

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA
EXFOLIACION DEL PRIMER MOLAR INFERIOR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ARMINDA RUIZ TERAN

México, D. F.

15312

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

	Págs.
Introducción	6
GENERALIDADES DE LOS DIENTES	
Estructura periodontales de los dientes	7,8,9
Descripción y secuencia de la dentición primaria	10,11,12,13
Erupción y evolución de la dentición secundaria- y como consecuencia la desaparición temporal	14,15,16,17,18,19.
Anatomía de las piezas posteriores temporales y - anatomía del primer molar inferior	20,21,22,23,24,25,26.
Diferencias Morfológicas de la dentición decidua ó temporal con la dentición secundaria	27,28 .
CAUSAS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.	
Defectos del desarrollo de los dientes	29,30,31,32.
Caries	33,34,35,36,37,38.
Regimen alimenticio desfavorable a la dentición	39,40,41,42.
Enfermedades periodontales	43,44.
Pérdida prematura de los dientes temporales	45,46,47.
Exodoncia del primer molar inferior	48,49,50,51,52.

	Págs.
Tablas de estadística de los problemas del primer molar inferior	53,54,55,56.
CONSECUENCIAS DE LA EXFOLIACION DEL PRIMER MOLAR INFERIOR .	
Giroversión de los dientes	57,58.
Ateraciones y efectos del desuso	59,60,61.
Maloclusiones	62,63,64,65.
Tratamientos inmediatos indicados a consecuencia de la extracción de los primeros molares inferiores	66,67,68.
MEDIDAS PREVENTIVAS COMO SOLUCION AL PROBLEMA ANTES EXPUESTO	
	69,70,71.
CONCLUSIONES	72,73.
BIBLIOGRAFIA	74.
INDICE	75,76.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA EXFOLIACION DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

I. DEDICATORIA

II. INTRODUCCION

III. GENERALIDADES DE LOS DIENTES.-

- a) Estructuras periodontales de los dientes.
- b) Descripción y secuencia de la dentición primaria.
- c) Erupción y evolución de la dentición secundaria, y como consecuencia la desaparición de la dentición temporal.
- d) Anatomía de las piezas posteriores temporales y anatomía del primer molar inferior permanente.
- e) Diferencias morfológicas entre la dentición caduca ó decidua y la permanente.

IV. CAUSAS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

- a) Defectos de desarrollo de los dientes.
- b) Caries y sus consecuencias .
- c) Regimen alimenticio desfavorable a la dentición .
- d) Enfermedades periodontales.
- e) Pérdida prematura de los dientes temporales.
- f) Exodoncia del primer molar inferior permanente.
- g) Tablas de estadística de los problemas del primer molar inferior.

V. CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

- a) Giroversión de los dientes.**
- b) Alteraciones y efectos del desuso**
- c) Maloclusiones.**
- d) Tratamientos inmediatos indicados a consecuencia de la extracción de los primeros molares inferiores.**

VI. MEDIDAS PREVENTIVAS COMO SOLUCION AL PROBLEMA ANTES EXPUESTO.

VII. CONCLUSIONES.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

IX. INDICE

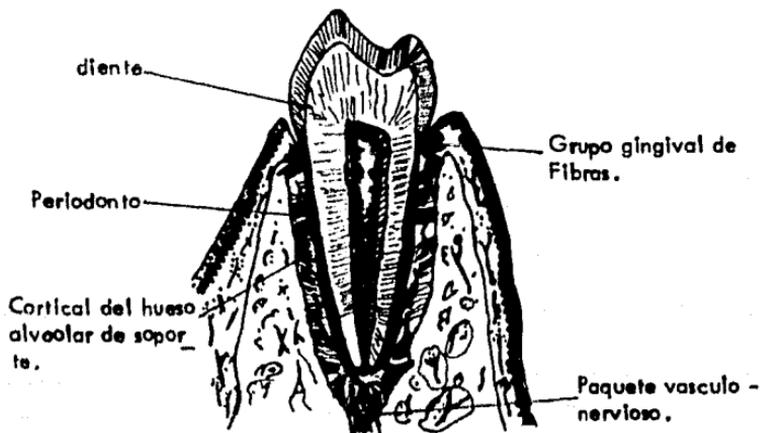
INTRODUCCION

Al elaborar un libro se cavila un poco para determinar el tema que se va a abordar, en este caso sucedió que, durante el curso teórico-práctico de las materias de Operatoria dental y Exodoncia observe determinadas circunstancias que fueron ; mayor cantidad de obturaciones y extracciones del primer molar inferior que hicieron me inclinara por este tema "Causas y Consecuencias de la Exfoliación del Primer Molar Inferior" y lo empezara a elaborar - dándole prácticamente un enfoque preventivo que trate de solucionar la serie de complicaciones que trae consigo el no evitar y solucionar una situación - en el momento oportuno. Así mismo la iniciación de esta lleva la finalidad de que se tenga un conocimiento general de los acontecimientos evolutivos - naturales y patológicos de los dientes y poderlos determinar benéficos ó maléficós para el individuo, es esta la razón por la cual se trato de elaborar - una tesis que hablara de una situación global en la cual destacan las materias generales de la odontología.

I. GENERALIDADES DE LOS DIENTES.-

a) ESTRUCTURAS PERIODONTALES DE LOS DIENTES.

La dentición temporal base de la dentición permanente es portadora de 20 dientes de dimensiones pequeñas adecuadas a la anatomía del niño, que las estructuras varían de acuerdo a la edad cronológica e evolutiva en el momento adecuado de su desarrollo. A la edad aproximadamente de los 18 a 21 años todo individuo cuenta con toda la dentición secundaria ó permanente que durara el resto de su vida. Sin embargo deberá ser vigilada y atendida cada vez que se requiera para que sea como su nombre lo indica PERMANENTE, esta cuenta con 32 dientes seis incisivos superiores, seis incisivos inferiores, ocho premolares y doce molares superiores e inferiores derechos e izquierdos, cada diente esta sostenido por el alveolo dental y ligamentos periodontales que rodean a cada uno de los dientes estos se encargan de mantener al diente en su sitio. (obsérvese en la fig. 1.1.).



Los dientes se insertan en los maxilares, no de una manera rígida sino - mediante una ingeniosa articulación destinada amortiguar los efectos de las fuerzas de oclusión funcional desarrolladas sobre las superficies ó - áreas triturantes durante el acto masticatorio.

En dicha articulación intervienen : la raíz dentaria, los ligamentos (membrana periodontal ó periodonto, el hueso alveolar y la encía) elementos que contribuyen a formar la entidad fisiológica del periodontium.

El parodocio ó periodontium se diferencia en dos partes fundamentales.

a) Periodontium de insercción o Intraalveolar formado por : cemento radicular, membrana periodontal (periodonto) y alveolo mantiene al diente en suspensión .

b) Periodontium de Protección ó Supra alveolar compuesto por : encía, - insercción epiteal y todos los tejidos que se encuentran oclusalmente ubicados con respecto a las fibras crestó dentales.

El conjunto de fibras colágenas y muy poco elásticas que mantienen al - diente firmemente ligado al hueso alveolar se denomina membrana periodontal ó periodonto.

Actúa en relación con la dinámica masticatoria y tiene especialísimas características. El periodontium contiene fibras principales y accesorias - que permanecen onduladas y relajadas cuando el diente se encuentra en - inoclusión las principales son :

- a) Grupo Gingival .- Son irradiadas y rodean al diente uniendo la encía al cuello clínico forman el llamado anillo circular de Kulicker.
- b) Grupo Interdentario ó Transeptal .- Las fibras pasan por la encía cerca de la cresta alveolar y se insertan en el cuello de ambos dientes contiguos colaborando así en mantenerlos unidos.
- c) Grupo de la Cresta Alveolar .- Tienen de afuera adentro una dirección oblicua hacia oclusal, impidiendo la extrusión del diente.
- d) Grupo horizontal .- Se insertan en el cemento dentario y el hueso alveolar más ó menos perpendicularmente a ambos tejidos y están ubicados en el tercio gingival de la raíz.
- e) Grupo Oblicuo .- Formado por las fibras más abundantes abarcan la mayor parte de la superficie de la raíz y del alveolo y tienden a sacar al diente del alveolo, al revés de las fibras que forman el grupo de la cresta alveolar.
- f) Grupo Apical .- Cubren y protegen el paquete v&sculo-nervioso de la pulpa dentaria. Se irradian en abanico desde el cemento al hueso alveolar y mantienen al ápice dentario en el centro del alveolo.

La gran mayoría de estas fibras están orientadas para transformar las presiones en tensiones. Estas fibras las localizamos tanto en dientes unirradiculares como en los multirradiculares.

b) DESCRIPCIÓN Y SECUENCIA DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.-

En el ser humano existen dos tipos de dentición ; la temporal y la permanente.

Ambas denticiones se originan básicamente de células de tipo ectodermal y mesodermal. Estas células tienen la función de la formación de los elementos esenciales de los dientes ; las ectodermales se encargan de la formación de la corona y de la raíz .

Las mesodermales forman la dentina, tejido pulpar, cemento, membrana periodontal y hueso alveolar.

La primera etapa de desarrollo de estas células se evidencian en la sexta semana de vida embrionaria.

El brote del diente empieza con la proliferación de células en la capa basal del epitelio bucal, desde lo que será el arco dental. El esmalte originalmente se deposita en el ápice del diente y desde este sitio se extiende hacia el cuello formando así lo que será el revestimiento de la corona del diente, la raíz se forma poco después de brotar la corona del diente.

Los factores que intervienen en el proceso de erupción de los dientes son los siguientes : Alargamiento de la raíz, fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares en torno y debajo de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar, el crecimiento de la dentina, la constricción pulpar, el crecimiento y tracción del ligamento periodontal, la presión por la acción muscular y la reab

sorción de la cresta alveolar.

La secuencia de erupción de los dientes primarios es la siguiente :

Primero los incisivos centrales seguidos por los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Las piezas mandibulares preceden a las maxilares. Este orden no siempre se verifica.

Generalmente se considera el momento de erupción a los seis meses para los centrales primarios maxilares 7 a 8 para los laterales primarios mandibulares y 8 ó 9 meses para los laterales primarios maxilares.

Al año hacen erupción los primeros molares a los 16 meses aparecen los caninos . Se considera que los segundos molares primarios hacen erupción a los dos años. Para mayor comprensión a lo antes puntualizado observese en la Tabla 1.1.

Puede existir 3 ó 4 meses de diferencia en cualquier sentido esto necesariamente no implica que sea una erupción anormal. Pero siempre será necesario observar la secuencia de erupción y desarrollo adecuado del arco dental del niño.

Se ha observado que la erupción de los dientes es más adelantada en niñas que en niños, los dientes inferiores suelen erupcionar antes que los superiores.

