

126
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"REHABILITACION DE NIÑOS CON SINDROME DE
BIBERON CON SECUELAS"

TESINA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA.

ROCIO DEL CARMEN HARO AMAYA Y
MA. DE LOURDES PEREZ BAUTISTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pags.
PROLOGO	4
INTRODUCCION	6
SINDROME DE BIBERON	8
PLANOS TERMINALES	13
FACTORES AMBIENTALES DE LA MAL OCLUSION	19
INFLUENCIA DE LA PERDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORARIOS SOBRE LA ERUPCION DE SUS SUCEORES	22
MANTENIMIENTO DE ESPACIO PARA INCISIVOS TEMPORALES	22
CONSECUENCIAS "SINDROME DE BIBERON"	24
CORRECCION DE HABITOS LINGUALES O DE DEGLUCION	28
MANTENEDORES DE ESPACIO	30
CONTROL DE ESPACIO EN EL ARCO	38
CASO CLINICO No 1	39
CASO CLINICO no 2	46
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	65

PROLOGO

La caries dental ha afectado desde un período muy largo a la humanidad.

La antigüedad de la caries dental se remonta al rededor de medio millón de años. Se trata sin embargo de una enfermedad de la civilización actual occidental principal con su industrialización encontrando gran asociación con la dieta en especial de los carbohidratos que resultan ser el platillo favorito especialmente de los niños. Es por ésto que la caries es una enfermedad que empieza en la niñez generalmente y ocasiona graves consecuencias.

Así mismo se ha observado que en niños que son alimentados con biberón durante tiempo prolongado se desarrolla una enfermedad conocida como "SINDROME DE BIBERON" y que generalmente es común de 1 a 4 años de edad especialmente cuando son alimentados con leche y algún tipo de endulzante.

Esto contribuye en gran mayoría al deterioro de la salud dental ya que la boca reúne un ambiente propicio en donde se lleva a cabo la desmineralización del diente hasta su total destrucción.

En un breve lapso de tiempo el niño con "Síndrome de Biberón" sufrirá las consecuencias de su enfermedad como serían caries graves principalmente en los dientes incisi-

vos centrales y laterales superiores. Siendo menos afectados los caninos y anteriores inferiores.

Presentará trastornos digestivos, fonéticos, deglutivos, malformaciones de los arcos dentarios, maloclusiones, desarrollo anormal de maxilares y hábitos orales.

Por todas éstas razones es labor importante del Cirujano dentista orientar a la comunidad sobre los métodos de prevención de caries, capacitar al Cirujano Dentista para la árdua labor de reahabilitación que requiere un niño con "Síndrome de Biberón" cuya frecuencia por desgracia es alta.

INTRODUCCION

En años pasados, la Odontopediatría era una parte de la Odontología casi "olvidada" y los problemas bucales en niños, eran a menudo, desoídos.

Actualmente tanto el Odontólogo como la Sociedad tienen una nueva conciencia respecto a las responsabilidades preventivas; las graves consecuencias que ocasiona el Síndrome de Biberón como los hábitos linguales, - maloclusiones, alteraciones fonéticas, estéticas, deglutivas y la musculatura anormal son algunos de los resultados que deberían ser tratados y prevenidos para evitar - las anteriores consecuencias.

Es obligación del odontólogo el presentar el caso a los padres, para hacerlos responsables de la salud de sus hijos, ya que el éxito del tratamiento dependerá en gran medida de los hábitos que se tengan en casa, si éstos hábitos son desfavorables a la salud del niño, el niño que es un ser humano en formación, es el candidato ideal para modificar sus hábitos y crear un adulto con salud bucal.

Las investigaciones indican que los factores hereditarios no son tan importantes en la resistencia a la caries dental, ya que el consumo de sacarosa, el uso de floruro y la higiene dental son los factores dominantes.

INTRODUCCION

Aunque las estadísticas revelan que es muy alto el índice de niños con Síndrome de Biberón y secuelas, el Odontólogo no puede eludir su responsabilidad en la prevención y como educador para lograr la absoluta conciencia y cooperación de los padres durante el tratamiento dental y formar un niño que será un adulto responsable de su salud dental y posteriormente un padre de familia.

Es por esto que es importante mantener en el niño una dentición temporal sana.

Ya que si la dentición temporal se desarrolla mal, pasando de igual forma por la dentición mixta ésto obviamente repercutirá irreversiblemente en la dentición permanente, por lo que se debe vigilar que ésta secuencia de hechos ocurra de manera ordenada y regulada en el tiempo.

De lo contrario se produzcan en el niño consecuencias de maloclusión, hábitos bucales, problemas digestivos y fonéticos, estéticos, psicológicos y con alteraciones musculares.

Los dientes temporales son mantenedores de espacio naturales y guías de los permanentes. Los efectos perniciosos por la pérdida de una ó más piezas temporales varían en pacientes de igual edad y estadio de dentición y aumenta mucho la probabilidad de requerir tratamiento ortodóntico posteriormente.

Un diente se mantiene en su posición correcta en el arco dentario como resultado de la acción de una serie de fuerzas. Si alguna de éstas se altera ó suprime ocurrirán cambios en la relación de los dientes adyacentes por migración dental y desarrollo de un problema de espacio que puede presentarse dentro de los primeros 6 meses ó en muchos pacientes en el término de unos pocos días.

"SÍNDROME DE BIBERÓN"

El Síndrome de Biberón también es llamado Síndrome de Mamila ó Botella, es un padecimiento que con mayor frecuencia se presenta en niños lactantes y preescolares, quienes durante un tiempo prolongado han seguido ingiriendo leche endulzada en el biberón.

Hoy en día la ingestión de Biberón se debe a diversos factores tales como:

- Uno de los principales es la comodidad que representa para la madre no tener que amamantar a su hijo, al mismo tiempo también encontramos el factor estético, ya que una alimentación al seno materno prolongada podría afectar la figura de la madre.
- La madre en ocasiones tiene que trabajar tiempo completo para mantenerse.
- Existen otros factores en donde las condiciones de la madre no son aptas para alimentar a su hijo, como la desnutrición ó alguna enfermedad grave donde no es posible el amamantamiento.

Podríamos enumerar otros factores, pero esto no quiere decir que por cualquiera de las causas mencionadas la madre tuviese que alimentar a su hijo por medio de biberón, ya que se presentará el Síndrome no por el biberón -

mismo sino por el contenido de éste y el uso inadecuado

Otras causas serían:

- Una mala elección de la leche de fórmula.
- En la mayoría de las veces querer que el Bebé sienta - un sabor agradable le adicionan en cantidad exagerada varios hidratos de carbono (azúcares, chocolates ó concentrados de sabores).
- También la administración de alimentos enlatados ó envasados y/ó bebidas refrescantes. Creando con ésto un gusto por los azúcares y alejandose de una nutrición ideal.

Son muy diversos los factores que contribuyen al desarrollo de éste Síndrome.

