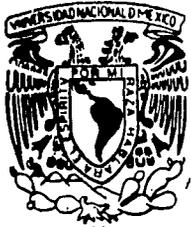


296
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ALTERACIONES EN LA OCLUSION POR PERDIDA
PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES EN
NIÑOS DE 3 A 10 AÑOS**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
MARIA ESTELA MENDOZA LOAIZA
CARMEN MEDINA ROLDAN**

Cd. Universitaria

México 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.

TEMARIO.

I.- INTRODUCCION.

II.- APOYO BIBLIOGRAFICO.

III.- MATERIAL Y METODOS.

IV.- RESULTADOS.

V.- DISCUSION.

VI.- CONCLUSION.

VII.- APENDICE.

VIII.- BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N .

Este trabajo está enfocado a niños con problemas causados por extracciones Prematuras, principalmente de los Dientes Anteriores Superiores y Molares Inferiores Temporales, para nuestra investigación - necesitamos la cooperación de 25 niños que acudieron a la Clínica Periférica Milpa Alta de la Facultad de Odontología, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Nuestra Principal Inquietud es observar que importancia tiene la colocación de un Mantenedor de Espacio pocos días después de haber realizado las Extracciones Prematuras. Ya que anteriormente en esta población habíamos observado que los niños perdieron espacio para que los dientes de Segunda Dentición hicieran erupción adecuada, en algunos casos ya existía retención prolongada.

Creemos que es de suma importancia ya que en la niñez es cuando se debe detectar problemas como los que antes mencionamos porque se pueden controlar a Temprana Edad, lo que nos evitará problemas de Maloclusión en la Edad Adulta o en algunos casos, problemas en la Articulación Temporomandibular.

Ojalá que todo Cirujano Dentista pesará en estos problemas antes de realizar Extracciones a Temprana edad porque:

"Vale más un poquito de precaución, que cerros de Curación".

(Dr. Gregory E. Romriell).

MILPA ALTA:

La palabra Milpa Alta proviene del Mexicano de Milli Sementer y Pa-en que significa "En la sementer o sembrado" "Sementer de Maíz".

Según documentos, relatos, crónicas y citas de historiadores que datan de 1492, se le llamó Malacachtepec Momochco en Náhuatl, que significa "lugar rodeado de cerros"

En 1929 un documento con explicaciones en Náhuatl presenta un valioso plano de la población donde se observa que ya para esa fecha -- contaba con once cuadras de largo y siete de ancho, con una superficie del 18% con 279 Km² y ocupa el segundo lugar en extensión en seguida de la Delegación Tlalpan y el 82% restante es para las demás Delegaciones Políticas del Distrito Federal.

Sus límites: Al norte con la Delegación Tláhuac y Xochimilco; al Oriente con el Estado de Morelos y al Poniente con la Delegación Tlalpan.

Es una región montañosa de naturaleza volcánica asentada en las estribaciones de la cerranía del Ajusco, lo que hace que su topografía sea abrupta a más de 2300 m de altura sobre el nivel del mar, su clima es templado con lluvias de esto, su temperatura varía en 10 y 17°C y puede variar de una temperatura máxima de 30.5 a una mínima de 0.5°C.

Los vientos dominantes son del Noreste con variación en invierno que sopla de Sur a Norte, sus suelos de arenas volcánicas son adecuados para la agricultura del maíz alternada con leguminosas que enriquecen o mantienen el nitrógeno del suelo como: frijol, alfalfa, haba, alberjón o chícharo, el agua de la lluvia se filtra en los pedregales.

Se encuentran abundantes bosques mixtos de cedros, madroños, oya meles, ocotes y encinos.

La población según los datos proporcionados por la Secretaría de la Reforma Agraria y por resolución presidencial el 23 de Abril de -- 1952 publicada en el Diario Oficial de la Federación del 17 de Octubre del mismo año, relativa al conflicto de los límites de bienes comunales fue reconocido el poblado de Milpa Alta con una superficie de -- 179 944 000 hectáreas de donde 79 480 000 corresponden a las pequeñas propiedades en los poblados y 99 960 000 de terrenos cerriles con monte alto y porciones laborables de terrenos comunales, este fallo fue ejecutado totalmente el 17 de enero de 1957.

Milpa Alta es la cabecera de la Delegación del mismo nombre y -- distribuida en 10 pueblos y en barrios, que son:

- 1) SAN AGUSTIN, OHTENCO. "Lugar junto al camino"
- 2) SAN SALVADOR, CUAUHTENCO. "Lugar de leñadores"
- 3) SAN ANTONIO, TECOMITL. "Olla de piedra"
- 4) SAN BARTOLOME, XICOMULCO. "El ombligo de las laderas"

- 5) SAN FRANCISCO, TECOZPA. "Lugar de piedras amarillas"
- 6) SAN JERONIMO, MIACATLAN. "Lugar de carrizales"
- 7) SAN JUAN, TEPENAHUAC. "Cerro cercano al agua"
- 8) SAN PABLO, OXTOTEPETL. "Cerro de cuevas"
- 9) SANTA ANA, TLACOTENCO. "Lugar de breñales"
- 10) SAN PEDRO, ATOCPAN. "Lugar de planicies"

BARRIOS:

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) SANTA MARTHA | b) SANTA CRUZ |
| c) SAN MATEO | d) LOS ANGELES |
| e) LA LUZ | f) LA CONCEPCION |

Milpa Alta se asienta a una altitud de 2,412 m sobre el nivel del mar.

La población se estimó en 201,320 el número de habitantes, según los datos estadísticos del último censo y con base a esto se puede decir que forma parte de la población total del D.F., presenta una densidad baja, poca gente proviene de los estados, la distribución por sexos es equilibrada, las familias actualmente se componen entre 2 ó 7 personas en promedio, el dialecto Náhuatl clásico aún, es hablado -- por muy poca gente de los pueblos de alrededor, se realizan varias -- fiestas anuales de tipo religioso en un 80 ó 85%.

El comercio es la fuente principal del trabajo del pueblo de Villa Milpa Alta, principalmente la explotación del nopal, el mole, artesanías, etc., cuenta con muy buenos servicios públicos como: farma-

cias, telégrafo, luz y fuerza, banco, delegación, tesorería, un Hospital Regional, el DIF y una Clínica Periférica perteneciente a la UNAM en la especialidad de Odontología, y pequeños establecimientos pertenecientes a abarrotes y otros, escuelas como son Kinder, Primaria, Secundaria, Colegio de Bachilleres y Escuelas a nivel profesional.

Las vías de comunicación por carreteras y camino se comunican al Estado de México, por San Antonio Tecómitl a la Delegación Tláhuac, otro a Santa Ana, San Pedro, San Pablo, San Salvador, Santa Cecilia - Tepetlapa ya perteneciente a la Delegación Xochimilco, otra vía reciente es la carretera a Oaxtepec, Edo. de Morelos, vecino de Milpa Alta, la carretera a la Ciudad de México, se terminó en el año de 1929. (XI)

CLINICA PERIFERICA MILPA ALTA
ODONTOLOGIA U.N.A.M.

Fue inaugurada por el Dr. Manuel Pey García, el día 9 de Junio de 1974.

Hicieron acto de presencia los Cirujanos Dentistas José Luis -- Zimbek Escobedo, Coordinador de Clínicas Periféricas y Anselmo Apodaca Lugo, Jefe de Enseñanza de la misma Clínica y demás autoridades de la Escuela.

Esta clínica se encarga de dar atención de salud dental a perso-

nas de 16 pueblos circunvecinos que periodicamente visitan, para brin
darles servicios generales de asepsia bucal. (XIII)

II.- DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS DEL CRANEO Y DE LA CAVIDAD BUCAL.

Tanto el crecimiento como el desarrollo son inseparables; uno por ser aumento de tamaño y el otro el progreso hacia la madurez.

La vida prenatal puede dividirse en tres periodos.

1.- Periodo del huevo (desde la fecundación hasta finalizar el día 14), consiste primordialmente en la segmentación del huevo y su inserción a la pared del útero, al finalizar este periodo, la longitud del huevo es de 1.5 mm y dá comienzo la diferenciación cefálica.

2.- Periodo embrionario (del día 14 al día 56). 21 días después de la concepción el embrión humano tiene una longitud de solo 3 mm de largo entonces es cuando la cabeza empieza a formarse, la cual está compuesta por el prosencéfalo, que en su porción inferior se convertirá en la prominencia o Jiva Frontal que se encuentra encima de la hendidura bucal en desarrollo, rodeando lateralmente esta hendidura se encuentran los procesos Maxilares rudimentarios.

La cavidad bucal rodeada por el proceso frontal, los dos procesos maxilares y el arco mandibular en conjunto se denomina Estomodeo.

Entre la tercera y octava semana de vida intrauterina, se profundiza la cavidad bucal primitiva y se rompe la placa bucal, compuesta por dos capas (el revestimiento Endodérmico del intestino anterior y

el piso Ectodérmico del Estomodeo).

Durante la cuarta semana es fácil ver el Ectodermo a cada lado de la prominencia frontal.

Estas placas nasales o engrosamientos, posteriormente darán forma a la mucosa de las fosas nasales y el epitelio olfatorio.

Las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia frontal para formar el maxilar superior.

La depresión que se forma en la línea media del labio superior se llama Filtrum y nos indica la línea de unión de los procesos nasales medios y maxilares.

En la quinta semana de vida del embrión humano se distingue fácilmente el arco del maxilar inferior rodeando el aspecto caudal de la cavidad bucal.

La función de los procesos maxilares sucede en el embrión de 14.5 mm durante la séptima semana.

Al finalizar la octava semana, el paladar primario se ha formado y existe comunicación entre las cavidades nasal y bucal, a través de las Coanas primitivas, el paladar primario se desarrolla y forma la Premaxila, el reborde alveolar subyacente y la parte interior del --

labio superior. En este momento la cabeza comienza a tomar proporciones humanas.

3.- Periodo Fetal (aproximadamente del día 56 hasta el día 270 del nacimiento).

Entre la octava y la decimosegunda semana el feto triplica su longitud de 20 a 60 mm . Aumenta de tamaño el Maxilar Inferior y la relación Anteroposterior Maxilomandibular se asemeja al recién nacido, los cambios principales en estos dos últimos trimestres son principalmente aumento de tamaños y cambios de proporción.

En esta etapa nos interesa la zona de la evolución dentaria, el Maxilar y la Mandíbula, el maxilar se divide en dos áreas basándose en la relación con el Nervio Infraorbitario:

- 1) Areas Neural y Alveolar.
- 2) Apófisis Frontal Cigomática y Palatina.

El maxilar es un hueso membranoso importante clínicamente por la diferencia en la reacción de los Huesos Membranosos y Endocraneales a la presión.

Para la mandíbula la Placa Alveolar se alarga más rápidamente que la rama, la relación entre la longitud de la Placa Alveolar y la longitud Mandibular total es casi constante, la anchura de la placa alveolar aumenta más que la anchura total, la relación de la anchura en

tre el ángulo de la mandíbula y la amplitud total es casi constante -
durante la vida fetal (V).

DESARROLLO DE LA PRIMERA DENTICION.

El ser Humano presenta dos denticiones, la primera formada por 20 dientes, de forma y tamaño adecuado a las necesidades fisiológicas requeridas y se les llama dientes Fundamentales o dientes Infantiles, la segunda formada por los dientes de Adulto y que sustituyen a la infantil, que cubre las necesidades mayores.

La especialidad que se ocupa de la Dentadura Infantil se denomina Odontología Infantil o Paidodoncia. Esta dentadura se ha denominado de diferentes formas lo que conduce frecuentemente a interpretaciones -- erróneas en perjuicio de su conservación saludable, estas nomenclaturas provocan confusiones lamentables como son: dientes de leche, mamonés, cáducos, deciduos, temporales, dentadura infantil, lo impropio - de estas denominaciones es su interpretación, que hace suponer que en realidad tienen menor tiempo de actuación y menor importancia real, - por el hecho de que van a ser reemplazados por los dientes de la segunda dentición.

Estos nombres incorrectos hacia la Dentadura Infantil dan lugar de que a menudo encontremos niños con dientes afectados con caries, - convirtiendo su boca en un verdadero foco de infección que puede poner en peligro hasta la vida, debido a la ignorancia, negligencia y - falta de higiene, esta dentadura algunos de sus dientes alcanzan hasta diez años de vida en función, cubriendo por completo la edad Infantil,

lo que no permite denominarla como dentadura temporal. Dientes infantiles o Fundamentales debe ser su denominación correcta, además presentan otras características como: color, forma y tamaño.