En el proceso de erupción es de vital importancia tener presente las fechas antes mencionadas en virtud de que al no hacerlo podríamos no darnos cuenta de que existe el caso de anodoncia ya sea esta parcial ó total ó difícil -

TABLA No. 1.1.- FORMACION DE LA DENTICION PRIMARIA

P I E Z A	FORMACION DE TEJIDO DURO	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACIMIENTO.	ESMALTE COMPLETO	ERUPCION	R AIZ COMPLETA
-----------	--------------------------	--	------------------	----------	----------------

DENTICION PRIMARIA MAXILAR.

Incisivo Central	4 meses en el utero	5 sextos	1 ½ meses	7 ½ meses	1 ½ Años
Incisivo Lateral	4 ½ meses en el utero	2 tercios	2 ½ meses	9 meses	2 Años
Canino	5 meses en el utero	1 tercio	9 meses	18 meses	3 ½ Años
Primer Molar	5 meses en el utero	cúspides unidas	6 meses	14 meses	2 ½ Años
Segundo Molar	6 meses en el utero	Puntas de cúspides aún - aisladas.	11 meses	24 meses	3 Años

DENTICION PRIMARIA MANDIBULAR.

Incisivo Central	4 ½ meses en el utero	3 quintos	2 ½ meses	6 meses	1 ½ Años
Incisivo Lateral	4 ½ meses en el utero	3 quintos	3 meses	7 meses	1 ½ Años
Canino	5 meses en el utero	1 tercio	9 meses	16 meses	3 ½ Años
Primer Molar	5 meses en el utero	cúspides unidas	5 ½ meses	12 meses	2 ½ Años
Segundo Molar	6 meses en el utero	Puntas de cúspides aún - aisladas.	10 meses	20 meses	3 Años

TABLA No. 1.1.- FORMACION DE LA DENTICION PRIMARIA

P I E Z A	FORMACION DE TEJIDO DURO	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACI - MIENTO.	ESMALTE COMPLETO	ERUPCION	R AIZ COMPLETA
DENTICION PRIMA- RIA MAXILAR.					
Incisivo Central	4 meses en el utero	5 sextos	1 ½ meses	7 ½ meses	1 ½ Años
Incisivo Lateral	4 ½ meses en el utero	2 tercios	2 ½ meses	9 meses	2 Años
Canino	5 meses en el utero	1 tercio	9 meses	18 meses	3 ½ Años
Primer Molar	5 meses en el utero	cúspides unidas	6 meses	14 meses	2 ½ Años
Segundo Molar	6 meses en el utero	Puntas de cúspides aún - aisladas.	11 meses	24 meses	3 Años
DENTICION PRIMA - RIA MANDIBULAR.					
Incisivo Central	4 ½ meses en el utero	3 quintos	2 ½ meses	6 meses	1 ½ Años
Incisivo Lateral	4 ½ meses en el utero	3 quintos	3 meses	7 meses	1 ½ Años
Canino	5 meses en el utero	1 tercio	9 meses	16 meses	3 ½ Años
Primer Molar	5 meses en el utero	cúspides unidas	5 ½ meses	12 meses	2 ½ Años
Segundo Molar	6 meses en el utero	Puntas de cúspides aún - aisladas.	10 meses	20 meses	3 Años

tad en la erupción de los dientes ocasionando alteración en las funciones -
esenciales encomendadas a la dentición y que a saber son : fonación, mas-
ticación y estética.

Entre otros factores patológicos en la defomación de la erupción normal de
la dentición temporal encontramos el uso de biberones impropios, chupones,
mala posición al dormir(cuando se hace boca abajo), estos hábitos se consi-
deran como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pue-
den ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente malea-
bles, y también de cambios potenciales en el desplazamiento de las piezas
y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continuan -
estos hábitos largo tiempo.

También es necesario mencionar la importancia que tiene la dentición tempo-
ral ya que servirá de guía a la dentición permanente por lo tanto es conve-
niente tratar de mantenerlos en su sitio hasta la etapa del cambio de denti-
ciones, para evitar que los dientes permanentes tomen posiciones inadecuadas.
Es recomendable hacer la revisión periódica para mantener en buenas condi-
ciones la dentición y reforzar el tejido dental a través de la aplicación tópi-
ca de fluor evitando de esta manera la susceptibilidad a la caries dental y -
la destrucción del diente.

Los dientes deciduos permanecerán en su sitio por algún tiempo de los seis me-
ses a los doce años de edad en la cual serán desplazados y reemplazados por-
la dentición secundaria ó permanente.

c) ERUPCION Y EVOLUCION DE LA DENTICION SECUNDARIA, Y -
COMO CONSECUENCIA LA DESAPARICION TEMPORAL .-

El origen de las denticiones temporal y permanente se da a partir ; de la lámina dental en la cual se desarrollan pequeñas yemas epiteliales denominadas yemas dentales ; de cada una se formara un diente deciduo. Más tarde - la lámina dental dará origen a unas yemas epiteliales similares que se desarrollaran produciendo dientes permanentes.

Cuando los dientes deciduos hacen erupción en el arco dental, la yema dental para el diente permanente correspondiente ha estado produciendo esmalte y dentina de la misma manera que el diente deciduo.

Cuando la corona se ha completado y la raíz esta parcialmente formada, el diente permanente se prepara para hacer erupción.

Sin embargo, como una de las leyes de Wolff afirma que la presión causa resorción de tejidos duros, en este caso la presión provoca la resorción del más blando de los dos tejidos en contacto ó sea, de la dentina del diente deciduo que es reabsorbida por los osteoclastos. Cuando el diente permanente esta a punto de hacer erupción la raíz del diente primario ha sido completamente reabsorbida. La corona se desprende de la encía ; luego el diente se cae para ser sustituido por su sucesor permanente.

Los esbozos de los dientes permanentes están situados en la cara lingual de - los dientes caducos y se forman durante el tercer mes de vida Intrauterina. -

Estos primordios cuyo desarrollo es semejante al de los dientes de leche, - permanecen inactivos hasta el sexto año de vida, aproximadamente ; en - esta fecha comienzan a crecer empujan por abajo a los dientes de leche y así contribuyen a su caída.

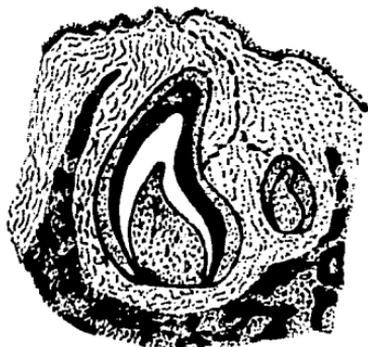
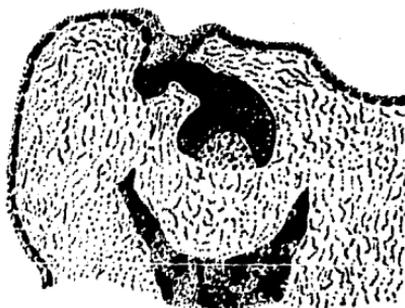
Al crecer el diente permanente, la raíz del diente deciduo ó caduco supra yacente experimenta resorción por osteoclastos. Obsérvese en la Fig.1.2

En el proceso de erupción se debe tomar en cuenta la edad dental del pa - ciente ya que la edad cronológica del individuo no es tan importante como su edad evolutiva. Gran estudio la aparición de los dientes permanentes - según el desarrollo radicular, observando en radiografías en casos clínicos de emergencia y encontró que la mayoría de los dientes erupcionan cuando se han formado tres cuartas partes de la raíz cualquiera que sea la edad - cronológica y esto, nosotros lo comprobamos en nuestra práctica dental a - través de un minucioso reconocimiento radiográfico.

La dentición permanente empieza a erupcionar aproximadamente a la edad de seis años etapa en la cual empieza la desaparición de la dentición deci - dua siendo la primera pieza en hacer erupción generalmente el primer mo - lar mandibular a los seis años pero muy frecuentemente el incisivo central inferior puede aparecer al mismo tiempo ó antes.

La secuencia más favorable para la erupción de los dientes inferiores es : - Primer molar, Incisivo central, incisivo lateral, canino, primer premolar,-

FIG.1.2.- EVOLUCION DE LA DENTACION PRIMARIA Y SECUNDARIA ¹⁶-



segundo premolar y segundo molar.

En los superiores : primer molar, incisivo central, incisivo lateral, primer -
premolares, segundo premolar, canino y segundo molar, obsérvese en la Fig.
1.3.

Maxilar 6-1-2-4-3-5-7- y 6-1-2-4-5-3-7

Mandíbula (6-1)-2-3-4-5-7 y (6-1)-2-3-4-5-7

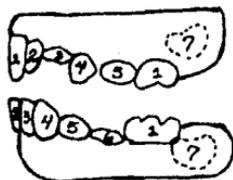


Fig.- 1.3.- SECUENCIA DE ERUPCIÓN FAVORABLE.

Para mayor comprensión de fechas de erupción de la dentición permanente, -
obsérvese en la tabla 1.2.

A la edad de 1 año, cuando erupciona el primer molar, los caninos permanen
tes empiezan a calificarse entre las raíces de los primeros molares primarios -
cuando las piezas primarias erupcionan hacia la línea de oclusión los incisivos
permanente y los caninos emigran en dirección anterior, a un ritmo mayor que
las piezas primarias :

TABLA No. 1.2.- FORMACION DE LA DENTICION SECUNDARIA

PIEZA	FORMACION DE TEJIDO DURO.	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACIMIENTO.	ESMALTE COMPLETO	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
DENTICION - PERMANENTE MAXILAR.					
Incisivo Central	3 a 4 meses	-----	4 a 5 años	7 a 8 años	10 años
Incisivo Lateral	10 a 12 meses	-----	4 a 5 años	7 a 9 años	11 años
Canino	4 a 5 meses	-----	6 a 7 años	11 a 12 años	13 a 15 años
Primer Premolar	1 ½ a 1 ¾ meses	-----	5 a 6 años	10 a 11 años	12 a 13 años
Segundo Premolar	2 a 2 ¼ meses	-----	6 a 7 años	10 a 12 años	12 a 14 años
Primer Molar	Al nacer	A veces un vestigio	2 ½ a 3 años	6 a 7 años	9 a 10 años
Segundo Molar	2 ½ a 3 años	-----	7 a 8 años	12 a 13 años	14 a 16 años
Tercer Molar	7 a 9 años	-----	12 a 16 años	17 a 21 años	18 a 25 años
DENTICION - PERMANENTE MANDIBULAR.					
Incisivo Central	3 a 4 meses	-----	4 a 5 años	6 a 7 años	9 años
Incisivo Lateral	3 a 4 meses	-----	4 a 5 años	7 a 8 años	10 años
Canino	4 a 5 meses	-----	6 a 7 años	9 a 10 años	12 a 14 años
Primer Premolar	1 ¾ a 2 años	-----	5 a 6 años	10 a 12 años	12 a 13 años
Segundo Premolar	2 ½ a 2 ¾ años	-----	6 a 7 años	11 a 12 años	13 a 14 años
Primer Molar	Al nacer	A veces un vestigio	2 ½ a 3 años	6 a 7 años	9 a 10 años
Segundo Molar	2 ½ a 3 años	-----	7 a 8 años	11 a 13 años	14 a 15 años
Tercer Molar	8 a 10 años	-----	12 a 16 años	17 a 21 años	18 a 25 años

De esta forma a los 2 1/2 de edad están empezando a calcificarse los primeros premolares entre las raíces de los primeros molares primarios lo que era antes sede de calcificación del canino permanente. De esta manera al erupcionar las piezas primarias y crecer la mandíbula y el maxilar superior, que da más espacio apicalmente para el desarrollo de piezas permanentes.

