

2ej 13



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ORTODONCIA PREVENTIVA

TESIS PROFESIONAL

que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

LUISA MARIA AGUIRRE RUCANA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE:

CAPITULO No. I

INTRODUCCION:

CAPITULO No. II

MORFOLOGIA Y DESARROLLO DE LOS DIENTES PRIMARIOS:

- A) LA MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS
- B) DESARROLLO DE LOS DIENTES PRIMARIOS
 - a) CRECIMIENTO
 - b) CALCIFICACION
 - c) ERUPCION
 - d) ATRICION
 - e) RESORCION Y EXFOLIACION

CAPITULO No. III

DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES:

CAPITULO No. IV

RADIOGRAFIA:

- A) TECNICAS RADIOGRAFICAS.
 - a) RADIOGRAFIA PERIAPICAL
 - b) RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL
 - c) RADIOGRAFIA OCLUSAL
 - d) RADIOGRAFIA PANORAMICA
 - e) RADIOGRAFIA CEFALOMETRICA

CAPITULO No. V

ETAPAS PRELIMINARES EN ORTODONCIA PREVENTIVA:

- A) EXAMEN
- B) HISTORIA
- C) ETIOLOGIA
- D) CLASIFICACION SEGUN ANGLE

CAPITULO No. VI

HABITOS BUCALES INFANTILES:

- A) REFLEJO DE SUCCION
- B) SUCCION LABIAL
- C) EMPUJE LINGUAL
- D) EMPUJE DEL FRENILLO
- E) MORDEDURA DE UNAS
- F) RESPIRACION BUCAL
- G) BRUXISMO

CAPITULO No. VII

ORTODONCIA PREVENTIVA:

- A) ALTERNATIVAS ORTODONTICAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA OCLUSION
- B) PROBLEMAS ORTODONTICOS FUTUROS
- C) PATRON DE RESORCION ANORMAL Y ERUPCION PERMANENTE
- D) TRATAMIENTO PARA LA CARIES COMO PROCEDIMIENTO DE ORTODONCIA PREVENTIVA,

CAPITULO No. VIII

TIPOS DE MANTENEDORES:

- A) REQUISITOS PARA MANTENEDORES DE ESPACIO
- B) APARATOS PARA MANTENER EL ESPACIO
 - a) MANTENEDORES FIJOS
 - b) MANTENEDORES REMOVIBLES

CAPITULO No. IX:

DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS:

- A) APARATOS REMOVIBLES
 - a) VENTAJAS DE LOS APARATOS REMOVIBLES
 - b) DESVENTAJAS DE LOS APARATOS REMOVIBLES.

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

ACTUALMENTE CASI TODOS LOS CIRUJANOS DENTISTAS SE PREGUNTAN QUE CONOCIMIENTOS BASICAMENTE NOS HACEN FALTA PARA LLEVAR A CABO UN BUEN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA PREVENTIVA.

LA RESPUESTA DEBERA ESTAR BASADA EN LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS - Y LA EXPERIENCIA QUE CADA MEDICO VA ADQUIRIENDO.

LO QUE NOSOTROS PODEMOS APRENDER DE LA ORTODONCIA PREVENTIVA ES MUY VARIABLE TANTO EN UNA ESCUELA A OTRA COMO EN CADA MAESTRO - DE ORTODONCIA ES DIFERENTE,

LOS CURSOS QUE HEMOS ADQUIRIDO HAN SIDO BASICAMENTE PRINCIPIOS DE OCLUSION Y RECONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA ORTODONCIA.

LA INTENSIÓN DE REALIZAR ESTA TESIS ES QUE LLEQUE A SERVIR AL-- GUN DIA DE MANUAL Y ADEMÁS QUE SEA UN APORTE MAS A LA PREVEN--- SION ORTODONCICA.

ESTE PROPOSITO NO SE OLVIDA DE TRATAR DE PROPORCIONAR UNA INFOR MACION RESUMIDA RESPECTO A LOS PRINCIPIOS BASICOS Y TECNICOS -- LOS QUE PUEDEN SER APLICADOS ALOUNA VEZ Y QUE ESTOS MISMOS PU-- DIERAN LLEGAR A SER DE CONFIANZA Y DE UTILIDAD EN LA DISMINU--- CTION DE LAS MALOCLUSIONES.

EL TERMINO ORTODONCIA PREVENTIVA POR LO GENERAL NO SE REFIERE - A AQUELLOS PRINCIPIOS QUE SE UTILIZAN PARA CONSERVAR UNA OCLU-- SION QUE ES NORMAL Y QUE CONTINUA SIENDOLO A MENOS QUE ALGUNA -

INFLUENCIA EXTERNA FUERA DE LO NATURAL LLEGUE A CAMBTARIA.

LA CONSERVACION HIGIENICA DE LAS ENCIAS Y DE LOS DIENTES PREVIENE LA PERDIDA DE LAS UNIDADES DENTALES, LO QUE PUEDE CONducIR-- NOS A PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ORTODONCIA ASI COMO LA COLOCACION DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO, POR LO TANTO TODAS LAS BASES REFERENTES A LA ODONTOLÓGIA PREVENTIVA PERTENECEN A LA ORTODONCIA PREVENTIVA.

CAPITULO I

MORFOLOGIA Y DESARROLLO DE LOS DIENTES PRIMARIOS

LA MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS:

LOS DIENTES PRIMARIOS SON 20 Y CONSTAN DE:

- A) UN INCISIVO CENTRAL
- B) UN INCISIVO LATERAL
- C) UN CANINO
- D) UN PRIMER MOLAR
- E) UN SEGUNDO MOLAR

EN CADA CUADRANTE DE LA BOCA DESDE LA LINEA MEDIA HACIA ATRAS.

LOS DIENTES PERMANENTES SON 32 Y CONSTAN DE:

- A) LOS DIENTES INCISIVOS CENTRALES
- B) INCISIVOS LATERALES
- C) CANINOS QUE REEMPLAZAN A LOS DIENTES PRIMARIOS SIMILARES.
- D) LOS PRIMEROS PREMOLARES Y
- E) LOS SEGUNDOS PREMOLARES QUE REEMPLAZAN A LOS PRIMEROS MOLARES.
- F) LOS PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER MOLARES QUE NO DESPLAZAN -- PIEZAS PRIMARIAS, SINO QUE HACEN ERUPCION EN POSICION POSTERIOR A ELLAS.

DENTRO DE LA FUNCION DE LAS PIEZAS PRIMARIAS CABE DECIR QUE SE UTILIZAN PARA LA PREPARACION MECANICA DEL ALIMENTO DEL NINO PARA Digerir y ASIMILAR DURANTE UNO DE LOS PERIODOS MAS ACTIVOS DEL

CRECIMIENTO DE LAS MANDIBULAS POR MEDIO DE LA MASTICACION, ESPECIALMENTE EN EL DESARROLLO DE LA ALTURA DE LOS ARCOS DENTALES; LA DENTICION PRIMARIA ES LA QUE DA LA CAPACIDAD PARA USAR LOS DIENTES PARA PRONUNCIAR.

LA PERDIDA TEMPRANA Y ACCIDENTAL DE DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES PUEDE LLEVAR A LA DIFICULTAD PARA PRONUNCIAR LOS SONIDOS F, V, S, Z, Y TH, TAMBIEN TIENEN OTRA FUNCION COMO ES LA ESTETICA, YA QUE MEJORAN EL ASPECTO DEL NINO, PUESTO QUE A VECES PRESENTAN DIENTES DISFIGURADOS QUE HACE QUE AL HABLAR NO ABRA LO SUFICIENTEMENTE LA BOCA.

MORFOLOGIA DE LAS PIEZAS PRIMARIAS INDIVIDUALES:

PRIMER MOLAR MAXILAR PRIMARIO: PRESENTA CUATRO SUPERFICIES BIEN DEFINIDAS:

- A) BUCAL
- B) LINGUAL
- C) MESTAL
- D) DISTAL

ES EL DIENTE QUE MAS SE PARECE A LA PIEZA QUE SUBSTITUIRA, LA RAIZ ESTA FORMADA POR 3 PUAS QUE SON:

- A) UNA MESTOBUCAL (LA MAS CORTA)
- B) DISTOBUCAL
- C) UNA RAMA LINGUAL QUE ES LA MAS LARGA.

PRIMER MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO: LA MAYOR CARACTERISTICA QUE LOS DIFERENCIA ES SU BORDE MARGINAL MESTAL POR SU EXCESO DE DESARROLLO, ESTE BORDE SE PARECE ALGO A UNA QUINTA CUSPIDE; NO SE ENCUENTRA EN OTROS MOLARES; JUNTO CON EL GRAN CUERNO PULPAR MESTO-

BUCAL, HACE QUE LA PREPARACION DE UNA CAVIDAD CLASICA MESTIOCLU
SAL SEA DIFICIL. EL DELINEADO DE LA PIEZA TIENE FORMA DE ROMBOI
DE. LA RAIZ DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO ESTA DIVIDIDA
EN DOS PUAS: UNA RAIZ MESTIAL Y UNA DISTAL.

