosa fuerza de erupción contra la superficie disto-coronal del segundo molar temporal para este momento deberá estar colocado un mantenedor de espacio para evitar que el molar permanente desplace al segundo molar temporal en dirección mesial hacia el espacio libre.

El primer molar permanente superior presenta una fuerza eruptiva menos directa por que hace en dirección distal .

Cuando el primer molar se pierde después de que hayan erupcionado los primeros molares permanentes y esta en oclusión, la pérdida de espacio ocurrirá debido a las fuerzas oclusales y a la desviación mesial (1,4,7).

PERDIDA DEL ESPACIO ²⁰ DE LOS SEGUNDOS

MOLARES TEMPORALES

El primer molar permanente inferior depende frecuentemente de la superficie disto-coronal del segundo molar temporal para su guía en erupción.

La pérdida prematura de éste último puede producir desplazamiento mesial del primer molar permanente, con inclusión resultante del segundo premolar. La pérdida prematura de éste diente ocasiona una mayor oportunidad de pérdida de espacio que la de cualquier otro diente temporal (1,9).

La causa más frecuente para la pérdida de los primeros como de los segundos molares temporales, es el factor caries más que por traumatismos. La etiología de éstas caries es el siguiente:

- Higiene oral deficiente o nula
- Suceptibilidad a caries rampante
- Síndrome de biberón.

21 MANTENIMIENTO DEL ESPACIO

Los efectos nocivos de la pérdida prematura de los dientes temporales varían en el niño en crecimiento. Aun cuando la pérdida no impide necesariamente el desarrollo de una oclusión funcional normal es necesario un diagnóstico cuidadoso para determinar el tratamiento adecuado.

El espacio creado por la pérdida de un solo diente temporal no es el espacio que requiere el sucedáneo permanente, pero sí el que requiere en su totalidad y como parte de la necesidad total de la arcada. Por lo tanto ningún espacio puede perderse aun que el diente que corresponda en ese lugar sea más pequeño.

Así, los mantenedores de espacio que sostienen sólo segmentos de la arcada por un tiempo limitado, son aparatos temporales. Tienen que ser vigilados hasta que su eficacia se pierda y entonces tienen que ser reemplazados con otro dispositivo que mantendrá la longitud total de la arcada hasta que se termine la necesidad del espacio (2,9)

INDICACIONES GENERALES PARA UN MANTENEDOR

FIJO

1. Generalmente, cuando las fuerzas que actúan sobre el diente no están equilibradas y el análisis indican una posible inadecuación de espacio para el diente sucedáneo.

2. Puede ser cuando existe una maloclusión que más adelante podría estar combinada con pérdida del espacio, siendo necesario un examen ortodóntico.

3. Ausencia congénita de segundos premolares e incisivos laterales superiores.

4. Si se desea conservar el espacio cuando se pierde el primer molar permanente.

5. En situaciones en donde se necesite un mantenedor activo para ejercer presión en cualquier dirección que sea necesaria.

No se debe esperar a que se cierre el espacio, el momento adecuado es cuando se pierde prematuramente el diente, el mayor cierre del espacio se presenta en los primeros seis meses.

23 CONTRAINDICACIONES

1.- Cuando no hay hueso alveolar que recubra la corona del diente en erupción y hay suficiente espacio para su erupción.

2.- Cuando el espacio disponible por la pérdida prematura del diente temporal es superior a la dimensión mesio-distal requerida para la erupción del permanente y, por consiguiente no se espera una pérdida de espacio.

3.- Cuando el diente permanente está congénitamente ausente y se desea la oclusión del espacio (5,7,9).

REQUISITOS PARA UN MANTENEDOR DE ESPACIO

FIJO

1. Mantenimiento deseado de espacio proximal.
2. No interferir con la erupción del diente sucedáneo y antagonista.
3. Facilitar el espacio mesio-distal suficiente para la alineación de dientes permanentes en erupción.
4. No interferir con la fonación, masticación o movimiento mandibular funcional.
5. Deben ser de diseño sencillo.