PROCESO DE EXFOLIACION O CAMBIOS DE DIENTES.

Es un proceso Fisiológico lento en el cual resuelve el problema-dimensional de la continuidad del arco dentario al crecer el esqueleto.

A los cuatro años las raíces de esta dentadura están totalmente formadas, el saco dentario ha concluido su actuación al terminar la formación del ápice de los cuerpos radiculares y las coronas de la edad adulta están casi terminando de mineralizarse y están principiando los movimientos de erupción, los músculos masticadores del niño -- van tomando fuerza, siendo el impacto mayor, el aparato digestivo va siendo gradualmente asentado en su capacidad funcional debido al trabajo de masticación existe mayor desgaste en las áreas de trabajo de los dientes de primera dentición. El proceso alveolar distalmente se amplía para ser ocupado por el primer molar de la Segunda Dentición en cada cuadrante, el arco dentario aumenta anteriormente su tamaño y dá lugar a que los dientes de Primera Dentición se separen formando - pequeños Diastemas cubriendo el espacio que les corresponde.

Al llegar la Corona de un diente a su completa formación se inicia un movimiento áxial hacia el exterior que se denomina movimiento de erupción, la presencia Adamantina de la Corona terminada provoca -

Histolisis a su alrededor y al erupcionar los dientes de adulto el hueso se desorganiza y se reabsorbe análogamente con las raíces de -- los dientes infantiles, aparecen unas zonas de células (Osteoclastos) que realizan la destrucción del tejido dando un espacio que es ocupado por el diente en erupción.

El movimiento de erupción orienta de manera que la corona del -- diente avanza axialmente en posición apical del que va a reemplazar - hasta su caída.

El movimiento de la Dentadura Infantil es mucho más rápido ya que el folículo solo está cubierto por tejido tegumentario sin Hueso en - la cara oclusal o borde incisal.

DATOS QUE DIFERENCIAN A LOS DIENTES DE PRIMERA DENTICION DE LA SEGUNDA.

FORMA:

Esta difiere ligeramente en sus rasgos generales que los de adulto, la corona es más pequeña y redondeada, cúspides más agudas, bordes más afilados, el esmalte que los cubre es de mayor grosor uniforme, por lo que es probable que se vean más translúcidos y de color blanco lechoso, la dentina más delgada comparada con las paredes dentarias de la - segunda dentición y posee una gran flexibilidad y menor mineralización, la cámara pulpar muy grande con poca actividad para producir dentina de defensa, probablemente debido a la mucha actividad de todo el organismo por el desarrollo y que se está mineralizando todo el esqueleto, además

de las dos denticiones, el Cuello Anatómico es limitado por la terminación brusca del esmalte que nunca se expone al exterior en casos normales, la corona clínica más pequeña que la anatómica, con algunas excepciones, el cuello forma parte de la raíz cubierta por la encía, en los dientes anteriores el tronco se continúa con la raíz formando un solo cuerpo, el cuello de estos dientes es fuertemente estrangulado en forma anular y homogénea, sin festones en las caras proximales la posición y forma del cuello y la relación que tiene en cada diente con la corona es importante para la clínica operatoria, en relación con alguna reconstrucción y la que debe cuidar la región cervical.

En molares su bifurcación radicular se efectúa inmediatamente en el cuello, no existe tronco radicular, raíz obligada debido a que en el espacio intrarradicular se encuentra el folículo de un premolar desarrollándose, la raíz de cada diente es muy especial, en anteriores en forma de bayoneta, con ápices inclinados hacia labial, en posteriores es muy aplanada y ancha como una lámina. (III).

res superiores con los segundos molares inferiores.

El arco temporal generalmente termina en un mismo plano formado por las superficies distales de los segundos molares infantiles, en sentido vertical los dientes superiores sobrepasan la mitad de la corona de los inferiores o pueden cubrirla casi totalmente, lo que es normal en la oclusión infantil. La posición normal de los dientes incisivos infantiles es casi perpendicular al plano oclusal, en sentido vestibulolingual los dientes superiores deben sobrepasar a los infantiles quedando las cúspides linguales de los molares superiores -- ocluyendo en el arco anteroposterior que separa las cúspides vestibulares de las linguales inferiores.

OCCLUSION EN DENTICION MIXTA.

Esta se extiende entre los 6 y los 12 años, es un período especial de importancia en la etiología de las anomalías de la oclusión, durante estos años se realiza una serie de procesos complicados que conducen al cambio de los dientes infantiles por los permanentes y se establece la oclusión normal definitiva. Los primeros molares erupcionan deslizándose sobre las caras distales de los segundos molares infantiles, colocándose en una oclusión de cúspide a cúspide, normal en esta época, a la exfoliación de los molares infantiles, los molares -- de los 6 años migran hacia mesial, siendo mayor el movimiento del inferior y obteniéndose la relación de oclusión normal definitiva; la -

- 16 -
O C C L U S I O N

Es el cierre de las arcadas dentarias e incluye los diversos movimientos funcionales de los dientes tanto superiores como inferiores en contacto, además la palabra oclusión, se emplea para designar la alineación anatómica de los dientes y sus relaciones con el resto del aparato masticador.

En niños recién nacidos el rodete alveolar presenta forma circular, forma que se mantiene hasta la erupción de los dientes infantiles, es normal la existencia de espacios entre los incisivos llamados: "ESPACIOS DE CRECIMIENTO", otro tipo de espacio es el llamado "PRIMATE", que se encuentra entre los incisivos y caninos tanto superiores como inferiores. Espacios de importancia muy especial en el cambio de dentición permiten los movimientos mesiales al erupcionar el primer molar dándole una posición normal de oclusión.

O C C L U S I O N EN DENTICION TEMPORAL.

Nos referimos a la Relación Céntrica o posición en que se colocan los dientes del arco dentario inferior con respecto a los dientes del arco superior, ejerciendo la mayor presión sobre los molares, quedando en posición normal la articulación Temporomaxilar. En esta dentición cada diente superior debe ocluir mesiodistal al respectivo diente inferior y el que le sigue, excepto a esta regla son los incisivos centrales inferiores, los cuales ocluyen con los centrales superiores debido al diámetro mesiodistal de su corona, los segundos mola

cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluirá en el surco que separa las dos cúspides vestibulares del primer molar inferior.

BAUME.- Dice: el cambio de oclusión se atribuye al cierre del es pacio primate de la mandíbula por presión hacia mesial del primer molar inferior al hacer erupción quedando directamente los primeros molares permanentes en oclusión normal definitiva, si ha habido una -- mesogresión de dientes superiores posteriores por algún hábito, los molares de los 6 años se colocan también en esta relación estableciéndose una maloclusión de clase II de Angle.

Los incisivos inferiores permanentes se desarrollan en posición lingual respecto a los infantiles, llegando a una posición normal de oclusión a la caída de estos.

La oclusión de los incisivos permanentes es distinta a la de los infantiles, debido a que tienen una vestibuloversión más marcada y -- los superiores solo deben cubrir el tercio incisal de la corona por -- el levantamiento de la oclusión al erupcionar los primeros molares -- permanentes, a la salida de los incisivos laterales se cierran los es pacios primates, estos incisivos presentan mayor dificultad de erup-- ción y pueden colocarse en rotación por falta de espacio entre los cen-- trales y los caninos infantiles, por la presión ejercida de su raíz -- al erupcionar el canino permanente. En la mandíbula es frecuente que -- el canino erupcione primero que los premolares y al último los segun-- dos molares lo que ocasiona mayor dificultad de colocación o que pueda

quedar incluido por falta de espacio y la mesogresión del primer molar por pérdida prematura de los molares infantiles o por la erupción adelantada del segundo premolar que empuja hacia mesial al primer molar o hace erupción en linguogresión por lo que es recomendable esperar y efectuar una simple extracción sin intervenir al hueso o puede también este premolar estar ausente.

En el maxilar la secuencia de erupción es distinta a la de la mandíbula y los problemas diferentes, el primer y segundo premolar se colocan sin inconvenientes, si no hay mesogresión del primer molar -- por pérdida prematura de los molares temporales por presión del segundo molar. El canino superior es el que tiene mayor problema de colocación por ser el último en erupcionar al igual que el segundo premolar inferior, debido a que recorre un camino muy largo desde la parte superior del maxilar, donde empieza su formación del germen hasta llegar al plano de oclusión o puede quedar incluido en el espesor del maxilar, teniendo que recurrir a la extracción quirúrgica o al tratamiento ortodóntico que la mayoría de las veces por su larga duración y su posibilidad de fracaso es uno de los que peor pronóstico tienen en Ortodoncia, cuando no queda incluido queda en mal posición, casi siempre en vestibulogresión o mesioversión y junto con el segundo premolar inferior son los dientes con mayores dificultades de colocación en los arcos dentarios del hombre moderno.

CLASIFICACION DE ANGLE.

Han sido propuestos muchos métodos para separar en categorías -- las llamadas Maloclusiones, pero el más aceptado es el de Edward Angle, el cual establece la identificación de muchos casos de clase II y III, y en menor escala a aclarar los factores presentes en las corrientes repetidas formas de maloclusión de clase I.

ANGLE: Para poder efectuar un diagnóstico deben estar ubicados -- los molares de los seis años, y además los caninos temporales.

El estudio en muchas oclusiones en jóvenes rebelan un amplio espectro de pautas en las denticiones y agrupadas en varias clases parecidas entre sí y que aparecen con frecuente coherencia en una población unirracial. Para la separación de estas clases de oclusiones se ha propuesto la utilización de las posiciones mesiodistales relativas de los molares permanentes tanto superior como inferior al cerrarse: Céntrica, aunque se hicieron agregaciones al sistema de Angle para -- describir diferencias precisas entre las maloclusiones de clase I, referidas hacia los problemas de espacio y excesivas malposiciones facio linguales de dientes aislados o grupos de ellos, otras consideraciones son los métodos para identificar las fuerzas musculares que actúan para producir malposiciones censurables de los dientes en los arcos inmaduros u la descripción de una clase I normal que no tiene defectos-disemibiles.

El concepto de maloclusión de clase I, de "cero defectos" puede servir como guía al dentista en su labor de mantener u obtener una oclusión ideal para sus pacientitos.

En general Edward Angle es reconocido como el padre de la OPTODONCIA, estimó que había una maloclusión que tenía relaciones dento-faciales más normales que otras a la cual llamó maloclusión de clase I.

El tipo individual que le sigue en frecuencia, labio prominente superior y mentón no tan bien desarrollado lo llamó maloclusión clase II.

Para el tipo individual de mentón prominente y maxilar y labio superior menos desarrollado lo llamó maloclusión de clase III.

Aún cuando dividió en tres grupos estas maloclusiones de las cuales una era esencialmente normal a las otras dos las denominó maloclusiones, este concepto primariamente dentario, la intercuspidación de los primeros molares permanentes determinaban la clasificación en que se ubica determinada dentición y que los molares de los seis años tienen una posición fija e inalterable y considera a la mandíbula la fuente de error, cuando se presenta una mordida fuera de clase I, las categorías de las maloclusiones han experimentado cambios notables a través de los años.

CLASE I.- Se define: al ir pareja y cómodamente la mandíbula hacia su relación oclusiva con el maxilar, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente entra en relación con el surco -

vestibular del inferior.

CLASE II.- Al ir pareja y cómodamente la mandíbula hacia su relación oclusiva con el maxilar la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior queda en relación con la tronera entre el segundo premolar y el primer molar inferior.

CLASE III.- Al ir pareja y cómodamente la mandíbula hacia su relación oclusiva con el maxilar, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior queda en relación con el surco distovestibular del primer molar inferior.

DIVISIONES DE LA CLASE II.

Angle dividió aún la clase II en dos divisiones determinadas por la inclinación axial de los incisivos superiores:

CLASE II. División 1.- Indica que los incisivos centrales son protusivos.

CLASE II. División 2.- Indica que los centrales superiores pueden variar desde una posición aproximadamente vertical a una más inclinada a lingual, los laterales pueden aparecer protuidos marcadamente hacia vestibular más que los centrales.

SUBDIVISIONES CLASE II.

Cada división de la clase II tiene una subdivisión que describe

una dentadura que tiene una relación en los molares de clase I de un lado de las arcadas y relación clase II del otro, o sea un individuo con maloclusión clase II puede ubicarse en una de estas categorías:

CLASE II. División I.- Relación molar de clase II de ambos lados e incisivos centrales prominentes.