AUNQUE LAS RAICES SE PARECEN A LAS DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR
PERMANENTE SON MAS DELGADAS Y SE ENSANCHAN CUANDO SE ACERCAN AL
APICE, PARA PERMITIR QUE SE DESARROLLE EL GERMEN DE LA PIEZA --
PERMANENTE.

SEGUNDO MOLAR MAXILAR PRIMARIO: ES ESCENCIALMENTE UNA PIEZA CON
CUATRO CUSPIDES, AUNQUE A MENUDO EXISTE UNA QUINTA CUSPIDE EN -
EL ASPECTO MESTIOLINGUAL. LA RAIZ DEL SEGUNDO MOLAR MAXILAR ESTA
DIVIDIDA EN 3 PUAS:

- A) UNA RAIZ MESTIOBUCAL
- B) UNA DISTIOBUCAL
- C) UNA LINGUAL

AUNQUE LAS RAICES SE PARECEN ALGO A LOS DEL MOLAR MAXILAR PERMA
NENTE, SON MAS DELGADAS Y SE ENSANCHA MAS A MEDIDA QUE SE ACER-
CAN AL APICE. LA RAIZ DISTIOBUCAL ES LA MAS CORTA Y LA MAS ESTRE
CHA DE LAS TRES.

SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO: CONSTA DE 5 CUSPIDES QUE CO-
RRESPONDE AL PRIMER MOLAR PERMANENTE. EL MOLAR PRIMARIO, AUNQUE
TIENE IGUAL CONTORNO GENERAL Y EL MISMO MODELO DE SUPERFICIE, -
PRESENTA UN CONTORNO AXIAL MAS REDONDEADO, BUCOLINGUALMENTE, ES
MAS ESTRECHO EN COMPARACION CON SU DIAMETRO MESTIODISTAL, Y TIE-
NE UN BORDE CERVICAL MAS PRONUNCIADO EN LA SUPERFICIE BUCAL.

LA PIEZA ES MAYOR QUE EL PRIMER MOLAR PRIMARIO Y MENOR QUE EL -
PRIMER MOLAR SECUNDARIO, QUE ESTA EN YUXTAPOSICION. LA RAIZ ES
MAYOR QUE LA DEL PRIMER MOLAR PRIMARIO, AUNQUE POR LO GENERAL -

TIENE EL MISMO CONTORNO, LA RAIZ SE COMPONE DE UNA RAMA MESTAL Y DE UNA DISTAL. AMBAS RAMAS DIVERGAN A MEDIDA QUE SE APROXIMAN A LOS APICES, DE MANERA QUE EL ESPACIO MESIODISTAL OCUPADO ES MAYOR QUE EL DIAMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA, PARA PERMITIR EL DESARROLLO DE PIEZAS SUCEDANEAS.

INCISIVOS MAXILARES PRIMARIOS: SON MUY SIMILARES EN MORFOLOGIA - TANTO DE CENTRALES COMO LATERALES. LA RAIZ ES UNICA Y DE FORMA CONICA. ES DE FORMA BASTANTE REGULAR Y TERMINA EN UN APICE BIEN REDONDEADO.

INCISIVOS MANDIBULARES PRIMARIOS: SON ESTRECHOS Y SON LOS MAS PEQUEÑOS DE LA BOCA, AUNQUE EL LATERAL ES LIGERAMENTE MAS ANCHO Y LARGO QUE EL CENTRAL Y CON RAIZ MAS LARGA, SE ADELGAZA HACIA EL APICE; EN CAMBIO LA RAIZ DEL CENTRAL ESTA ALGO APLANADA EN SUS ASPECTOS MESTAL Y DISTAL Y SE ADELGAZA HACIA EL APICE.

CANINO MAXILAR PRIMARIO: AL IGUAL QUE LOS CANINOS PERMANENTES, LOS PRIMARIOS SON MAYORES QUE LOS INCISIVOS CENTRALES O LATERALES.

LA RAIZ ES LARGA, ANCHA Y LIGERAMENTE APLANADA EN SUS SUPERFICIES MESTAL Y DISTAL. EXISTE UN LIGERO AUMENTO DE DIAMETRO A MEDIDA QUE PROGRESA DESDE EL MARGEN CERVICAL, SE ADELGAZA; EL APICE DEL DIENTE ES REDONDEADO.

CANINO MANDIBULAR PRIMARIO: TIENE LA MISMA FORMA QUE EL CONTORNO DEL MAXILAR, PERO NO ES TAN BULBOSO LABIO-LINGUALMENTE NI TAN ANCHO MESIODISTALMENTE. LA RAIZ ES UNICA, CON DIAMETRO LABIAL MAS ANCHO QUE EL LINGUAL. LAS SUPERFICIES MESTAL Y DISTAL ESTAN LIGERAMENTE APLANADAS, LA RAIZ SE ADELGAZA HACIA UN APICE PUNTIAGUDO

DESARROLLO DE LOS DIENTES PRIMARIOS

EL GERMEN DENTARIO DERIVA DEL ECTODERMO Y MESODERMO. EL ECTODERMO, DA LUGAR A LA FORMACION DEL ORGANNO DEL ESMALTE Y ORGANNO EPITELIAL DENTARIO, QUE MODELA LA FORMA DEL DIENTE. DEL MESODERMO SE FORMA LA PAPILA DENTARIA, DE LA CUAL SE ORIGINA, - LA PULPA Y ESTA A SU VEZ OCACIONA EL DEPOSITO DE LA DENTINA. EL TEJIDO CONJUNTIVO QUE CUBRE A LA PAPILA DENTARIA Y EN PARTE, AL ORGANNO DEL ESMALTE DE ORIGEN AL SACO DENTARIO, DEL --- CUAL DERIVA EL LIGAMENTO PARODONTAL QUE A SU VEZ DA ORIGEN A CEMENTOIDE Y AL CEMENTO.

LAS ETAPAS DE DESARROLLO SEGUN SHOUR Y MASSLER SON:

1) CRECIMIENTO

- a) INICIACION DE LA GERMINACION
- b) PROLIFERACION
- c) DIFERENCIACION HISTOLOGICA
- d) DIFERENCIACION MORFOLOGICA
- e) APOSICION

2) CALCIFICACION

- 3) ERUPCION
- 4) ATRICION
- 5) RESORCION Y EXFOLIACION

C R E C I M I E N T O.

- a) INICIACION DE LA GERMINACION.- EN EL EMBRION HUMANO, EL SIGNO MAS TEMPRANO DE DEBARROLLO DENTARIO APARECE ENTRE LAS 5 O 6 SEMANAS DE VIDA INTRAUTERINA, ALGUNAS CELULAS DE LA CAPA BASAL DEL EPITELIO ORAL EMPIEZAN A PROLIFERAR CON GRAN RAPIDEZ QUE LAS CELULAS ADYACENTES, HASTA QUE - APARECE UN ENGROSAMIENTO EPITELIAL EN LA REGION DEL FUTURO ARCO DENTARIO Y SE DENOMINA, CRESTA O LAMINA DENTARIA

MÁS O MENOS AL MISMO TIEMPO QUE OCURRE LA DIFERENCIACION DE LA LAMINA DENTARIA, EMERGEN DE LA MISMA EN DIEZ PUNTOS DIFERENTES POR CADA MAXILAR, UNOS ENGROSAMIENTOS OVOIDES, QUE SE CORRESPONDEN CON LA FUTURA POSICION DE LOS DIENTES TEMPORALES Y SE CONOCEN COMO VEMAS DENTARIAS.

- b) PROLIFERACION.- A MEDIDA QUE LA YEMA DENTARIA PROLIFERA SU EPITELIO SE EXPANDE DE UNA MANERA UNIFORME ORIGINANDO UNA ESFERA DE MAYORES DIMENSIONES. SU CRECIMIENTO DESIGUAL DA LUGAR A LA FORMACION DEL ORGANITO DEL ESMALTE

LAS CELULAS PERIFERICAS DEL ESTADIO DE CAPSULA O CASQUETE SE DISPONEN EN DOS CAPAS:

LA TUNICA EPITELIAL EXTERNA, SITUADA EN LA CONVEXIDAD DEL ORGANITO DEL ESMALTE, CONSISTE DE UNA HILERA UNICA DE CELULAS BAJAS Y LA TUNICA EPITELIAL INTERNA SITUADA EN LA CONCAVIDAD DEL ORGANITO DEL ESMALTE, Y QUE CONSISTE DE UNA CAPA DE CELULAS ALTAS.