Pero podemos decir que la causa etiológica principal es EL USO INADECUADO DEL BIBERON. Ya que el niño duerme en la noche con el Biberón y además con algún endulzante agregado.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Estas manifestaciones las podemos encontrar en:

1) Incisivos primarios superiores: Presentan lesiones profundas en sus caras vestibulares y palatinas, afectando en algunos casos las caras mesiales y distales.

2) Primeros molares primarios superiores e inferiores: Presentan lesiones oclusales profundas con una destrucción menos acentuada en las caras vestibulares y menos aún en la palatina.

3) Los caninos primarios muy raramente son afectados por que tardan más en erupcionar, pero cuando se da el caso las caras más afectadas son las vestibulares y palatinas.

4) Los segundos molares primarios cuando llegan a estar presentes, por lo general permanecen libres de lesiones, pero se puede dar el caso de caries oclusales.

5) Los incisivos primarios inferiores no son afectados por que estan protegidos por la lengua y el labio inferior en el momento de la succión.

Así podemos ver que cuando el niño duerme con biberón, se encontrara en posición horizontal de manera que el chupón del biberón descansará contra el paladar, mientras la lengua se encuentra en combinación con los carrillos y así se extiende hacia afuera y entra en contacto con los

labios afectando a los incisivos centrales superiores y -
protegiendo del contacto de la leche a los incisivos pri-
marios inferiores.

Nizel encuentra que el contacto del carbohidrato fer-
mentable junto con las bacterias de la boca originan des-
calcificación y destrucción del diente por los ácidos pro-
ducidos. Inclusive aunque no se le agregue ningún tipo
de endulzante, la Lactosa que comunmente tiene la leche,
aún la leche humana, permite la implementación de Estrep-
tococos altamente cariogénicos.

El Tratamiento de éste síndrome se debe planear con -
cuidado, ya que son múltiples los factores y además debe
ser pausado.

- Antes que nada los padres deben estar enterados del
tratamiento que se realizará en el niño para trabajar en
equipo con el Odontólogo.
- Como el manejo de la conducta de los niños es en oca-
siones difícil, se podrá recurrir a premedicaciones, so-
bre todo si se efectuarán extracciones.
- Para la rehabilitación bucal de éstos niños existen:
Amalgamas, Recinas, Coronas Acero-Cromo y Mantenedores de
Espacio.

FACTORES PARA EVITAR ESTE SINDROME :

- 1) La lactancia deberá ser de preferencia con leche materna.
- 2) Se evitarán los carbohidratos en la dieta.
- 3) Se retirará lo más pronto posible el uso del biberón por las noches y definitivamente cuando tiene más de un año de edad.
- 4) Cepillar los dientes al niño y acudir al dentista a partir de los 18 meses de Edad.

PLANOS TERMINALES

Existen planos terminales que determinarán si el primer molar permanente erupcionará en una oclusión normal ó clase I, mismos que se alteran con la pérdida del segundo molar temporal.

Estos planos terminales sirven para determinar a futuro el tipo de oclusión que habrá en el paciente, y - prevenir maloclusiones.

Los planos terminales son:

- 1) Plano terminal recto.
- 2) Plano terminal con escalón distal.
- 3) Plano terminal con escalon mesial.
- 4) Plano terminal con escalón mesial exagerado.

1) Plano terminal recto. Es el que aparece con mayor frecuencia y puede guiar a los primeros molares permanentes a una oclusión de clase I normal o una clase dos - anormal.

2) Plano terminal con escalón distal. Este plano guía a los primeros molares permanentes a una maloclusión de - clase II.

La clase II es el resultado de un escalón distal exagera-

do en los 2os. Molares temporales.

También la pérdida de primeros molares superiores causará apiñamiento.

3) Plano terminal con escalón mesial. Es una relación ideal que guía a los primeros molares permanentes a una relación oclusal de clase I favorable.

Baume halló dos variantes principales en el mecanismo que lleva a la oclusión molares normales de clase I.

a.- Un escalón mesial en el plano terminal de los molares temporales, permitirá que los primeros molares permanentes erupcionen directamente a una oclusión normal.

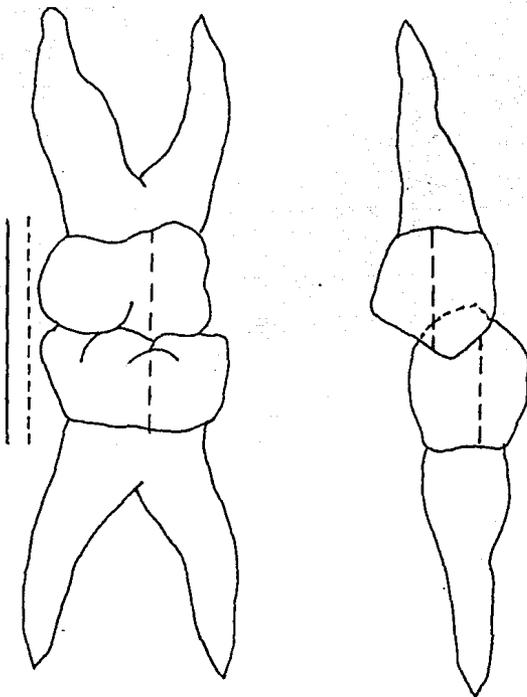
b.- Un plano terminal recto en los 2os. molares temporarios más un espacio primate inferior cerrado por el empuje mesial de los molares temporarios conduce a una oclusión correcta de -- los primeros molares permanentes.

4) Plano terminal con escalón mesial exagerado (largo).

Este plano guía a los primeros molares permanentes a una relación oclusal de clase III .

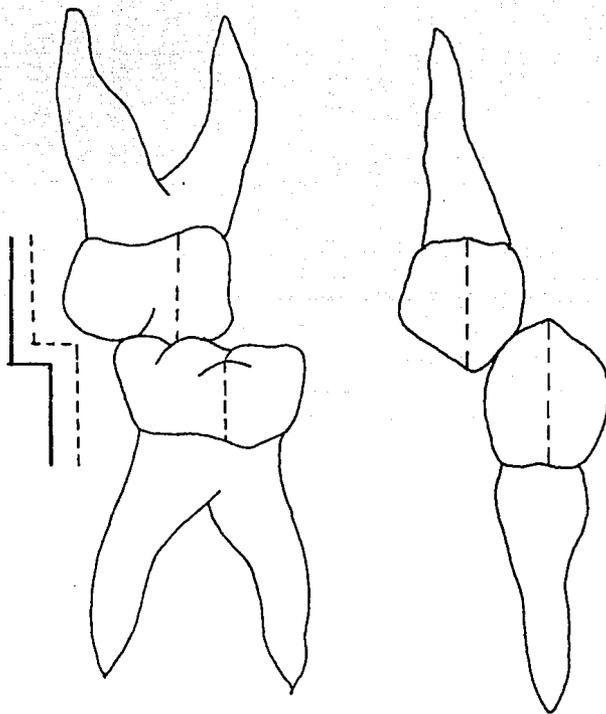
Ocasionalmente en una relación de clase III incipiente, se observa que se aplana el segmento anteroinferior imitando la situación producida por un músculo mentoniano hiperactivo, los caninos están ubicados lingualmente a las superficies distales (en forma de pico de flauta) de los incisivos inferiores y no vestibularmente como en la mayoría de los casos musculares de clase I tipo I.

