

870122

102  
2ej

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

APLICACION DE NIVELES DE PREVENCION EN ORTODONCIA  
Y SU IMPORTANCIA EN ODONTOPEDIATRIA.

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

CARLOS SANTIAGO VAZQUEZ ACEVEDO

ASESOR: DRA. ANA ROSA NEGRETE RAMOS

GUADALAJARA, JALISCO. 1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

" APLICACION A NIVELES DE PREVENCION EN ORTODONCIA Y SU -  
IMPORTANCIA EN ODONTOPEDIATRIA. "

INDICE.

PAGINAS.

	Introducción.....	1
Capítulo I	Nivel noble de prevención en -- Ortodoncia.....	3
	1.- Respiración.....	3
	2.- Nutrición.....	7
	3.- Higiene.....	9
	4.- Odontopediatría oportuna...	9
Capítulo II	Nivel inferior primario.....	13
	- Orientación masticatoria.....	13
	- Cuidado de la dimensión <u>verti</u> <u>cal</u> .....	15
	- Extracciones.....	16
	- Supervisión de espacio.....	19
Capítulo III	Nivel inferior secundario.....	22
	1.- Dentición primaria.....	22
	2.- Dentición mixta primaria...	26
	3.- Dentición mixta tardía.....	29
	4.- Dentición permanente.....	31
	Casística.....	32
	Conclusiones.....	37
	Bibliografía.....	38

## INTRODUCCION.

Con una dedicatoria total al Consultorio, el Odontopediatra debe convertir a la prevención y el control de la enfermedad en tema central de trabajo para ser más eficaz en su esfuerzo profesional. La llave para el éxito de la prevención y control en la enfermedad, recae en la Educación extensa del paciente, y el refuerzo constante de esta educación.

Puesto que la Ortodoncia y la Odontopediatría con ramas de la Odontología que van íntimamente ligadas, se han intentado varios procedimientos que pueden ser efectivos en prevención, poniendo en práctica algunos recursos clínicos.

En la Ortodoncia, la prevención debe ser utilizada como un medio muy importante para conseguir una buena salud dental, para lograr una óptima prevención en Ortodoncia, se pueden anticipar y evitar las maloclusiones; en caso de que se presentarán, se deberán seguir utilizando medios interceptivos para evitar un mal mayor.

En la atención de los niños, el Odontopediatra verá muchas bocas que tienen una maloclusión incipiente en diversos grados.

El Odontopediatra puede conocer la etiología de la maloclusión y los principios fundamentales de la Ortodoncia; sin embargo si no es un experto en dichos fundamentos el paciente deberá ser remitido con un Ortodontista.

Se debe tener una idea exacta sobre el conocimiento y desarrollo de los dientes y maxilares del niño, para poder reconocer las formaciones defectuosas y maloclusiones cuando se encuentren en su etapa de formación y poder prevenirlos o evitarlos en una edad temprana.

CAPITULO I

" NIVEL NOBLE DE PREVENCION EN ORTODONCIA. "

## CAPITULO I

## " NIVEL NOBLE DE PREVENCIÓN EN ORTODONCIA. "

La prevención es la influencia sobre el desarrollo de un niño anticipado y así evitando la ocurrencia de una maloclusión. (5)

El logro de éste grado de prevención temprana es considerada como "nivel noble de prevención en Ortodoncia" - y es esencialmente realizado mediante el "FEED FORWARD".- (5)

El Feed Forward; son una serie de procedimientos que se va a llevar a cabo cuando la prevención se pone en práctica para cambiar una actitud. (5)

Estos procedimientos son básicamente cuatro. (5)

- 1.- RESPIRACION.
- 2.- NUTRICION.
- 3.- HIGIENE.
- 4.- ODONTOPEDIATRIA OPORTUNA.

1.- RESPIRACION.- Se ha analizado la respiración en el lactante y se ha encontrado que la respiración silenciosa se lleva a cabo principalmente por la nariz con la lengua próxima al paladar obturando la vía bucal. (2)

Así pues la respiración normal se efectúa por las fosas nasales cuya mucosa tiene funciones bactericidas y decalentamiento de aire; <sup>(4)</sup> la cavidad bucal solo interviene en la respiración en los esfuerzos físicos cuando el aire inspirado por las fosas nasales no es suficiente. (4)