CLASE II. División I.- Subdivisión:

Relación de clase II de un lado, relación molar clase I del otro e incisivos laterales prominentes.

CLASE II. División 2.- Relación molar de clase II de ambos lados, incisivos centrales casi verticales o inclinados hacia lengua, con laterales protuídos.

clase II. División 2. Subdivisión.

Relación molar de clase II de un lado y del otro clase I, incisivos centrales verticales o inclinados a lingual, con solo un lateral protuído, habitualmente del lado de la clase II.

MALOCLUSIONES DE CLASE III.

Angle estimó una subdivisión, que corresponde a una dentadura en la que existe una relación molar clase I de un lado con relación molar clase III del otro, por lo que la clasificación de Angle ofrece siete categorías de relaciones molares e incisivos.

CLASIFICACION DE OCLUSION EN NIÑOS POR PLANOS TERMINALES.

MOYERS.- Indica que con la llegada del primer diente permanente

(primer molar), comienza un período azaroso en la transformación de la dentición temporal a la permanente, período que dura de los 6 a los 12 años y en el cual la dentición es altamente susceptible a las modificaciones ambientales, se presentan evidentemente muchas maloclusiones por lo que es importante familiarizarse con estos procesos mas bien complicados en las modificaciones normales de la dentición.

BAUME.- Puso énfasis en la importancia de los Planos Terminales de los segundos molares temporales, como una clave para predecir si los primeros molares permanentes erupcionarán en oclusión normal o -- Clase I, claves que aún usándose se deben encarar a muchos problemas -- para formular un buen diagnóstico predictivo, acerca de que si la dentición definitiva mostrará una oclusión normal, la observación cuidadosa y minuciosas mediciones en las dimensiones de las arcadas y los anchos dentarios proporcionarán datos específicos para un buen diagnóstico en la oclusión permanente.

Aunque se observó una buena oclusión en niños de menos de 6 años, se debe poner atención a las pautas de erupción de los primeros molares permanentes, escrutar las posiciones de los molares que permitirán establecer ciertas suposiciones predictivas con respecto de la oclusión futura de los molares de los 6 años, puesto que los planos terminales de los segundos molares temporales guiarán al primer molar permanente a una buena posición en la arcada dentaria permanente. Observando las maneras convenientes en que la oclusión molar de clase I puede -- llegar a presentarse durante el período de dentición mixta.

BAUME.- Halló dos variantes principales en el mecanismo que llevan a las oclusiones molares normales (clase I) .

1.- Un escalón mesial en el plano terminal de los segundos molares temporales permitió que los primeros molares permanentes erupcionaran directamente en oclusión normal.

2.- Un plano terminal recto mas un espacio de primate mandibular cerrado por un desplazamiento mesial de los molares temporales da lugar a una oclusión correcta en los primeros molares permanentes.

La segunda variante se denomina "desplazamiento mesial tardío" -- por MOYERS.- Se puede producir cuando existe un plano terminal recto y ausencia de espacios interdentarios, con el resultado de una relación molar provisional en borde a borde, lo que puede ser aceptado, pero no deseable. Más tarde con la pérdida normal del segundo molar temporal, el primer molar permanente se desplazará ligeramente a mesial durante la erupción del segundo premolar que necesita menos espacio que su predecesor, dando una oclusión normal o clase I en los molares de los seis años.

Los planos terminales de los segundos molares temporales son un factor decisivo sobre la erupción y posición del primer molar permanente, incluyendo la clase II y III de maloclusiones en un panorama - amplio los cuatro tipos de planos terminales y su influencia en la oclusión molar permanente.

CLASE II: Un escalón distal exagerado, en la clase III; un escalón mesial exagerado (VII).

FIGURA #1.

Plano Terminal al ras los primeros Molares Erupcionan Borde con Borde. "Desplazamiento Mesial Tardío" que da Clase I. Normal más tarde.



FIGURA #2.

Plano Terminal con escalón Mesial, que permite que los Primeros Molares Permanentes erupcionen en Oclusión de Clase I, Normal.



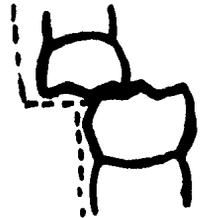
FIGURA #3.

Plano Terminal de escalón Distal que da lugar a que los Molares de los seis años Erupcionen en Maloclusión de Clase II.



FIGURA #4.

Plano Terminal de escalón mesial Exagerado que permite que los Molares de los seis años permanentes erupcionen en Maloclusión de Clase III.



ETIOLOGIA.

Factores generales.

Herencia: Un niño puede poseer características faciales muy parecidas a la del padre o la madre o el resultado final puede ser la combinación de ambos caracteres. Puede heredar tamaño y forma de los dientes, tamaño de los maxilares, forma, relación y configuración muscular de los tejidos blandos del padre o de la madre, pero también puede ser posible que herede tamaño y forma de los dientes de un padre y el tamaño y forma de los maxilares del otro. Los tejidos blandos pueden parecerse o no a los paternos o maternos.

El estudio de los hermanos mayores también es importante ya que proporcionan claves a las tendencias hereditarias, tanto normales como anormales.

Reconociendo que el patrón morfogenético final posee un fuerte -- componente hereditario es razonable pensar que la consecución de este patrón se encuentra también parcialmente bajo la influencia de la herencia.

Defectos Congénitos.

Los defectos congénitos o de desarrollo poseen una fuerte relación genética, esto se acentúa en algunas afecciones más que en otras.

Dentro de las anomalías congénitas más frecuentes:

Labio y paladar hendido, los niños que tienen este tipo de afec-
ción poseen antecedentes familiares.

Otros defectos como hendiduras faciales parecen tener menos pre-
disposición hereditaria.

Parálisis Cerebral: Los tejidos presentan sus estructuras normales
pero el paciente debido a su falta de control motor no puede emplearlo
correctamente, las actividades no controladas trastornan el equilibrio
muscular, necesario para el establecimiento o mantenimiento de la oclu
sión normal.

Torticolis: Comunmente llamado "Cuello torcido", el acortamiento
del músculo Esternocleidomastoideo puede causar cambios profundos en
la morfología ósea del cráneo y la cara, este problema si no es tratado
oportunamente puede provocar asimetrías faciales con maloclusión dentar
ia incorregible.

Disostosis Cleidocraneal: Es un defecto congénito hereditario, -
puede haber falta completa o parcial uni o bilateral de la clavícula -
junto con cierre tardío de las suturas del cráneo, retrucción del maxil
lar y protución de la mandíbula. Existe erupción tardía de los dientes
permanentes y los dientes deciduos permanecen muchas veces hasta la
edad madura, en la segunda dentición las raíces suelen ser cortas o --
largas y con frecuencia en los dientes superiores.

Sífilis Congénita: Aunque esta enfermedad ha disminuido aun debe
tomarse en cuenta dentro de estos defectos, se considera que los dien-
tes en forma anormal y en mal posición son características de esta en-

fermedad.

MEDIO AMBIENTE .

Influencia Prenatal.- La posición uterina y fibromas de la madre, lesiones Amnióticas, dieta materna y el metabolismo, anomalías introducidas por drogas.

La postura fetal anormal y los fibromas maternos han causado asimetrías marcadas del cráneo o de la cara que son vistas al nacimiento, pero después del primer año de vida la mayor parte desaparece.

Influencia Post-natal.- Durante el nacimiento no se deben utilizar forceps inadecuadamente, ya que esto puede lesionar al bebe causando daños irreparables tanto en cráneo como en la articulación temporomandibular.

ESTADO METABOLICO.

Los trastornos marcados de la hipófisis y la Paratiroides no son frecuentes, pero su efecto en el crecimiento y desarrollo es importante. Para el dentista son los problemas de la tiroides lo más importante, ya que ocasiona resorción anormal, erupción tardía, trastornos gingivales, por lo que es necesario eliminar la entidad patológica causante de las alteraciones.

HABITOS DE PRESION ANORMAL.

"El hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que se hagan continuamente sobre él".

Los hábitos en relación con la maloclusión deben ser considerados como:

1) Útiles: Incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración, deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar.

2) Dañinos : Son todos aquellos que ejercen presiones perversas contra los dientes y las arcadas dentarias, por ejemplo los hábitos de boca abierta, morderse el labio, chuparse el dedo y de biberón

Hábito de chuparse el dedo.- Regularmente es el dedo pulgar, el cual es un cuerpo duro que si se coloca con frecuencia dentro de la boca tiende a desplazar hacia adelante la premaxila junto con los dientes incisivos superiores más allá del labio superior. Cuando el niño posee su segunda dentición es necesario que el dentista realice un tratamiento con alambres para llevar a su lugar los incisivos prominentes.

Hábito de Lengua.- El hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar o chuparse la lengua y como consecuencia tendremos una mordida abierta, para lo cual se debe colocar una trampa lingual.

Hábito de Postura.- Las malas condiciones postulares pueden provocar o asentar un caso de maloclusión existente, pero aún no ha sido probado que constituya un factor etiológico primario.

Hábito o "Síndrome de Biberón".- La alimentación prolongada con biberón más allá de la época habitual en la incorporación de alimen-

tos sólidos puede generar caries temprana y problemas de maloclusión y como consecuencia presentará mordida abierta.

Nunca se debe dejar el biberón al niño para dormir, y menos con líquidos muy azucarados, ya que se acumula alrededor de los dientes superiores anteriores, el cual contiene hidratos de Carbono que proporcionan un medio de cultivo excelente para los microorganismos acidogénicos, produciendo así descalcificación y destrucción de los tejidos duros del diente.

ACCIDENTES Y TRAUMAS.

El niño cuando empieza a gatear o a caminar recibe muchos golpes, los cuales a veces no es posible que se registren en una historia clínica, tales experiencias traumáticas son explicación de los problemas dentales. Algunas veces los dientes deciduos pueden quedar desvitalizados y poseer patrones de resorción anormales y como resultado de un accidente inicial puede desviar a los sucesores permanentes o causar una infección apical.

FACTORES LOCALES.

Anomalía del tamaño de los dientes.- El tamaño de los dientes es determinado por la herencia, y son más frecuentes en las zonas de premolares.

El aumento significativo en la longitud de las arcadas no puede ser tolerado y se presenta el problema de maloclusión.

Anomalia en la Forma de los dientes.- estas anomalías estan intimamente ligadas a las de tamaño, en este caso es más frecuente en los Laterales Superiores y el Segundo Premolar Inferior, otras anomalías son por defectos del desarrollo, tales como Amelogénesis Imperfecta, Hipoplasia, Geminación, Dens-den, Odontomas, y Fusiones.

Frenillo Labial Anormal.- Cuando existe un Frenillo Patológico se nota un Blanqueamiento de los Tejidos en dirección Lingual a los Incisivos centrales Superiores, esto significa que la Infección Fibrosa aún permanece en esta zona, esta Infección muy bien puede interferir en el desarrollo normal y el cierre de espacio, pero a veces se elimina con la erupción de los caninos y en ocasiones no se cierra ni con el corte del Frenillo.

PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS.

Los Dientes Deciduos no solamente sirven de Órganos de la masticación sino también de Mantenedores de Espacio para los Dientes de segunda dentición o para tener a los dientes antagonistas en su nivel de Oclusión normal; cuando existe falta general de espacio en ambas arcadas los Caninos deciduos son exfoliados antes de tiempo y la naturaleza intenta proporcionar más espacio para acomodar a los Incisivos permanentemente y que ya han hecho erupción, la pérdida prematura de una o más unidades dentarias pueden desequilibrar una Oclusión Normal y sana, por ejemplo la extracción prematura del segundo Molar deciduo causará con toda seguridad el desplazamiento mesial del primer molar permanente y atraparé a los segundos molares en erupción.

RETENCION PROLONGADA DE LOS DIENTES DECIDUOS.

La retención prolongada de estos dientes constituye un trastorno de la dentición y la interferencia mecánica puede hacer que se desvíen los dientes permanentes en erupción hacia una posición que de paso a una maloclusión, si las raíces no son reabsorbidas adecuadamente y uniformemente a tiempo los dientes permanentes son efectados y no harán erupción al mismo tiempo que los mismos dientes hacen erupción en otros segmentos de la boca o pueden ser desplazados a una posición inadecuada.

ERUPCION TARDIA DE LOS DIENTES PERMANENTES.