PLANOS TERMINALES



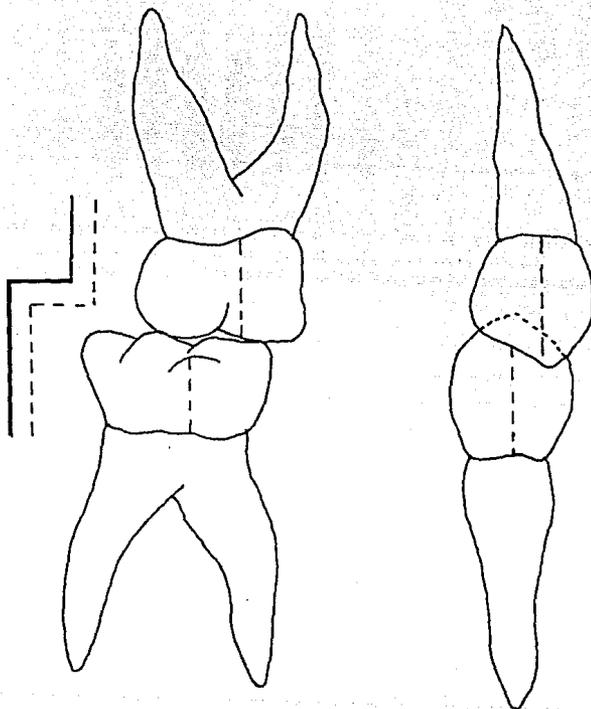
PLANO TERMINAL RECTO (1)

PLANOS TERMINALES



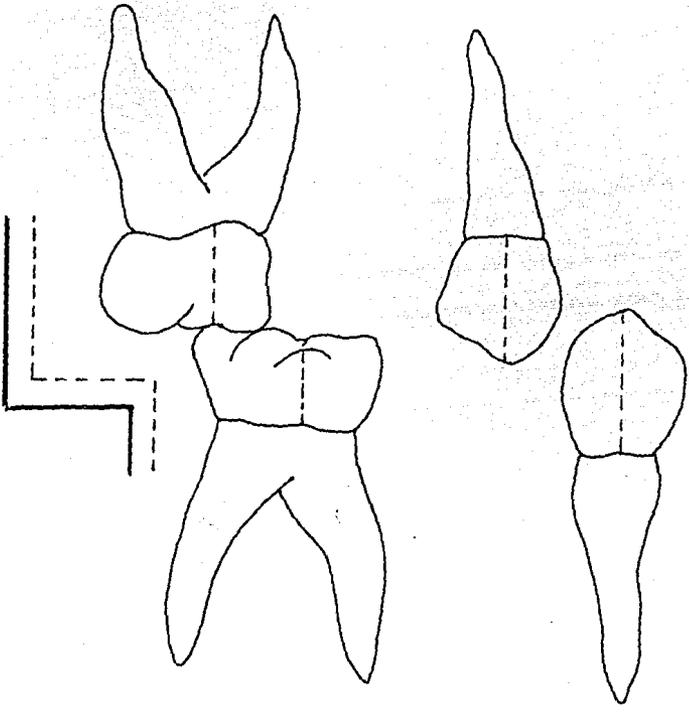
PLANO TERMINAL CON ESCALON MESIAL (3)

PLANOS TERMINALES



PLANO TERMINAL CON ESCALON DISTAL (2)

PLANOS TERMINALES



PLANO TERMINAL CON ESCALON MESIAL EXAGERADO (4)

FACTORES AMBIENTALES DE LA MALOCLUSION

La pérdida de espacio disponible para la erupción, es tal vez el factor más importante y frecuente y se debe a la pérdida temprana de dientes primarios ó por caries interproximales.

Y la lesión se centra según el estadio de desarrollo del diente permanente que va a remplazar al perdido.

Cuando un diente primario se pierde antes que el sucesor permanente haya comenzado a erupcionar (formación coronaria e inicio de la formación de la raíz, es probable que el hueso se vuelva a formar sobre el permanente demorando su erupción. Cuando su erupción está demorada, los otros dientes disponen de más tiempo para correrse al espacio que debiera haber sido ocupado por el diente no erupcionado, y con ésto dando tiempo a los otros dientes para correrse al espacio que debiera ser ocupado por el diente no erupcionado.

En el caso de caries proximal, al perder parte de su corona por caries disminuye su ancho mesio-distal del molar primario y puede resultar en el corrimiento hacia adelante del primer molar permanente.

El complejo interjuego de las fuerzas que operan en las denticiones primaria y mixta hacen imperativo que la integridad del arco dentario sea mantenida en

ese momento.

La construcción del mantenedor varía de acuerdo a las técnicas de fabricación, el material, sus indicaciones, tipos y otros detalles.

Otros problemas asociados con la pérdida temprana de los dientes primarios son:

- 1) Asimetrías de los segmentos posterior y anterior de los arcos dentarios cuando la pérdida es unilateral
- 2) Movimiento anterior de los segmentos posteriores de los arcos y aveces volcamiento y retrusión de los - dientes anteriores, también cuando se pierden uno - ó dos molares permanentes.
- 3) Sobreerupción de los dientes antagonista.

Existen tres pares de fuerzas que son responsables de la correcta posición de los dientes en los arcos - dentarios:

Oclusales-Eruptivas

Mesiales- Distales

Vestibulares-Linguales

Si una de éstas fuerzas falta ó está alterada, se rompe el equilibrio oclusal y se crea un problema de - espacio .

Este problema de espacio alcanza su máxima veloci-

dad dentro de los 6 meses del período que sigue a la -
extracción y en algunos pacientes ésto es visible unos
pocos días después de realizarla.

INFLUENCIA DE LA PERDIDA PREMATURA DE MOLARES TEMPORARIOS SOBRE EL MOMENTO DE ERUPCION DE SUS SUCESORES.

Según estudios realizados niños que tuvieron extracción unilateral de molares temporarios, se concluyó lo que a continuación se presenta:

La erupción de los premolares se demorará en los niños que perdieron sus molares temporales a los 4 ó 5 años de edad ó antes. Si la extracción de los molares temporarios ocurre después de los 5 años de edad, habrá retardo de la erupción de los premolares. A los 8, 9 y 10 años de edad, la erupción de los premolares resultante de la pérdida prematura de las piezas permanentes se acelera mucho.

Se ha observado la producción de mórddida cruzada en el área de molares permanentes y su consecuente migración después de la pérdida de molares temporarios superiores.

También hay una posible extrusión de los antagonistas.

MANTENIMIENTO DE ESPACIO PARA LA ZONA DE INCISIVOS TEMPORARIOS.

Para muchos profesionales no es frecuente la pérdida de espacio en la parte de incisivos, lo cual es falso. Para

evaluar ésto es necesario ver si hay espacio, por lo que - será difícil la migración de dientes adyacentes que cause pérdida de espacio. Sin embargo, los dientes temporales - carecían de diastemas o hay evidencia de insuficiencia de del arco, es casi seguro el colapso en el arco, tras la - pérdida de los incisivos temporarios. Por lo que se procederá a colocar un correcto mantenedor de espacio.