LAS CELULAS DE POSICION CENTRAL DEL ORGANITO EPITELIAL DENTAL, SITUADAS ENTRE LOS EPITELIOS DENTARIOS INTERNO Y EXTERNO COMIENZAN A SEPARARSE DEBIDO A UN AUMENTO DEL FLUIDO INTERCELULAR Y SE DISPONEN EN FORMA DE RETICULO ESTRELLADO, O PULPA DEL ESMALTE. EL MESENQUIMA TAMBIEN PROLIFERA Y SE CONDensa PARA FORMAR LA PAPILA DENTARIA QUE DA ORIGEN A LA PULPA Y LA DENTINA.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y EL CEMENTO DERIVAN DEL SACO DENTARIO PRIMITIVO.

ESTADIO DE CAMPANA: LA INVAGINACION DE TEJIDO CONJUNTIVO QUE SE PRESENTA DURANTE EL PERIODO DE CASQUETE, SE PRO-

FUNDIZA, EN TANTO QUE SUS MARGENES CONTINUAN CRECIENDO HASTA QUE EL ORGANÓ DEL ESMALTE ADQUIERE LA FORMA Y UNA CAMPANA.

- c) DIFERENCIACION HISTOLOGICA.- A MEDIDA QUE EL NUMERO DE LA CELULA DEL ORGANÓ DEL ESMALTE AUMENTA Y EL ORGANÓ -- CRECE PROGRESIVAMENTE CON INVAGINACION EN AUMENTO, SE -- DIFERNECIAN VARIAS CAPAS DE DELULAS BAJAS Y ESCAMOSAS -- ENTRE EL RETICULO ESTRELLADO Y EL EPITELIO DE ESMALTE -- INTERIOR, PARA FORMAR EL ESTRATÓ INTERMEDIO CUYA PRESEN-- CIA ES NECESARIA PARA LA FORMACIÓ DE ESMALTE.

EN ESTA ETAPA SE FORMAN BROTES EN LA LAMINA DENTAL, LIN-- GUAL AL DIENTE PRIMARIO EN DESARROLLO, PARA FORMAR EL -- BROTE DEL DIENTE PERMANENTE. EN POSICION DISTAL AL MO-- LAR PRIMARIO SE DESARROLLAN LOS ENPLAZAMIENTOS PARA QUE SE DESARROLLEN LOS MOLARES PERMANENTES.

- d) DIFERENCIACION MORFOLOGICA.- LAS CELULAS DE LOS DIENTES EN DESARROLLO SE INDEPENDIZAN DE LA LAMINA DENTAL POR -- LA INVACION DE CELULAS MESENQUIMATOSAS EN LA PORCION -- CENTRAL DE ESTE TEJIDO. LAS CELULAS DEL EPITELIO INTE-- RIOR DE ESMALTE ADQUIEREN ASPECTO ALARGADO Y EN FORMA -- DE COLUMNA CON SUS BASES ORIENTADAS EN DIRECCION OPUES-- TA A LA PORCION CENTRAL DE LOS ODONTOBLASTOS EN DESARRO-- LLO. FUNCIONAN AHORA COMO AMELOBLASTOS Y SON CAPACES DE FORMAR ESMALTE. LASCELULAS PERIFERICAS DE LA PAPILA DEN-- TAL CERCA DE LA MEMBRANA BASE, QUE SEPARA LOS AMELOBLAS-- TOS DE LOS ODONTOBLASTOS, SE DIFERENCIAN EN CELULAS AL-- TAS Y EN FORMA DE COLUMNA, LOS ODONTOBLASTOS, QUE, JUN-- TO CON LAS FIBRAS DE KORFF, SON CAPACES DE FORMAR DENTI-- NA.

EL CONTORNO DE LA RAIZ SE DESIGNA POR LA EXTENSION DEL EPITELIO DE ESMALTE UNIDO, DENOMINADO VAINA DE HERTWING DENTRO DEL TEJIDO MESENQUIMATOSO QUE RODEA A LA PAPILA DENTAL.

LOS AMELOBLASTOS SE MUEVEN PERIFERICAMENTE DESDE SU BASE Y DEPOSITAN DURANTE SU VIAJE MATRIZ DE ESMALTE QUE - ESTA CALCIFICADA TAN SOLO 25 A 30 POR 100. ESTE MATERIAL SE DEPOSITA EN LA MISMA FORMA QUE LOS AMELOBLASTOS Y SE DENOMINA PRISMAS DE ESMALTE. LA MATRIZ DE ESMALTE SE DEPOSITA EN CAPAS EN ALIMENTO PARALELAS A LA UNION DE ESMALTE Y DENTINA. SIN EMBARGO, LA DEPOSICION DE MATRIZ DE ESMALTE NO PUEDE OCURRIR SIN FORMACION DE DENTINA. LOS ODONTOBLASTOS SE MUEVEN HACIA ADENTRO EN DIRECCION OPUESTA A LA UNION DE ESMALTE Y DENTINA, DEJANDO EXTENSIONES PROTOPLASMICAS, LAS FIBRAS DE TOMES, LOS ODONTOBLASTOS Y LAS FIBRAS DE KROFF FORMAN UN MATERIAL NO CALCIFICADO Y COLOGENOSO DENOMINA PREDENTINA.

EN LA PREDENTINA, LA CALCIFICACION OCURRE POR COALESCENCIA DE GLOBULOS DE MATERIAL ONORGANICO CREADO POR LA DEPOSICION DE CRISTALES DE APATITA EN LA MATRIZ COLAGENOSA. LA CALCIFICACION DE LOS DIENTES EN DESARROLLO SIEMPRE VA PRECEDIDA DE UNA CAPA DE PREDENTINA.

LA MADURACION DEL ESMALTE EMPIEZA CON LA DEPOSICION DE CRISTALES DE APATITA DENTRO DE LA MATRIZ DE ESMALTE EN EXISTENCIA.

- e) APOSTICION.- A MEDIDA QUE SE ESTARA DESARROLLANDO LAS VEHICULAS DENTARIAS INICIALES, SE VAN RODEANDO DE UNA GRAN CANTIDAD DE ISLAS DE TEJIDOS OSEO, QUE A LA LARGA SE FUSIONAN Y FORMAN LOS MAXILARES. LOS VASOS SANGUINEOS, NERVIOS Y GERMEDES DENTARIOS SE DESARROLLAN EN UN PRINCIPIO Y VAN QUEDANDO ENCERRADOS DENTRO DEL MAXILAR EN

FORMACION.

LAS PIEZAS TEMPORALES EMPIEZAN A CALCIFICARSE ENTRE EL CUARTO Y SEXTO MES EN EL UTERO Y HACEN ERUPCION ENTRE LOS SEIS Y VEINTICUATRO MESES DE EDAD.

DURANTE EL PERIODO DE APOSICION SE DESARROLLAN LA DENTINA Y EL ESMALTE.

CALCIFICACION

SEGUN KRAUS EXISTE UN ORDEN PARA LA CALCIFICACION DE LOS DIENTES PRIMARIOS:

- A) INCISIVOS CENTRALES (SUPERIOR ANTES QUE INFERIORES)
- B) PRIMEROS MOLARES (SUPERIOR ANTES QUE INFERIORES)
- C) INCISIVOS LATERALES (SUPERIOR ANTES QUE INFERIORES)
- D) CANINOS (LOS INFERIORES PUEDEN SER LIGERAMENTE ANTERIORES)
- E) SEGUNDOS MOLARES (SIMULTANEAMENTE)

ERUPCION

PIEZA

ERUPCION

DENTACION PRIMARIA MAXILAR

INCISIVO CENTRAL	7-1/2 MESES
INCISIVO LATERAL	9 MESES
CANINO	18 MESES
PRIMER MOLAR	14 MESES
SEGUNDO MOLAR	24 MESES

MANDIBULAR

INCISIVO CENTRAL	6 MESES
------------------	---------

INCISIVO LATERAL	7	MESES
CANINO	16	MESES
PRIMER MOLAR	12	MESES
SEGUNDO MOLAR	20	MESES

DENTICION PERMANENTE MAXILAR

INCISIVO CENTRAL	7 - 8 AÑOS
INCISIVO LATERAL	8 - 9 AÑOS
CANINO	11 - 12 AÑOS
PRIMER PREMOLAR	10 - 11 AÑOS
SEGUNDO PREMOLAR	10 - 12 AÑOS
PRIMER MOLAR	6 - 7 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	12 - 13 AÑOS

MANDIBULAR

INCISIVO CENTRAL	6 - 7 AÑOS
INCISIVO LATERAL	7 - 8 AÑOS
CANINO	9 - 10 AÑOS
PRIMER PREMOLAR	10 - 12 AÑOS
SEGUNDO PREMOLAR	11 - 12 AÑOS
PRIMER MOLAR	6 - 7 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	7 - 8 AÑOS

ATRICION

ES EL DESGASTE OCLUSAL E INICIAL DE UNA PIEZA DENTARIA

RESORCION Y EXFOLIACION

LA EXFOLIACION Y RESORCION DE LAS PIEZAS PRIMARIAS ESTA EN RELACION CON SU DESARROLLO FISIOLÓGICO. LA RESORCION DE LA RAZ EMPIEZA GENERALMENTE UN AÑO DESPUES DE SU ERRUPCION.