Cuando se presenta este problema existe la posibilidad de un trastorno Endócrino (Hipotiroidismo), la falta congénita del diente permanente y la presencia de un diente supernumerario o raíz decidua (obstrucción del canino), otra obstrucción puede ser el tejido denso que se llega a formar, en ocasiones conforme el diente va avanzando se deteriora pero regularmente no sucede así, debido a que la erupción no es vigorosa y se ve retrazada, este tejido puede extirparse quirúrgicamente después de un estudio radiográfico y comprobar que el diente va a erupcionar y la única obstrucción es el tejido que se ha formado.

Cuando hay pérdida precoz de un diente deciduo, cabe la posibilidad de que no luego haga erupción el diente permanente, pero a veces se forma una cripta ósea en la línea de erupción del diente permanente, la cual impide la erupción y también se debe eliminar quirúrgicamente después de un estudio radiográfico.

- 34 -
VIA ERUPTIVA ANORMAL.

Pueden existir barreras físicas que afecten la dirección de la erupción y la conviertan en anormal, tales barreras pueden ser raíces deciduas, fragmentos de raíz, criptas óseas, hay casos en que no hay problemas de espacio ni de barrera física, pero los dientes hacen erupción en dirección anormal a consecuencia de un golpe, otro caso puede ser que un diente deciduo quede incluido en el hueso alveolar y aunque haga erupción después puede obligar al diente permanente en desarrollo a tomar una dirección anormal. Los tratamientos Ortodónticos pueden tener alguna interferencia mecánica y por consecuencia provocar anomalías en la vía de erupción, los quistes pueden interrumpir una erupción correcta, cuando se sospecha su presencia, se realiza un examen radiográfico, si se detecta a tiempo existen tratamientos quirúrgicos, de no ser así, se corre el riesgo de sacrificar más dientes.

Erupción Ectópica.- Sucede cuando el diente permanente en erupción a través del hueso alveolar, provoca resorción en un diente deciduo o permanente contiguo y no en el diente que reemplaza, frecuentemente sucede con el primer molar permanente superior que al erupcionar provoca la resorción anormal bajo la convexidad distal del segundo molar deciduo superior.

A N Q U I L O S I S .

La anquilosis posiblemente se debe a algún tipo de lesión, la cual provoca una perforación en el Ligamento Parodontal o Periodontal, provocando la formación de un puente óseo uniendo el Cemento y la Lá-

mina Dura, este puente no requiere ser grande para frenar la erupción normal al presentarse en el aspecto Lingual, y por lo tanto ser irreconocible en una radiografía normal, clínicamente el diente se ve sumergido a consecuencia de que todos los dientes hacen erupción pero el Anquilosado no, esta alteración es más frecuente entre la edad de 6 a 12 años. Tener conocimiento de este problema a tiempo evita que el diente sea cubierto por los tejidos en desarrollo y solo pueda ser extirpado quirúrgicamente a través del hueso vestibular.

CARIES DENTAL.

Es un factor determinante en el problema de Maloclusión, ya que conduce a la pérdida prematura de los dientes deciduos o permanentes, desplazamientos subsecuentes de los dientes contiguos, inclinación -- axial anormal, sobreerupción y resorción ósea.

Resolver a tiempo el problema evita infecciones y pérdida prematura, ya que es importante para conservar la integridad de las Arcadas Dentarias.

RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS.

Es otro factor determinante de maloclusión, una restauración temporal mal colocada en ocasiones ha sido capaz de mover los dientes has ta una posición de Mordida Cruzada, es muy importante que al restaurar un diente lo hagamos de manera que no afecte la anatomía dental tanto oclusal como interproximal, con los contactos deficientes e impacto de los alimentos, los dientes tienden a separarse, esto facilita la pér--

dida de hueso, la falta de detalles anatómicos en las restauraciones pueden permitir el alargamiento de los dientes opuestos o antagonistas, o crear puntos funcionales prematuros y de tendencia al desplazamiento de la Mandíbula. (II)(III)(IV)(VI).

- 37 -
HISTORIA CLINICA.

GENERALIDADES.

La historia clínica es considerada como un factor indispensable en el tratamiento de cualquier paciente en la práctica odontológica, y se debe elaborar razonablemente tomando en consideración cuatro puntos importantes:

1) Para obtener la seguridad de que cualquier tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.

2) Para averiguar la presencia de alguna enfermedad general o la toma de algún medicamento destinado al tratamiento y que puede entorpecer o comprometer el éxito del mismo al ser aplicado al paciente.

3) Para detectar alguna enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.

4) Para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

Se presentan varias formas válidas y adecuadas para tomar una buena historia clínica como son: hojas impresas con una pauta que sirve de guía para un interrogatorio o el empleo de un cuestionario sanitario y reforzada por un estudio radiográfico, modelos de trabajo y estudio y así como un plan de tratamiento y observaciones y se debe realizar en dos etapas.

1) INTERROGATORIO: Nos permitirá establecer un diálogo con el paciente, el cual nos proporcionará los datos subjetivos de la enfermedad o de un cuadro clínico a través del lenguaje, lo que se denomina Síntoma.

2) EXPLORACION FISICA: A través de ésta se obtendrán los datos objetivos o sean los Signos.

El interrogatorio se divide en:

1) Ficha de identificación.- La cual individualizará al paciente, preguntándole los siguientes datos:

- | | |
|--------------------|------------------------|
| a) Nombre completo | b) Edad |
| c) Sexo | d) Lugar de nacimiento |
| e) Ocupación | f) Dirección |
| g) Estado Civil. | |

2) Motivo de la consulta.- Lógicamente se empezará preguntando sobre la queja principal inmediata responsable de la visita del paciente al consultorio dental.

3) Antecedentes Heredofamiliares.- Es necesario para obtener la información necesaria sobre algún miembro de la familia que padezca o halla padecido alguna enfermedad metabólica importante como: Diabetes, hemofilia, cáncer, enfermedades transmisibles o infecciosas: tuberculosis, sífilis, alergias (medicamentos, alimentos, etc.).

4) Antecedentes personales.- No patológicos. Se realizan con el fin de conocer la Higiene personal, habitación, alimentación, hábitos y costumbres.

5) Antecedentes Personales .- Patológicos. Se tratará de conocer enfermedades que halla padecido o padezca el paciente: alergias importantes, especialmente a fármacos, diabetes, enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles e intervenciones quirúrgicas.

6) Padecimiento actual.- Motivo de la consulta, síntomas de la enfermedad, se obtendrán los datos más importantes a través de la semiología: queja principal.- dolor que se presenta generalmente en todos los casos, intensidad, tiempo de evaluación del dolor, fenómenos que aumentan o disminuyen, continuo o intermitente, si se localiza -- exactamente o no, si es irradiado por qué o qué lo produce, cuando apareció, si presenta o no ha presentado fiebre.

7) Revisión de Aparatos y Sistemas.

Para detectar otros padecimientos que hallan pasado desapercibidos en la enfermedad actual.

A) APARATO DIGESTIVO.

Las enfermedades más íntimamente relacionadas con las enfermedades o anomalías de los dientes son las del aparato Digestivo, por lo que es necesario tener un conocimiento amplio de él y diagnosticar lo más acertadamente posible la causa que ha producido estas enfermedades dentarias, para lo cual preguntaremos al paciente si presenta los -- siguientes Síntomas y características de los mismos.

Apetito.- Si es normal o hay falta de éste (anorexia), o si aumenta (Polifagia).

Masticación.- Si los alimentos son bien masticados o si hay dificultad para ello, aumento o disminución de la secreción salival, - (tialismo o asilia).

Sensación dolorosa en la Cavidad Oral.- Al llegar el alimento al Estómago, sensación de peso, erugtos regurgitaciones, náuseas, vómitos, características en el tiempo de aparición, olor, cantidad, frecuencia y consistencia.

B) APARATO RESPIRATORIO.

Los padecimientos de este Aparato pueden repercutir en el estado general de las personas, por lo cual tendremos en cuenta solo aquellos atributos del aspecto general que realmente puedan ser originados en estas condiciones.

La constitución física del enfermo es alterada y su conformación, modificadas en casos de padecimientos crónicos (Eficema pulmonar).

Disnea .- Dificulta la expulsión del aire que se hace larga y penosa, puede ser ocasionada por: Asma bronquial o eficema pulmonar generalizado. La disnea en la cual interviene el factor nervioso es casi siempre de carácter Paroxístico: Disnea Asmática que puede ser de pequeños, medianos y grandes esfuerzos.

A través del interrogatorio nos damos cuenta si se presenta seca o flemosa por accesos característicos, tiempo de haber comenzado, evaluación si ha tenido sensación de opresión, dificultad al respirar, - dolor tóxico, para el dentista este Aparato es de gran importancia por

ser la vía más accesible para la aplicación de la mayoría de los - - Anestésicos.

C) APARATO CARDIOVASCULAR.

Todos los procedimientos de exploración se aplicarán en el reco^onocimiento del estado en que se encuentra el Corazón, su repercusión sobre el estado general del paciente, principalmente se presentará Deficiencia Cardíaca. En una Insuficiencia Aórtica la palidez en la cara es característica, los movimientos de la cabeza y la expansión - muy acentuada de las Arterias del Cuello son muy notables.

El interrogatorio proporcionará si hay palpitaciones, taquicardia, disnea, precordialgias, tos, hemorragias, sianosis, edemas, síncope, vértigo, opresión, algunas sensaciones de tensión abdominal y dolor en el Hipocondrio derecho, dolores precordiales, síntomas de gran valor en Cardiopatías como: Angina de pecho, Infarto al Miocardio e insuficiencia coronaria.

Se pueden presentar dolores Pleuro-pericardiacos irradiados al hombro Izquierdo, estos dolores pueden predecir lesiones orgánicas -- muy graves que proporcionan una contraindicación en la intervención o para la anestesia, por lo que se enviará al enfermo con su médico - general o especialista, para que él nos indique la manera de actuar, el tratamiento a este enfermo presenta varios factores determinantes en la etiología de los trastornos o accidentes durante un tratamiento.

Factores Psíquicos.- representados por el miedo a un factor toxicos, como: la Anestesia o por la Cardíaca misma.

La Consulta Médico-dentista es necesaria en enfermos del corazón y Aparato Respiratorio. Cualquier Operación en la Práctica Dental aumenta considerablemente en los Cardíacos y la elección de la Anestesia, ofrece también peligro, en casos de Trombosis Coronaria, Fiebre Reumática, Angina de Pecho, degeneración Adiposa del Corazón, Soplos o Arteriosclerosis.

D) SISTEMA NERVIOSO.

Insomnios, cambios de carácter, percepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad, hormigueo, calambres, adormecimiento, parestesias, cefálea, vértigos, lipotimias. El interrogatorio se llevará a cabo con amplitud y cuidado, por considerarse a este Sistema como un coordinador de todas las actividades de la Economía y abarcará todo lo referente al funcionamiento general del Cuerpo. Entre las manifestaciones del Sistema Nervioso se debe considerar el dolor de Cabeza Síntoma Trivial que puede adquirir en algunos casos tal importancia que le da un valor de primer orden, pueden ser un episodio agudo o de evaluación crónica (Cefalalgia).

La Cefalalgia tiene menos valor como una manifestación de padecimiento nervioso que la Cefálea, el dolor epizódico de la Cabeza puede sobrevenir en las circunstancias más variables.

Intoxicaciones, estados febriles, malas digestiones. Los antecedentes tanto Personales como Hereditarios, se deben tomar en cuenta -

entre los primeros, tanto Patológicos como no Patológicos.

No Patológicos: conocer los que se refieren al género de la vida, ocupación, costumbres desde la alimentación, aseo, tanto personal como en el lugar donde vive, organización de la casa, y si cuenta con todos los servicios, agua, ventilación, luz, etc.

Patológicos: Son importantes principalmente los de orden infeccioso, sífilis o padecimientos convulsivos en la infancia, etc.

Antecedentes Hereditarios.- principalmente los referentes a los progenitores del paciente que padezcan estos Síntomas como; Epilepsia. alteración mental, sífilis, alcoholismo, diabetes, hemofilia.

E) APARATO UROGENITAL.

Es muy importante esta parte de la Historia Clínica donde se -- preguntará:

1.- Poliuria.

2.- Nisturia.

3.- Piuria.

4.- Disuria.

5.- Hematuria.

6.- Estados Fisiológicos de la Mujer, Menstruación, si es normal o anormal, dismenorrea, menorragias, embarazo, lactancia y menopausia.

NOTA: Para este trabajo se utilizó una Historia Clínica -- convencional. (Ver Apéndice).

DIAGNOSTICO Y EXAMEN CLINICO.