Cuando la respiración se hace continuamente por la boca hay respiración anormal, que indica la presencia de obstáculos respiratorios que a su vez, originan anomalías importantes y muy comunes, como son los orofaciales, <sup>(4)</sup> algunos pacientes con una obstrucción previa de las vías respiratorias pueden continuar respirando por la boca como hábito, aún después de que la obstrucción ha sido aliviada. (1)

Esta obstrucción puede producirse en las vías respiratorias nasales como resultado de Hipertrofia de los cornetes desviación del tabique o rinitis alérgica. También puede ocurrir en la faringe debido a la Hipertrofia de las adenoides y de las amígdalas. Cuando la respiración nasal no es suficiente, lo más común que pueda ocurrir, será que el individuo baja su mandíbula y coloca la lengua más hacia adelante para permitir que el aire entre a la laringe con la menor resistencia. (1)

Se ha encontrado que los pacientes que respiran por la boca, por cualquier tipo de obstrucción muestran una --

tendencia hacia un patrón de crecimiento más vertical.

Generalmente los pacientes con respiración bucal presentan incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva, mordidas cruzadas posteriores debido a un maxilar estrecho y tendencia hacia la mordida abierta.

La investigación reciente en monos ha mostrado que la respiración por la boca causada por una obstrucción de las vías respiratorias, puede conducir a una variedad de anomalías incluyendo las maloclusiones Clase II y Clase III.

Un signo característico que se encuentra en la respiración bucal es que las encías se encuentran imperplásicas e inflamadas debido a la exposición continua del tejido al aire seco.

De acuerdo con Linder Aronson, los niños que se someten a Adenoidectomía por una obstrucción de las vías respiratorias tienden a cambiar su respiración por la nariz después de la operación.

Los Pediatras se resisten a extirpar el tejido Linfóide a menos que pueda proporcionarse una razón dominante.

Un paciente que respira por la boca y demuestra una Maloclusión, deberá ser minuciosamente examinado por un Otorrinolaringólogo por una posible obstrucción de las vías respiratorias y, si esta indicado, deberá corregirse la obstrucción.

Los dentistas deben estar consientes de los problemas orofaciales que pueden causar la respiración bucal.

Puesto que las secuelas posibles de algunos tratamientos de las obstrucciones de vías respiratorias son graves, la decisión no deberá hacerse a la ligera y recae sobre el Médico para su consideración final. (1)

Así pues la respiración bucal debe ser erradicada y prevenir que no llegue a presentarse después de los resfriados inevitables, la respiración deberá ser evitada - indicándole al niño que respire por la nariz, si el niño no es lo suficientemente grande para comprender la obstrucción de la boca debe realizarse gradualmente forzando la función respiratoria nasal puesto que esta juega un papel muy importante en el desarrollo de la cara y la oclusión. (5)

El vestido juega un papel muy importante en la protección de un efecto perjudicial del sistema respirato-

rio como son los resfriados, bronquitis, etc. (5)

Un resultado del mal uso de la calefacción o el aire acondicionado son los resfriados constantes porque los niños no son vestidos adecuadamente. (5)

El ejercicio físico y deportes, así como actividades al aire libre deben ser estimuladas para que se realice una correcta respiración y un bien desarrollo del niño. (5)

Observar como respira el paciente, si lo hace nasal o bucalmente, nos lo tendrán que relatar los padres del paciente cuando se les interroga sobre la respiración que efectúa el paciente, (5)

2.- NUTRICION.- La alimentación del paciente debe mantenerse lo mejor posible para que se realice un buen desarrollo tomando en cuenta desde como se alimenta el niño hasta el tipo de alimento de acuerdo con la edad del infante.

Se debe recomendar que los niños sean alimentados con leche materna puesto que en términos generales sus arcos dentales y dientes son mejores. (3)

En las edades tempranas, los biberones con mamilas--

anatómicas deben ser usadas, el cambio de líquidos a sólidos deberá ser realizada gradualmente, el biberón deberá ser sostenido correctamente en relación al niño. (5)

Desde los primeros años de vida al niño puede darse le carne de res a medio asar, también puede darsele pescado picado, el plátano y la manzana rallados son muy -- convenientes y son preferibles a los cítricos porque estos tienden a producir erupciones en la piel y ulceraciones en la boca. (3)

La dieta del niño debe estar formada por alimentos naturales, sencillos que no tengan preservativos, colores artificiales o condimentos.