6. Deben ser fáciles de limpiar y conservar.²⁴

DESVENTAJAS GENERALES PARA LOS MANTENEDORES FIJOS

1. Los alimentos pueden alojarse entre la banda y diente y producir caries dental.
2. Los aparatos deben estar en constante observación.
3. No masticar alimentos pegajosos o chiclosos, tienden a actuar como palanca.
4. No masticar o morder cosas duras, podrían distorcionar o doblar las bandas o alambres (2,5,9).

UNIDAD IV

MANTENEDOR FIJO DE BANDA Y ANSA

Se usa para la conservación del espacio de un solo diente. Es un mantenedor no funcional por no restaurar la función masticatoria y pasivo porque no se le aplica fuerza para realizar movimientos a dientes que hayan sufrido inclinación. Es unilateral y antiestético.

INDICACIONES

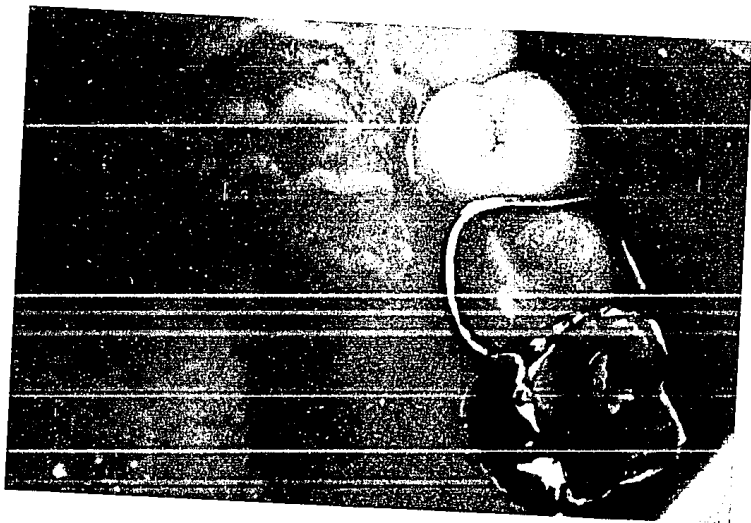
1. Pérdida unilateral del primer molar primario antes o después de la erupción del primer molar permanente.
2. Pérdida bilateral de un molar primario antes de que erupcionen los incisivos permanentes(1,7,9).

VENTAJAS

1. Económico, sencillo de elaborar.
2. Fácil de ajustar y retirar si se rompe.
3. Fácil de retirar cuando hace erupción el diente permanente.

27
DESVENTAJAS

1. Requiere cuidados y supervisión continuos.
2. No restaura la función oclusal del diente perdido.
3. No impide la sobre-erupción del antagonista.
4. En la dentición mixta, el aparato puede inhibir el desplazamiento disto-lateral del canino primario durante la erupción de los incisivos permanentes.
5. Si el anza no presenta la forma adecuada puede intervenir en la erupción del diente permanente (1,5,7,9).



Mantenedor del espacio Banda-Ansa

28
MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO DE CORONA Y

ANSA

Al igual que el anterior, es un mantenedor no funcional, pasivo, unilateral y antiestético.

INDICACIONES:

Cuando el diente pilar se le ha efectuado un tratamiento pulpar.

Caries extensas.

Pérdida prematura del primer molar primario.

Pérdida prematura del segundo molar primario.

CONTRAINDICACIONES:

Cuando existe tejido sano.

VENTAJAS:

Fácil de construir, sencillo, económico.

Al concluir su función como mantenedor se corta el ansa y la corona queda como restauración individual.

DESVENTAJAS:

Difícil de reparar en caso de ruptura o deformación.

No impide la sobre-erupción del diente antagonista.