EXISTE UNA RELACION DE TIEMPO DIRECTA ENTRE LA PERDIDA DE UNA PIEZA PRIMARIA Y LA ERUPCION DE SU SUCESORA PERMANENTE. ESTE INTERVALO DE TIEMPO PUEDE VERSE ALTERADO POR EXTRACCIONES PREVIAS, QUE RESULTAN EN ERUPCIONES PREMATURAS.

EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS MOMENTOS DE ERUPCION SEGUN EL SEXO

EL PERIODO TAMBIEN VARIA NOTABLEMENTE EN DURACION ENTRE LOS VARIOS TIPOS DE PIEZAS. PARECE QUE LOS CANINOS LLEGAN A OCLUSION CON MAS LENTITUD QUE LOS DEMAS, MIENTRAS QUE LOS PRIMEROS MOLARES LLEGAN A OCLUSION EN EL PERIODO MAS CORTO DE TIEMPO.

D I F E R E N C I A S G E N E R A L E S .

- 1) DIFERENCIA EN TAMAÑO. LOS DIENTES TEMPORALES SON UN POCO MAS PEQUEÑOS EN TODAS DIRECCIONES.
- 2) MAYOR CONSTRICCION EN EL CUELLO. EN LOS DIENTES TEMPORALES, LA PROMINENCIA CERVICAL DEL ESMALTE ES BASTANTE PROMINENTE Y TERMINA BRUSCAMENTE EN LA LINEA CERVICAL, DONDE SE UNE CON LA RAIZ.
- 3) PIGMENTACION. EL ESMALTE DE LOS DIENTES TEMPORALES ES, EN APARIENCIA, MUCHO MAS BLANCO QUE EL DE LOS PERMANENTES; POR ESA RAZON SE LES DENOMINA VULGARMENTE "DIENTES DE LECHE"
- 4) AREA OCLUSAL. EL DIAMETRO BUCOLINGUAL DE LOS MOLARES TEMPORALES ES, EN GENERAL, MAS ANGOSTO QUE EL DE LOS PERMANENTES, DEBIDO A LA MAYOR CONVERGENCIA DE LAS CARAS BUCAL Y LINGUAL, LA UNA HACIA LA OTRA, EN EL TERCIPO OCLUSAL.

5) RAICES. LAS RAICES DE LOS MOLARES TEMPORALES SON MUCHO MAS DIVERGENTES; ESTO DEJA ESPACIO PARA LA COLOCACION DE LAS - CORONAS DE LOS DIENTES PERMANENTES.

C A P I T U L O I I

DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES:

PARA PODER FORMULAR UN BUEN DIAGNOSTICO ES NECESARIO SEGUIR LOS SIGUIENTES PUNTOS.

1) HISTORIA DEL PACIENTE

2) EXAMEN CLINICO

A) PERSPECTIVA GENERAL DEL PACIENTE

- a) ESTATURA
- b) ANDAR
- c) LENGUAJE
- d) MANOS
- e) TEMPERATURA

B) EXAMEN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO

- a) TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA
- b) PELO Y PIEL
- c) INFLAMACION FACIAL Y ASINETRIA
- d) ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
- e) OIDOS
- f) OJOS
- g) NARIZ
- h) CUELLO

C) EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL

- a) ALIENTO
- b) LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL
- c) SALIVA
- d) TEJIDO GINGIVAL Y ESPACIO SUBLINGUAL
- e) PALADAR
- f) FARINGE Y AMIGDALAS
- g) DIENTES

D) FONACION, DEGLUCION Y MUSCULATURA PERIBUCAL

- a) POSICIONES DE LA LENGUA DURANTE LA FONACION
- b) BALBUCEOS Y CECEOS ANTERIORES O LATERALES
- c) FORMA DE LA LENGUA EN POSICION DE DESCANSO
- d) ACCION MENTALIS EN EL MOMENTO DE TRAGAR
- e) POSICION DE LOS LABIOS EN DESCANSO

SIN EMBARGO ES NECESARIO QUE EL ODONTOLOGO DIAGNOSTIQUE ANTES DE QUE TODOS LOS HECHOS HAYAN SIDO RECOPIADOS, PARA EVITAR - QUE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD SIGA SU CURSO. POR EJEMPLO, - UNA GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA NECESITA TRATAMIENTO CON DROGAS Y CLINICO INMEDIATO; O BIEN UN INCISIVO RECIENTEMENTE -- FRACTURADO NECESITA CUIDADOS INMEDIATOS. EN OTROS CASOS A VECES ES NECESARIO CONSULTAR CON ESPECIALISTAS O MEDICOS GENERALES ANTES DE PODER LLEGAR A UN DIAGNOSTICO FINAL Y PRESCRIBIR UN PLAN DE TRATAMIENTO.

LA HISTORIA DEL PACIENTE, INVESTIGACIONES RADIOGRAFICAS Y EXAMENES CLINICOS A CONCIENCIA AYUDARAN AL ODONTOLOGO A FORMULAR SU DIAGNOSTICO.

PARA LLEVAR A CABO UN BUEN PLAN DE TRATAMIENTO ES NECESARIO - TENER UN DIAGNOSTICO EXACTO Y CUIDADOSO. EXISTEN 3 PUNTOS FUNDAMENTALES A SEGUIR EN UN TRATAMIENTO Y SON:

- a) URGENCIA
- b) SECUENCIA
- c) RESULTADOS PROBABLES.

LA PLANEACION DEL TRATAMIENTO PARA ODONTOPEDIATRIA IDEAL ES LA SIGUIENTE.

1) TRATAMIENTO MEDICO

- a) ENVIO A UN MEDICO GENERAL

2) TRATAMIENTO GENERAL

- a) PREMEDIACION
- b) TERAPEUTICA PARA INFECCION BUCAL

3) TRATAMIENTO PREPARATORIO

- a) PROFILAXIA BUCAL
- b) CONTROL DE CARIES
- c) CONSULTA CON EL ORTODONCISTA
- d) CIRUGIA BUCAL
- e) TERAPEUTICA DE ENDODENCIA

4) TRATAMIENTO CORRECTIVO

- a) OPERATORIA DENTAL
- b) PROTESIS DENTAL
- c) TERAPEUTICA DE ORTODONCIA

5) EXAMENES POR RECORDATORIO PERIODICO Y TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.

DENTRO DEL PLAN IDEAL DE TRATAMIENTO DEBERA PRESENTARSE A LOS PADRES MODELOS Y RADIOGRAFIAS, ENTRE OTRAS COSAS.

RADIOGRAFIA

TECNICAS RADIOGRAFICAS:

EXISTEN LAS INTRAORALES Y EXTRAORALES. DENTRO DE LA TECNICA INTRAORAL TENEMOS: PERIAPICALES, INTERPROXIMALES O ALETAMORDIBLE Y OCLUSALES.

DENTRO DE LA TECNICA EXTRAORAL TENEMOS: RADIOGRAFIA PANORAMICA Y RADIOGRAFIA CEFALOMETRICA.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL.- SE UTILIZAN 3 MEDIDAS QUE SON:

Vo. 0 QUE ES PARA NIÑOS Y ES DE 35 x 22 mm;

Vo. 1 QUE ES DE 40 x 24 mm; ES UNA PELICULA ESTRECHA Y SE UTILIZA EN DIENTES ANTERIORES.

Vo. 2 ES LA ESTANDAR Y MIDE 41 x 31 mm.

FACTORES QUE NOS AYUDARAN A OBTENER UNA BUENA RADIOGRAFIA.