Si se le alimenta correctamente éste no sufrirá catarros, erupciones en la piel, vicerias en la boca, etc. y tendrá un arco dental bien formado y saludable. (3)

Una recomendación será que los alimentos sólidos -- como carne, vegetales, frutas, etc., no deberán estar -- muy picados o muy molidos puesto que esto evitaría que -- el niño use su aparato masticatorio. (5)

La dieta debe ser totalmente supervisada por su Pediatra para que este le indique a la madre el tipo de alimentos que el niño debe ingerir y como administrarlo --

todo de acuerdo con la edad de este. (5)

3.- HIGIENE.- La higiene debe ser efectuada desde una edad temprana y con la frecuencia adecuada. (5)

Los conceptos sobre el control de placa se presenta junto con la técnica de cepillado, y se hacen sugerencias para mejorar los hábitos de higiene bucal, para esto se utilizará un modelo de la boca para demostrar y reforzar la técnica de cepillado que se va a utilizar. (1)

Además de la técnica de cepillado que el paciente y el Odontólogo hayan acordado en utilizar también deberá de iniciarse métodos auxiliares para lograr así una mejor higiene, como por ejemplo el uso del hilo dental. (1)

4.- ODONTOPIEDIATRIA OPORTUNA.- Como el Odontopediatra es el primero en tener contacto con el niño éste deberá de tratar oportunamente la Caries Dental, tratando de prevenirla por todos los medios que esten a su alcance, como lo son una buena técnica de cepillado y el uso del hilo dental. (1)

En el papel de los Fluoruros y su uso son de gran importancia y son muy beneficios, el uso sistémico o tóxico del fluoruro. En áreas con agua no fluorada o par-

cialmente fluorada se pide a los padres que consideren un complemento sistémico de fluoruro en la forma que prefieren; ya sean tabletas o consumo de agua embotellada con fluoruro, también se considera la aplicación Tópica de --  
 Fluoruro, <sup>(1)</sup> puesto que los estudios clínicos llevados a cabo con el fin específico de encontrar y perfeccionar una técnica Tópica de Fluoruro de Sodio han demostrado que --  
 cuatro aplicaciones a los dientes de los niños con fluoruro de Sodio, producen una reducción del 40% en la frecuencia de la caries dental. (3)

También se puede sugerir a los padres la aplicación de Fluor en casa usando por ejemplo:

- Enjuague líquidos, y la aplicación del Gel con el cepillo. (1)

El tratamiento de la caries es muy importante por -- que por regla general, es más activa durante la niñez y -- la adolescencia, es decir durante el período de crecimiento. (3)

Generalmente el dentista no piensa que la restauración de material dentario perdido sea una consideración -- Ortodóntica; pero las restauraciones con frecuencia son -- nocivas para los dientes y tejidos Pericodontales. El concepto de Odontología restauradora que recomienda contac--

tos interproximales demasiado ajustados puede convertir - una ocusión normal en maloclusión. (2)

Es importante que se conserve la correcta dimensión - Mesio Distal de los dientes restaurados, el dentista debe rá procurar no separar demasiado los dientes, ya sea por - la utilización de materiales de obturación temporales de - masiado "Altos" o mediante la separación mecánica. (2)

La falta de extensión puede ser tan nociva como la - sobreextensión, ya que permite el desplazamiento de los - dientes contiguos, el atrapamiento de alimentos, etc. (2)

Existen miles de personas con incisivos inferiores - apiñados, puntos de contacto funcionales prematuros y - ocusión traumática causado por el "llenado de los agujeros" mecánico inadecuado. (2)

También es importante volver a establecer la rela - ción de planos inclinados al colocar las restauraciones. - El tallado anatómico de la restauración tiene por tanto, - más que un fin estético, la función normal puede exigirlo además que la estabilidad de la ocusión lo requiere. (2)

Para prevenir tantos problemas pulpares como sea po - sible a menudo es aconsejable eliminar todas las caries - extensas de la boca en la primera o segunda visita al con

sultorio y recubrir todas las lesiones cariosas abiertas - para aislarlas mediante el sellado contra un daño poste- - rior. (1)

El algunos casos no es necesario eliminar todas las - caries extensa y de este modo también la mayoría de las -- bacterias. De este modo se permite a la pulpa entrar en - la fase de reparación del proceso inflamatorio, si el teji - do pulpar tiene una lesión todavía reversible comenzará a - ganar por si misma, estimulando la formación de dentina -- para protegerse. (1)

En caso de que la pulpa, ya se encuentre afectada - - irreversiblemente se procederá a tratar la infección si es - que existe eliminándola para evitar la perdida dentaria, y - colocando una restauración adecuada. (5)