Después de un examen a conciencia, un diagnóstico y de trazar un buen plan de tratamiento se logrará un mejor servicio dental en los niños, la manera en que esto se lleve a cabo dependerá de la primera visita al consultorio dental que proporcionará una relación completa Dentista-niño y padres.

Si el acercamiento es cordial y amistoso por parte del Dentista rápidamente será amigo del niño, así como de los padres.

Un examen rutinario se debe llevar a cabo con movimientos lentos y fluidos, con un mínimo de instrumentos para evitar alarmar al niño, las preguntas y afirmaciones deben ser de conversación normal, lo que ahorrará tiempo y preparará adecuadamente al niño y a los padres para cualquier cuidado dental a seguir, una vez asegurada la cooperación - amistosa y fácil se progresará por etapas al examen adecuado.

El niño debe estar sentado cómoda y adecuadamente, además del foco dental y la jeringa de aire, unicamente se necesita un espejo de frente y un explorador de ángulo recto al comenzar el examen, si es curioso se le explicará el nombre de cada instrumento, además se dispondrá de otro instrumental fuera de su vista, como: alcohol, material de impresión de alginato, articulador, algodón, pinzas, etc.

EXAMEN DEL NIÑO.

Se pueden presentar tres tipos de citas consideradas como norma-

les: Urgentes, Recordatorias y para Examen Completo:

Urgentes.- se limita al dolor que aqueja al pacientito y es básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleva a un Tratamiento rápido y a eliminarlo. -

El examen periódico o de recordatorio es una sesión de continuación del primero y determina los cambios ocurridos desde el tratamiento anterior, este se realizará cada cuatro o seis meses.

Un examen Completo constará de lo siguiente:

- 1) Historia del Caso.
 - a) Queja principal del Paciente.
 - b) Historia Prenatal, Natal y Postnatal e Infancia.
- 2) Examen Clínico.
 - a) Apreciación General del Paciente.
 - b) Examen Bucal detallado.
 - c) Exámenes Suplementarios y Puebas Especiales.
- 3) Diagnóstico.
 - a) Resumen de todas las Anormalidades, su Naturaleza, Etiología e Importancia.

HISTORIA DEL PACIENTE.

Se puede dividir en:

Estadísticas Vitales.- Estas son necesarias para un Cosultorio -

Dental, con lo que se obtiene un nivel Social de la Familia, se anotará el nombre del Médico del niño, para que en caso necesario consultarlo u obtener alguna información adicional, se registrará, la queja principal con las palabras de la Madre o del Niño, lo que puede ser - un problema águdo o sólo de atención rutinaria.

Historia de los padres.- Proporciona alguna indicación sobre el desarrollo Hereditario del Niño e informará al Dentista el valor que los padres le conceden a sus propios Dientes, ya que su actitud hacia la Odontología puede reflejarse en el miedo del niño y en los deseos de estos en relación de los Servicios Dentales.

Historia Prenatal y Natal.- indican a menudo el Origen del Color, forma y Estructura Anormal de Piezas cáducas y permanentes, se observan los efectos de las Drogas y Trastornos Metabólicos ocurridos durante las Etapas Formativas de la Piezas Dentarias.

Historia Posnatal y de Lactancia.- revisar los Sistemas Vitales del Paciente para registrar información en cuanto a tratamientos preventivos previos de Caries, trastornos del Desarrollo, Alergias, costumbres Nerviosas y el comportamiento del niño y su actitud en relación al Medio y al Miedo.

El enfoque y duración de la Historia dependerá de cada caso, los Padres podrán completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita ahorrando tiempo al personal del Consultorio e instruirá a los padres sobre el interés del Dentista hacia el Niño que se esta tratando, este cuestionario indicará hallazgos de importancia, se

interrogará a los Padres del Paciente sobre algún punto que se desee aclarar, anotando esta información adicional en la Historia Clínica del Paciente.

EXAMEN CLINICO.

Se efectuará con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos de Examen, sonriente y amable, un enfoque a nivel sistémico producirá más información sobre alguna Enfermedad no detectada.

Para una Urgencia Dental el examen dará un énfasis al lugar de la queja y enumerará las ayudas para el diagnóstico como son: las radiografías y no habrá procedimientos rutinarios o modelos fijos, sino que las circunstancias y cooperación del paciente determinará el curso de acción a seguir, completando el examen después de aliviar la lesión de Urgencia.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Este estudio es de gran ayuda en la práctica Odontopediátrica.- - La Primera visita del Niño a un Consultorio Dental debe ser agradable e indolora y para evitarle temor se le instruirá en como se toman las Radiografías es un elemento de diagnóstico muy importante para detectar enfermedades e interceptar maloclusiones. Debido a que el niño tiene su primer contacto con la Odontología a temprana edad es importante que las primeras impresiones sean agradables, duraderas y que cualquier servicio dado al Niño sea de calidad.

La radiografía dental ayudará en este servicio en un diagnóstico que permitirá la integridad de las Piezas Dentales que de otra manera se perderían o evitaran maloclusiones, este diagnóstico ayudará a que la Odontología cumpla como una ciencia verdaderamente preventiva.

El niño presenta más necesidad de las Radiografías que el Adulto, debido a que en todo momento se pueden presentar problemas en -- Crecimiento y Desarrollo y los factores que los alteran, las cuales propiciarán un buen éxito Odontopediátrico, dando la información adecuada en la forma, tamaño, posición, densidad relativa y número de objetivos presentes en el área.

Considerando las limitaciones de la Radiografías se presentan:

1) Que estriba en que muestra figuras dimensionales de un objeto Tridimensional, donde los cambios de los Tejidos Blandos - no son visibles y que dificultan la evaluación de un área u - objeto.

2) Proporciona principalmente Estructuras Calcificadas.

Además nos mostrarán la información necesaria sobre los estados estructurales básicos que no se pueden obtener por ningún otro medio si no es el Radiográfico.

1) LESIONES CARIADAS INCIPIENTES.

Estas lesiones no son detectadas con el espejo o el explorador -

porque son interproximales y sólo se localizan a través de las radiografías, se presentan con amplios contactos principalmente en los molares primarios donde el explorador no penetra por ser un área estrecha situada bajo el punto de contacto y no se detecta alguna aspereza o presencia de algún enganche definido, si la exploración se basará en el explorador, las cavidades cariadas crecerán tanto y profundamente que llegarán a arriesgar la Integridad de la Pieza Dentaria, debido a las grandes Cámaras Pulpares que presentan y su rápido progreso, por lo que es necesario detectarla en su fase más temprana, evidentemente se considerará un examen completo de Lesiones Cariogénicas a través de la Radiografía. .

2) ANOMALIAS.

Existen en los Dientes y son Asintomáticas, no visibles en la Boca, presentan riesgos en el desarrollo de la Oclusión Normal, detectadas solamente por medio de las Radiografías y posiblemente corregidas, por lo que es aconsejable hallarlas e interceptarlas tempranamente, entre estas Anomalías podemos mencionar: Dientes Supernumerarios (Mesio-den), Macro y Microdoncias, Piezas Fusionadas, Anquilodias y Malposiciones Dentarias, Dientes Impactados o ausentes (Dens-in dente), Odontomas, Hipoplasias o Piedras Pulpares.

3) ALTERACIONES EN LA CALCIFICACION DE LOS DIENTES.

La Radiografía permitirá reconocer y diagnosticar enfermedades -

Sistémicas que se manifiestan dentalmente como son: Osteogénesis Imperfecta, Sífilis Congénita, Fluorosis Crónica, Riquetsias, Displasia Ectodérmica, entre las particulares tenemos: Amelogénesis, Dentogénesis Imperfecta, Displasia dental y Piedras Pulpares.

4) ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

La Radiografía proporciona indicios tempranos de retraso en el desarrollo e indica la extensión del retraso o la precocidad de Erupción, debido al funcionamiento Glandular Anormal, como en el Hipotiroidismo y el Hipopituitarismo, Enfermedades Metabólicas como: Distosis Cleidocraneal.

La Radiografía también determinará el índice exacto del Desarrollo Físico del Niño, tomando como base la mano y el antebrazo donde la Osificación de los Ocho Huesos Carpales utilizados por el Pediatra ayudarán al Odontólogo en gran parte en el diagnóstico, correlacionándose con su aparición y Crecimiento retrasado de los Huesos determinará un retraso marcado en el tiempo de la Erupción.

La Radiografía Cefalométrica proporciona un método seguro de evaluar el Crecimiento y Desarrollo del Cráneo y principalmente las partes que sostienen los Dientes.

5) ALTERACIONES EN LA INTEGRIDAD DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

Las Radiografías también son de gran ayuda en el diagnóstico de

patosis apical, el engrosamiento de la membrana periodontal adyacente, los factores generales y locales que pueden dañar o destruir este tejido.

FACTORES LOCALES.- Irritación, oclusión traumática, falta de estimulación funcional y caries.

FACTORES GENERALES.- Infecciones bacterianas o virales, avitaminosis, y Discrasia Sanguínea.

Estas radiografías no solo ayudan en el diagnóstico de estas afecciones, sino que pueden establecer un pronóstico y estimar el éxito -- del tratamiento.

6) ALTERACIONES EN EL HUESO DE SOPORTE.

Los cambios en las estructuras óseas, tanto del maxilar como de la mandíbula pueden observarse radiográficamente e indicar enfermedades generales o locales como: destrucciones óseas ocasionadas por abscesos, quistes, tumores, osteomielitis o enfermedades periodontales.

ENFERMEDADES GENERALES: Raquitismo, escorbuto, hiperparatiroidismo, distosis cleidocraneal, discrasi sanguínea (agranulocitosis, enfermedad de Paget, Diabetes), granuloma eosinófilo, enfermedades metabólicas relacionadas y envenenamientos crónicos.

En muchos casos la indicación primaria de que un niño presenta alguna enfermedad crónica es el descubrimiento de los cambios óseos en la radiografía.

7) CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD DE LOS DIENTES.

La conclusión de una pieza dentaria es frecuentemente la muerte gradual de la pulpa dentaria con formación de absceso, es detectada -- por una radiografía rutinaria que revelará la muerte de la cámara pulpar por la formación incompleta de la raíz, raíces fracturadas o reabsorbidas, fijaciones de dientes primarios sobre gérmenes de dientes permanentes, dilaceraciones, desplazamientos, anquilosis, fracturas óseas o por cuerpos extraños.

8) EVALUACION PULPAR.

La necesidad de tratamiento de la pulpa dentaria determina en ciertos límites la profundidad relativa de la lesión cariogénica, la proximidad a la pulpa evaluará el estado de los tejidos periapicales, su forma será la gúfa más consistente disponible en la obturación de conductos radiculares evaluando las obturaciones finales.

El éxito del recubrimiento de la Pulpa o Pulpotomía es la formación de un puente de dentina subyacente al área de tratamiento que es observado en la radiografía, las fallas en la destrucción de la lámina dura con abscesos periapicales y ocasionalmente resorción interna de la raíz.

TIPOS DE EXAMEN.

Las radiografías en niños se pueden dividir en:

1) Examen general de la boca.- Este examen se realizará en la primera visita del niño al consultorio dental y se repetirá periódicamente y se registrarán por las susceptibilidad de caries y el patrón de crecimiento del individuo.

Como un suplemento del examen general deberán tomarse radiografías con aleta cada tres o seis meses en niños muy susceptibles a caries y si presentan cavidades grandes y profundas o restauraciones donde existe la posibilidad de afección periapical.

La edad del niño y su comportamiento determinarán el tipo de examen a seguir, los muy pequeños o lactantes son poco cooperativos y solamente se podrán obtener películas laterales de la mandíbula extraoralmente, estas películas son menos útiles en la determinación de caries interproximal incipiente, pero son muy útiles en la localización de cavidades muy grandes o en detectar patosis periapicales, anomalías dentales, patrones de crecimientos deformados o cambios por enfermedades generales y lesiones.

EXAMENES DE AREAS ESPECIFICAS,

El examen puede consistir en una o un grupo de películas periapicales, estos exámenes consisten en la localización de lesiones óseas y objetos dentro de los tejidos blandos, raíces múltiples, canales pulpares, senos y uniones Temporomandibulares.

EXAMENES ESPECIALES.

Proporcionan un área de información específica o muestran es--

estructuras que no se ven en las radiografías normales.

La Odontopediatría utiliza 2 radiografías de información específicas, la cefalométrica para comprobar el crecimiento y desarrollo del niño y la de la mano y muñeca que determina la edad ósea del niño.

La cefalométrica presenta proyecciones laterales de cráneo, los trazos describen matemáticamente el desarrollo del cráneo y son muy útiles en la ortodoncia.