Los arcos dentales primarios una vez formados y con segundos molares primarios en oclusión no muestran aumento de longitud ó de dimensión horizontal pueden producirse ligeros acortamientos como resultado de movimientos hacia anterior de los segundos molares primarios causados por caries interproximales. Se produce movimientos vertical de las apófisis alveolares, y también se produce crecimiento anteroposterior de la mandíbula y maxilar superior que se manifiesta en espacio retromolar para los molares permanente futuros.

En algunos casos la superficie distal del segundo molar primario mandibular será mesial a la superficie distal del segundo molar primario maxilar.

Cuando se verifica esto, los primeros molares permanentes mandibular y maxilar pueden erupcionar directamente a oclusión normal a esta temprana edad.

d) ANATOMIA DE LAS PIEZAS POSTERIORES TEMPORALES Y ANATOMIA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE .-

Anatomía del Primero y Segundo Molar Temporal Inferior.-

El primer molar temporal es de dimensiones pequeñas de acuerdo a esta dentición consta de cuatro cúspides : dos vestibulares y dos palatinas, dos raíces una mesial y otra distal es más pequeño que el segundo molar temporal.

El segundo molar primario consta de cinco cúspides igual el primer molar permanente presenta un contorno axial más redondeado, bucolingualmente es más estrecho en comparación con el diámetro mesiodistal, borde cervical más pronunciado en la superficie bucal, mayor que el primer molar primario y menor que el primer molar permanente.

La superficie distal es generalmente convexa pero se aplana un poco bucolingualmente cuando se acerca al borde cervical es menor que la superficie mesial hace contacto con la superficie mesial hace contacto con el primer molar permanente pero este no es tan amplio como el contacto con la superficie mesial y es en forma redondeada en posición exactamente bucal y cervical al surco distal.

Estos son portadores de dos raíces : una mesial y otra distal estas están aplastadas en el sentido mesiodistal. Las raíces divergen y se alojan entre ellas el germen de los premolares correspondientes. Hago mención de los dientes temporales posteriores por tener gran relación con el tema elaborado.

De acuerdo con la fama radicular, su cara vestibular es más delgada - que la lingual abierta ampliamente hacia abajo por donde se relacionan con el premolar que va a reemplazarlos, por distal están vecinos al alveolo del primer molar permanente.

DESCRIPCION Y ANATOMIA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE. -

La dentición permanente inicia su formación en las primeras etapas de - la vida intrauterina cuya explicación se realizó en capítulos anteriores. De esta dentición hago destacar las características esenciales del primer molar inferior.

El primer molar inferior como componente de la dentición permanente - inicia la formación de sus elementos a partir del nacimiento entre los - que encontramos la dentina y el esmalte, la calcificación completa del esmalte se efectúa aproximadamente de los 2 1/2 a 3 años iniciándose su erupción entre los 6 y 7 años denominandosele molar de los seis años tomando en consideración la etapa de su erupción.

La formación completa de sus raíces se efectúa de los 9 a 10 años.

Este molar presenta cinco lóbulos:

Tres lóbulos vestibulares y dos linguales.

En los molares inferiores, las caras oclusales, son anchas, dispuestas así - por naturaleza para triturar los alimentos, al contrario de los molares su-

periores los inferiores tienen su mayor diámetro en sentido mesio-distal.-
Relacionado con el eje de la raíz el eje coronario está inclinado hacia el centro de la cavidad bucal.

La cara oclusal se asemeja a un trapecoide, las caras vestibular y lingual son bastantes paralelas entre sí. En la cara oclusal se marcan los surcos que resultan de la coalescencia de los cinco lóbulos que se prolongan sobre la cara vestibular marcando la separación de los tres cúspides bucales y hacia lingual señalan la unión de las dos lingual.

La cara vestibular es ligeramente convexa en sentido mesio-distal. Está dividida en tres partes por las líneas de unión de los lóbulos de desarrollo. Estas líneas terminan en pequeñas fositas llamadas fositas mesio-vestibular y disto-vestibular que son asientos de caries.

El tercio oclusal de la cara vestibular del primer molar inferior tiene parte activa en la masticación y forma junto con la cara oclusal el área triturante.

La cara mesial es lisa y su dirección en sentido ocluso-gingival es convergente hacia el eje central del diente.

La cara distal es más angosta que la mesial por disminución del tamaño de la cúspide disto-bucal. Es convexa tanto en sentido buco-lingual como ocluso gingival y también como la mesial converge hacia la línea central del diente en sentido gingival.

La cara lingual es más redonda que recta en sentido ocluso-gingival y - en su tercio oclusal converge hacia oclusal en sentido anteroposterior - es ligeramente convexa por lo general esta cara es más bien lisa y más - pequeña que la bucal por la convergencia de las caras mesial y distal - para ubicación de lo antes descrito obsérvese en la fig. 1.4.

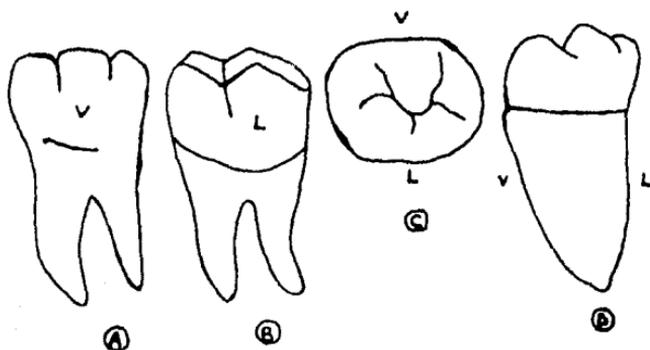


Fig. 1.4.- PRIMER MOLAR INFERIOR.

- | | |
|--------------------|------------------|
| a) Cara Vestibular | b) Cara Lingual |
| c) Cara Oclusal | d) Cara Proximal |

Presenta dos raíces situadas transversalmente en relación con la mandíbula una anterior la mesial y otra posterior la distal y se unen en un cuello común antes de fusionarse con la corona. La raíz mesial tiene una forma cónica, es más ancha bucolingualmente que la distal pero es muy delgada y aplanada mesiodistalmente su cara mesial presenta por lo general una pre-

sión en su eje longitudinal y sus márgenes bucolinguales convergen para formar un ápice bastante redondeado.

La raíz distal es más fuerte más cónica y terminan también en un ápice redondeado es generalmente un poco más larga que la mesial, puede encontrarse bifurcada en algunas ocasiones presenta en la unión de su tercio superior con los dos inferiores un abultamiento o codo, el cual le da una sólida retención en el alveolo. La dirección de la raíz es variable. Generalmente se dirige hacia abajo y adelante; pudiendo presentar en gran número de casos desviaciones anormales en su dirección ó cementosis radiculares.

Como la mesial puede tener un abultamiento en su tercio superior, las desviaciones y cementosis son frecuentes ambas raíces pueden presentarse paralelas divergentes ó convergentes encerrando entre ellas una porción ósea variable el septum intraradicular que constituye una fuerte retención para el molar dificultando las maniobras operatorias.

Característicamente, los molares temporales están ubicados verticalmente en su hueso de sostén muy como los incisivos temporales.

El primer molar permanente inferior antes de su erupción en la mandíbula, tiende a tener una inclinación axial mesioangular, con su corona hacia mesial de las raíces. Si se produce un crecimiento favorable en las porciones anteriores del cuerpo de la mandíbula este diente se enderezará de modo que en el momento de la maduración sólo se observará una ligera inclinación -

axial mesioangular.

VARIACIONES. - La corona puede tener cuatro lóbulos y elevaciones en lugar de cinco pueden faltar el lóbulo distobucal y su elevación lo que cambia la forma de la cara oclusal y de su contorno periférico y la corona se asemeja a un típico segundo molar permanente inferior a veces hay una elevación adicional en la fisura lingual entre los dos cúspides linguales y en tal caso es un primer molar inferior de seis cúspides.

Los ápices de las dos raíces pueden inclinarse uno hacia el otro, mesial y distalmente. La raíz distal lo que da cuatro raíces al diente.

Para completar la descripción del Primer Molar Inferior se incluye :

La Anatomía del Alveolo del Primer Molar Inferior.- Geométricamente se considera que el alveolo del primer molar tiene forma piramidal.

Del conjunto radicular se deben considerar su base y sus caras ; la base regularmente cuadrada, constituye el borde del alveolo, su borde bucal es fino y cortante, el lingual es generalmente más espeso, las proximales son anchos y sólidos y su altura es de acuerdo con el grado de resorción ósea y edad del paciente ; constituyen la base del triángulo interdentario a cuyo nivel deben efectuarse maniobras en el acto operatorio, las paredes del alveolo son de distinta posición y consistencia la bucal es casi siempre delgada. Presenta en algunas ocasiones el relieve que le dan las dos raíces y la depresión propia del espacio interradicular.

La tabla externa se va ensanchando paulatinamente desde el borde alveolar a la región apical donde se presenta comunmente engrosada por los tramos finales de la línea oblicua externa.

La cara lingual es mucho más gruesa desde su iniciación, que la cara externa. Esta reforzada en su porción inferior por el extremo anterior de la línea milohioides.

En algunos maxilares el alveolo del primer molar como sucede comunmente con los posteriores, sobre todo con el del tercero, se proyecta en forma de balcón hacia el piso de la boca.

Las paredes proximales que constituyen los tabiques interdentarios pueden ser consideradas como dos prismas cuya base es un trapecio. El lado menor está dado por la base del espacio interdentario, el mayor se confunde en la porción basal del maxilar sus lados forman las tablas externa e interna.

La porción ósea que separa ambas raíces es de forma y disposición variables.

En general tiene la forma de pirámide cuadrangular de vértice truncado.

El vértice coincide con el espacio interradicular, la base tiene implantación en la porción basal ó sus lados constituyen las caras radiculares del alveolo.

Esta porción ósea entre las raíces constituye el septum interradicular de tan grande importancia en el acto quirúrgico.