ANORMALIDAD DE LA MUSCULATURA ORAL.

La lengua ubicada en posición anormal en combinación con un fuerte músculo mentoniano puede dañar la oclusión - después de la pérdida de un molar inferior temporario. El resultado será el colapso del arco dentario inferior y una migración hacia distal del segmento anterior, ó apiñonamiento antero inferior en algunos niños, por la continua - presión muscular.

El empuje lingual puede además perturbar la simetría de las porciones anteriores de los arcos superiores e inferiores.

Esta presión anormal del músculo mentoniano durante - la deglución produce una disminución en la actividad de - los músculos masetero y temporal, así también hay un cambio en la inclinación axial de los incisivos, centrales y laterales permanentes inferiores que reducen el espacio - disponible para la erupción de caninos permanentes.

ALTERACIONES DEGLUTIVAS.

La función masticatoria reducida es indeseable desde un - punto de vista nutricional.

Por ejemplo, la pérdida de un primer molar temporal ocasiona una importante pérdida masticatoria seguida a -

menudo por un traslado de la carga masticatoria al lado no afectado de la boca, lo que puede ocasionar un estado de falta de higiene del lado no usado de la boca e inflamación gingival, así como un desgaste disperejo de las superficies oclusales.

ERUPCION RETARDADA DE DIENTES PERMANENTES.

A menudo se ven dientes permanentes que se demoran en su desarrollo y por lo tanto en su erupción.

PROBLEMAS FONETICOS

Los problemas de articulación de palabras, tales como el ceceo, pueden estar presentes, se puede hacer un exámen de dicción para el diagnóstico con sonidos como s, z, c, principalmente en donde el niño encuentra dificultad para encontrar el contacto de lengua-paladar apropiado. La lengua tiende a empujarse a través de la abertura entre los bordes incisales de los dientes anterosuperiores tales como F y V, pueden también sufrir una distorsión, sustitución u omisión. Por lo que se requiere de una evaluación diagnóstica completa, a veces con ayuda de un foniatra.

PROBLEMAS ESTETICOS.

La estética facial tiene un gran efecto sobre la autoestima.

La apariencia ayuda a determinar como actúa el niño en la sociedad, y a su vez, como la sociedad percibe y acepta al niño, especialmente cuando el niño siente la necesidad de ser aceptado por otros niños.

Es por ésto que el Odontólogo deberá resolver los problemas asociados con la estética para garantizar la salud mental de su paciente, mediante la colocación de prótesis provisionales que mejoren el aspecto facial del paciente y le brinden seguridad para vivir en sociedad y que además le garanticen una salud bucal y prevengan problemas a futuro; ya que es responsabilidad del Odontólogo ofrecer a sus pacientes tratamientos multidisciplinario de manera integral.

INTERPOSICION LINGUAL (empuje lingual).

El efecto de una patrón de deglución desviado (también llamado proyección lingual o deglución infantil conservada) puede tener un efecto pronunciado sobre dientes anteriores recientemente erupcionados, los que tienen un pequeño soporte de arco o radicular.

La proyección lingual puede causar o aumentar una -

mordida abierta anterior o empeorar una maloclusión
clase II en desarrollo.

CORRECCION DE HABITOS LINGUALES O DE DEGLUCION.

La posición anormal de la lengua y un movimiento - anormal de ella durante la degución se ha asociado desde hace mucho tiempo con la mordida abierta anterior y también con la protrusión de los incisivos superiores.

La posición anterior de la lengua ha sido llamada con diversos nombres como impulsión lingual, deglución anormal, deglución viceral y deglución infantil. Esto - acarrea tres problemas que son:

- Mordida abierta
- Protrusión de los incisivos (en especial de los superiores).
- Ceceo

En un bebé la deglución normal está caracterizada por una fuerte actividad labial para tomar el pezón y - la ubicación de la punta de la lengua contra el labio - inferior, y la relajación de los músculos elevadores de la mandíbula de manera que la boca se haga grande.

A medida que el niño crece, la activación gradual de los músculos elevadores de la mandíbula hace que ésta sea llevada hacia lo que será al final, el contacto oclusal con los dientes. La transición fisiológica en

la deglución empieza durante el primer año de vida.

Hay niños con posición adelantada de la lengua - durante la deglución que probablemente todavía no hayan aprendido a seguir el patrón adulto.

La posición adelantada de la lengua también puede ser el resultado de problemas en las vías aéreas nasales y faríngeas.

Los foniátras opinán que un niño que proyecta la - lengua durante la deglución, también la proyectará al hablar dando como resultado un ceceo anterior.

La retracción de la lengua mediante terapia miofuncional y aparatología para la deglución normal es de - suma importancia ya que este órgano hace mucho para dar forma al reborde alveolar y ayuda a establecer la inclinación axial de los dientes, particularmente de los incisivos.

A un niño que coopere se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en posición - horizontal que se extiende hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

MANTENEDORES DE ESPACIO

En la dentición primaria el tratamiento para la pérdida dental prematura debe tratarse adecuadamente, ya que se compromete la erupción de los permanentes si se disminuye el espacio en la longitud del arco.

Por lo regular en niños con Síndrome de biberón, se pierden dientes en la zona anterior y posterior. Y el tratamiento difiere mucho en éstas dos regiones.

A menudo se sustituyen los incisivos primarios ausentes por 5 razones:

1. Conservación del espacio
2. Función
3. Fonación
4. Estética
5. Desarrollo óseo normal

Se cita la función masticatoria deficiente como razón para reponer los incisivos primarios faltantes. Ya que por el Síndrome de Biberón hay problemas en cuanto a la alimentación después de quitar los 4 incisivos superiores, lo cual afecta debido a que el niño se encuentra también en pleno desarrollo.

También si el niño comienza a desarrollar el lenguaje, muchos sonidos que se producen mientras la lengua toca la cara lingual de los incisivos superiores se alteran. Sin embargo, si el niño ya adquirió habilidades

fonéticas, la pérdida de un incisivo, no es relevante.

Es tal vez la estética una de las grandes razones para sustituir los incisivos faltantes.

La conservación del espacio, se enfoca de manera principal a la restitución de molares primarios. La pérdida de contactos interproxima por caries, las extracciones o la anquilosis de un diente contiguo causan pérdida de espacio por la migración mesial y oclusal del diente distal al espacio recién formado.

También hay indicios de que el diente mesial al molar afectado migra en dirección distal hacia el espacio. Por lo que vemos que la pérdida de espacio o longitud del arco puede acontecer de ambas direcciones.

La conservación del espacio empieza con buscar una restauración ideal de todos los contornos interproximales.

Hay que mencionar que el mejor mantenedor de espacio es el diente mismo.

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

BANDA Y ANSA.

Indicado para conservar el espacio cuando se pierde un diente en un solo cuadrante. Se indica también cuando hay pérdida bilateral de un molar primario antes de que erupcionen los incisivos permanentes.

Es barato, fácil de elaborar y se ajusta cuando la dentición cambia muy fácilmente.