La de la mano y muñeca o de índice carpal se hará en una película con o sin pantalla, el número y tamaño de los huesos carpales indicarán la etapa de desarrollo del paciente.

Si existe alguna variación definida entre el índice carpal del niño y un Atlas Óseo común se debe notificar al pediatra y realizar un examen completo físico.

Las Radiografías Odontopediátricas Intra o Extrabucales requieren ciertos números de películas de varios tamaños y velocidades disponibles en el mercado. (IV) (V) (XII).

MODELOS DE ESTUDIO EN YESO.

Después de un buen examen clínico es importante contar con un -- juego de modelos de estudio en yeso y correlacionarlos con los datos adicionales tomados en las radiografías.

Estos modelos tomados en un momento determinado del desarrollo o falta del mismo en el niño, constituirán un registro permanente de esta situación ligada al tiempo junto con los datos que se van obteniendo subsecuentemente.

La clasificación y las malposiciones individuales, la relación -- entre las Arcadas, sobremordida vertical y horizontal y demás registros en el examen clínico pueden ser corroborados por medio de un análisis cuidadoso en estos modelos de estudio.

La medición de las arcadas discrepancia en el tamaño de los dientes, espacio existente, longitud total de las arcadas, etc. Todas estas mediciones se realizarán con más precisión sobre los modelos de estudio que en la boca del paciente.

T E C N I C A ,

Es recomendable utilizar yeso de fraguado rápido, con un tiempo no mayor de 90 seg. o de 45 a 60 seg. dentro de la boca, se miden y se -- seleccionan cuidadosamente los portaimpresiones, se les adicionan tiras de cera blanda en la periferia con el fin de retener el material de impresión y reducir la presión del borde metálico sobre los teji--

dos durante la toma de impresión, se prepara al niño para que ayude en la reproducción de los detalles del vestíbulo (fondo de saco mucogingival).

Se procurará que el niño no sienta miedo o aprehensión durante la prueba de los portaimpresiones, se le hará que tome un colutorio con sabor agradable lo que eliminará restos alimenticios y reduciendo la tensión superficial de los dientes y tejidos, evitará la formación de burbujas de aire durante la toma de impresión, se requerirá un mínimo de material si se mide correctamente, la impresión inferior es más fácil y representa un buen método para ganarse la confianza del niño, al colocar el portaimpresión en la boca se desplaza el labio lejos de la periferia para permitir la penetración del alginato en el fondo de saco mucogingival, registrando así las inserciones musculares.

La toma de impresión del maxilar es un poco más molesta, representa la posibilidad de provocar el reflejo del vómito.

Para obtener una superficie tersa es recomendable alisar la superficie con el dedo húmedo antes de colocarla en la boca, el material de impresión se colocará en la parte anterior del portaimpresión, ajustándola justamente detrás de los incisivos y bajo el labio superior, se empuja hacia arriba para que el alginato penetre en el fondo de saco y registre las inserciones Musculares, se gira hacia arriba y atrás al mismo tiempo hasta que se observa que el material comienza a pasar por encima del borde en cera posterior, donde se estabiliza la impresión.

Una buena impresión superior o inferior registrará las Inserciones Musculares e incluirá la almohadilla retromolar de la Mandíbula y la tuberosidad en el Maxilar.

REGISTRO DE LA OCLUSION EN CERA.

Permite relacionar los Modelos correctamente en Oclusión total - utilizando dos capas de cera base blanda, se recortan de acuerdo a - la forma de las Arcadas y se hablanda con agua caliente, es necesario obtenerla cuidadosamente y en una posición correcta de oclusión, y - se toma a pacientes con problemas de mordida abierta, falta de muchos dientes o que hay duda en el ajuste al articular.

VACIADO DE LA IMPRESION.

El yeso se coloca en el extremo anterior de la impresión, se vibra cuidadosamente hasta que llegue al otro lado agregando pequeñas cantidades en el punto inicial se espera a que frague y se ejuaga en una solución jabonosa y se procede a la formación de la base utilizando moldes de Caucho que permiten orientar el portaimpresión y la porción Anatómica en el centro del molde paralelo a la base, cuando estos moldes se retiran se limpia fácilmente y se pueden volver a - usar, se utilizará una mezcla espesa hasta que empieza a fraguar se invierte la impresión en el centro, se limpia la periferia con el dedo húmedo para evitar un corte inecesario después de media hora o dos - horas se retira el caucho cuidadosamente reduciendo la posibilidad -

de factura.

TERMINADO DE LOS MODELOS DE YESO.

Las burbujas que aparezcan en el margen Gingival se eliminan adecuadamente, se labra la periferia del Modelo donde se une la porción basal y se pule con lija de agua para alisar perfectamente.

DATOS QUE SE PUEDEN OBTENER DE LOS MODELOS.

Después del Examen Clínico no existe otro medio de diagnóstico y pronóstico más importante que unos Modelos de Estudio correctamente preparados y tomados de los Dientes y Tejidos de revestimiento de un Paciente y que sirven para confirmar y corroborar las observaciones realizadas durante un Examen Bucal, como es: Pérdida Prematura, retención Prolongada, falta de espacio, giroversión, malposición de dientes individuales, Diastemas por Frenillo, incersiones musculares, morfología de las papilas interdentarias, tamaño, forma y posición de los datos más importantes durante la Dentición Mixta es saber si existirá espacio suficiente, para el acomodamiento de los Caninos incluidos, aún primero y segundos premolares a través del análisis de dentición mixta de Moyers, sin tener que contar con un estudio radiográfico de toda la boca, porque puede ser difícil de obtener cuando existen niños aprehensivos o padres opuestos a las radiaciones, este análisis ofrece las siguientes ventajas:

- 1) Erro mínimo.- Se sabe exactamente el error posible.
- 2) Puede hacerlo tanto el principiante como el experto.

- 3) No requiere mucho tiempo.
- 4) No exige equipo especial.
- 5) Puede realizarse en la boca, así como en los modelos de estudio.
- 6) Puede realizarse en ambas arcadas.

ORTODONCIA PREVENTIVA.

Significa: una vigilancia dinámica y constante, un sistema, una disciplina, tanto para el dentista como para el paciente.

Debe empezar desde la primera visita al consultorio dental, se le debe explicar a los padres de familia mediante ilustraciones, modelos de una oclusión normal no sucede porque sí, ya que hay muchas cosas que pueden trastornarla, deberán apreciarse la complejidad del desarrollo dental, así es más fácil prevenir o interceptar los problemas incipientes, que tener que corregirlos posteriormente, la edad adecuada para que un niño sea examinado por un dentista es de 2 a 3 años, aunque no tenga que suministrar su servicio y si existiera alguna huella de maloclusión se debe proceder a un examen radiográfico y posteriormente realizarlos cada dos años y si es necesario hacer una radiografía panorámica que amplíe más el desarrollo total bajo la superficie ósea, como también es indispensable tomar unos modelos de estudio de ser posible cada año entre los 6 y 12 años.

MANTENIMIENTO DEL ESPACIO EN LOS SEGMENTOS
ANTERIOR, SUPERIOR E INFERIOR.

Es importante colocar un mantenedor de espacio cuando no hay indicios de erupción en estos segmentos, en los niños un mantenedor removible se pierde con mayor frecuencia, el mantenedor de espacio en estos espacios o segmentos es difícil y puede representar una controversia (V) (II).

- 61 -
MANTENEDORES DE ESPACIO.

Clasificación:

- 1) Fijos, semifijos, y removibles.
- 2) Con bandas o sin ellas.
- 3) Funcionales o no funcionales.
- 4) Activos o pasivos.
- 5) Ciertas combinaciones que se logran de las anteriores.

Si se coloca un mantenedor de espacio, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos, dependiendo de la pérdida dentaria, edad del paciente, estado de salud de los dientes restantes, tipo de oclusión, cooperación del paciente, la habilidad manual y de preferencia del operador, siempre que se pierda un diente desiduo antes de tiempo en que esto debiera ocurrir en condiciones normales y que predisponga al paciente a una maloclusión y radiográficamente esté comprobado, debe colocarse un mantenedor de espacio.

REQUISITOS PARA MANTENEDORES DE ESPACIO.

- 1) Deberá mantener la dirección mesio-distal del diente perdido.
- 2) Deberán ser funcionales al menos al grado de evitar la superposición de los dientes antagonistas.
- 3) Deberán ser sencillos y lo más resistentes posibles.
- 4) No deberán de poner los demás dientes en peligro mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
- 5) Deberán poder ser limpiados y pulidos para que no retengan ali

mentos que pueda agravar el problema de caries o enfermedad de los tejidos blandos.

- 6) Su construcción será tal que no impida el crecimiento normal, ni los procesos de desarrollo ni interfieran en funciones tales como la masticación, habla o deglución.

VENTAJAS DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO DE TIPO REMOVIBLE.

- 1) Permite una buena limpieza tanto del Aparato como de las piezas dentarias.
- 2) Mantiene o restaura la Dimensión Vertical.
- 3) Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- 4) Puede ser llevado gran parte del tiempo, permitiendo que haya irrigación de los tejidos blandos.
- 5) Puede construirse de forma estética.
- 6) Ayuda a tener la lengua dentro de sus límites.
- 7) No es necesaria la construcción de bandas.
- 8) Es fácil observar algún proceso carioso.
- 9) Puede hacerse lugar para la erupción de piezas, sin necesidad de construir un aparato nuevo.

TIPO FUNCIONAL.

Deberá ser lo suficientemente durable, para resistir las fuerzas funcionales y satisfacer los requisitos enumerados anteriormente e imitando también la fisiología normal.

Los podemos construir de tipo: Corona-Barra y Banda-Barra. La Barra se presenta soldada en ambos extremos a los aditamentos de soporte este tipo de Mantenedor es el más simple y funcional, aunque no el más deseable.

Se refieren Coronas metálicas completas para los soportes, ya que ofrecen menos posibilidad de requerir cementación posteriormente.

La barra puede ser de Acero Inoxidable o alguna aleación de Niquel Cromo, la unión adecuada se logra utilizando soldadura de Plata o Fluor.

Para que el niño este lo menos posible en el sillón dental, se toma una impresión del segmento afectado o de ser posible total, se vacia en yeso, la porción gingival se recorta a cada lado a una distancia de 2 mm. se adaptan las coronas adecuadamente, a nivel del margen gingival se debe de tomar el modelo antagonista, para determinar las posiciones oclusales, no se deben cortar demasiado las paredes proximales, después de ajustadas las Coronas y se fabrica una Barra en forma de L que se ajusta a la zona desdentada. La Barra deberá encontrarse a la altura Oclusal adecuada para evitar la sobre erupción del diente Antagonista.

TIPO NO FUNCIONAL.

Constan de los mismos componentes que el funcional, coronas de -

acero inoxidable, pero con una barra intermedia o maya ajustada al contorno de los Tejidos, si se diseña correctamente al diente por erupcionar saldrá correctamente.

Generalmente cualquier tipo de Mantenedor de Espacio no funcional es menos adecuado que el funcional.

Este mantenedor no funcional permite ajustes menores en el control de espacio, se diseña utilizando una banda Ortodónica o Corona completa de Metal, un brazo va volado que hace contacto con el contacto inicial del Diente Contiguo, o si este contacto se pierde se puede doblar y colocarlo en contacto con el diente que este erupcionando y así crear un espacio adecuado.

MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS.

VENTAJAS.- Se pueden traer todo el tiempo dentro de la boca y no se pueden perder, romper, etc.

DESVENTAJAS.- No se pueden limpiar perfectamente.

No permiten visibilidad ante un proceso carioso, o cualquier trastorno que se presente en la boca. (II)(IV)(V)(X).

MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLES.

ARCO LABIAL.

Este ayuda a mantener el instrumento en la boca y en el maxila, evita que los dientes emigren hacia adelante, deberá estar lo suficientemente avanzado en la encía para lograr una buena retención, sin tocar las papilas interdientarias, el paso del hilo metálico de labial a lingual puede plantear algún problema, generalmente puede ir en el intersticio oclusal o distal al canino.

Se usará hilo de Niquel-Cromo de 0.032 ó 028 pulgadas (0.8 a - 0.68 mm), si se presenta el problema de interferencias oclusales se puede usar hilo de 0.026 (0.65 mm) de acero inoxidable, aunque es más difícil de doblar.

Los mantenedores removibles no necesariamente deben llevar arco labial, estos mantenedores se usan cuando se pierden uno o más molares temporales bilaterales generalmente en el Maxilar y la Mandíbula, o cuando se hayan perdido dos molares unilateralmente en la arcada superior.