Mecánicamente la maniobra de extracción consiste en eliminar una pirámide; de base inferior (cuando las raíces son paralelas ó divergentes) que está colocada dentro de otra pirámide de la misma disposición .

e) DIFERENCIAS MORFOLOGICAS DE LA DENTICION DECIDUA O TEMPORAL CON LA DENTICION SECUNDARIA.-

Las diferencias entre la dentición decidua y permanente, tienen bastante importancia, sobre todo en la esfera familiar, ya que el desconocimiento de la materia les impide reconocer debidamente unas piezas de otras : Este desconocimiento de dichas diferencias traen como consecuencia el descuido del primer molar inferior es por esto que detallo las diferencias morfológicas que existen entre estas y que a saber son :

1. El tamaño.- Los dientes deciduos son más reducidos ó pequeños en relación a los secundarios.
2. Las superficies oclusales son más angostas en sentido vestibulo lingual que las secundarias esto es debido a la mayor convergencia de la superficie vestibular y lingual hacia oclusal.
3. Las superficies vestibular y lingual presentarán en su tercio cervical un rodete adamantino mucho más prominente y exagerado. Esto da una mayor constricción en el cuello.
4. El Color.- Es más blanco en los temporales que en los secundarios.

5. Sus raíces.- Son más divergentes en relación con los secundarios
6. La cantidad numérica de dientes es menor en la temporal por la ausencia de premolares y terceros molares.
7. En los dientes caducos existe el fenómeno de la reabsorción de la raíz que se manifiesta en un proceso ; físico, químico y biológico. Dicho fenómeno tiene lugar debido a la formación de los dientes secundarios, mientras que en estos no se vuelve a dar, pues esto - va a ser una dentición permanente.

IV. CAUSAS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

.. a) DEFECTOS DEL DESARROLLO DE LOS DIENTES.-

Las anomalías ó enfermedades de los dientes pueden dividirse en dos grupos :

- 1) Odontogénicas, o que surgen durante el desarrollo de los dientes.
- 2) Poseruptivas, o que ocurren después de la formación y la salida del diente.

Existen varias anomalías que afectan en determinada forma a la dentición, - pero en este caso mencionaré las anomalías que son más frecuentes en los primeros molares.

Una de las anomalías odontogénicas que con más frecuencia afectan al primer molar es la hipoplasia y es dada debido a una dieta deficiente de la mujer - durante la gestación dando lugar a dientes imperfectamente formados en la - descendencia, con esmalte menos resistente a la caries.

Varias enfermedades generales dan lugar a hipoplasia del esmalte dentro de - las cuales enumeraré las siguientes :

Epilepsia idiópática, en niños prematuros y enfermos con fibroplasia retrolenticular, en niños con alergias congénitas, raquitismo y sífilis congénita.

En la sífilis congénita el trastorno de hipoplasia del esmalte es más frecuente y se observa en los primeros molares definitivos, cuyas cúspides se desvían - hacia la fosa central, dando lugar al típico "molar en mora"

Después de su erupción la hipoplasia de los primeros molares constituye una - gran amenaza para el buen estado de los dientes. En primer lugar su desarro-

llo vertical es menor y la articulación no esta suficientemente desarrollados para permitir la erupción de los dientes en buena oclusión.

Además sus planos inclinados están destruidos, lo que constituye un obstácu lo para el buen funcionamiento de los molares.

La hipoplasia de los primeros molares dificulta la masticación porque estos dientes son muy sensibles al calor y al frío y se irritan pronto por efecto de la presión.

En semejante condición el niño se abstiene instintivamente de toda masticación, los dientes se llenan de restos de alimentos, y como son muy sensibles al tacto nunca se cepillan, si no se cuidan desaparecen incluso antes de la erupción del segundo molar.

Otra de las enfermedades odontogénicas que cabe mencionar es la dentinogenesis imperfecta o dentina opalescente hereditaria.

Son dientes quebradizos, amarillentos, su resistencia al desgaste es deficiente esto ocasiona que se produzca una abrasión y atricción considerable ; en caso de exodoncia son muy difíciles de manejar, pues se desmoronan bajo la menor presión de las pinzas, una de las características notables de estos pacientes con dientes definitivos estos son observados a través de un estudio radiográfico en donde es notado la desproporción entre el tamaño de las coronas y las raíces de los dientes permanentes, lo que les confiere gran parecido con los dientes deciduos.

Dentro de las anomalías poseruptivas menciono la atricción y abrasión, - una es debido a un fenómeno fisiológico y la otra por un factor patológico que como consecuencia traeran consigo repercusiones sobre la dentición.

La atricción se entiende como un desgaste de la sustancia del diente debido a un uso constante de las caras oclusales que se utilizan durante la masticación.

La abrasión puede deberse a una exposición permanente de gases, al consumo de determinados alimentos, al uso excesivo de tabaco con gran concentración de abrasivos, y a ciertos hábitos como el bruxismo, entre otros de los factores existentes es la mala técnica de cepillado; estos factores hacen que exista un desgaste de la sustancia dental.

El desgaste generalmente es efectuado en las caras proximales y oclusales.

Si el desgaste proximal es excesivo puede ser un factor determinante para el desarrollo de una caries, ya que elimina la cutícula del esmalte y lo expone a las influencias del medio, esto también permite la adherencia de residuos de alimentos y favorece la acumulación de sustancias que fomentan la fermentación bacteriana. En caso contrario el desgaste de la cara oclusal disminuye la frecuencia de caries dental porque aplana el diente y elimina las fisuras del esmalte dando sensibilidad al diente debido a una exposición dentinaria, generalmente esto sucede en piezas posteriores.

Otro de los defectos en el desarrollo de los dientes puede ser una deficiente estructura anatómica.

Hyatt le dió importancia e hizo notar que las fisuras de la superficie oclusal son asiento común de caries incipiente. El efectuó un exámen a niños de edades entre los 6 y 7 años que tenían sus primeros molares permanentes y que no estaban afectados por la caries estos mostraron fisuras y depresiones defectuosas, en 98 por ciento de (352) de los 400 dientes.

Hyatt sostiene que el 99 por ciento de las superficies oclusales con fisuras son atacados por caries dichas fisuras se pueden extender un poco dentro del esmalte o hasta la unión del esmalte con la dentina.

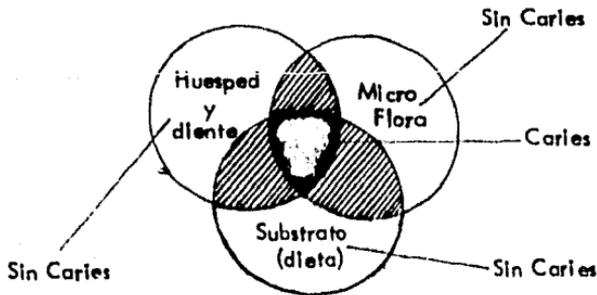
Bossert demostró que cuanto más inclinados eran los lados del valle entre las cúspides de un molar permanente ó temporal eran mayores las probabilidades de caries en las fisuras a causa de la mayor frecuencia de depresiones y fisuras en los dientes que tienen cúspides altas con planos muy inclinados examinó un total de 100 primeros molares permanentes de lado derecho de la maxilla 38 de los cuales estaban cariados y 62 no cariados.

b) CARIES.-

La caries es un proceso físico, químico y biológico de carácter irreversible siendo uno de los factores patológicos más frecuentes dentro de la cavidad oral que se encarga de destruir el tejido dental.

Existiendo una mayor incidencia sobre el primer molar inferior. La caries se origina básicamente a partir de tres factores que son : Los carbohidratos fermentables, enzimas microbiana bucales y la composición de la superficie dental.

Los carbohidratos fermentables y las enzimas microbianas se pueden considerar como las fuerzas de ataque y la superficie dental la fuerza de resistencia, la interrelación de los factores ya citados, nos determina la etiología del proceso carioso que se ilustra en la figura No. 1,5.



Esta muestra que la iniciación de la caries dental depende de la presencia de cierta microflora bucal cariogénica, formando un substrato favorable haciendo susceptible la superficie dental.

En los carbohidratos fermentados actúan microorganismos bucales para formar ácidos orgánicos, estos ácidos orgánicos progresivamente destruyen las porciones inorgánicas de las piezas. Encontramos que de acuerdo a las teorías enunciadas por Miller y Curney el proceso citado arriba continúa con la destrucción de las porciones orgánicas de la pieza.

Para presentarse un proceso carioso en una pieza dental existen determinadas influencias que hacen susceptible al diente entre ellas tenemos : la alimentación, condiciones de opulencia ó pobreza, climas, cuencas, geológicas, higiene, estructura anatómica, etc. Las causas antes expuestas, tienen que darnos resultados necesariamente desiguales de un país a otro país, de una región a otra región, de una clase social a otra, de manera particular de un individuo a otro, (por su formación anatómica).

En las investigaciones que se han realizado acerca de la caries y consecuentemente de las causas que la originan, se ha observado una incidencia mayor en determinadas piezas dentales y que a continuación se mencionan :

20 x 100 de los niños de 6 años han experimentado destrucción dental en piezas permanentes, sigue un rápido aumento de 60 a 85 x 100 de los niños de 8 y 10 años que han sido atacados por caries dental, a los 12 años 90 x 100 han sido atacados por destrucción dental.

La mayor parte de la caries dental en piezas permanentes de niños de 6 a

12 años la suministran los molares de los seis años.

A los siete años aproximadamente 25 x 100 de los primeros molares permanentes inferiores están cariados. Se ha informado de aumentos a más del 50 x 100 a los 9 años y de 70 x 100 a los 12 años.

A edades comparables de 12 y 35 el 52 x 100 de los primeros molares permanentes superiores están cariados.

Los centrales permanentes y los incisivos laterales superiores aunque brotan aproximadamente al mismo tiempo son mucho menos susceptibles a la caries, a los 8 años se contara un promedio de 1 x 100 de esta pieza cariada. Sigue un aumento aproximadamente 10 y 15 x 100 a los 16 y 12 años.

El segundo molar permanente inferior es susceptible a la caries 20 x 100 y 10 x 100 de los segundos molares superiores experimentan destrucción dental en plazo de un año después de brotar.

Se presenta una información limitada sobre la susceptibilidad colectiva a caries de las diversas superficies de las piezas permanentes de 6 a 12 años.