- 1) EXAMEN ORAL Y FACIAL.- DEBEMOS VER LAS CONDICIONES ANATOMICAS DEL PACIENTE
- 2) POSICION DE LA CABEZA.- TIENE POR OBJETO COLOCAR LA DENTURA EN UNA POSICION DETERMINADA EN EL ESPACIO, NECESARIA PARA CONTROLAR LA DIRECCION DEL RAYO CENTRAL.
- 3) POSICION Y COLOCACION DEL PAQUETE DENTAL .- ANTES DE INTRODUCIRLO EN LA BOCA Y DENTRO DE LA BOCA, EL EJE MAYOR DEL PAQUETE DEBE COLOCARSE VERTICAL POR LOS DIENTES ANTERIORES Y EL EJE MAYOR HORIZONTAL PARA POSTERIORES

FORMA DE SUJETAR LA PELICULA: DIGITAL O CON SOPORTES

- 4) DIRECCION RAYO CENTRAL.- PARA RADIOGRAFIAR CORRECTAMENTE UN DIENTE O GRUPO DENTARIO ES NECESARIO DIRIGIR EL RAYO CENTRAL A UN PUNTO DETERMINADO DE ACUERDO CON 2 ANGULACIONES UNA RESPECTO AL PLANO OCLUSAL O ANGULACION VERTICAL, Y LA OTRA RESPECTO AL PLANO SAGITAL O ANGULACION PLANO HORIZONTAL.
- 5) EXPOSICION.- LA EXPOSICION DEPENDE DEL TIPO DE PELICULAS RADIOGRAFICAS Y LAS SALES DE PLATA QUE LA ACOMPAÑAN PERMITIENDO EL REGISTRO DE LAS RADIOSOMBRAS COMO IMAGENES LATENTES (SE FORMA EN EL MOMENTO DE TOMARLA INVISIBLES)

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL.- SE UTILIZA LA DEL No. 3 Y MIDE ---- 54 x 27 mm; SU APLICACION ES PARA DETECTAR CRIES PROXIMALES INCIPIENTES, PARA CONTROLAR LA PENETRACION DE LAS CRIES PROXIMALES Y OCLUSALES RESPECTO A LA CAMARA PULPAR, CONTROLAR LA TOPOGRAFIA DE LA CAMARA PULPAR, CONTROLAR EL BORDE CERVICAL DE CORONAS Y OBTURACIONES DE SEGUNDAS CLASES, EXAMINAR LOS TABIQUES Y CRESTAS INTERDENTARIAS.

RADIOGRAFIA OCLUSAL ; SE UTILIZA EL No. 4 Y MIDE 76 x 57 mm; --- CUANDO LA EXTENSION DE UN PROCESO SE LA DE LA ZONA A EXAMINAR REQUIERE DE UNA MAYOR EXTENSION COMO LA PRESENCIA DE QUISTES, FRACTURAS O CUANDO HAY OBSTRUCCION EN LOS CONDUCTOS SALIVALES.

EL RAYO CENTRAL SE DIRIGE A 90° EN EL BREGMA (CASI DONDE TERMINA LA FRENTE) O A 65° EN EL ENTRE CEJO PARA SUPERIORES, Y PARA INFERIORES LA ANGULACION ES 1 - 10 a 15° Y SE COLOCA EN EL HIODES -- (ABAJO DE LA BARBA).

LOS FACTORES RADIOGRAFICOS SON:

- 1) TIEMPO DE EXPOSICION
- 2) VELOCIDAD DE LA PELICULA

- 3) KILOVOLTAJE
- 4) MILIAMPERAJE
- 5) DISTANCIA DEL TUBO A LA PELICULA

RADIOGRAFIA PANORAMICA.- LA RADIOGRAFIA PANORAMICA COMPLEMENTA EL ESTUDIO INTRAORAL Y NO TIENE POR OBJETO REEMPLAZAR LA RADIOGRAFIA SERTIADA. LA VENTAJA DE LA RADIOGRAFIA PANORAMICA ES EL AMPLIO ALCANCE DE LA VISUALIZACION DE LOS DIENTES, SUS TEJIDOS DE SOPORTE, LOS MAXILARES Y SUS ESTRUCTURAS ADYACENTES. LA PROYECCION DE LOS DIENTES EN SU CORRECTA RELACION CON LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS ADYACENTES Y ENTRE SI ES DE UN VALOR INCALCULABLE EN ODONTOPEDIATRIA, ORTODONCIA Y CURUGIA ORAL.

RADIOGRAFIA CEFALOMETRICA.- RESULTA DIFICIL DETERMINAR LA GRAVEDAD DE UNA DESARMONIA OCLUSAL SIN LA INFORMACION OBTENIBLE DE UN CEFALOGAMA, QUE PERMITE APRECIAR EN FORMA MAS PRECISA LAS RELACIONES CRANEO Y DENTOFACIALES. LAS RADIOGRAFIAS CEFALOMETRICAS Y LOS MODELOS DENTALES SON INDISPENSABLES PARA LA IDENTIFICACION DE UNA DESARMONIA OCLUSAL SEVERA, ESTAS RADIOGRAFIAS HACEN POSIBLE DIFERENCIAR MAS EXACTAMENTE ENTRE UNA DESARMONIA OCLUSAL MAYOR Y MENOR, PUEDE ENTONCES TRATAR UNA DESARMONIA OCLUSAL MENOR PARA PREVENIR OTRA MAYOR.

LAS RADIOGRAFIAS CEFALOMETRICAS SON PLACAS ORIENTADAS PRECISAMENTE EN SENTIDO LATERAL O POSTEROANTERIOR. LA TOMA LATERAL SE USA CON MUCHO MAYOR FRECUENCIA QUE LA POSTEROANTERIOR. LAS RADIOGRAFIAS CEFALOMETRICAS SE TOMAN UBICANDO LA CABEZA DEL PACIENTE DE MANERA QUE EL PLANO SAGITAL MEDIO DE LA CABEZA SEA PARALELO AL DE LA PELICULA Y PERPENDICULAR AL RAYO CENTRAL DE LA RADIACION QUE SALE DEL TUBO DE RAYOS X.

LA CABEZA SE ORIENTA MEDIANTE OLIVAS AJUSTABLES QUE CALZAN COMO DAMENTE DENTRO DE LOS CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS, SE PALPA EL PUNTO MAS INFERIOR DEL REBORDE ORBITARIO IZQUIERDO Y LA CABEZA SE ROTA ALREDEDOR DEL EJE DE LA OLIVA AUDITIVA HASTA QUE ESTE

PUNTO ESTE AL MISMO NIVEL QUE EL PUNTO MAS ALTO DE LA OLIVA,

COMO LA RADIACION DE LOS RAYOS X DIVERGE DEL ANODO DEL TUBO, --
CUANTO MAS ALEJADO ESTA AQUEL DE LA CABEZA, MENOS DIVERGENTES --
SERAN LOS RAYOS Y MENOR EL AGRANDAMIENTO DE LA IMAGEN EN LA PLA
CA. AHORA ES ESTANDAR LA DISTANCIA DE 1.5 M. DESDE EL ANODO AL
PUNTO SAGITAL MEDIO DE LA CABEZA DEL PACIENTE. ESTA DISTANCIA --
REDUCE EL AGRANDAMIENTO A UN RANGO ACEPTABLE Y MANTIENE LAS DI-
MENSIONES DEL CEFALOGRAMA DENTRO DE LOS LIMITES PRACTICOS. EL --
AGRANDAMIENTO TAMBIEN SE VE AFECTADO POR LA DISTANCIA DE LA CA-
BEZA AL PLANO DE LA PLACA. DE AHI QUE LA PELICULA SE COLOQUE --
CERCA DE LA CABEZA, GENERALMENTE A UNA DISTANCIA FIJA.

COMO EL TUBO DE RAYOS X SE COLOCA A UNA DISTANCIA CONSIDERABLE
DEL PACIENTE, EL TIEMPO DE EXPOSICION REQUERIDO PARA OBTENER --
UNA IMAGEN SATISFATORIA SE TORNA SIGNIFICATIVO. LOS MOVIMIENTOS --
INVOLUNTARIOS QUE EL PACIENTE REALICE DURANTE ESTE LAPSO PO
DRAN BORRONEAR LA IMAGEN. PARA REDUCIR EL TIEMPO, LA PELICULA SE
EXPONE ENTRE DOS PANTALLAS REFORZADORAS EN UN CHASIS. ESTAS PAN
TALLAS EMITEN LUZ CUANDO SE EXPONEN A LOS RAYOS X. LA PELICULA --
DE ESTE MODO, ES EXPUESTA A LA VEZ A LA RADIACION QUE PASA A --
TRAVES SUYO Y A LA LUZ PROVENIENTES DE LA PANTALLA QUE SE EXPO-
NEN A LA MISMA RADIACION. LA MAYOR PARTE DE LA EXPOSICION DE LA
PELICULA LA CAUSA LA LUZ EMITIDA POR LAS PANTALLAS, LA PELICULA
REVELADA MUESTRA IMAGENES DE LOS TEJIDOS DUROS Y LAS ESTRUCTURAS
DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, ASI COMO NUMEROSAS ESTRUCTURAS BLAN-
DAS, Y PROPORCIONA UN PERFIL DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

DESPUES DE ESTUDIAR CUIDADOSAMENTE LA PLACA AFIN DE OBSERVAR LA
RELACION ENTRE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS SE REALIZA UN TRAZADO. --
SE ADOSA A LA PELICULA UNA HOJA DELGADA DE PLASTICO TRASLUCIDO
CON ACABADO MATE EN UNA DE SUS CARAS Y SE LA FIJA CON CINTA ADHE
SIVA COLOCANDO LA SUPERFICIE MATE HACIA ARRIBA, SE TRAZAN ENTON
CES LOS CONTORNOS DE LAS ESTRUCTURAS ESQUELETALES EN LA HOJA --
CON UN LAPIZ NO. 2H CON PUNTA FINA.