Una de sus desventajas es que no restaura la masticación.

No impide la extrucción del antagonista.

Deberá revisarse cada año, retirarse examinar el diente pilar, poner fluoruro al diente y volverse a cementar.

La banda debe ir 1 mm. bajo las crestas marginales y se realizará con alambre calibre no. 0.036 pulgadas.

CORONA Y ANSA

Es muy parecido al anterior, sólo que aquí la caries es tan extensa que requiere una corona, y cuando ya no se requiera se corta el ansa.

Sus indicaciones son:

Por pérdida temprana del canino primario ó de un - primer molar primario para prevenir la mesialización - asociada con la erupción del 1er. molar permanente.

La banda y ansa ó corona y ansa son aparatos temporales y deberán después ser reemplazados por un mantenedor de espacio fijo que permita un movimiento natural de los dientes.

ZAPATILLA DISTAL.

Su indicación es para conservar el espacio que deja un 2o. molar primario perdido antes que erupcione el primer molar permanente, de lo contrario el primer molar permanente migrará hacia mesial.

Sus contraindicaciones son:

- Si faltan varios dientes
- Si hay mala higiene oral
- Cuando hay falta de cooperación del paciente y sus padres.

Se realiza colocando una banda en el primer molar temporal, y se solda una ansa al extremo distal de la banda, ésta extensión se localiza 1 mm. debajo de la cresta marginal mesial del 1er. molar permanente incluido. Esta extensión guiará al primer molar permanente.

Se toma radiografía antes de cementar.

Es un aparato temporal que debe ser sustituido por un arco de soporte lingual (inferior) ó arco de Nance - superior ó también un mantenedor de espacio removible.

ARCO LINGUAL.

Se usa como sustituo de corona ó banda y ansa ó zapatilla distal, una vez que se inicia la dentición mixta.

Se coloca ya que han erupcionado los molares permanentes y los incisivos inferiores, para conservar el espacio e impedir la inclinación de los molares permanentes.

Se ponen bandas en dentición primaria en 2os. molares ó en primero molares permanentes en dentición mixta ó permanente y se solda un alambre que va a las dos bandas y descansará en los cíngulos de incisivos de - 1 a 1.5 mm. por arriba del tejido blando.

ARCO DE NANCE.

Este aparato está indicado para el maxilar y está diseñado para mantener la posición del molar, actúa como freno contra la pared de la bóveda palatina.

Aunque el Arco Lingua, como el Arco de Nance no -
satisface los requerimientos de función y estética, las
ventajas contrarrestan esto..

APARATOS SOLDADOS A BANDAS O CORONAS CON DIENTES
ARTIFICIALES;

Estos aparatos restauran la función masticatoria
e impiden la extrusión del antagonista, el paciente lo
usa cuando ha tenido extracciones de dientes
anteriores, consta de frente estético y alambre
palatino, soldado a coronas o bandas.

PROTESIS PARCIALES REMOVIBLES DE ACRILICO.

Este tipo de mantenedor deberá seleccionarse de-
pendiendo de la edad del niño, del grado de cooperación
la higiene oral y del deseo del niño y de sus padres.

Es conveniente la construcción de una prótesis -
parcial para producir una apariencia estética, restau-
rar la función, evitar la fonación anormal y los
hábitos linguales.

Entre sus desventajas estan la rotura del aparato
la cual es frecuente, y si el niño deja de usarlo el
aparato se deshidrata y habrá corrimiento de los

dientes, por lo que tendrá que ser ajustado por el Odontólogo.

PROTESIS COMPLETAS.

Está indicada cuando son extraídos todos los dientes temporales, ya sea por una infección oral diseminada ó por que los dientes ya no pueden ser restaurado.

Estas prótesis devuelven la estética y guían a los primeros molares permanentes hacia su posición correcta.

Cuando los incisivos y los primeros molares permanentes hayan erupcionado puede construirse un mantenedor tipo prótesis parcial ó un arco lingual con la finalidad de mantener el espacio hasta que erupcionen los restantes permanentes.

A CONTINUACION SE MENCIONAN LOS MANTENEDORES
DE ESPACIO DE MAYOR USO:

MANTENEDORES DE ESPACIO	FIJOS	FUNCIONALES	Aparatos sólidos a bandas ó coronas con dientes
		NO FUNCIONALES	Banda y ansa Corona y ansa Zapatilla distal Arco lingual Arco de nance
REMOVIBLES		FUNCIONALES	Prótesis Removibles parciales Prótesis Removibles totales
		NO FUNCIONALES	Aparatos removibles sin dientes

CONTROL DE ESPACIO EN EL ARCO

DIENTE TEMPORAL PERDIDO PREMATURAMENTE	CONSECUENCIAS	APARATO SUGERIDO
Insicivo central lateral inferior; canino inferior	Desviación de la línea media al diente perdido y pérdida de espacio para caninos permanentes.	Arco Lingual
Incisivo central superior	Desviación de la línea media y erupción tardía del permanente (posiblemente).	Prótesis de acrílico
Primer molar superior e inferior.	Mesialización de E y 6	Corona y ansa Banda y Ansa Arco lingual si la pérdida es bilateral.
Segundo molar superior	Mesialización de 6, posible distalización de D y del 4	Corona y ansa Zapatilla distal Arco lingual si la pérdida es bilateral.

SIM, Joseph
Movimientos dentarios menores en niños, p-551; Edit. Mundi, 1980.

CASO CLINICO NO 1

NOMBRE: SERGIO EDUARDO GARCIA LOPEZ

EDAD: 8 AÑOS

Ingresa paciente masculino el día 19 de Junio de 1992 en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM.

El paciente había sido tratado anteriormente en ésta clínica en 1988 y se le realizaron dos mantenedores de espacio removibles superior e inferior respectivamente, fué remitido del IMSS en donde se le extrajeron dientes anteriores superiores y molares inferiores temporales. Con estos datos se procede a iniciar historia clínica.

Según informes de la madre Sergio al momento de nacer tuvo broncoaspiración de líquido amniótico y curso con hipoxia cerebral y convulsiones ocasionandole lesión cerebral irreversible, sufrió paro cardíaco a los dos días de nacido y fué rehabilitado dentro del hospital. Se le practicó colostomía por obstrucción intestinal a los 3 años de edad sin complicaciones, a los 5 años presentó traumatismo en el ojo izquierdo y fué intervenido quirúrgicamente sin complicaciones. Actualmente cursa con Retraso Mental Ligero y trastornos de Lenguaje por lo que acude a una Escuela de Lento

aprendizaje.

A los 5 años de edad padeció de parotiditis sin secuelas. Tres meses atrás el paciente sufrió de amibiasis por lo cual fué tratado con Metronidazol.

En cuanto a sus antecedentes Heredofamiliares la Abuela - Materna es Hipertensa.

En cuanto a su alimentación: La madre informa que regularmente desayuna leche con chocolate y azúcar y pan dulce. Ingiere carne una vez por semana aproximadamente y la cena conciste en leche con algún endulzante y pan dulce. Por lo general ingiere dulces 3 ó 4 veces al día entre comidas.