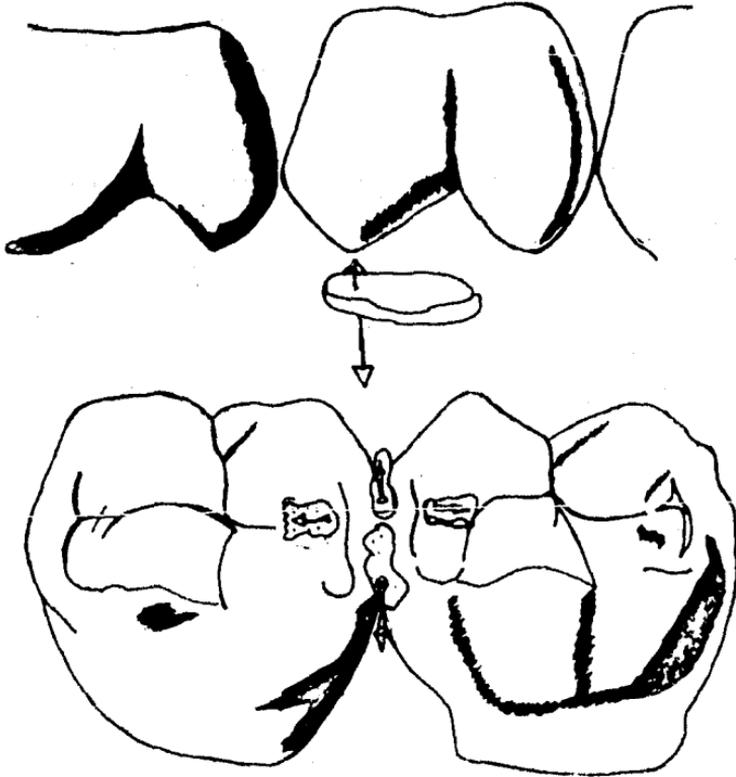
A los 12 años 5 x 100 de la caries afecta a superficies oclusales, 30 x 100 es proximal y 20 x 100 es bucal y lingual. En las superficies labial incisiva y cervical se encuentra menos de 1 x 100.

Dentro de la cavidad oral existen zonas de mayor susceptibilidad a la caries dental y es debido a su estructura anatómica natural y a la incorrecta limpieza existente en esas zonas ; de las cuales se hace énfasis de las piezas posteriores y se pueden considerar las siguientes :

1. Puntos y fisuras provocados por deficiencia de unión de los lóbulos de desarrollo del esmalte, los cuales pueden presentarse en :
 - a) Los surcos y fosas de las caras oclusales de los molares y premolares.
 - b) En los surcos y fosas de las caras vestibulares y linguales ó palatinas de los molares.
2. Por falta de autoclisis ó autolimpieza.
 - a) En las caras proximales de todos los dientes, en las zonas ubicadas gingivalmente con respecto a la relación de contacto (espacio interdentario.)
 - b) En el tercio cervical de las caras vestibulares de todos los dientes.

En la figura No. 1.6 se muestra como el alimento logra durante la masticación, empacarse en zonas ya antes mencionadas y que esto nos ocasiona el principio de una enfermedad irreversible.

FIG. 1.6.- LUGARES PROPICIOS PARA LA RETENCION DE ALIMENTOS.



La continuidad del proceso carioso puede ocasionarnos una serie de afecciones comenzando por hiperemias y continuando con pulpitis que pueden originarse por litrogenesis ó por el avance carioso que no es eliminado a tiempo. Ambas situaciones ocasionan una serie de complicaciones en el paciente como malestar general, dolor intermitente, inflamación, infecciones localizadas ó sea abscesos periapicales, cabe hacer hincapié que esta secuencia no es generalizada y variará de acuerdo a la atención prestada a la pieza lesionada.

Generalmente el primer molar es atendido cuando el proceso carioso se encuentra extendido y en varias ocasiones existe necrosis haciéndose de sapercivida dicha lesión, ocasionando que el proceso carioso continúe destruyendo poco a poco el tejido dental y con esto la pieza dentaria que tanto nos es útil. Este factor carioso que tanto daño nos ha causado debe observarse y detenerse en el momento oportuno para proteger y salvar de su exfoliación al primer molar inferior que es este caso es el más afectado.

c) REGIMEN ALIMENTICIO DESFAVORABLE A LA DENTICION.-

La importancia de la alimentación en el organismo es de tal magnitud que si no seleccionamos los alimentos adecuados este reciente las deficiencias nutricionales ocasionando retrasos en su desarrollo, particularmente - centraré mi atención sobre los efectos que causa una buena ó mala alimen tación en la dentición. Todo individuo tiene idea acerca de una correcta alimentación. más sin embargo debido a factores económicos y sociales - se margina, haciendo comidas incorrectas que a la postre le perjudicarán, es por esto que en la medida en que sea posible los profesionistas que están dentro del área médica deben hacer notar las cualidades de tener una ali - mentación adecuada.

Principalmente ya que se habla del primer molar inferior diré que durante la práctica general, para asegurar el desarrollo del primer molar hay que - empezar por cuidar los dientes de la futura madre y asegurarle la posibi - lidad de masticar bien.

A ella se le ordena una dieta compuesta principalmente de frutas, legum - bres, pan tostado, leche, huevos. Alimentos que implican cierto esfuerzo de masticación. Si la salud es mala, debe recurrirse a todo para fortalecer la constitución y la resistencia a la enfermedad porque los niños que nacen de estas son los que sucumben a las enfermedades de la infancia y si sobre - viven los dientes resultan hipoplásticos y constituyen un registro permanente

del período de enfermedad severa.

La lactancia de los niños con biberón dificulta el desarrollo del primer molar con mucha frecuencia la dieta es demasiado rica en hidratos de carbono por lo cual los dientes de forma perfecta se recubren de un esmalte menos resistente a la caries. El niño criado con biberón sigue prefiriendo una dieta azucarada amilácea y el primer molar se presenta en una cavidad bucal en que la naturaleza no puede dominar las condiciones patológicas existentes.

La lactancia con biberón no solo pone en peligro el desarrollo de los dientes esta costumbre es sumamente peligrosa por una parte porque se agrava la mala oclusión por la succión más enérgica de un niño que crece y por otra porque los dientes caducos están expuestos durante la noche a la acción nociva de los residuos alimenticios que se descomponen cuando necesitarían ser protegidos por una buena asepsia de la cavidad bucal. Desde el inicio de la formación como antes ya se menciono el individuo deberá también mantener dentro de un régimen alimenticio pues de lo contrario durante el crecimiento resentirán las consecuencias la dentición.

Existen alimentos con diferentes presentaciones que hacen que el ser humano se incline más por determinados alimentos siendo uno de estos tal vez más perjudicial para la dentición ; como se sabe existen varios tipos de alimentación en todas partes del mundo e incluso en nuestra misma República varía ligeramente la alimentación pero desde un punto de vista general diré,

que el Mexicano su tipo de alimentación es a base de carbohidratos, los cuales dependiendo de su presentación afectará en menor ó mayor escala a la dentición.

La forma física del carbohidrato es importante puesto que influirá más en la destrucción dental que la cantidad que se ingiera.

En una observación es apreciable la adhesividad relativa de los diferentes alimentos a la superficie del esmalte.

Los dulces blandos y el caramelo se adhieren tenazmente a la superficie distal mientras que otros alimentos de carbohidratos como pan integral y galletas saladas rociadas con aceite son mucho menos adherentes también resulta evidente que aunque ciertos alimentos no son cariogénicos en si pueden promover la retención bucal de carbohidratos cariogénicos cuando se ingiera al mismo tiempo.

Las azúcares y sustancias relacionadas encontradas en las frutas naturales no son cariogénicas mientras que el contenido de carbohidratos digestibles encontrados en pasteles, café de azúcar, almidón de maíz, mermeladas, el porcentaje cariogénico varía entre un 60 x 100 y el valor para la mayoría de los vegetales y frutas es de 20 x 100 ó menos a través de este porcentaje es obvio deducir el tipo de alimentación adecuada.

En terminos generales se presenta una tabla en la cual es de notarse los alimentos benéficos y dañinos a la dentición. Obsérvese en la Tabla 1.3

TABLA No.1.3.- RETENCION DE ALIMENTO Y POTENCIAL DE DESCALCIFICACION DE ALIMENTOS REPRESENTATIVOS.

A L I M E N T O S	Total de Carbohidratos Porcentaje	Libre de Azúcar Porcentaje	Alimento Retenido (mg.)	Formación de ácido en 4 hrs.	Potencial de descalcificación.
Galleta	70	27.6	678	1.2	814
Dátil	77.5	33.8	507	1.6	811
Chocolate	50	39	370	2.1	777
Helado	17	- - -	423	1.6	677
Galleta (Pan dulce)	59.5	24.8	370	1.3	481
Rollo danés (Pastelería)	53.8	40	181	1.6	434
Galleta Cracker (Salada)	70	11.0	340	1.2	408
Caramelo	56.8	43	219	1.8	394
Pudín de chocolate	35	18.5	300	1.3	390
Galleta Cracker (con aceite rociado)	71	12.1	310	1.2	372
Caramelo Toffee (Blando)	90	- - -	266	1.3	346
Pan Blanco	49	13.0	188	1.8	338
Patata (hervida)	18.2	4.0	128	2.4	307
Bebida de cola	10.5	10.5	237	1	237
Manzana	17.5	11.0	228	1	228
Refresco de Naranja	10.5	10.5	219	1	219
Zumo de Naranja (fresco)	8.5	- - -	177	1.2	212
Papas fritas	48.2	12.7	61	1.9	116
Zanahorias (frescas)	9.5	- - -	73	1.2	88
Zanahorias (cocidas)	8.3	6.8	2	1.5	3

d) ENFERMEDADES PERIODONTALES.-

El desequilibrio de los tejidos de sostén del diente trae alteraciones periodontales que afectan considerablemente al parodonto, encía, hueso y diente en sí, dentro de las afecciones que más afecta al primer molar inferior se encuentran las lesiones de las bifurcaciones que aumentan conforme a la edad.

Estas lesiones de las furcaciones pueden ser visibles o estar cubiertas por la pared inflamada de la bolsa periodontal, el diente se puede encontrar móvil ó no y en ocasiones pueden presentar síntomas como sensibilidad o variaciones térmicas, causadas por caries, dolor púlsatil intermitente ó constante causado por alteraciones pulpares y sensibilidad a la percusión a causa de la inflamación del ligamento periodontal.

Las lesiones de las furcaciones pueden generar abscesos periodontales agudos ó abscesos periapicales. La propagación de la inflamación al hueso conduce a resorción y reducción de la altura ósea y en esta área es muy factible la acumulación de placa, cálculos y residuos bacterianos. Los hallazgos que complican las lesiones de furcación y que introducen síntomas dolorosos incluyen caries de cemento y dentina con afección de túbulos dentinarios, resorción dentaria idiopática en la cual el cemento está ausente y la dentina presenta un margen irregular bien definido. Estas lesiones son ocasionadas por la enfermedad periodontal que avanza. Sin embargo la agre-

sión de las fuerzas oclusales excesivas es otro factor definitivo de esta situación.