CAPITULO II

" NIVEL INFERIOR PRIMARIO. "

## CAPITULO II

## " NIVEL INFERIOR PRIMARIO. "

En este nivel de Maloclusión ha ocurrido y el "FEED FORWARD" usado en este nivel es de interferencia, se va a tratar de prevenir el desarrollo y que continúe la Maloclusión eliminándola. (5)

La prevención se consigue cuando el desarrollo defectuoso ha sido alterado y el Feed Forward puesto en práctica, dando como resultado una completa recuperación de las condiciones normales. (5)

El tratamiento en este nivel lo vamos a realizar dependiendo de la edad y el desarrollo en que se presente el caso y por los medios siguientes:

ORIENTACION MASTICATORIA:

La imposibilidad de masticar correctamente es, por lo general, un factor asociado o el resultado de la Maloclusión. Los dientes faltantes o irregulares con frecuencia inician un patrón particular de masticación. La mayoría de la gente favorece un lado más que otro y no suele distribuir el bolo alimenticio en forma pareja. (2)

Cuando ocurre un vicio masticatorio, una compensa--

ción masticatoria unilateral debe introducirse invirtiendo los lados, se le solicita al niño que mastique solamente en el lado opuesto de la mordida cruzada que es el lado viciado. (5)

Una restauración alta o dientes faltantes o en mala posición son motivos suficientes para la selectividad - - masticatoria de un lado de trabajo. (2)

No es necesario destacar la importancia de la nutrición para el niño en desarrollo. Es fácil comprender por que al niño al que se le dificulta masticar la carne, o que necesita literalmente desgarrar los alimentos sosteniéndolos entre los segmentos vestibulares tiene menos -- oportunidad de consumir alimentos que satisfagan las exigencias nutricionales importantes. (2)

Como no se mastican los alimentos correctamente, el bolo alimenticio no es mezclado adecuadamente con saliva en preparación para el proceso digestivo subsecuente.

Es por esto que debemos mantener sana la boca del -- niño, manteniendo y restaurando los dientes correctamente para evitar su pérdida prematura y así que no se presente un vicio masticatorio, porque si hay dientes faltantes se -- rá casi imposible que tengamos o regresemos a una masticación normal. (2)

### CUIDADO DE LA DIMENSION VERTICAL.

Dentalmente hablando, en la dimensión vertical, un buen diagnóstico, debe ser bien realizado para lo que puede ser la mejor situación para la mandíbula en relación con el maxilar superior. (5)

La restauración de dientes puede ser realizada permitiendo a la mandíbula asumir una posición que favorezca una mejor dimensión vertical, usando materiales que mantengan la posición por un lapso razonable de tiempo. (5)

## EXTRACCIONES.

La necesidad de extraer dientes debe ser críticamente evaluada y basarse en un diagnóstico cuidadoso, una -- diagnóstico mal realizado puede acarrear serios problemas. (5)

Las anomalías de resorción están frecuentemente asociadas con problemas de falta de espacio, pero pueden presentarse también en pacientes en los que existe suficiente espacio y en los que prevalecen los factores necesarios para la exfoliación normal de los dientes deciduos. (2)

Los caninos deciduos y los segundos molares deciduos son muy susceptibles a la resorción anormal.

Si el dentista observa tal resorción en las radiografías, y si observa que un segmento que se encuentra cambiado dientes deciduos por sucesores permanentes, mientras los dientes se encuentran aún muy próximos deberá -- preguntarse porque es esto. (2)

En una situación ideal los incisivos centrales deciduos deberán ser exfoliados aproximadamente al mismo tiempo, los incisivos laterales deberán estar flojos y deberán perderse aproximadamente al mismo tiempo. (2)

Todos los caninos deciduos deberán estar flojos y se exfoliados en poco tiempo, etc.