Sergio es el 2o. hijo de tres hermanos y es el único que presenta este problema dental.

De pequeño nunca se alimentó de seno materno. Su lactancia fué a base de leche en polvo del Sector Salud hasta los 8 meses de edad y después leche de soya aunque no se dió a conocer la marca.

Actualmente a la leche que toma siempre se le agrega - una cucharada de azúcar, chocolate ó miel.

Sergio actualmente se cepilla los dientes una vez al día y a veces es menos frecuente.

A la madre se le ha instruido con la técnica de cepillado adecuada para su hijo, pero no lo hace por que dice -

que el niño no se lo permite, con el cual la madre cree que se le justifica.

1a. CITA.

Sergio se presenta el día 22 de Junio de 1992 a consulta la Madre permanece afuera y a Sergio se le nota tranquilo y seguro.

Se procede a anestesiar el cuadrante inferior izquierdo de manera regional, con un cartucho de citanest, se procede a colocar grapa del número 14 A en el 1er. molar -- permanente y se realiza aislamiento absoluto con el dique de hule y la grapa con seda dental para facilitar su retiro, se procede a la remoción de tejido carioso con fresa de bola y luego una de cono invertido. Una vez -- limpio el diente, se coloca una capa de hidroxido de calcio como base y se procede a colocar la amalgama de I -- clase, se verifica que no intervenga desfavorablemente a la oclusión y se retira el dique y la grapa.

2a. CITA.

Sergio acude a consulta el día 29 de Junio de 1992 y se procede a aplicar anestesia regional en la zona mandibular derecha con citanest.

Se coloca aislamiento en el diente 6 y se procede a la remoción de tejido carioso con fresa de bola y después -- una fresa de cono invertido para dar retención.

Se coloca hidroxido de calcio y se coloca amalgama si---

guiendo el mismo procedimiento como en la anterior cita. Se retira el dique de hule y la grapa y se le cita en una semana.

3a. CITA.

Sergio se presenta el día 6 de Julio de 1992.

Se procede a anestésiar con citanest y técnica suprape--riósitca por infiltración en el 1er. molar superior derecho por palatino y vestibular.

Se coloca grapa del número 14 y dique de hule.

Se procede a la remoción de tejido cariosos con fresa de bola y después una de cono invertido para así colocar -- hidroxido de calcio y posteriormente la amalgama.

Se retira el aislamiento.

Se procede a anestésiar con la misma técnica los dientes centrales superiores temporales y se aplican puntos accesorios para llevar a cabo la extracción de los mismos.

Se debrida con botador recto, después se extraen los restos radicales completos con fórceps infantil para dientes anteriores, se lava con suero fisiológico, se hace presión con algodón en la encía haciendo hemostasia y para junta las láminas óseas y se le dan a la madre las indicaciones postextracciones correspondientes.

Dieta blanda

No comer grasas

No comer cosas irritantes

No exponerse durante tiempo prolongado al sol y
Cepillarse el resto de los dientes

4a. CITA.

Sergio se presenta a consulta el día 20 de Agosto de 1992 y se observa que el área de las extracciones ha cicatrizado favorablemente.

Se procede a anesteciar con citanest y técnica suprape---rióstica por infiltración el canino temporal superior izquierdo, se procede a hacer remoción de tejido carioso -- como en anteriores dientes y con una fresa de punta de lápiz se hace la preparación correspondiente para una corona Acero-Cromo que es cementada con cemento de fosfato de zinc mediante aislamiento relativo con rollos de algodón.

5a. CITA.

Acude a consulta el paciente el día 24 de Agosto de 1992, y se procede a anesteciar con citanest el primer molar -- permanente superior izquierdo mediante técnica suprape---rióstica por infiltración, se remociona el tejido carioso y se procede a hacer preparación para corona Acero-Cromo con una fresa de punta de lápiz se cementa la corona con cemento de fosfato de zinc mediante aislamiento relativo con rollos de algodón.

6a. CITA.

El paciente se presenta el día 28 de Septiembre de 1992, Se procede a anestesiar con técnica suprapariostica por infiltración en el canino temporal superior derecho con citanest, se hace la remoción de tejido cariioso y se -- procede a prepara el diente para colocar una corona de acero-cromo, misma que es cementada con fosfato de zinc. Se le toman impresiones con alginato para realizar mantenedor de espacio inferior y superior.

Se reliza profilaxis con pasta abrasiva a todos los dientes de Sergio y se aplica Fluoruro de gel.

Se le indica a la madre que el tratamiento no está terminado puesto que Sergio requiere de mantenedores de espacio nuevos ya que se le pide a la madre que realice el cepillado dental de Sergio y que estos mantenedores de - espacio ayudaran a corregir las consecuencias del Síndrome de Biberón.

7a. CITA

Sergio se presenta el día 30 de Octubre y se le toman -
impresiones con alginato para realizar prótesis
removibles.

8a. CITA.

Sergio acude a su última cita en donde se le colocan sus
mantenedores de espacio tanto superior como inferior.
Siendo el superior un mantenedor que lleva tornillo de -
de expansión y ganchos circulares con alambre de Wipla.
El mantenedor inferior consiste en ganchos circulares en
los primeros molares permanentes y contiene dos adita-
mentos omega para colocar ligas y así lingualizar los -
dientes anteriores inferiores.
Ambos mantenedores fueron realizados con acrílico auto-
polimerizable.

CASO CLINICO No. 2

NOMBRE: SONIA CONTRERAS ALEJANDRO

EDAD: 5 AÑOS

Paciente que se presenta al Servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM el día 3 de -- Septiembre de 1992 por ser remitida de un dispensario - de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Sonia fué atendida en 1990 en el Instituto Mexicano - del Seguro Social en dónde se le cito en varias ocasio- nes y de las cuales solo le hicieron una curación en un molar de todas las veces que fué citada.

En Abril de este año sonia es atendida en el dispen- sario mencionado en donde se le realizan extracciones - de dientes anteriores de lateral a lateral, pero al que- rer continuar con el tratamiento la paciente opone re- sistencia y es remitida a este lugar.

Sonia es acompañada por su Papá y se lleva a cabo la elaboración de la Historia Clínica.

Es una paciente con Antecedentes Heredo Familiares sin - Datos Patológicos.

Su vida intrauterina no presentó ningún problema al - igual que su nacimiento.

Su alimentación desde pequeña inicia con leche indus-

trializada, ya que no tomo leche materna.

Después continúa con alimentación balanceada pero aún con el biberón hasta los 5 años. Y nos comenta el -- Papá que era más frecuente en las noches y agregaban algún chocolate ó endulzante a la leche.

Se le indica al Papá que a partir de esta cita ten drán que cooperar con nosotros retirandole el biberón y así poderle ofrecer una más rápida rehabilitación.

Se le envía al Servicio de Radiología para que le - sean tomadas dos radiografías una Lateral de Cráneo y otra Ortopantomográfica para que nos sirvan como méto- do Diagnóstico.

la. CITA

Sonia acude a su primera cita en compañía de su Abueli ta y se le nota muy aprensiva y temerosa, se le sienta en el sillón dental y con mucho trabajo se deja llevar a cabo la exploración bucal.