No restaura la función. (1,7,9)



Terminado de un mantenedor Corona-Ansa

MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO ZAPATILIA DISTAL

Es un mantenedor no funcional, pasivo, unilateral y antiestético. Se emplea cuando hay pérdida prematura del segundo molar primario anterior a la erupción del primer molar permanente.

El aparato es colocado desde el primer molar temporal con una extensión dentro del proceso alveolar guiando la erupción del primer molar permanente a su posición normal. De ésta manera el aparato previene la pérdida severa del espacio y como resultado una maloclusión.

INDICACIONES:

Pérdida temprana del segundo molar primario antes de la erupción del primer molar permanente, siendo ésta la principal indicación para su colocación.

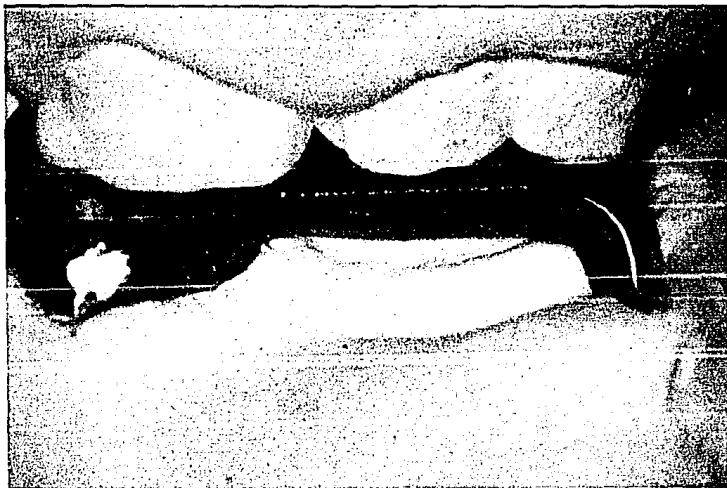
CONTRAINDICACIONES

Ausencia del primer molar permanente

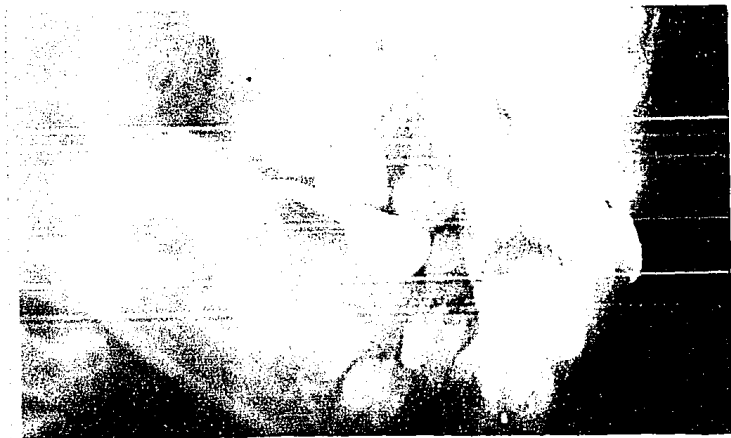
Si el paciente presenta antecedentes de una enfermedad sistémica o personas que requieren de una profilaxis de endocarditis bacteriana subaguda.

Presentar pilares inadecuados debido a la pérdida múltiple de dientes.

Pérdida del segundo molar primario antes de la colocación del aparato.



Fabricación y verificación del ajuste de la zapatilla distal.



CONSIDERACIONES SISTEMICAS DEL USO DE LA ZAPATILLA DISTAL

Excepto en aquellos casos en donde hay descuido del aparato, no hay evidencia de que la extensión sobre el tejido sea una amenaza o produzca una infección en el niño sano.

La explicación de este hecho cabe remarcar es que los tejidos orales de los niños sanos tienen una habilidad inusual para resistir a las infecciones.

Coronalmente en el área de la extracción, en condiciones normales los tejidos que rodean la extensión gingival rápidamente epitelizan para proveer una barrera contra la invasión bacteriana después de que el aparato es colocado, la herida sana en poco tiempo y el niño no sufre molestias.