DESCANSOS OCLUSALES.

Son ganchos de adición en los molares, descansan en la cara oclusal, pueden ser aconsejables en la mandíbula e incluso no se usan los Arcos Labiales.

EXPOLONES INTERPROXIMALES.

Después de los descansos oclusales para lograr mayor retención,

se aplican los espolones interproximales, es importante la combinación de estos 3 aparatos, Arco Vestibular, Descansos Oclusales y Espolones Interproximales, para que el juego constante del niño con la lengua o su incapacidad para retener el aparato en su lugar interfiera en la función del mantenedor de espacio.

Ya que se han hecho los ganchos de retención y el arco labial, se detienen en el modelo de yeso con pedacitos de cera después de haber puesto separador de A crílico al modelo se coloca acrílico Auto polimerizable en el paladar o en la Herradura Mandibular si es inferior, ya que haya polimerizado, se pule perfectamente en los espacios se puede colocar acrílico o dientes artificiales, que ocupan el lugar de los dientes ausentes temporales.

Estos aparatos se deben controlar frecuentemente para observar el estado de erupción del diente permanente, posible aparición de --caries, si se observa la erupción se debe retirar para no entorpecer su colocación en el Arco Dentario. (II)(X)(XII).

LAMINA #1.

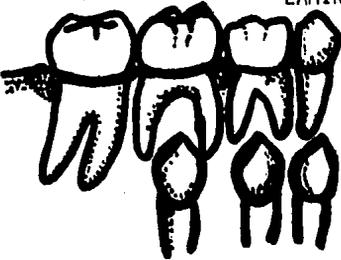


FIGURA A.

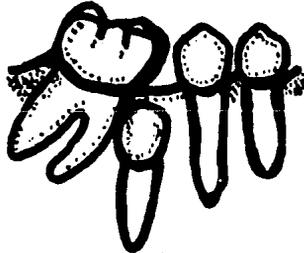


FIGURA B.

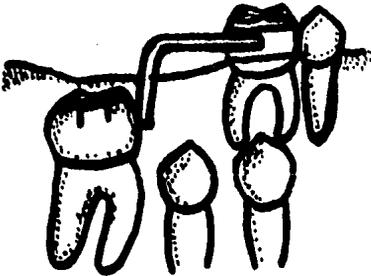


FIGURA C.

EFEITOS DE LA PERDIDA PREMATURA DE UN SEGUNDO MOLAR PRIMARIO.

A.- Erupción Normal, B.- La pérdida del segundo Molar Primario da -- por resultado desviación mesial del primer molar permanente, C.- Mantenedor Zapatilla de Extensión Distal, insertado después de la Pérdida de un Segundo Molar Primario para guiar la Erupción del Primer Molar permanente hacia su posición adecuada.

III.- MATERIAL Y METODOS.

Se utilizaron:

Espejo Dental

Pinzas de Curación.

Explorador.

Unidad Dental.

Historia Clínica convencional.(ver apéndice).

Se realizó el estudio con 25 niños tomados al azar, que acudieron a la clínica periférica Milpa Alta, perteneciente a la UNAM, solicitando atención dental por primera vez, para recopular datos, aplicamos una historia clínica donde encontramos a niños entre la edad de 3 a 10 años, en su mayoría de sexo femenino.

GUIA DE MANEJO DE DATOS.

- | | |
|----------------------|---|
| 1) No. de Expediente | 5) Dientes Faltantes |
| 2) Dirección. | 6) Ruidos a la palpación. |
| 3) Edad | 7) Tipo de mantenedor. |
| 4) Sexo | 8) Oclusión de Angles
Planos terminales. |

Estos datos se graficarán posteriormente.

IV.- RESULTADOS

-De los 25 niños estudiados, 14 niños pertenecieron al sexo femenino y 11 al masculino.

-Por edades: encontramos que la edad prevaleciente era entre los 7 y 8 años, lo que nos indica que durante el proceso de exfoliación de la primera dentición, puede alterarse, por practicar extracciones prematuras, manifestándose por pérdida de espacio o retención prolongada.

-Dientes faltantes: En la arcada superior prevalece la ausencia de dientes anteriores principalmente en el sexo femenino.

-La ausencia de los centrales superiores, fue principalmente debido a que fueron extraídos prematuramente sin tomar las medidas necesarias para mantener el espacio de los dientes de la segunda dentición por lo que acudieron a la clínica para recibir atención.

-En la arcada inferior, la ausencia de dientes fue principalmente en las zonas posteriores, perteneciente a la zona de molares.

- Ruidos a la palpación, únicamente tres niños de los 25, reportaron este dato, lo cual nos indica que no se encuentran alteraciones de importancia en la ATM.

-Tipo de mantenedor: El mantenedor de espacio superior es el de mayor escala para su colocación.

- Una combinación de los dos tanto superior como inferior se le colocaría a 6 niños lo que indica que aún, prevalecía la colocación de el Mantenedor de Espacio Superior que el Inferior.

- Oclusión de Angle: nos proporcionó datos específicos de los 25 niños prevaleciendo la clase I en 10 niños, o de clase II y uno de clase III.

- Oclusión por Planos Terminales: La mayoría fué de Oclusión Vertical dos de Distal Excesivo y uno de Mesial Excesivo.

- Número de Caries.- Por el número de Caries, prevaleció el Sexo Femenino, 96 caries con un grupo de 14 niñas y el sexo Masculino con 57 caries en un grupo de 11 niños.

- También encontramos que un sólo niño presentaba 16 caries y un sólo niño presento unicamente dos.

Ver Gráficas Representativas en el Apéndice.

V.- D I S C U S I O N .

Sin duda alguna todo Cirujano Dentista en la Practica Profesional ha realizado Extracciones Prematuras, más lo que no podemos asegurar es, si todos hayan hecho el Tratamiento adecuado después de esto.

Ya que en nuestra Investigación pudimos observar que varios niños habfan pérdido espacio, y en otros casos habia que colocar uno o dos Mnatenedores de Espacio, para evitar problemas que Obstruyan una Erupción correcta en la Segunda Dentición, lo que nos hace recomendar que es importante la Colocacion de un Mantenedor de Espacio a conveniencia o necesidad de cada Paciente.

VI.- CONCLUSION .

Al finalizar este Trabajo encontramos que los Papás se preocupan más por dar atención a las niñas que a los niños y que probablemente se deba a que los niños en General presentan una Higiene Bucal - poco aceptable lo que ocasiona problemas dentales muy serios, por la Edad se encontró que prevaleció entre los 7 u 8 años, probablemente debido al Proceso de Exfoliación o porque se presentó Retención Prolongada de los Dientes Permanentes y en mayor escala los Superiores Anteriores, en seguida los Posteriores Inferiores.

No encontramos alteración en la ATM, ya que sólo 3 de los 25 niños estudiados reportaron Ruidos a la Palpación.

El mantenedor de Espacio de mayor escala para su colocación fué el Superior Anterior, pensamos que el Paciente pudo haber asistido principalmente para corregir la Estética del Niño, en algunos casos fué necesaria la combinación de ambos tanto superior como inferior, se explico a los Padres que era importante por Estética pero, mucho mejor si se laboraba uno o dos Mantenedores tanto Estéticos como -- Funcionales.

Encontramos que por Oclusión 10 pertencieron a la Clase I. Cero a la Clase II y uno a la Clase III, lo que nos indicaba que no se encuentran problemas Graves en la Oclusión, y que los Mantenedores -- tienen poco o ningún problema al colocarse.

Por Planos Terminales prevaleció la Oclusión Vertical, lo que indica un problema menor de Oclusión.

Por el Número de Caries es dominante el Sexo Femenino, tal vez -- porque se atendió a más niñas, un sólo niño presentó una caries y -- otro 16 de los 25 niños estudiados, los dos casos son extremos probablemente porque en el primer caso los papás hayan tenido mayor cuidado y en el otro no.

Ojala las nuevas generaciones tomaran en cuenta este Trabajo y continuarán realizando otros enfocados a nuestra niñez, ya que es en la edad Infantil donde se pueden detectar los problemas de maloclusión cualquiera que sea su Etiología.

VII.-
HISTORIA CLINICA.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA CLINICA MILPA ALTA.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

Dientes Faltantes: _____

Dientes Restaurados: _____

Dientes con Caries: _____

A la Palpación, Ruidos en ATM, Derecha: _____ Izquierda: _____

Tipo de mantenedor, Superior: _____ Inferior: _____

Sup. e Inf.; _____

Oclusión de Angle I. () II. () III. ()

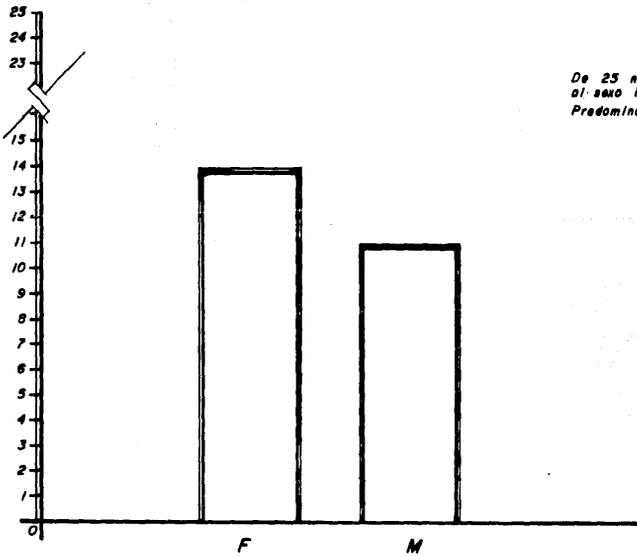
Oclusión por Planos Terminales: M. _____ D. _____ ME. _____

DE. _____ VERTICAL. _____

	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						
DERECHA											IZQUIERDA					
R											L					
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
R											L					
DERECHA											IZQUIERDA					
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						

GRAFICA

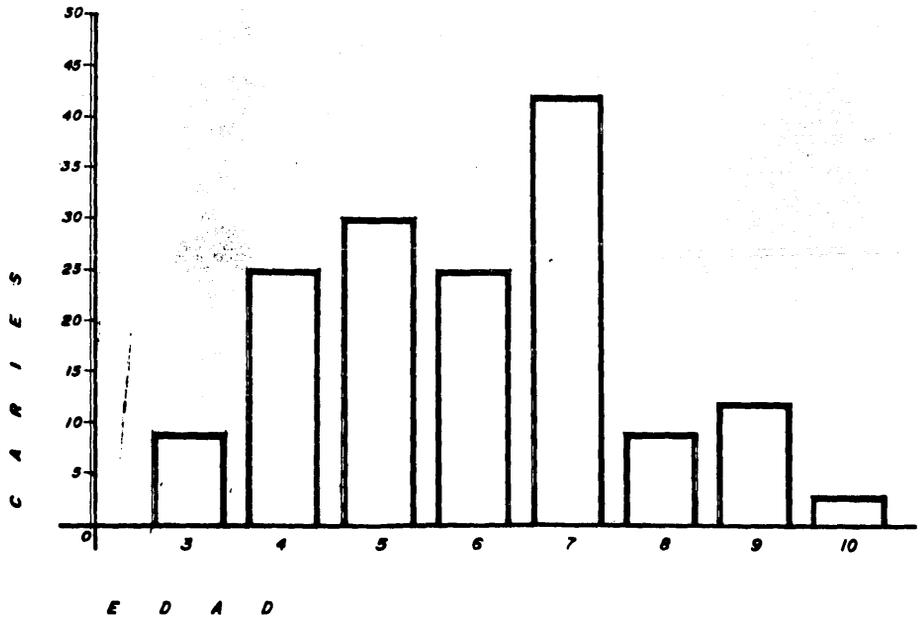
Clasificación de niños según sexo



De 25 niños revisados 14 pertenecieron al sexo Femenino y 11 al sexo Masculino. Predominando el sexo Femenino.