Con espejo se revisa la cavidad oral y encontramos en - maxilar superior una zona edéntula de lateral a lateral bien cicatrizada, también se encuentra caries en los -- dientes D , D , y E.

En la mandíbula en los dientes C , B, A y A, B, C pre-- senta destrucción total de coronas por caries de 4o. -- grado. y en dientes posteriores hay dos molares con ca-- vidades obturadas con óxido de zinc y eugenol muy desgasa

tadas.

En la zona de tejidos blandos se puede observar una en-
cía edematosa tanto en superior como en inferior pero -
también presenta en la zona de dientes inferiores ante-
riores una fístula a nivel de central inferior derecho.
En ésta cita presentan las radiografías solicitadas para
diagnóstico y se observa un canino inferior retenido el
cual se presenta en posición horizontal en la mandíbula.
Con todo lo anterior se le diagnostica "Síndrome de
biberón con Secuelas".

Para la próxima cita se le premedica con medicina homeo-
pática (Chochos de Ignatia con Passiflora a la 30 cc y
Penvi K suspensión, una c. cada 6 horas durante 5 días.

2a. CITA.

29-IX-92.

Se presenta Sonia más tranquila y se procede a iniciar -
su tratamiento, tomando modelos de estudio y radiogra-
fías periapicales.

Después se procede a anestésicar la región mandibular con
un cartucho de Xilocaína y se trabaja el cuadrante infe-
rior derecho, se aísla con dique de hule y grapa no. 14
en el diente E en donde se hace remoción de tejido ca-
rioso con fresa de bola y después se le da retención con
una fresa de cono invertido, y preparada la cavidad se -
le coloca hidroxido de calcio y se retiran excedentes -
para colocar después la amalgama.

Como también se encuentra aislado el primer molar inferior derecho se procede a hacer remoción de tejido cariioso y con fresa de bola se realiza pulpotomía, hasta extirpar toda la cámara pulpar. Se lava con suero fisiológico y se coloca un algodón limpio para secar la cavidad bajo presión y así depositar un algodón con formocresol previamente exprimido y se le dejara 5 minutos hasta que no presente sangrado alguno y se obturó con oxido de zinca y eugenol, dejando así el diente preparado para colocar una corona Acero-Cromo en la próxima cita.

Se le quita el dique de hule y se le realizan las extracciones seriadas de los dientes: central, lateral y canino inferior derecho.

Para ésto se refuerza con anestesia en puntos accesorios y se empieza a debridar la encía con el elevador recto y se extrae uno por uno con un fórceps infantil para dientes inferiores.

Finalmente se obtienen los tres dientes con raíces completas y se hace presión para cohibir el sangrado y juntar las láminas óseas.

A la madre se la dan las indicaciones posteriores , para el cuidado de las extracciones .

Además también se le indica que deberá cepillarse el resto de los dientes.

3a. cita.

8-X-92.

Se presenta la paciente sin haber sido premedicada como en la anterior cita y se le ve más tranquila.

Se procede a colocar anestesia regional para trabajar - el cuadrante inferior izquierdo y solo se utiliza un cartucho de xilocaína.

Se coloca aislamiento con dique , para así realizar pulpotomía en el diente E, como el anterior procedimiento - Terminada la pulpotomía a este diente se le colocará una corona acero cromo .

Se retira el dique de hule y con una fresa de punta de lápiz de diamante se hacen los desgastes necesarios a dicho diente para así colocar la corona de acero cromo. Se cementa la corona con Oxifosfato ó Cemento de fosfato de Zinc quedando correctamente ajustada.

Se colocan puntos accesorios de anestesia en los dientes central, lateral, canino y primer molar temporal inferior izquierdo para extraer los restos radiculares en el menor tiempo posible.

La paciente se muestra tranquila y se le dan indicaciones como en las extracciones anteriores.

4a. CITA.

13-X-92

En ésta cita se le coloca solamente una corona al diente

primer molar inferior derecho y se le cementa con fosfato de zinc poniendo solamente puntos accesorios al rededor del diente.

5a. CITA.

28-X-92

Se procede a anestesiar con técnica supraparióstica por infiltración en el maxilar superior en los dientes primer molar y segundo molar superior derecho.

Se aísla con dique de hule y grapa no. 14 colocando seda dental en el diente primer molar y se realiza pulpotomía.

Y en el 2o. molar se realiza cavidad para amalgama colocando hidroxido de calcio como base.

29-X-92

Se presenta la abuelita este día para avisar que Sonia - presenta algodoncillo (Moniliasis) por lo que se le da nueva cita y se le sugiere que le pongan toques de agua oxigenada .

7a. CITA.

3-X-92

En esta cita se procede a anestesiar los dientes primer y segundo molar superior izquierdo con técnica supraparióstica por infiltración en cada diente y con una fresa de punta de lápiz se le hacen los desgastes necesarios para colocar así coronas de acero cromo, cementando con fosfato de zinc.

Así mismo se procede a hacer profiláxis y aplicación de fluoruro en gel.

8a. CITA.

5-X-92

Se le toman impresiones para poder realizar sus mantenedores de espacio para guarda el espacio de los dientes extraídos prematuramente.

El mantenedor superior se lleva a cabo con acrílico autopolimerizable con ganchos de adams en los primeros - primolares con alambre no. 28 y colocando dientes anteriores (de lateral a lateral).

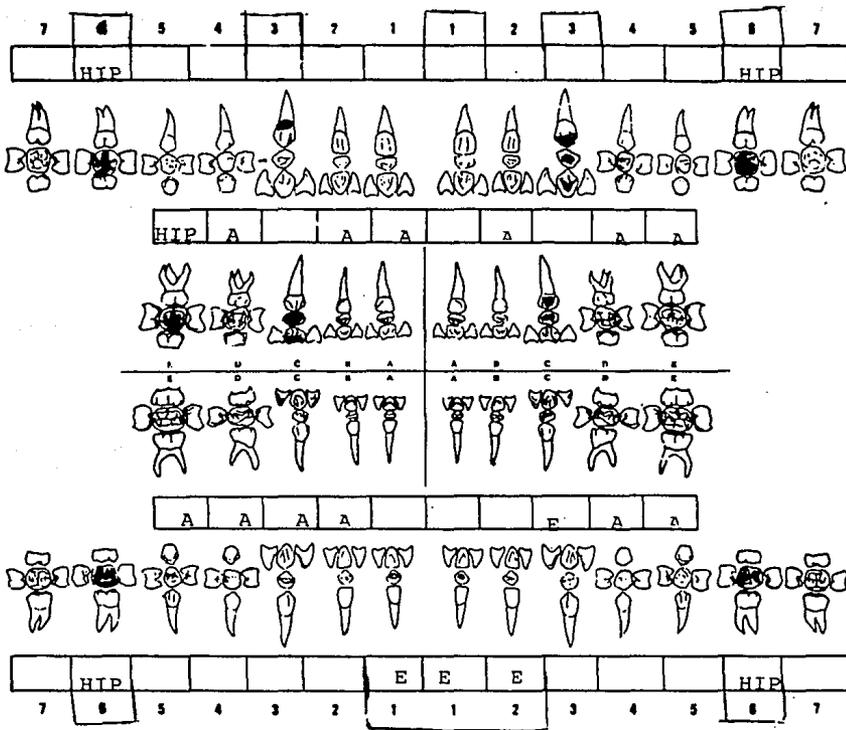
El mantenedor inferior también se elabora con el mismo material y ganchos Adams en los 2o. molares temporales y se sustituye el 1er. molar izquierdo, no sustituyendo dientes anteriores debido a su erupción.