Si un canino deciduo es exfoliado espontáneamente en forma prematura, el dentista deberá tomar radiografías e investigar si esto no es una manifestación anormal o un intento de la naturaleza para obtener espacio debido a algún problema futuro de longitud de la arcada. (2)

Como norma, la exfoliación de la dentición decidua - deberá controlarse mediante la extracción del diente o - dientes de un lado del maxilar Superior o Inferior cuando estos hayan sido exfoliados por procesos naturales en el lado opuesto. (2)

Esperar más de tres meses para que la naturaleza haga esto, especialmente cuando existan pruebas radiológicas de resorción anormal, es invitar a la maloclusión en el futuro. (2)

La principal responsabilidad del Odontólogo, en el caso de que amerite hacer exodoncias seriadas, será el - observar una secuencia correcta en las extracciones de - terminada, por factores individuales en cada caso, y el - cuidado de los espacios dejados por la eliminación de - dientes. (4)

La mesogreción de los dientes posteriores constituye un peligro latente y al hacer caso omiso de ella, puede plantearse la desagradable contingencia de haber extraído los cuatro Molares deciduos y carecer de espacio. (4)

Deberán efectuarse mediciones frecuentes y al menor indicio de acortamiento del espacio habrá que apelar al uso de aparatología que mantenga los dientes posteriores en su sitio. (4)

Cuando el plan de extracción seriada se hace correctamente, se reduce o se elimina totalmente algunas veces la utilización de Aparatología Ortodóntica y la duración del tratamiento se acorta también. (4)

Como el diagnóstico de las anomalías que obligan a la extracción de dientes puede hacerse en una edad tan temprana, como son los cuatro o cinco años, el procedimiento de la extracción seriada permite efectuar verdadera Ortodoncia Propiláctica y evita que las anomalías lleguen a un máximo de severidad. (4)

### SUPERVISION DE ESPACIO.

Supervisión de espacio es el término aplicado cuando es dudoso si habrá espacio para todos los dientes, la supervisión del espacio no deberá hacerse sin la cooperación del paciente y la comprensión de los padres. (5)

La temprana pérdida de los dientes caducos por caries accidentales o falta de gérmenes dentarios ha sido causa de muchos casos de maloclusión. (3)

Diversas consideraciones determinan la conveniencia de colocar un aparato para conservar el espacio. La experiencia Clínica ha demostrado que ciertas áreas son menos susceptibles al daño por la pérdida prematura de los dientes caducos. (3)

Se ha intentado delimitar el papel de Odontólogo General, el Odontopediatra y el Ortodoncista en el manejo de la Maloclusión, que no tiene propósito real en la conservación de la salud dental en la población Infantil. (1)

Lo que realmente importa es la disponibilidad de profesionistas entrenados adecuadamente para enfrentarse a la dificultad del problema. Con demasiada frecuencia problemas relativamente pequeños en el desarrollo dental, de la-

niñez temprana, crecen a maloclusión mayor al final de la niñez por la falta de atención oportuna. (1)

Mientras más y más personas se hacen conscientes de reparación de los dientes deciduos, este problema de pérdida de espacio deberá ser menor, aunque actualmente es un problema principal. (1)

Desgraciadamente, algunos dentistas son culpables de recomendar a los padres que no procedan a la reparación de los dientes deciduos porque están exfoliados.

Quizá sea porque el dentista no sepa que la pérdida prematura de estos dientes puede con frecuencia destruir la integridad de una oclusión normal. (1)

Siempre que se pierda un diente deciduo antes del tiempo en que esto debiera ocurrir en condiciones normales y que predisponga al paciente a una maloclusión, deberá colocarse un mantenedor de espacio.

En ocasiones la pérdida de un diente anterior puede exigir un mantenedor de espacio por motivos estéticos o psicológicos. (1)

Existen varios requisitos para todos los mantenedores de espacio, ya sean fijos o removibles. (6)

- a).- Deberán mantener la dimensión Mesio Distal del diente perdido.
- b).- De ser posible deberán ser funcionales, al menos al grado de evitar la sobreerupción de los dientes Antagonistas.
- c).- Deberán ser sencillos y lo más resistentes posible.
- d).- No deberán de poner en peligro los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
- e).- Deberán poder ser limpiados fácilmente y no funcionar como trampas para restos de alimentos que pudieran agravar la Caries Dental y las enfermedades de los tejidos blandos.
- f).- Su construcción deberá ser tal que no impida -- el crecimiento normal no los procesos del desarrollo, ni interfiera en procesos tales como la masticación, habla o deglución.

Dependiendo del diente perdido, segmento afectado, - tipo de oclusión, los posibles impedimentos al habla y la cooperación, puede estar indicado cierto tipo de mantener el espacio.

Todos los pasos de éste Capítulo deberán llevarse -- a cabo sin usar Aparatología Ortodóntica Especial.