Sin embargo, debe tenerse precaución especialmente en aquellos niños con antecedentes de alguna enfermedad sistémica. (1,9)

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO TIPO MARYLAND PARA DIENTES POSTERIORES

Es un mantenedor no funcional, por que no restablece la función masticatoria; pasivo, por que no va a ejercer ningún movimiento dentario; unilateral y antiestético.

INDICACIONES

Pérdida prematura del primer molar primario.

Pérdida prematura del segundo molar primario con el primer molar permanente ya erupcionado.

CONTRAINDICACIONES

Cuando hay reabsorción prematura radicular de dientes pilares.

Cuando existen pilares inadecuados o presentan corona acero-cromo.

VENTAJAS

Costo inicial bajo.

Fácil de construir y colocar.

No interfiere en la erupción del diente permanente.

No requiere preparaciones especiales el diente pilar.

No interfiere en la fonación.

DESVENTAJAS.

No impide la sobre-erupción del diente antagonista.

Suceptibilidad a distorción.

Difícil de reparar en caso de distorción .

Brabar el esmalte de dientes sanos y sobre todo si el pilar es permanente.

MANTENEDOR FIJO ARCO DE NANCE

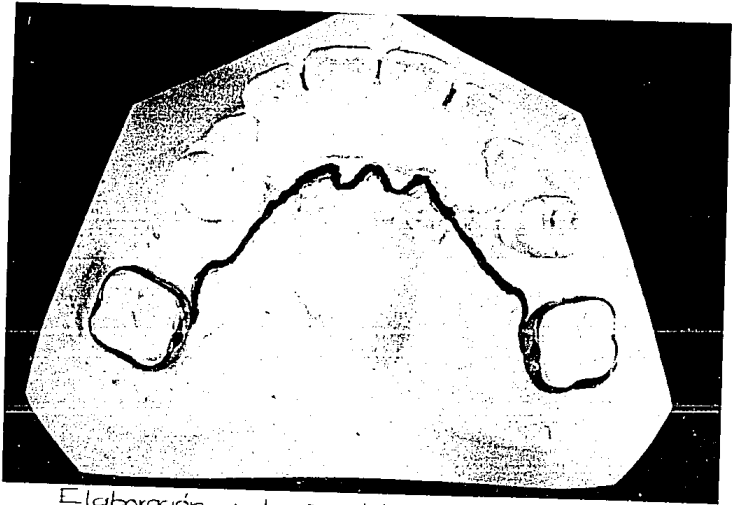
Este tipo de aparato es bilateral, antiestético, formado por bandas ortodónticas, alambre y acrílico. Diseñado para conservar la posición de los molares superiores, es pasivo por que no ejerce ninguna fuerza o movimiento sobre los demás dientes; no funcional por que no restaura la función masticatoria y antiestético.

El alambre contornea la bóveda palatina anterior para no contactar con el cingulo de los dientes, esto debido a que los dientes inferiores generalmente ocluyen en ésta parte de los dientes superiores y el aparato puede intervenir en la oclusión.

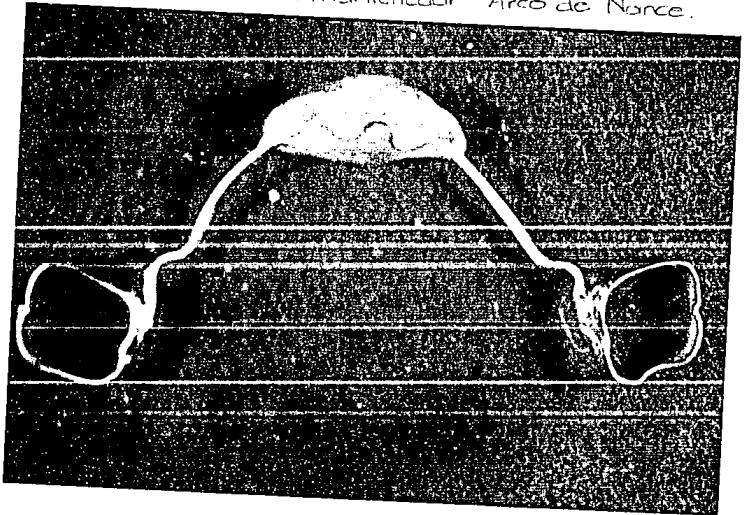
Se coloca un botón de acrílico en la parte anterior del alambre, al que previamente se le realizó un dobles en forma de omega, para prevenir que éste se hunda en el paladar en caso de ocurrir ligeros movimientos de los dientes; puede haber ligera inflamación en el paladar, en la zona donde descansa el acrílico.