LAS ESTRUCTURAS SIGNIFICATIVAS TRAZADAS EN LOS CEFALOGRAMAS LATERALES QUE PUEDEN USARSE PARA EVALUAR LAS RELACIONES CRANEO - Y DENTOFACIALES SON LAS SIGUIENTES:

- 1) EL PERFIL BLANDO DESDE LA FRENTE HASTA EL MENTON
- 2) EL CONTORNO MAS ANTERIOR DEL HUESO FRONTAL Y DE LOS HUESOS NAALES
- 3) EL CONTORNO DEL MAXILIAR SUPERIOR SUS CARAS ANTERIORES, NASAL Y BUCAL INCLUYENDO EL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR MAS PROMINENTE Y EL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE
- 4) EL CONTORNO DE LA MANDIBULA, EL INCISIVO CENTRAL INFERIOR MAS PROMINENTE Y EL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE
- 5) EL CONTORNO DEL REBORDE DE LA ORBITA
- 6) EL CONTORNO DE LAS OLIVAS AUDITIVAS
- 7) EL CONTORNO DE LA SILLA TURCA

EN EL TRAZADO, EL LAPIZ SIGUE EL CONTORNO EXTERNO DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS DONDE LAS ZONAS O LINEAS BLANCAS SE TORNAN NEGRAS, SE DIBUJA DE MANERA QUE LA LINEA SEA EL PROMEDIO DE LAS ESTRUCTURAS BILATERALES.

DEBEN IDENTIFICARSE Y MARCARSE LOS SIGUIENTES REPAROS OSEOS MEDIANTE PUNTOS O PEQUENAS LINEAS DIBUJADAS PERPENDICULARMENTE AL CONTORNO.

- 1) NASION (N): EL PUNTO MAS ANTERIOR DE LA SUTURA QUE ESTA ENTRE LOS HUESOS NASAL Y FRONTAL

- 2) SILLA TURCA (S): EL CENTRO DE LA SUPERFICIE DE LA SILLA TURCA DETERMINADO A SIMPLE VISTA
- 3) PORION (REGISTRO DEL APARATO): EL PUNTO MAS ALTO DE LA OLIVA AUDITIVA EN CORRESPONDENCIA CON EL PUNTO MAS ALTO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.
- 4) ORBITARIO: EL PUNTO MAS BAJO DEL REBORDE DE LA ORBITA
- 5) PUNTO A: EL PUNTO MAS PROFUNDO DE LA CONCAVIDAD DEL CONTORNO ANTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR DEBAJO DE LA ESPINA NASAL ANTERIOR, GENERALMENTE A NIVEL DE LOS APICES DE - LOS INCISIVOS.
- 6) PUNTO B: EL PUNTO MAS PROFUNDO DE LA CONCAVIDAD DEL CONTORNO, ANTERIOR DE LA MANDIBULA, GENERALMENTE A NIVEL - DE LOS APICES DE LOS INCISIVOS
- 7) POGONION (P): EL PUNTO MAS ANTERIOR DEL CONTORNO DE LA SINFISIS MENTONIANA
- 8) GNATION (Gn): EL PUNTO MAS SOBRESALIENTE DE LA SINFISIS MENTONIANA
- 9) GONION (Go): EL PUNTO MAS SOBRESALIENTE EN EL ANGULO OONTICO DE LA MANDIBULA

CAPITULO IV

ETAPAS PRELIMINARES EN ORTODONCIA PREVENTIVA:

LOS FACTORES QUE LLEVAN A LA DETERMINACION DE UNA ORTODONCIA PREVENTIVA SON:

- A) EXAMENES
- B) HISTORIA
- C) ETIOLOGIA
- D) CLASIFICACION

LO QUE NOS LLEVARA A UN DIAGNOSTICO ACERTADO; BASANDOSE EN EL, SE PODRA HACER EL PLAN DE TRATAMIENTO.

EXAMEN:

SE EXAMINARA AL PACIENTE CON LA BOCA CERRADA, DURANTE EL ACTO DE CERRAR Y CON LA BOCA TOTALMENTE ABIERTA. ESTAS TRES -- ETAPAS NOS DARAN UNA IDEA DE PRESENCIA O AUSENCIA DE MALOCLUSIONES, SIMETRIAS DE LA LINEA MEDIA O DESVIACIONES DENTALES O DE LA MANDIBULA EN EL PROCESO DE ABRIR Y CERRAR.

SE TOMARA UNA SERIE DE RADIOGRAFIA PARA CONOCER EL NUMERO DE PIEZAS PERMANENTES PRESENTES O AUSENTES, PIEZAS SUPERNUMERARIAS, PIEZAS INCLUIDAS, ETC.

HISTORIA:

ES ESTE TIPO DE HISTORIA PARA LA ORTODONCIA PREVENTIVA NO ES TAN IMPORTANTE CONOCER LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS COMO ALERGIAS ASOCIADAS CON LA RESPIRACION BUCAL QUE INDIQUE ALGUNA

OBSTRUCCION NASAL O BIEN CALLOSIDADES EN LAS MANOS, ALGUNA
UNA EXTREMADAMENTE LIMPIA, ETC.

ETIOLOGIA:

PARA SABER LA ETIOLOGIA DE UNA MALOCLUSION ES NECESARIO HA
BER ESTUDIADO CON DETENIMIENTO EL EXAMEN Y LA HISTORIA QUE
SE HAYA REALIZADO ANTERIORMENTE Y ASI MISMO PODER REALIZAR
UN BUEN DIAGNOSTICO.

SE HA DICHO QUE LAS MALOCLUSIONES SE PUEDEN DEBER A LA HE-
RENCIA, PERO SE HA CONSIDERADO SOLO COMO UNA JUSTIFICACION

LOS FACTORES ETIOLOGICOS DENTRO DEL CAMPO DE ACCION ODONTO-
PEDIATRICO SON LAS RESTAURACIONES DE TAMAÑO INADECUADO JUN-
TO CON FRACASO EN MANTENER EL ESPACIO CUANDO SE HAN PERDIDO
PIEZAS PREMATURAMENTE.

CLASIFICACION:

LA CLASIFICACION QUE SE UTILIZA EN LA ORTODONCIA PREVENTIVA
ES LA DE ANGLE QUE HA SIDO CONSIDERADA COMO LA DE MAYOR AVU
DA PARA LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES Y SE DIVIDE EN 3 CLASES
QUE SON:

PRIMERA CLASE:

EN UNA MALOCLUSION DE PRIMERA CLASE, CUANDO LOS MO-
LARES ESTAN EN UNA RELACION APROPIADA EN LOS ARCOS
INDIVIDUALES, Y LOS ARCOS DENTALES CIERRAN EN UN AR
CO SUAVE A POSICION OCLUSAL, LA CUSPIDE MESTOBUCAL
DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE ESTARA EN REL
CION MESTODISTAL CORRECTA CON EL SURCO MUCAL O ME--

STOBUCAL DEL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE. LA POSI
CION CORRECTA DEPENDERA, EN CIERTO GRADO, DE LA OCLU--
SION DE LOS MOLARES PRIMARIOS, SI ESTAN AUN PRESENTES.

SEGUNDA CLASE:

EN UNA MALOCCLUSION DE SEGUNDA CLASE, CUANDO LOS MOLA--
RES ESTAN EN SU POSICION CORRECTA EN LOS ARCOS INDIVI--
DUALES, Y CON ARCOS DENTALES CIERRAN EN UN ARCO SUAVE
A POSICION CENTRICA, LA CUSPIDE MESTOBUCAL DEL PRIMER
MOLAR SUPERIOR PERMANENTE ESTARA EN RELACION CON EL IN--
TERSTICIO ENTRE EL SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR Y EL PRI--
MER MOLAR MANDIBULAR. EN OTRAS PALABRAS, EL ARCO INFE--
RIOR OCLUSTONA EN DISTAL AL ARCO SUPERIOR, ANGLE RECO--
NOCIA 2 DIVISIONES: DE MALOCCLUSIONES DE SEGUNDA CLASE,
SEGUN LA INCLINACION DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

DIVISION 1.- EN LA CUAL LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIO
RES SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE VESTIBULA--
RIZADOS.

DIVISION 2.- LOS CENTRALES SUPERIORES SE ENCUENTRAN --
LINGERALIZADOS E INCLINADOS SOBRE LOS IN--
CISIVOS INFERIORES Y LOS LATERALES SUPE--
RIORES VESTIBULARIZADOS.