CAPITULO III

" NIVEL INFERIOR SECUNDARIO. "

## CAPITULO III

## " NIVEL INFERIOR SECUNDARIO. "

En este nivel de Prevención, la Aparatología es necesaria, la Ortodoncia, ofrece una amplia variedad de recursos con la mayor diversidad de técnicas posibles. (5)

Después de un diagnóstico realizado cuidadosamente - la técnica más conveniente debe ser elegida, una que sea tolerable para cada caso individual.

Algunas veces no solo una sino también una combinación de técnicas, serán necesarias para el tratamiento.

Una buena crítica y un juicio razonable son importantísimos para hacer una buena evaluación y diagnóstico del tratamiento requiriendo el uso de una o más técnicas, pero la ejecución actual de estas técnicas es imperativo para el éxito del tratamiento. (5)

## DENTICION PRIMARIA:

En esta etapa los aparatos Ortodónticos solo se colocarán en algunos casos de mordida cruzada. (5)

En los patrones de crecimiento facial que sugieren - que el paciente no tendrá patrones de crecimiento normal,

dictan precaución en el plan de tratamiento. (5)

Un crecimiento facial que es normal y que es impedido por hábitos presentan menos complicaciones para el tratamiento que cuando un crecimiento anormal se asocia con un hábito pernicioso. (5)

La mordida cruzada posterior se presenta habitualmente en la Dentición decidua. El tipo más común es la mordida cruzada lingual unilateral de la dentición Superior, y la causa más frecuente es la presencia de un Maxilar Angosto. (5)

Una Terapéutica mecánica deberá instituirse tan pronto como el niño tenga la edad adecuada para cooperar con el tratamiento Ortodóntico. (5)

Existen varios tipos de dispositivos que pueden utilizarse para expandir la Arcada Maxilar, para el paciente pediátrico deberá considerarse el mecanismo que requiera menos cooperación. (5)

Uno de los aparatos removibles más comunes incorpora un tornillo en el centro de un paladar dividido de acrílico, este dispositivo tiene la ventaja de ser removible para su limpieza, (5) sin embargo, si se deja fuera por tan solo unas horas, puede producirse un retroceso tan nota-

ble que no sea posible reinsertarlo y es necesario iniciar la expansión nuevamente. Por lo tanto este aparato se utilizará en pacientes cooperadores.

Un arco palatino en forma de cuatro hélices o de "W". soldado o fijo removible, es eficaz para obtener la expansión maxilar.

Se trata fundamentalmente de un Arco palatino de expansión provista de cuatro helicoides, dos anteriores y dos posteriores, uno en cada ángulo configurandose en forma aproximada de " W " aunque consta normalmente de cinco segmentos, estando diseñado para ejercer fuerzas continuas controladas. (4)

Este aparato dijo va anclado a los Molares por medio de Bandas y su activación se logrará abriendo o cerrando cada uno de los ángulos en la proporción más conveniente para el caso. (4)

Asimismo, mediante diversas modificaciones puede usarse para el tratamiento de hábitos perniciosos, como la interposición Lingual, para lo cuál se añaden diversos obstáculos mecánicos. (4)

Este aparato admite también una gran cantidad de variantes, hasta el punto de poder limitar su acción a las -

*piezas dentarias deseadas. (4)*

### DENTICION MIXTA PRIMARIA ( TEMPRANA ).

En éste tipo de Dentición que comprende de los seis - a los nueve años el inicio del tratamiento va de acuerdo - con el tipo de maloclusión y la edad del paciente. (5)

Así como el lactante cambia de una dentición puramente Decidua a una Dentición Mixta en la Arcada permanente - el Odontopediatra debe estar conciente de aquellos factores que pueden ser importantes en el intercambio dental -- que afectará el desarrollo y alineamiento final de los - - dientes permanentes. (5)

Aproximadamente a los siete hasta aproximadamente los nueve años, todas las mordidas abiertas diagnosticadas como esqueletales deben ser tratadas. (5)

El hueso es un tejido plástico que reacciona a las -- presiones que continuamente se ejercen sobre él y es por -- esto que los hábitos pueden ser elementos causantes de la maloclusión y se deben tratar lo más oportunamente posible. (2)

Algunos ejemplos de hábitos y sus tratamientos son -- los siguientes:

- Hábito de chuparse los dedos:

El dedo pulgar es un cuerpo duro, y si se coloca --

con frecuencia dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante la Premaxila junto con los dientes incisivos, de tal manera que los incisivos superiores se proyectan hacia adelante más allá del Labio Superior. (2)

El tiempo óptimo para colocar un aparato para tratar de erradicar un hábito será durante las vacaciones cuando la salud del niño es inmejorable y así los deseos de chuparse el dedo pueden ser sustituidos por juegos al aire libre o actividades sociales. (2)

El aparato desempeña varias funciones, uno es hacer que el hábito de chuparse el dedo pierda sentido eliminando la Succión.