Tiene las mismas ventajas que las del arco lingual y cuando falta un molar, puede indicarse la colocación de una barra palatina.

Teóricamente, si la migración molar superior produjera solo una rotación mesio-lingual, la barra transpalatina sería un aparato por igual adecuado para estabilizar la posición molar. Sin embargo, la experiencia clínica no apoya esa hipótesis, por lo que éste aparato se utiliza en lugar de la aplicación de una fuerza distal para prevenir la mesialización del molar, por su efecto de brazo de palanca transpalatal. (1,6,7,9)



Elaboración y diseño del arco palatino
Terminado de un mantenedor Arco de Narce.



MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO ARCO LINGUAL

Este es un aparato puramente pasivo cuando se utiliza con fines de mantenimiento del espacio. Es un mantenedor de elección en la pérdida de múltiples piezas temporales del arco superior e inferior. En la dentición primaria se colocan las bandas en los segundos molares, en dentición mixta se colocan en los primeros molares permanentes.

El arco lingual contará con una forma ideal para descansar sobre los gingivos de los incisivos, de 1 a 1.5 mm por arriba del tejido blando. En la región del canino el arco tiene que dirigirse hacia lingual para eludir a los molares primarios y los premolares no erupcionados. El arco superior puede usarse como en el inferior de diseño similar o en forma de W.

Cuando se coloca un arco lingual inferior en la dentición temporal es muy estricta la vigilancia del mismo, ya que el alambre que descanza en los incisivos pudiera interferir con la erupción de la dentición de los dientes permanentes.

INDICACIONES

Pérdida prematura bilateral de molares temporales.

Evitar la mesialización de los primeros molares permanentes.

Para los dientes de la arcada inferior como de la superior.

CONTRAINDICACIONES ³⁹

Cuando exista un trauma gingival o parodontal.

VENTAJAS

Con unas bandas bien adaptadas y buena construcción del aparato, se evitarán los problemas de fractura o de retención.

Se elimina el problema en cuanto a la cooperación del paciente.

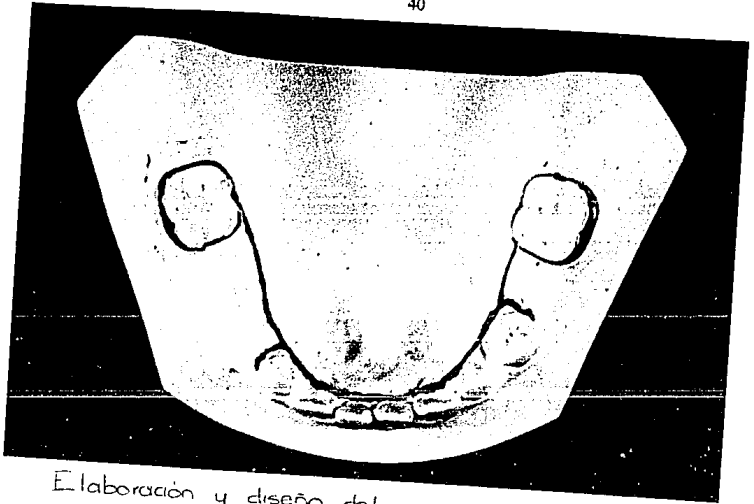
Es fácil de construir y adaptar.