Las lesiones periodontales siendo una afección de mayor índice en las piezas multirradiculares deben ser detectadas en el momento oportuno para su debido tratamiento y así evitar la continuación de dicha enfermedad - solucionando de esta manera una afección más que provoca situaciones - anormales para el primer molar inferior.

e) PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES TEMPORALES.

Generalmente la pérdida prematura de dientes temporales se le da poca importancia por suponer que estos van a ser reemplazados por la dentición secundaria ó permanente, desconociendo las lamentables consecuencias que se ocasionan con no solucionar una patología de la infancia en el momento oportuno.

Una pieza primaria que este firme e intacta en el arco nunca deberá ser extraída, a menos que se haya realizado una evaluación completa del arco, tamaño de las piezas, cantidad de raíz, resorción de las piezas primarias afectadas, estados de desarrollo del sucesor permanente subyacente y de las piezas adyacentes, presencia ó ausencia de infección, todos estos factores deberán tomarse en consideración al determinar cuando y como deberá extraerse una pieza por tal motivo se deben tomar en cuenta los siguientes puntos para realizar una extracción:

1. Piezas destruidas que alcanza la caries a bifurcaciones. Si no se puede establecer un margen gingival duro y seguro.
2. Si se ha producido infección del área periapical ó interradicular y no se pueden eliminar por otro medio.
3. En casos de absceso dento alveolar agudo con presencia de celulitis.

4. Si las piezas están interfiriendo en la erupción normal de las piezas permanentes sucedáneas.

5. Casos de piezas sumergidas.

Los focos primarios de infección y su manipulación causan bacteremias transitorias que pueden ir seguidos de endocarditis bacteriana subaguda en pacientes que sufren cardiopatías reumáticas y congénitas y pueden causar enfermedades en algunos otros órganos.

Dentro de las contraindicaciones que se deben de considerar en la extracción de piezas primarias encontramos las siguientes :

1. La estomatitis infecciosa aguda, la infección de vincet aguda ó la estomatitis herpética y lesiones similares deben ser consideradas en cualquier extracción. Las excepciones a esto son afecciones como los abscesos dento alveolares agudos con celulitis, que exigen extracción inmediata.
2. Las discrasias sanguíneas vuelven al paciente propenso a infección posoperatoria y a hemorragia, Deberá prepararse al paciente adecuadamente antes de la intervención.
3. Las cardiopatías reumáticas agudas ó crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiotica adecuada.

4. Las pericementitis agudas, los abscesos dentoalveolares y la celulitis.
5. Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones selectivas para los niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y la posibilidad de infección secundaria.
6. Los tumores malignos el traumatismo de la extracción tiende a favorecer la velocidad de crecimiento y extensión de tumores.

Se indican las extracciones si las mandíbulas ó tejidos circundantes van a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno, esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación.

7. Las piezas que han permanecido en una formación ósea irradiada de berán extraerse como último recurso. En la mayoría de los casos a las extracciones les sigue la infección del hueso, incluso después de terapéuticas antibióticas debido a avascularidad que sigue a la radiación. La infección va seguida de osteomielitis de progreso lento, que es muy dolorosa e imposible de controlar, excepto por amplias resecciones de la totalidad del hueso irradiado, por lo tanto es muy peligroso extraer piezas después de exposición a radiación.

8. Diabetes sacarina.

En las piezas posteriores deberá ponerse especial cuidado de no hacer una extracción innecesaria para evitar malposiciones dentarias.

f) EXODONCIA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

Muchos individuos están aún en la niñez cuando pierden uno ó más de sus molares permanentes, debiéndose mantener el tiempo suficiente puesto que es una de las perlas más preciosas que existen ; y se deberá conservar y proteger mejor que estas últimas puesto que los molares sirven para edificar la salud del individuo.

El primer molar que brota durante el sexto año de vida puede considerarse como el más precioso de todos los dientes permanentes porque desde los 6 hasta los 12 años es el instrumento principal de la masticación y si se descuida en ese período hay peligro de perderlo . El primer molar constituye el fundamento alrededor del cual toman los demás dientes sus posiciones en la arcada es una de las razones por la cual deberá permanecer en su sitio.

El primer molar permanente cumple su primera etapa funcional sumándose a los dientes temporarios para servir de transición entre la caducidad de la dentadura del niño y la erupción y armonización oclusal de los dientes permanentes.

En su primer periodo funcional esta sujeto a igual predisposición a la caries que los dientes temporarios pudiendo variar esa característica si la calcificación del gémene que comienza en el primer año de edad, supera a la correspondiente a los gemenes temporarios durante la vida fetal.

Ocurre la mayoría de las veces la pérdida precoz del primer molar y debese a que se le confunde con un diente caduco, Cuando el arte odontológico parece haber llegado a cierto grado de perfección es sorprendente que muchas personas incurran en tal error, siendo el caso de que aún se siga cometiendo.

El mayor peligro que pueden correr los primeros molares procede de descuidar los dientes caducos ; porque en este caso los surcos y canales del esmalte resultan atacados durante su erupción y pueden dar lugar a una pulpa expuesta a partir de los 7 años. Cuando ocurre semejante caso no siempre puede conservarse el diente, aunque se le aplique tratamiento inmediato. Si el diente se descuida y el profesional observa por primera vez al niño a los 8 ó 9 años y la radiografía revela un absceso alrededor de la raíz no hay esperanza de poder conservar el diente a no ser que presente raíces en completo desarrollo realizando tratamiento de inmediato como la pulpectomía, estos casos ocurren frecuentemente de los 6 a 12 años y la exposición pulpar se debe al avance progresivo de caries siendo por descuido completo a el diente, que en un caso de estos el culpable de esta situación es la irresponsabilidad paterna por no llevar lo a solucionar el problema carioso ; la exposición puede ser latrogénica originada por una reincidencia de caries por una obturación defectuosa del profesional, siendo ambos casos perjudiciales para el primer molar -

que tanta atención necesita.

Al tomar una decisión sobre el destino de un primer molar permanente deberán tenerse presente las siguientes consideraciones :

Si al extraer un primer molar permanente antes de que el segundo molar permanente haya hecho erupción a través de la encía, este molar tiene muy buenas probabilidades de emigrar hacia mesial y ocupar el lugar del primer molar extraído. Si por lo contrario el segundo molar permanente ha hecho erupción a través de la encía en el momento de la pérdida del primer molar permanente el segundo probablemente se inclinara hacia adelante en el espacio del primer molar causando condiciones que favorecen a la enfermedad periodontal y problemas ortodónticos tales como cierre de la mordida por lo tanto en la práctica el procedimiento deberá seguir la regla de que cuando el segundo molar aún no ha aparecido a través de la encía ; uno ó dos primeros molares están destruidos y son imposibles de restaurar deberán extraerse. Pero si tres primeros molares están afectados sin posible reparación deben extraerse los cuatro primeros molares con la esperanza de obtener como resultado una dentadura más simétrica .

Todo lo anterior se deduce desde el punto de vista ortodóntico, ya que debe de evitarse el número mayor de extracciones, solucionando dichos problemas con otras medidas que resultan efectivas como colocación de

puentes ya sean fijos ó removibles esto bien elaborados vienen a solucionar varios aspectos sobre todo el de oclusión, siendo que existen actualmente varias formas de mantener el diente dentro de la cavidad y tratándose de proteger al diente que en este caso el de mayor interés es el primer molar inferior deberá hacerse, claro esta que existen circunstancias que el Cirujano Dentista esta imposibilitado para evitarlo y es entonces cuando se decide por la extracción y se guía en base a :

1. Cuando la corona se encuentra muy destruída.
2. Cuando existen procesos periapicales de larga data con apices muy abiertos y dentina profundamente infiltrada.
3. En caso de optarse por la extracción es preferible realizarla antes de la erupción del segundo molar.
4. Después de erupcionado el segundo molar el clínico debe esforzarse por salvar los primeros molares ó en su imposibilidad mantener ó llenar el espacio con lo que se evitara la inclinación hacia mesial del segundo molar, con todas las secuelas de mala oclusión, oclusión traumática y sacos verticales paradentosicos.
5. Dar preferencia a la extracción de los dos primeros molares superior e inferior del mismo lado si su estado patológico así lo aconseja.

En Inglaterra se ha recomendado la extracción sistematica de los primeros molares con el argumento de "extracción para prevención " se ha afirma -

do que este procedimiento reduce la frecuencia de caries dental (capítulo 24 técnica profiláctica y operatorias para la prevención de la caries dental.)

También se ha afirmado que la extracción de los primeros molares evita la impacción de los terceros molares. No se han efectuado estudios controlados para apoyar esta última afirmación y se considera que solo deberán extraerse los primeros molares que estén muy fracturados o infectados.

Para solucionar la ausencia del primer molar se ha intentado con grado variable de éxito el trasplante del tercer molar no erupcionado al lugar de extracción del primer molar con grados variables de éxito.

g) TABLAS DE ESTADISTICA DE LOS PROBLEMAS DEL PRIMER
MOLAR INFERIOR.-

Se elaboraron estas gráficas y se obtuvieron de varios libros para - observar mediante ellas, el porcentaje ó incremento de caries en las diferentes caras de los dientes, así como el índice mayor de obturaciones y de exfoliaciones de cada una de las piezas existentes en la cavidad oral.

De esta forma gráfica se facilita determinar que el molar inferior tiene un índice mayor de destrucción en comparación con los demás dientes.

Porcentaje de niños con caries en
7 incisivos, 6 molares permanentes
y 2 molares

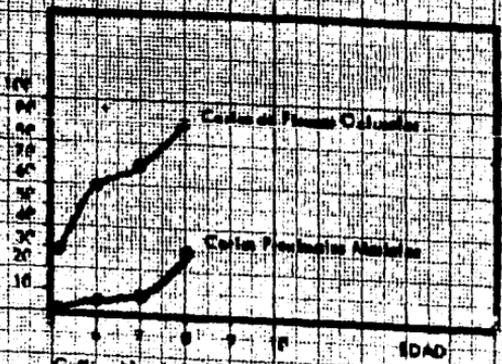


Gráfico No. 1.1. - Susceptibilidad relativa a la caries de las superficies oclusales y proximales de los primeros molares permanentes.