El niño podrá introducir el dedo en la boca pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo.

Estos aparatos se recomienda que sean fijos y se utiliza bandas en los Primeros Molares permanentes a las cuáles se le soldará un alambre base en forma de " V " colocado ajustado pasivamente, en la parte central del aparato se colocarán espolones para así evitar que el dedo sea colocado entre el paladar y la barra.

El aparato no debe interferir en la oclusión del niño y debe repararse gradualmente, primero los espolones, des-

pués el aparato, el alambre base y después las bandas asegurándonos que el hábito ha sido erradicado.

Otros hábitos que debemos tratar por los problemas de oclusión que pueden originar son:

El morderse el Labio Inferior que nos trae problemas semejantes a la succión de dedo, en estos casos una trampa puede utilizarse, un protector de labio también puede utilizarse puesto que desplaza el labio anteriormente haciendo difícil que se retraiga y quede entre los incisivos Superiores e Inferiores. (2)

El morderse las uñas es uno de los hábitos más frecuentes después del de chuparse el dedo, éste hábito por lo general es sintomático se opina que para el tratamiento de éste hábito será el reducir la tensión Psíquica del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza en el individuo. (3)

Cuando la respiración bucal es un hábito puede colocarse la llamada " Pantalla Vestibular o Pantalla Oral ", que va adosada a la parte vestibular de los dientes para que el niño se acostumbre a respirar por las fosas nasales. Este aparato también sirve para corregir pequeñas anomalías. (4)

## DENTICION MIXTA TARDIA.

Esta dentición comprende de los nueve a los doce años y deberán ser tratadas las giroversiones individuales la recuperación de espacio posterior o aquellos casos que solo requieran movimientos menores. (5)

Se ha visto que el aparato removible Palatino Básico ( Placa de Hawley ) con ganchos en los molares y un Arco Labial constituye un auxiliar Ortodóntico versatil que puede ser utilizado a cualquier edad. (2)

El diseño básico puede ser modificado para hacer el aparato más útil.

La modificación más sencilla es agregar ganchos o elásticos al alambre labial, o sustituir ganchos para plásticos en lugar del arco labial para retraer los incisivos Superiores. (2)

Los dientes posteriores así como los anteriores pueden ser desplazados por el aparato removible.

El movimiento de los dientes posteriores generalmente implica la abertura de espacios y no el cierre de los mismos. (2)

Con mayor frecuencia, debido a la perdida prematura -

algunos dientes se han desplazados hacia los espacios desdentados y deberán ser movidos hasta su posición original, para permitir la erupción de los dientes permanentes. (2)

Una de las desventajas del uso de éste tipo de aparatos será que como son retirados por el mismo paciente es este, en realidad, quien viene a determinar la intensidad-horario del tratamiento, sin la cooperación del paciente es obvio que el tratamiento no avanzará. (4)

Es por esto que muchas veces el paciente tendrá que utilizar aparatos fijos los cuáles serán puestos por un Ortodoncista. (4)

### DENTICION PERMANENTE.

*El tratamiento de este tipo de pacientes que ya tienen su dentición permanente completa y que presentan algún tipo de Maloclusión deberá ser llevado a cabo por un Ortodoncista, puesto que es un tratamiento más delicado y fuera del campo del Odontopediatra. (5)*

## CASO CLINICO No. 1

NOMBRE: Lilitiana López Zamora.

EDAD: 6 años

SEXO: Femenino.

ETIOLOGIA DEL PROBLEMA: Pérdida prematura del segundo molar inferior izquierdo primario, - por no estar indicada la pulpoto- - mla debido a infección en la furca.

TRATAMIENTO:

Utilización de mantenedor de espacio con zapata distal para evitar erupción ectópica del primer molar inferior izquierdo permanente.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

Se utilizó el aparato hasta que erupcionó el primer molar inferior izquierdo permanente, se cortó la zapata distal y se conservó en boca como mantenedor de espacio; corona-ansa.

## CASO CLINICO No. 2

NOMBRE: MAYRA SELENE ORNELAS MORALES.