TERCERA CLASE:

EN MALOCCLUSIONES DE TERCERA CLASE, CUANDO LOS MOLARES
ESTAN EN POSICION CORRECTA EN LOS ARCOS INDIVIDUALES Y
LOS ARCOS DENTALES CIERRAN EN UN ARCO SUAVE A POSICION
CENTRICA, LA CUSPIDE MESTOBUCAL DEL PRIMER MOLAR MAXI--
LAR PERMANENTE ESTARA EN RELACION CON EL SURCO DISTORBU

CAL DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PERMANENTE, O CON EL INTERSTICIO BUCAL ENTRE EL PRIMERO Y EL SEGUNDO MOLAR MANDIBULARES, O INCLUSO, DISTAL; ES DECIR, LA MANDIBULA OCLUSIONA EN MESIAL AL MAXILAR SUPERIOR. ANGLE RECONOCIO UNA SUBDIVISION DE LA TERCERA CLASE, QUE DICE QUE CUANDO LOS MOLARES EN UN LADO SIGUEN AL PATRON DE TERCERA CLASE Y LOS MOLARES DEL OTRO LADO SE ENCUENTRAN NORMALMENTE EN RELACION MESIODISTAL.

CAPITULO V

HABITOS BUCALES INFANTILES:

LA DENTICION GUARDA SIEMPRE UN ESTADO DE EQUILIBRIO, SIN IMPORTAR QUE EXISTA UNA BUENA O MALA OCLUSION. LOS HABITOS POR LO TANTO, - TRANSTORNAN EL EQUILIBRIO NATURAL DE LAS PRESIONES SOBRE LOS DIEN- TES OCACIONANDO ASI LA MALOCLUSION. EL EQUILIBRIO SE LOGRA CUANDO TODAS LAS FUERZAS MUSCULARES QUE AFECTAN EL SISTEMA ORAL SE EN--- CUENTRAN EN BALANCE, AUN CUANDO LOS DIENTES SE PUEDEN ENCONTRAR - EN UNA MALA RELACION OCLUSION ENTRE SI. ESTO NOS DEJA VER CLARA-- MENTE QUE, EN ALGUNOS CASOS A PESAR DE LOS PATRONES DE CRECIMIENT- TO QUE ORIGINALMENTE SE ENCUENTREN GENETICAMENTE FAVORABLES, LOS HABITOS ORALES INDESEABLES PUEDEN ALTERAR ESTE SISTEMA EN EQUILI- BRIO, MOSTRANDOSE ASI COMO EL REPRESENTANTE ETIOLOGICO PRIMARIO - EN LA MALOCLUSION.

CON OBJETO DE PREVENIR QUE ESE HABITO ORAL NOS PRODUZCA UNA MALO- CLUSION O QUE ESTA SE DESARROLLE, ES IMPORTANTE ENCAUSAR AL PA--- CIENTE HACIA UNA FUNCION MUSCULAR FAVORABLE. PARA HACERLO, SE COM- BATEN LOS HABITOS PERNICIOSOS Y DEBIDO A QUE LA MALOCLUSION OBSER- VADA, FRECUENTEMENTE ES OCACIONADA POR UNA DIVERSIDAD DE HABITOS, ESTOS SE PUEDEN CONFUNDIR. A PESAR DE ELLO CON UN BUEN ESTUDIO DE CADA HABITO Y CON UN POCO DE PRACTICA PODREMOS DISTINGUIR LOS COM- PONENTES DEL DIAGNOSTICO DE LA MALOCLUSION PARA ASI DESARROLLAR - UN PLAN DE TRATAMIENTO.

POR ESTE PROBLEMA TAMBIEN SE INTERESAN EL PEDIATRA, EL PSIQUITA--- TRIA, EL PSICOLOGO, EL PATOLOGO ESPECIALISTA EN PROBLEMAS DE LEN- QUAJE Y LOS PADRES DEL NIÑO. EN GENERAL, PUEDE DECIRSE QUE EL --- ODONTOLOGO Y EL PATOLOGO SE INTERESAN MAS POR LOS CAMBIOS BUCALES ESTRUCTURALES QUE RESULTAN DE HABITOS PROLONGADOS, EL PEDIATRA, - EL PSIQUIATRA Y EL PSICOLOGO PUEDEN DAR MAYOR IMPORTANCIA A LOS -

PROBLEMAS DE CONDUCTA PROFUNDAMENTE ARRAIGADOS, DE LOS CUALES LOS HABITOS BUCALES PUEDEN SER SOLO UN SINTOMA. ES IMPORTANTE REVISAR LA MANERA EN QUE EL NINO SE RELACIONA CON EL MEDIO EXTERNO A TRAVES DE SUS ACTIVIDADES BUCALES.

REFLEJO DE SUCCION:

EL PULGAR MANTENIDO EN LA BOCA EN VUELVE EL SUBSTITUTO DE LA MADRE, SATISFACE LA NECESIDAD DE TENER ALGO EN LA BOCA, Y TAMBIEN LA NECESIDAD DE AGARRARSE A ALGO, Y ALGUNOS CONSIDERAN ESTO COMO UNO DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE DESARROLLO DE INDEPENDENCIA O SEPARACION DE LA MADRE.

SE HAN LOGRADO HALLAZGOS INTERESANTES DE ESTUDIOS REALIZADOS POR PEDIATRIAS PERO SE HA LLEGADO A LA CONCLUSION DE QUE LA SUCCION DEL PULGAR PODIA SER UN FACTOR CAUSAL DE MALOCLUSION, ESPECIALMENTE LA DE SEGUNDA CLASE, CUANDO EL HABITO PERMANECE POR ALGUNOS ANOS.

SE PUEDE UTILIZAR PARA ESTE HABITO LAS SIGUIENTES TRAMPAS:

- A) TRAMPA DE PUNZON
- B) TRAMPA DE RASTRILLO

TRAMPA CON PUNZON:

ES UN INSTRUMENTO REFORMADOR DE HABITOS QUE UTILIZA UN RECORDATORIO AFILADO DE AIAMBRE PARA EVITAR QUE EL NINO SE PERMITA CONTINUAR CON SU HABITO. LA TRAMPA PUEDE CONSISTIR EN UN AIAMBRE ENGASTADO EN UN INSTRUMENTO ACRILICO REMOVIBLE TAL COMO EL RETENEDOR HAWLEY, O PUEDE SER UNA DEFENSA ANADIDA A UN ARCO LINGUAL SUPERIOR Y UTILIZADO COMO

INSTRUMENTO FIJO.

LAS TRAMPAS PUEDEN SERVIR PARA :

- 1.- ROMPER LA SUCCION Y LA FUERZA EJERCIDA SOBRE EL SEGMENTO ANTERIOR
- 2.- DISTRIBUIR LA PRESION TAMBIEN A LAS PIEZAS POSTERIORES
- 3.- RECORDAR AL PACIENTE QUE ESTA ENTREGANDOSE A SU HABITO
- 4.- HACER QUE EL HABITO SE VUELVA DESAGRADABLE PARA EL PACIENTE.

TRAMPA DE PASTRILLO:

AL IGUAL QUE LAS DE PUNZON, PUEDEN SER APARATOS FIJOS O REMOVIBLES. SIN EMBARGO, COMO EL TERMINO LO IMPLICA, ESTE APARATO, EN REALIDAD, MAS QUE RECORDAR AL NINO, LO CASTIGA. SE CONSTRUYE DE IGUAL MANERA QUE LA DE PUNZON. PERO TIENE PUNAS ROMAS O ESPOLONES QUE SE PROYECTAN DE LAS BARRAS TRANSVERSALES O EL RETENEDOR DE ACRILICO HACIA LA BOCAL PALATINA.

LAS PUNAS DIFICULTAN NO SOLO LA SUCCION DEL PULGAR, SINO TAMBIEN LOS HABITOS DE EMPIJE LINGUAL Y DEGLUCION DEFECTUOSA.

SUCCION LABIAL:

LA SUCCION O MORDIDA DEL LABIO PUEDE LLEVAR A LOS MISMOS, DESPLAZAMIENTOS INTERIORES QUE LA SUCCION DIGITAL, AUNQUE EL HABITO GENERALMENTE SE PRESENTA EN EDAD ESCOLAR, EL ODONTOLOGO PUEDE AYUDAR SUSTRAYENDO EJERCICIOS LABIALES.