Se coloca banda lingual para evitar que el mantenedor se fracture.

Este mismo día son colocados los mantenedores siendo rehabilitada integralmente la paciente.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL



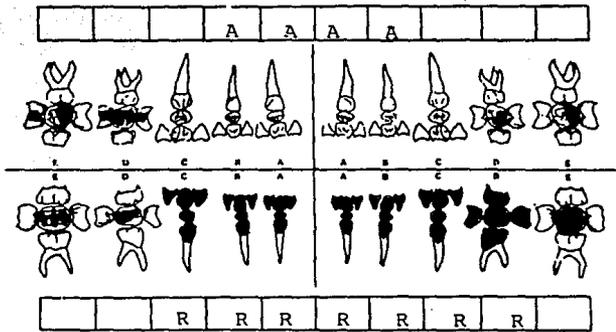
Caries
 A= Ausente
 E= Erupcionado
 HIP= Hipolasia del esmalte

NOMBRE: SERGIO EDUARDO GARCIA LOPEZ

EDAD: 8 AÑOS

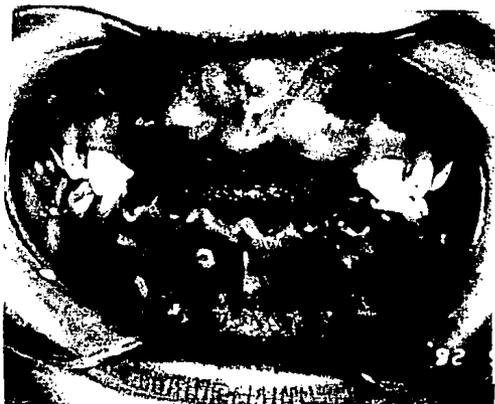
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL



- Caries
- R= Restos Radiculares
- A= Ausentes

NOMBRE: SONIA CONTRERAS ALEJANDRO
 EDAD: 5 AÑOS



Paciente femenino de 5 años de edad con caries de 4o grado y fístula del central inferior derecho como consecuencia de -- "SINDROME DE BIBERON" (Fig. 1)



Acercamiento de la misma paciente, observese la situación de los restos radiculares. (Fig. 2)



Misma paciente con secuela de Moniliasis, al eliminar la lesión blanquecina, el área de la lengua se pone en carne viva y sangra. (Fig. 3)



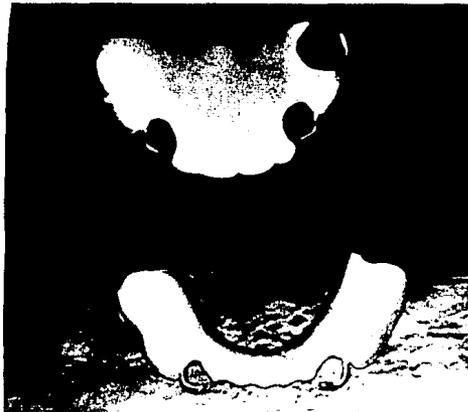
La misma paciente dos semanas después de habersele realizado extracciones de dientes temporales anteroinferiores y primer molar izquierdo. Notese la rápida erupción de los centrales permanentes. (Fig. 4)



Paciente masculino de 8 años de edad rehabilitado con coronas de acero cromo y amalgamas. (Fig. 7)



Mismo paciente listo para ser rehabilitado con prótesis removibles debido a la maloclusión de los dientes. (Fig. 8)



Mantenedores de Espacio realizados en acrílico autopolimerizable en 1988, actualmente el paciente no los usa. (Fig.9)

CONCLUSIONES.

Se atendieron en ésta clínica tres casos de niños con problemas y consecuencias de Síndrome de Biberón donde - se concluyó lo siguiente:

El Síndrome de biberón es una enfermedad que se desarrolla sobre todo por la ingestión de leche endulzada por tiempo prolongado, siendo la caries el resultado principal que se encarga de la destrucción y desmineralización de -- los dientes como consecuencia de la gran ingestión de hidratos de carbono.

Las consecuencias que deja éste síndrome son muy importantes ya que afectan no solo a los dientes ino en sí a to da la cavidad oral y su función.

También se observó que Psicologicamente afecta al paciente ya que por estética y función digestiva trae muchos proble mas.

Esto se debe también a la poca información difundida so bre todo a padres de familia quienes no saben de esta enfermedad ó Síndromes.

Por todo esto es muy importante que el Cirujano Dentista identifique de inmediato a un niño que presente dicho-- Síndrome ó cuando inicie para así poder llevar a cabo su-- prevención o rehabilitación.

CONCLUSIONES.

Es obligación del Odontólogo efectuar un exámen completo del paciente y presentar el Plan de tratamiento a los Padres, éste debe incluir un plan de prevención que garantize un programa de salud oral integral.

Aún los padres de ingresos más moderados deberán hallar - junto con el Odontólogo los medios para el tratamiento.-

Ya que los padres son parte esencial en el éxito del - tratamiento, puesto que de ellos depende la higiene bucal y el que halla una reducción de carbohidratos en la dieta del niño.

Ha habido recientes progresos en al Odontología Pediátrica, los cuales han simplificado y además facilitado los tratamientos, es por ésto que el Odontólogo está obligado a enfrentar éstos problemas y a remitir a los - pacientes con especialistas.

En ésta obra se trataron tres casos clínicos de niños con problemas severos de oclusión por pérdida prematura de - dientes temporales por Síndrome de Biberón así como alteraciones estéticas, musculares, fonéticas y deglutivas. y a pesar de la poca cooperación de parte de los padres se pudo guiar el desarrollo dentario de los niños durante la etapa de la dentición tempora y mixta para llevarlo a una oclusión normal al final del tratamiento y en completa - salud oral.

BIBLIOGRAFIA.

Mc. DONALD AVERY, Odontología Pediátrica y del Adolescente
Editorial Médica Panamericana; 2a. Edición Argentina 1990.
p-848.

SIM, JOSEPH. Movimientos dentarios menores en niños
Editorial Mundi; SAIC y F. 2a Edición, Argentina 1980
pp.551.

PINKHAM, J.R. Odontología Pediatrica.
Editorial Interamericana, Mc Graw Hill. 1a. Ed. en español
México 1991. pp.566.

FINN, SIDNEY. Odontología Pediátrica
Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1a. Edición-
en español; México 1983;pp.613.

BENGT. O MAGNUSSON, "Odontopediatría" Enfoque sistemático
Editorial Salvat, 1985.pp. 11.