EDAD: 5 años

SEXO: Femenino.

ETIOLOGIA DEL PROBLEMA: Extracción del primer molar inferior izquierdo primario por el -- fracaso del tratamiento de conductos.

TRATAMIENTO:

Colocación de mantenedor de espacio corona anza.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

Revisiones periódicas del aparato y toma de radiografías para verificar la correcta erupción del primer premolar inferior izquierdo.

## CASO CLINICO No. 3

NOMBRE: Alma Refugio Ruiz Rosales.

EDAD: 8 años

SEXO: Femenino.

ETIOLOGIA DEL PROBLEMA: Hábito de succión digital prolongado que originó mordida cruzada posterior (Clase I Tipo 4).

TRATAMIENTO:

Colocación de cuadrihélix para corregir la mordida -- cruzada posterior.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

Colocación del aparato efectuándose tres activaciones durante el tiempo de un mes y medio. Y se utilizó el mismo aparato como mantenedor para que no existiera relapso - durante seis meses.

## CASO CLINICO No. 4

NOMBRE: Rafael García Preciado.

EDAD: 7 años.

SEXO: Masculino

ETIOLOGIA DEL PROBLEMA: Mordida cruzada posterior. (Clase I Tipo 4).

Por hábito de chupón (pacíficador).

TRATAMIENTO:

Utilización de tornillo de expansión fêjo. Para corrección de la mordida cruzada posterior.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

El aparato se activó media vuelta diaria durante siete días y posteriormente se dejó como mantenedor durante cuatro meses tres semanas para evitar el relapso dental.

## CASO CLINICO No. 5

NOMBRE: *Angélica Cruz González.*

EDAD: *4 años.*

SEXO: *Femenino.*

ETIOLOGIA DEL PROBLEMA: *Mordida cruzada posterior (Clase-I Tipo 4) y hábito de biberón.*

TRATAMIENTO:

*Colocación de cuadrihélix para eliminar la mordida - cruzada posterior y el hábito del biberón.*

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

*El aparato se activó dos veces en las cuales se corrigió el problema y se erradicó el hábito y se dejó como mantenedor durante cuatro meses.*

## CONCLUSIONES.

Los campos de la ORTODONCIA y la ODONTOPEDIATRIA se entrelazan cuando se trata de prevenir o interceptar una maloclusión.

La única etapa que está fuera del área de la Odontopediatría es cuando ya está por completarse la dentición permanente o cuando ya está completa.

Los Odontopediatras son los responsables de la buena aplicación de los niveles de prevención, puesto que son los primeros en detectar y poder interceptar las maloclusiones durante las edades de la primera dentición y la dentición mixta.

Los Odontopediatras deben estar familiarizados con los niveles de prevención para realizar un buen tratamiento y poder orientar a los pacientes.

La buena aplicación y práctica del Feed Forward dará como resultado un menor número de maloclusiones, mayor estabilidad y equilibrio dinámico y un porcentaje elevado en eficiencia, renovación en los campos de la Odontopediatría y la Ortodoncia, capacitando e incrementando el número de pacientes beneficiados.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BARBER THOMAS K.  
*Odontología Pediátrica.*  
Editorial Manual Moderno.  
1ra. Edición., México, D.F., 1985  
P.P. 37, 142, 220, 221, 268, 270
- 2.- GRABER T.M.  
*Ortodoncia Teoría y Práctica.*  
Editorial Interamericana.  
3ra. Edición., México, D.F., 1981  
P.P. 269, 279, 370, 379, 449, 513, 515, 598, 600
- 3.- HOGEBROOM FLOYDE EDDY.  
*Odontología Infantil e Higiene Odontológica.*  
Editorial UTHERA.  
1ra. Edición., México, D.F., 1974.  
P.P. 201, 238, 305, 325
- 4.- MAYORAL JOSE DR.  
*Ortodoncia Principios y Fundamentos.*  
Editorial Labor, S.A.  
4ta. Edición., Barcelona., 1983  
P.P. 191, 288, 345, 346, 454, 472, 473, 550, 557
- 5.- SIMOES WILMA A.  
*Levels of prevention in Orthodontics and their value to pedodontics.*  
*Journal of Pedodontics., Vol.#5., No. 3*  
P.P. 211, 220
- 6.- SNAWDER KENNETH D.  
*Manual de Odontopediatría Clínica.*  
Editorial Labor, S.A.  
1ra. Edición., Barcelona., 1982  
P.P. 262