Porcentaje de niños con caries en
25 dientes de leche

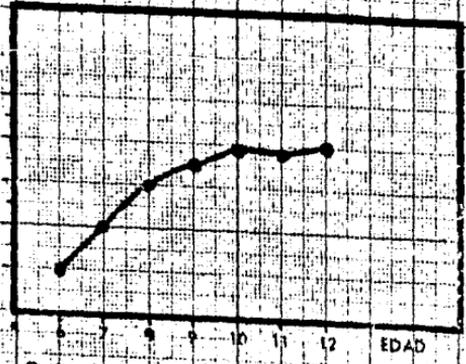
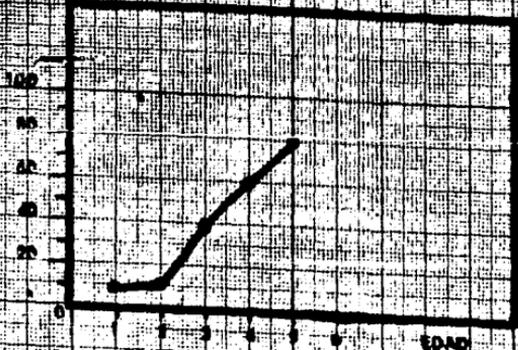
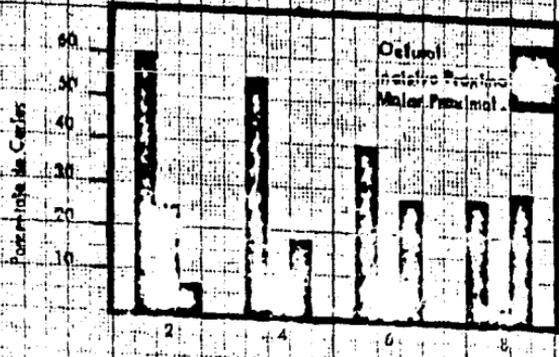


Gráfico No. 1.2. - Caries en Niños (Dientes de Leche)



Gráfica No. 1.3.- Caries en niños. Porcentaje de niños con caries en la dentadura primaria.



Gráfica No. 1.4.- Distribución de caries en la dentadura primaria.

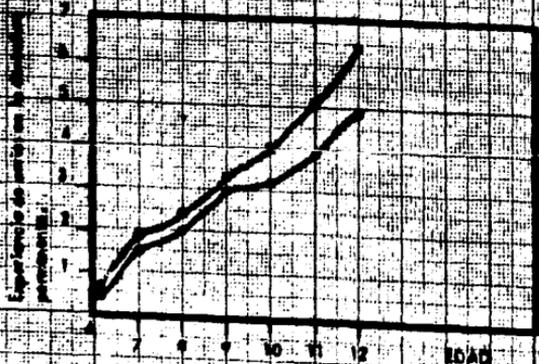


Gráfico No. 3. 8. -- Placas Permanentes y Superficies dentales permanentes en la dentadura permanente de niños de 7 a 12 años.

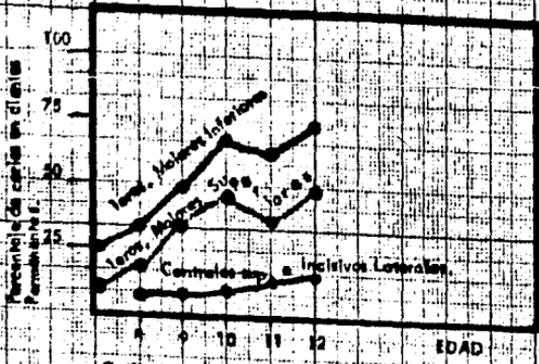


Gráfico No. 4. 8. -- Caries Dental en Placas Permaiontes seleccionadas.

V. CONSECUENCIAS DE LA EXFOLIACION DEL PRIMER MOLAR - INFERIOR.

a) GIROVERSION DE LOS DIENTES .-

La giroversión se debe principalmente a tratamientos no efectuados en el momento oportuno y entre ellos contamos la pérdida prematura de dientes temporales que acarrea consigo la pérdida de espacio y de ello resulta que los dientes permanentes queden impactados o broten en linguoversión ó bucoversión ya que se "ha perdido una influencia que guía", es tal la situación que durante el desarrollo de esta se ha hecho énfasis de proteger a la dentición decidua ó caduca.

El primer molar permanente puede girar menos pero con mayor frecuencia - se inclina sobre el segundo premolar aún incluido. El desplazamiento mesial y la inclinación de los primeros molares permanentes no siempre sucede. Se ha observado que si la extracción del primer molar inferior permanente - se realiza antes de haberse completado la erupción de todos los dientes el - segundo premolar tiende generalmente a distalizarse ó lingualizarse, así - mismo el segundo molar tenderá a mesializarse por lo tanto el espacio del - primer molar quedará reducido por la caída hacia dentro de ambas piezas, - estas giroversiones trae como consecuencias problemas oclusales y empaque - tamiento de alimentos así como también llevar a cabo una adecuada alimen - tación por dificultarse por los espacios que se han formado.

Es por esto que de inmediato deberá buscarse solución para evitar esta serie de complicaciones.

Así mismo la lengua empieza a extenderse hacia los espacios vacíos, y la fonación empieza a deformarse por estos espacios indeseables que por negligencia ó irresponsabilidad se van dejando pasar es por esto que se recomienda que en un momento dado después de haber realizado una extracción se deberá continuar tratando a dicho paciente para solucionar los problemas de giroversión y con ellos los de oclusión.

V. CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

b) ALTERACIONES Y EFECTOS DEL DESUSO .-

Al realizarse la extracción del primer molar ó de cualquier otra pieza dental el paciente generalmente se siente satisfecho de haberselo pasado el dolor y de sentirse aparentemente sano ; existe un índice muy alto en que estos individuos dejan pasar un lapso de tiempo muy largo para asistir nuevamente al Dentista y cuando este hace la revisión general de la cavidad oral encuentra que dicho paciente presenta varias alteraciones por desuso, ya que la prolongada falta de uso de un órgano origina la atrofia afectando los dientes, las estructura periodontales, el hueso alveolar y los maxilares.

Una de las causas de la atrofia del desuso es la pérdida del diente antagonista Mc. Millán (1927) dice que la falta de esfuerzos oclusales por no masticar alimentos resistentes ó por desgaste experimental de un diente, de manera que no pueda entrar en contacto con sus antagonistas acrea la atrofia por falta de uso y la disminución de la resistencia local. El desuso no solo tiene importancia en el orden fisiológico y anatómico sino que es una causa predisponente a la enfermedad que afecta principalmente a las estructuras periodontales.

La cresta alveolar se reabsorbe uniformemente de manera que se encuentra aproximadamente al mismo nivel sobre todos los dientes.

Esto no es de gran significación patológica en sí, pero favorece la incrustación de los alimentos. La encía se retrae y la inflamación gingival es favorecida por los depósitos calcáreos que se juntan bajo el margen gingival.

En los casos que faltan los antagonistas estos dientes se alargan, si la condición es bilateral generalmente esta asociado con esfuerzo excesivo sufrido por desgaste de los dientes anteriores.

Las raíces de los dientes alargados suelen quedar expuestas y es posible que estén sensibles y con frecuencia se produce infección del área interdicular por contagio directo de la boca.

Kellner (1928) estudió en un maxilar superior que tenía antagonista de un lado y el otro había estado sin antagonista durante mucho tiempo. Encontró que la membrana periodontal en los dientes que no funcionaban era de estructura endeble, las fibras principales se habían atrofiado casi completamente y estaban sustituidas por tejido conjuntivo laxo, y el espacio ocupado era menos ancho que en los dientes normales. Kronfeld (1931) comprobó estos cambios en los maxilares a través de una necropsia y observó que los dientes que no ejecutaban absolutamente ninguna función, mostraban amplias áreas de reabsorción.

Los dientes que se habían alargado por faltarles antagonistas mostraban hiperementosis general; Thoma y Goldman (1939) explican esto como un -

esfuerzo de la naturaleza para mantener el tamaño de la raíz que da inserción con la membrana periodontal. Si el proceso de erupción continúa se acelera, como frecuentemente ocurre en los dientes sin antagonistas se agregan enormes capas de osteocemento en la parte apical de las raíces. Gottlieb demostró un depósito de hueso laminar en el área apical. Este es un fenómeno de reconstrucción del alveolo y puede observarse en la punta del tabique interradicular.

Este depósito indica que los dientes hacen erupción continuamente y que el hueso y el cemento llenan el espacio. Esto no indica que existen más de dos denticiones simplemente se hace notar que en la cavidad resultante de la extracción es cubierta por hueso y cemento.

c) MALOC LUSIONES.-

Las maloclusiones son resultado de extracciones sin colocación previa posterior a la extracción de un mantenedor de espacio así como también al tipo de mordida que presente cualquier individuo.

Las maloclusiones que se haran notar son las originadas por descuido del paciente, posteriores a la erupción de la dentición secundaria y a la extracción prematura de alguna pieza dentaria. Generalmente sucede cuando muchos individuos se encuentran aún en la niñez cuando pierden uno ó más de los molares temporales ó permanentes.

Posterior a esta pérdida no tratan de solucionar el caso cubriendo dicha zona vacía ya que la generalidad solo piensa que una vez de haber dejado de sentir molestias su problema esta resuelto; si la pérdida ocurre varios años antes del momento en que hace erupción el segundo molar permanente este último puede emigrar hacia adelante y brotar en oclusión normal tomando el lugar del primer molar permanente.

Si el segundo molar permanente ya ha hecho erupción ó está en erupción parcial se presentan dos caminos a elegir. Mover ortodónticamente el segundo molar hacia adelante ó mantener el espacio abierto para reemplazar con un puente permanente en etapas posteriores.

Si el segundo molar primario se pierde poco antes de la erupción del primer molar permanente una protuberancia en la cresta del borde alveolar indicará el lugar de erupción del primer molar permanente.

Los rayos X ayudaran a determinar la distancia de la superficie distal del primer molar primario a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado.

En un caso bilateral es de gran ayuda un mantenedor de espacio funcional inactivo y removible, construido para incidir en el tejido gingival inmediatamente anterior a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado ó incluso cuando el primer molar primario se pierde en el otro lado. Puede usarse un mantenedor de espacio activo para presionar distalmente ó hacia arriba, un primer molar permanente que haya emigrado ó se haya inclinado mesialmente evitando la erupción del segundo premolar. Diferentes secuelas indeseables existen después de la pérdida del primer molar inferior y que las más comunes a saber son :

Inclinación lingual y mesial de los segundos y terceros molares inferiores - extrucción del primer molar superior y protrusión del segmento anterior de la arcada superior con abertura de los contactos entre los premolares inferiores primero y segundo sobre todo en paciente con sobre mordida.

La inclinación del segundo y tercer molar inferior dara como resultado una dirección desfavorable del esfuerzo oclusal principal sobre los molares superiores en oclusión centríca.

Los molares inclinados intervienen con frecuencia en interferencia del equilibrio entre las cúspides distovestibulares de los molares inferiores y las cúspides linguales de los molares superiores.

Otras secuelas resultantes de la pérdida de los primeros molares son la retención de alimentos, contactos abiertos, bordes marginales irregulares y pérdida de la limpieza funcional de los dientes durante la masticación, no están directamente relacionados con la oclusión traumática.

La dinámica de las fuerzas oclusales después de la extracción merece un estudio individual en cada caso.