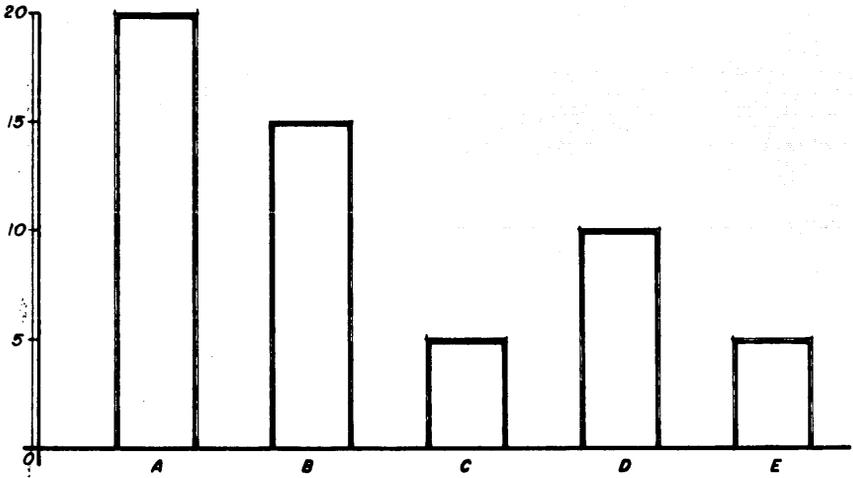
GRAFICA

CARIES SEGUN EDAD



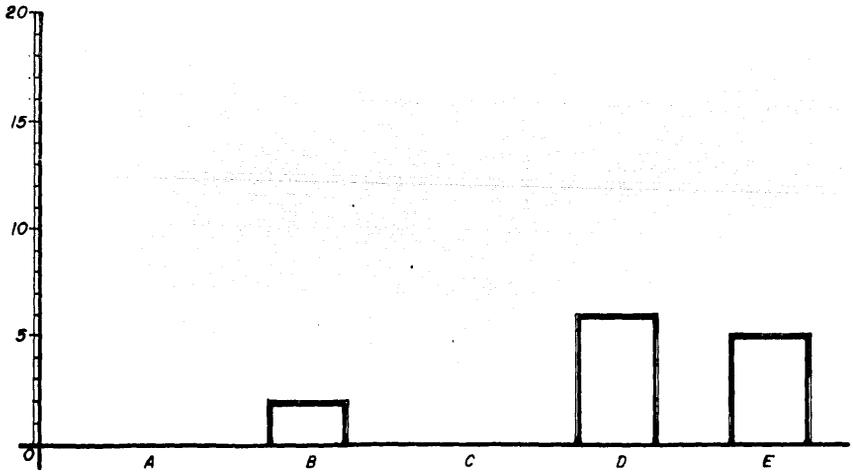
GRAFICA

*Ausencia de dientes superiores en un grupo de 25 niños
Prevalenciando la zona de Centrales.*



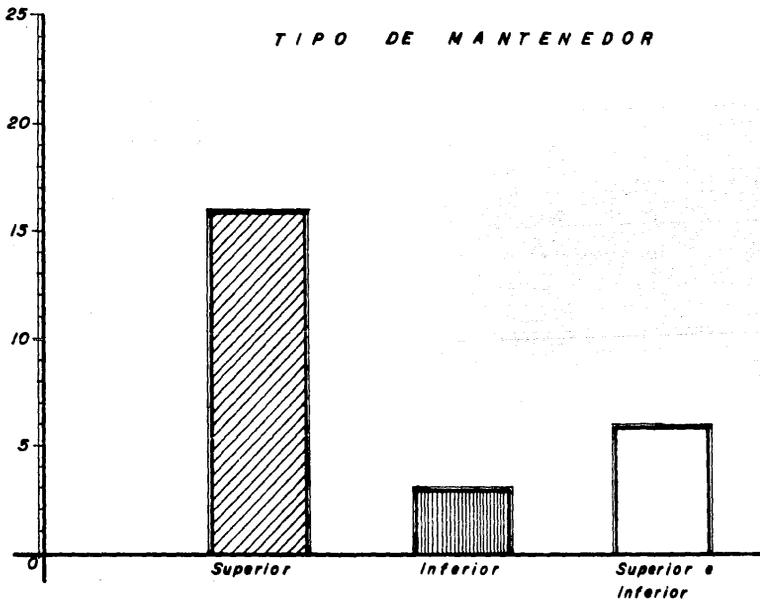
GRAFICA
DIENTES INFERIORES

*Ausencia de dientes inferiores en un grupo de 25 niños estudiados
Prevaliendo la zona de Primeros Molares*



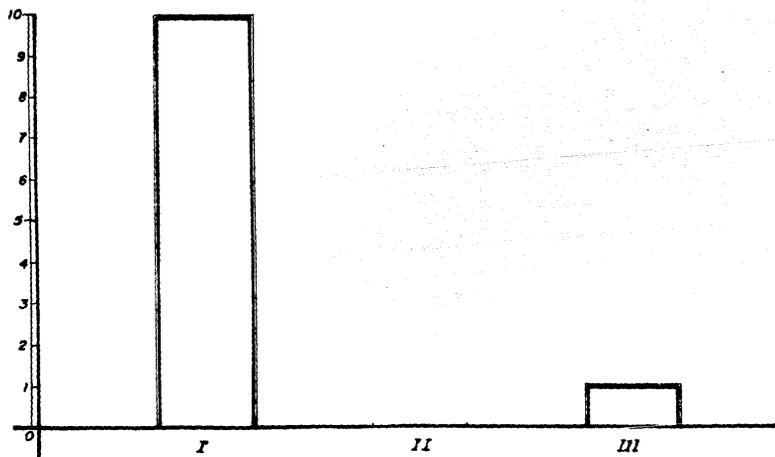
GRAFICA

TIPO DE MANTENEDOR



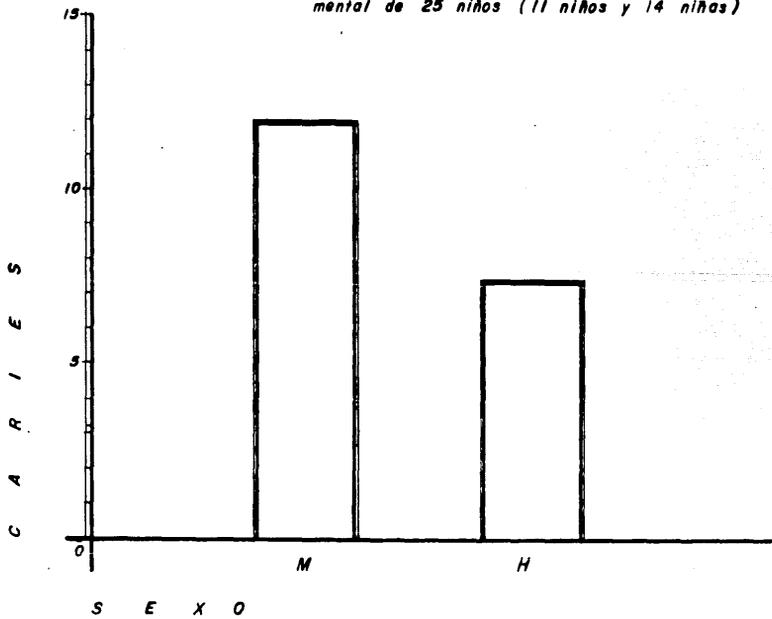
GRAFICA

Representativa de la clasificación de Angle por planos terminales realizada en 25 niños, de los cuales 11 presentaban ya erupcionados los 6, 10 con clase I, cero de clase II y 1 de clase III.



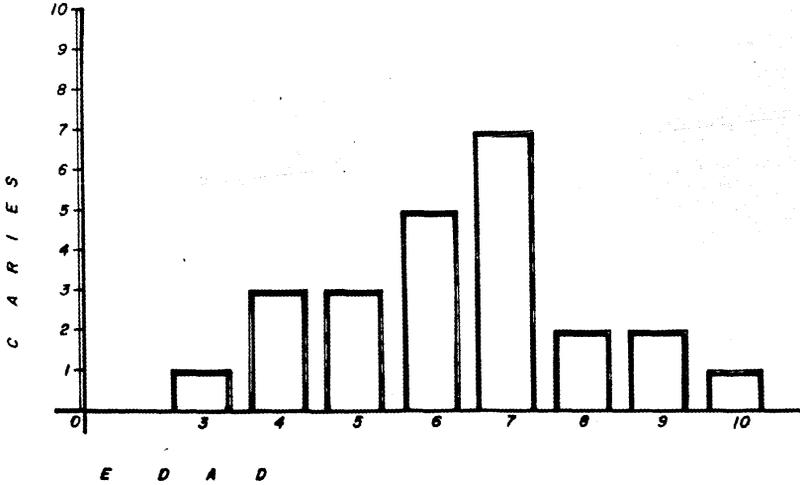
GRÁFICA

Representativa de Caries distribuida según Sexo donde predomina el sexo Femenino en un grupo experimental de 25 niños (11 niños y 14 niñas)



GRAFICA

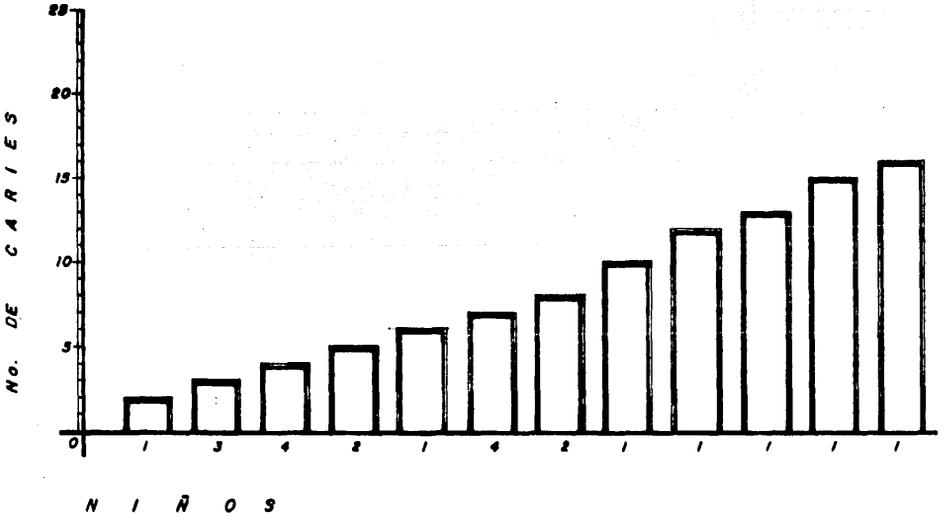
Clasificación de niños estudiados según edad. La edad que prevaleció fue la de 7 años la cual nos indica que durante esta etapa los problemas de exfoliación son mayores ya que en algunos casos se presentan procesos de retención prolongada.



GRAFICA

NUMERO DE CARIES

Representa el número de Caries que se encuentran en un grupo de 25 niños



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

- I. CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA,
Urgencias Médicas en el Consultorio Dental.
Dr. Blair Donald M.
Dr. Cantrell James R.
Editorial Interamericana.
México, D.F. 1982.

- II. PRINCIPIOS DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA,
Dr. Chasteen Joseph E.
El Manual Moderno, S.A.

- III. ANATOMÍA DENTAL,
Esponda Vila.
México, D.F. 1981,

- IV. ODONTOLÓGIA PEDIÁTRICA,
Finn Sindy B.
Editorial Interamericana
2da. Edición.
Año, 1983.

- V. ORTODONCIA TEÓRICA Y PRÁCTICA,
Graber T.V.
Editorial Interamericana
5a. Edición, 1983.

- VI. REVISTA CIENTÍFICA, TÉCNICA Y CULTURAL,
Kameta Angel
Fernandez Miguel a.
Órgano Oficial de la Facultad de Odontología, UNAM.
Número 24 Vol. VI, julio-agosto, 1976

- VII. TECNICA ORTODONTICA CON FUERZAS LIGERAS,
Mayoral José.
1a. Edición, 1976.
- VIII. PRACTICA ODONTOLOGICA,
Morales Pacheco Juan
Uso de los Arcos Ligeros,
Vol. 6, Número 5, mayo 1985.
- IX. ORTODONCIA PREVENTIVA,
Perry Hitchcock H.
Capitulo 16.
- X. MONOGRAFIA: MILPA-ALTA,
Reyes H Alfonso,
Comisión Coordinadora para el Desarrollo
Agropecuario del D.F.
- XI. CIENCIA ODONTOLOGICA,
Psicopaidodoncia,
Palacios Urtado Filio,
Licenciatura en la Facultad de Odontología, UNAM.
Generación 1972-75.
Director de la Revista Científica, Técnica y Cul-
tural "F.O".
- XII. MOVIMIETOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS,
Sim Joseph M.
Editorial Mundi,
2da. Edición, 1980.
- XIII. CLINICAS PERIFERICAS,
Inauguración de la Clínica Milpa-Alta,
Zimbeck Escobedo José Luis,
Apodaca Anselmo,
Año 1974.