Disminuye la pérdida de la longitud del arco dentario.

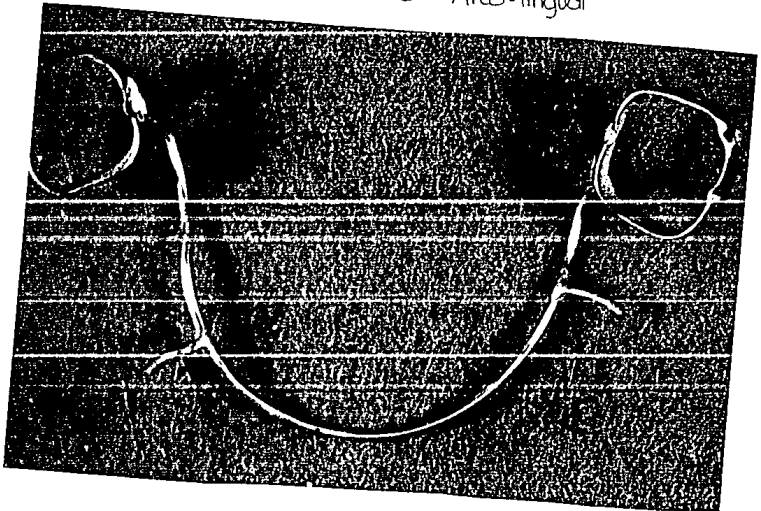
Disminuye la pérdida de la longitud del arco dentario.

DESVENTAJAS

Se dificulta la higiene por abajo del arco, en el área de las caras linguales de los dientes. (1,6,7,9)



Elaboración y diseño del arco-lingual
Terminado del mantenedor Arco-lingual



CONCLUSIONES

La preservación de las piezas dentarias temporales son de fundamental importancia, ya que éstas contribuyen al buen funcionamiento de la cronología y desarrollo de la dentición permanente.

En la dentición temporal deben tenerse los cuidados necesarios para evitar al máximo las extracciones prematuras, ya sean por causas diversas; manteniéndose así hasta su exfoliación normal.

Cuando a pesar de todo las opciones que presenta la odontología preventiva, existen las pérdidas prematuras, ocasionando discrepancias dentro de la longitud total de los arcos dentarios.

Cuando el espacio no se encuentra comprometido, o no exista el cierre del espacio, se colocará un mantenedor de espacio con fines estéticos y funcionales más que como mantenedor del espacio. Otra función que se percibiría sería la fonación, la cual puede verse afectada en el caso de pacientes que empiezan a desarrollar el lenguaje.

1.- BARBER THOMAS K. LARRYS LUKE.

Odontología pediátrica.

Editorial Manual moderno S.A. de C.V.

2° Edición 1988.

2.- BRAHAM RAYMOND L.

Odontología pediátrica

Editorial Panamericana.

1984.

3.- DAVIS JOHN M.

Paidodoncia Atlas.

Editorial Panamericana.

2° Edición 1984.

4.- FINN B. SIDNEY.

Odontología pediátrica.

Editorial Interamericana.

4° Edición 1985.

5.- KENNETH SNAWDER.

Manual de odontopediátria clínica.

Editorial Labor S.A.

2º Edición 1984.

6.- NAKATA MINORY.

7.- Mc DONALD RALPH E.

Odontología para el niño y el adolescente.

Editorial Mundi S.A.I.C. Y F.

1987.

8.- MAYORAL JOSE.

Ortodóncia Principios fundamentales y práctica.

Editorial Labor S.A.

4º Edición 1983.

9.- PINKHAM JR.

Odontología pediátrica.

Editorial Interamericana.

1988.

JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.

Junio 1984.

Volumen 51.

Págs, 190 a 193.

NORMAN P MARTINEZ.

JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.

Diciembre 1986.

Págs. 452 a 455.

VAYARDO RUBEN E.

JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.

Junio 1983.

Volumen 50.

Págs. 198 a 204.

JON ARTHUR