La oclusión puede estar tan equilibrada que no se presentan alteraciones descritas; los efectos de la pérdida de dientes puede estabilizarse y compensarse después de algunos años mediante el reacomodo de las relaciones oclusales hasta un punto en que la oclusión deja de ser traumática.

Existen otros efectos ocasionados por la mala oclusión dentaria y entre estas destaca la enfermedad periodontal a largo plazo.

La enfermedad periodontal y resorción ósea, el desplazamiento de los dientes, diastemas y pérdida de dientes en época pediátrica pueden ser atribuidos a maloclusiones descuidadas durante la fase pediátrica.

El alojamiento de la mucosa es dañino para la mucosa y hendidura gingival.

Las inclinaciones axiales anormales y la inclinación de los dientes en mal posición crean fuerzas anormales.

Las fuerzas funcionales ya no se encuentran distribuidas equitativamente sobre todos los dientes principalmente en sentido de su eje mayor.

Los vectores de fuerzas laterales provocan la movilidad y los contactos prematuros, la cresta alveolar cede al ataque.

La pérdida de soporte óseo permite que los contactos se abran y los dientes se desplazan y aumenta la inclinación axial normal, estos factores reaccionan a la pérdida acelerada del hueso y acorta la vida de la dentición.

Sippy (1928) hace notar que la alteración causada por el movimiento hacia adelante del primer molar permanente resulta el acortamiento y angostamiento del arco.

Esto tiene su efecto en el maxilar opuesto y causa el amontonamiento y mal posición de los dientes.

La malposición a su vez puede causar la oclusión traumática con las consecuencias que aparecen más tarde en la vida.

d) TRATAMIENTOS INMEDIATOS INDICADOS A CONSECUENCIA
DE LA EXTRACCIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES.-

Generalmente todas las personas le dan poca importancia a los espacios resultantes de una extracción por consiguiente los tratamientos inmediatos van quedando atrás, haciéndose necesario posteriormente de otros más costosos e inconveniente. Por tal motivo se aconseja la ortodoncia preventiva como tratamiento inmediato a la extracción. La falta de espacio origina maloclusión, hábitos nocivos ó traumatismo físico es por esto que se recomienda colocar mantenedores de espacio.

Debe tenerse especial cuidado en el período comprendido entre los 6 y 12 años de edad, etapa en la cual la aparición y desaparición de la dentición decidua y secundaria respectivamente ocasionarán una serie de alteraciones oclusales que determinarán una correcta ó incorrecta oclusión por tal motivo se observará que :

La cantidad de espacio entre el primer molar y el primer premolar puede ser mayor que la dimensión radiográfica del segundo premolar. Esto permitiría una desviación mesial mayor de lo normal del primer molar permanente y aún quedaría lugar para la erupción del segundo premolar. En este caso debería medirse el espacio por medio de divisiones. Luego preferentemente cada mes deberá medirse el espacio compararse con la medida original. Si el espacio se cierra a un ritmo mayor que el de

erupción del segundo premolar, es muy aconsejable la inserción de un -
mantenedor de espacio.

El método precedente de medición y espera puede ser suficiente para aten-
der pérdidas tempranas de primeros molares primarios. Las estadísticas in-
dican que se producen cierras de espacio después de pérdidas prematuras -
de primeros molares primarios, en menor grado y frecuencia que la pérdida
siguiente prematura del segundo molar primario.

En casos de ausencia congénitas de los segundos premolares es probablen-
te mejor dejar emigrar el molar permanente hacia adelante por si solo, y
ocupar el espacio. Es mejor esta decisión tardíamente que temprano pues-
to que a veces los segundos premolares no son bilateralmente simétricos al
desarrollarse; algunos no aparecen en las radiografías hasta los 6 ó 7 años
de edad.

La pérdida de un segundo molar primario generalmente puede remediarse -
con la inserción de un mantenedor de espacio de acrílico o hilo metálico.
Esta pueda sustituir la pérdida de uno ó ambos lados. Puede hacerse con ó
sin arco lingual se aconseja con descansos oclusales.

Los primeros molares inferiores pueden ser enderezados si aún no han erup-
cionado los segundos molares que ejercen una fuerza hacia mesial sobre la
cara distal de ellos.

Baume puso énfasis en la importancia de los planos terminales de los segun-
dos molares temporales como claves para predecir si los primeros molares -

permanente erupcionarán en una oclusión normal ó clase I.

Existe el método de Moyers ó análisis de espacio para la erupción de los -
dientes permanentes, al realizar el odontólogo cualquier tratamiento dental
podrá actuar precozmente durante la dentición mixta.

Sucede en varias ocasiones el apilamiento en piezas inferiores y se debe
a falta de espacio por el deteni miento del desarrollo mandibular y en tal -
caso deberá extraerse varias piezas. Esto se determina desde el punto de -
vista ortodóntico.

VI. MEDIDAS PREVENTIVAS COMO SOLUCION AL PROBLEMA ANTES EXPUESTO.-

Cuando se prepara la cavidad bucal para la erupción del primer molar, es indispensable cuidar convenientemente los dientes temporales, se deberán extraer todos los dientes rotos y las raíces malas, para impedir el desarrollo de las bacterias. Se recomienda al niño que mastique completamente los alimentos duros empezando por el pan tostado, añadiendo gradualmente frutas crudas y legumbres hasta que se hallen en buen estado los primeros molares y entonces la dieta puede ser variada como la del adulto.

Deberá prohibirseles el consumo excesivo de bombones y chocolates que es la etapa en la cual el individuo se inclina más a dichas golosinas. Las fosetas vestibulares de los molares inferiores y las linguales de los superiores son los primeros puntos de ataque.

En una boca con los molares caducos descuidados los dos puntos más predisponentes a la caries son las superficies mesiales de los primeros molares permanentes y las superficies oclusales cuando aparecen las cúspides del primer molar deben protegerse con mucho esmero todos los surcos, porque las sustancias amiláceas u el azúcar se amontonan bajo la encía y fermentan. Los cuidados de profilaxis bucal han de ser más frecuentes y las superficies distales de los segundos molares caducos deben ser objeto de particular cuidado para que los primeros molares en erupción estén en contacto con -

superficies lisas y bien pulimentadas.

Debe vigilarse estrictamente la dieta hasta que los cuatro molares estén en oclusión porque los residuos de harinas, azúcares, pasteles, etc. depositados bajo el colgajo gingival fermentan y reblandecen el esmalte de estos dientes.

La erupción del primer molar es tan natural que se le presta poca atención y la mayoría de los padres se encuentran sorprendidos cuando se les anuncia que ya están en su sitio uno ó varios dientes, ya que generalmente la atención que se les presta es poca.

En el momento de erupción de los dientes permanentes en este momento de transición en que existen dientes temporales y permanentes, entre ellos el primer molar inferior, se aconseja una aplicación tópica de fluor que ayudará a resistir el ataque carioso.

Si se observa entre los 6 a 12 años ó posteriormente caries incipiente deberá inmediatamente ser atendida dicha pieza. Recientemente Buonocore ha propuesto una técnica prometedora para el problema de caries en fisura. Sus estudios muestran que pueden eliminarse la caries si antes de iniciarse la lesión se evita la acumulación de bacterias y alimentos en fisuras profundas con el uso de obturaciones de resina.

El procedimiento no requiere la preparación ordinaria del esmalte, la buena retención a largo plazo del elemento adhesivo depende de haber

seguido meticolosamente las instrucciones es lo que informaron -
Custo y Buonocore.

El éxito depende de la adhesión del procedimiento recetado que-
en este caso es como sigue :

1. Aplicación de la solución grabadora
2. Aplicación de la solución acondicionadora.
3. Lavado con agua manteniendo la contaminación
salival en un mínimo.
4. Secado con aire caliente durante 10 a 20 seg.
5. Aplicación del adhesivo para evitar burbujas.

El método antes mencionado no lo he efectuado y me parece un po-
co dudosa su efectividad. Pero me pareció importante mencionar-
lo ya que a través de ellos nos damos cuenta que se sigue buscando
la manera de solucionar la destrucción del diente.

C O N C L U S I O N E S

Las causas principales que originan la exfoliación ó pérdida del primer molar inferior se debe a la falta de atención que recibe el niño desde su alimentación hasta la época de su erupción.

Generalmente los padres suelen creer que el primer molar inferior aún es un diente caduco y es el momento oportuno de hacerles notar las fechas de erupción de la dentición permanente así como también las diferencias morfológicas existentes de una dentición a otra ; el crecimiento que va a presentar la mandíbula y la importancia que tiene saber dichos puntos para solucionar en el momento oportuno cualquier problema que se presentase.

A toda dentición debe prevenirse de patologías mediante una atención constante (cada 6 meses) ante profesionistas capacitados en dicha área, efectuando en época pediátrica la aplicación tópica de fluor para darle mayor consistencia a los tejidos dentarios y evitar con esto el alto porcentaje carioso existente.

Una vez que se establece el proceso carioso deberá hacerse la remoción de la caries existente para evitar la destrucción del diente tratando de realizar una obturación lo más perfecta posible ya que existe un

gran índice de reincidencia de caries por obturaciones defectuosas y con esto se ocasionaría exponer continuamente al diente a su exfoliación ; - entre otras de sus afecciones se encuentran las enfermedades parodontales que afectan considerablemente al primer molar inferior.

Al no evitar la exfoliación del primer molar inferior traera consecuencias lamentables como : disarmonias oclusales, giroversiones, retrusiones, extrucciones. pérdidas de espacio (cuando no se coloca oportunamente un mantenedor de espacio), todo esto en un momento determinado altera el buen funcionamiento del aparato masticatorio , por tal motivo se aconseja mayor cuidado a esta pieza por presentar estadísticamente más probabilidades de su desaparición .

B I B L I O G R A F I A

1. MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS.- Joseph M. Sim.- Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Buenos Aires . Año de 1973.
2. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE LA INFANCIA.- M.E. Jordan . - Editorial Labor, S.A., Barcelona Madrid.- Año de 1934.
3. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.- Sidney B. Finn.- Nueva Editorial Interamericana.- 4a. Edición. - Año de 1976.
4. TRATADO DE HISTOLOGIA.- Dr. Arthur W. Ham.- Nueva Editorial Interamericana.- 7a. Edición.-. Año de 1975 .
5. MEDICINA BUCAL.- Lester W. Burket.- Nueva Editorial Interamericana.- 6a. Edición.- Año de 1973.
6. PATOLOGIA BUCAL.- Kurt H. Thoma.- Editorial Uthema .- 2da. Edición Año de 1959.
7. CIRUGIA BUCAL.- G.A. Ries Centeno .- Editorial "El Ateneo".- 7a. - Edición.- Año de 1975.
8. ORTODONCIA.- Dr. T.M. Graber.- Nueva Editorial Interamericana.- 3a. Edición.- Año de 1976.