EMPUJE LINGUAL:

EN NIÑOS QUE PRESENTAN MORDIDAS ABIERTAS E INCISIVOS SUPERIORES EN PROTRUSION SE OBSERVAN A MENUDO HABITOS DE EMPUJE LINGUAL; SIN EMBARGO, NO HA SIDO COMPROBADO DEFINITIVAMENTE SI LA PRESION LINGUAL PRODUCE LA MORDIDA ABIERTA, O SI ESTE PERMITE AL NIÑO EMPUJAR LA LENGUA HACIA ADELANTE EN EL ESPACIO EXISTENTE ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES. COMO EL EMPUJE AFECTA SOLO A LOS MUSCULOS LINGUALES, EL TONO DEL LABIO INFERIOR Y DEL MUSCULO MENTALIS NO ES AFECTADO, Y DE HECHO, PUEDE SER FORTALECIDO. AL IGUAL QUE CON LA SUCCION DEL PULGAR, EL EMPUJE LINGUAL PRODUCE PROTRUSION E INCLINACION LABIAL DE LOS INCISIVOS MAXILARES SUPERIORES, AUNQUE EN EL ULTIMO HABITO PUEDE PRESENTARSE DEPRESION DE LOS INCISIVOS INFERIORES CON MORDIDA ABIERTA PRONUNCIADA Y CECEO. AL FORMULAR UN DIAGNOSTICO DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, FRECUENTEMENTE EL ODONTOLOGO SE PREOCUPA DEMASIADO POR EL HABITO DE SUCCION DEL PULGAR Y NO OBSERVA UN HABITO DE EMPUJE LINGUAL A UNA LENGUA AGRANDADA, QUE PUEDEN TENER IGUAL IMPORTANCIA EN LA FORMACION DE LA MORDIDA ABIERTA Y PIEZAS ANTERIORES EN PROTRUSION.

EL TRATAMIENTO DE EMPUJE LINGUAL CONSISTE EN ENTRENAR AL NIÑO PARA QUE MANTENGA LA LENGUA EN SU POSICION ADECUADA DURANTE EL ACTO DE DEGLUTIR. HASTA QUE EL NIÑO LLEGUE A LA EDAD SUFICIENTE PARA COOPERAR, ESTO SERA DIFICIL DE LOGRAR. SE PUEDEN UTILIZAR EJERCICIOS MIOFUNCIONALES, COMO LOS EMPLEADOS PARA LIMITAR LOS EFECTOS DE SUCCION DEL PULGAR, PARA LLEVAR LOS INCISIVOS A UNA ALINEACION ADECUADA. A UN NIÑO DE MAS EDAD, PREOCUPADO POR SU ASPECTO Y CECEO

SE LE PUEDE ENSEÑAR A COLOCAR LA PUNTA DE LA LENGUA EN LA PAPILA INCISIVA DEL TECHO DE LA BOCA Y A TRAGAR CON LA -- LENGUA EN ESTA POSICION. PUEDE CONSTRUIRSE UNA TRAMPA DE PUAS VERTICAL. SE HACE SIMILAR A LA SUGERIDA PARA EVITAR SUCCION DEL PULGAR, EXCEPTO QUE LAS BARRAS PALATINAS ESTAN SOLDADAS EN POSICION HORIZONTAL QUE SE EXTIENDE HACIA ABAJO DESDE EL PALADAR, PARA EVITAR EL EMPUJE DE LA LENGUA HACIA ADELANTE.

EMPUJE DEL FRENILLO:

UN HABITO OBSERVADO RARAS VECES ES EL DEL EMPUJE DEL FRENILLO, SI LOS INCISIVOS PERMANENTES SUPERIORES ESTAN ESPACIADOS A CIERTA DISTANCIA, EL NINO PUEDE TRABAR SU FRENILLO LABIAL ENTRE ESTAS PIEZAS Y DEJARLO EN ESA POSICION - VARIAS HORAS. ESTE HABITO PROBABLEMENTE SE INICIA COMO -- PARTE DE UN JUEGO OCIOSO, PERO PUEDE DESARROLLARSE EN HABITO QUE DESPLACE LAS PIEZAS, YA QUE MANTIENE SEPARADOS - LOS INCISIVOS CENTRALES; ESTE EFECTO ES SIMILAR AL PRODUCIDO EN CIERTOS CASOS POR UN FRENILLO ANORMAL.

MORDEDURA DE UNAS:

UN HABITO NORMAL DESARROLLADO DESPUES DE LA EDAD DE LA -- SUCCION ES DE MORDERSE LAS UNAS. ESTE NO ES UN HABITO PERNICIOSO 'Y NO AYUDA A PRODUCIR MALOCLUSIONES, PUESTO - QUE LAS FUERZAS O TENSIONES APLICADAS AL MORDER LAS UNAS SON SIMILARES A LAS DEL PROCESO MASTICACION. MORDERSE LAS UNAS ALIVIA NORMALMENTE LA TENSION. CUANDO EL NINO CRECE Y SE CONVIERTE EN ADULTO, OTROS OBJETOS SUBSTITUYEN A LOS DEDOS TALES COMO: GOMA DE MASCAR, CIGARRILLOS, LAPICES O INCLUSO LAS MEJILLAS O LA LENGUA.

ESPIRACION BUCAL:

E PUEDE CLASIFICAR EN 3 CATEGORIAS:

- 1.- POR OBSTRUCCION
- 2.- POR HABITO
- 3.- POR ANATOMIA

OR OBSTRUCCION:

SON AQUELLOS NINOS QUE PRESENTAN RESISTENCIA INCREMENTADA DE AIRE A TRAVES DEL CONDUCTO NASAL QUE IMPIDE INHALAR Y EXALAR AIRE, VIENDOSE FORZADO A RESPIRAR POR LA BOCA, Y PUEDE SER - POR HIPERTROFIA DE LOS TURBINATOS CAUSADA POR ALEGIAS, ETC., POR EL TABIQUE NASAL DESVIADO; O POR ADENOIDES AGRANDADOS.

OR HABITO:

ES AQUEL NINO QUE POR COSTUMBRE RESPIRA CONTINUAMENTE POR LA BOCA.

OR ANATOMIA:

ES AQUEL CUYO LABIO SUPERTOR CORTO NO LE PERMITE CERRAR POR COMPLETO SIN TENER QUE REALIZAR GRANDES ESFUERZOS.

BRUXISMO:

SE LE LLAMA BRUXISMO AL HABITO DE FROTARSE LOS DIENTES ENTRE SI, GENERALMENTE NOCTURNO. EL FROTAMIENTO PUEDE SER TAN FUERTE QUE SE PUEDE ESCUCHAR A DISTANCIA; ASI MISMO PUEDE PRODUCIR ATRICION DE LAS PIEZAS E INCLUSO QUEJARSE DE MOLESTIAS HABITUALES Y DE LA ARTICULACION TEMPROMANDIBULAR.

NO SE CONOCE SU ETIOLOGIA AUNQUE SE HA PENSADO MEDIANTE ESTUDIOS QUE PUEDE APARECER EN NIÑOS MUY NERVIOSOS E IRRITABLES, QUE DUERMEN INTRNAQUILOS Y SUFREN ANSIEDADES.

TAMBIEN SE PUEDE PRESENTAR EN ENFERMEDADES COMO COPEA EPILEPSIA Y MENINGITIS.

PARA EL CONTROL DE LOS HABITOS ES IMPORTANTE:

- A) USO DE APARATOS
- B) RECUPERADORES DE ESPACIO
- C) EQUILIBRIO OCLUSAL
- D) DESGASTE Y RECORTE DE LOS DIENTES
- E) PROBLEMAS DE EXTRACCIONES EN SERIE

CAPITULO VI

ORTODONCIA PREVENTIVA:

LA ORTODONCIA PREVENTIVA SIGNIFICA UNA VIGILANCIA DINAMICA Y CONSTANTE, UN SISTEMA Y UNA DISCIPLINA TANTO PARA EL DENTISTA COMO PARA EL PACIENTE PARA TENER EXITO EN ESTA RAMA DE LA ODONTOLOGIA.

PARA OBTENER UN BUEN DIAGNOSTICO DE UNA OCLUSION NORMAL ES NECESARIO EXAMINAR AL NINO DESDE LA EDAD DE DOS Y MEDIO AÑOS, ESTO NO SIGNIFICA QUE HAY QUE SUMINISTRARLE SERVICIOS, SINO QUE PUEDE SER SUFICIENTE UN EXAMEN CLINICO CON RADIOGRAFIAS PERIAPICALES O PANORAMICAS, CON EL FIN DE APRECIAR EL DESARROLLO TOTAL DE LA DENTICION BAJO LA SUPERFICIE. A LA EDAD DE 5 AÑOS SE DEBERAN TOMAR RADIOGRAFIAS DE ALETA MORDIBLE POR LO MENOS 2 VECES AL AÑO, ES IMPORTANTE OBTENER MODELOS DE ESTUDIO PUES NOS AYUDAN A UN MEJOR DIAGNOSTICO JUNTO CON LAS RADIOGRAFIAS,

DURANTE LOS AÑOS CRITICOS DE LOS 6 A LOS 12 AÑOS ES CONVENIENTE HACER UN JUEGO DE MODELOS DE ESTUDIO CADA AÑO, ESTOS CONSTITUYEN UN REGISTRO DE GRAN VALOR PARA CADA PACIENTE. LAS FOTOGRAFIAS TAMBIEN DEL MAXILAR INFERIOR, LA ACTIVIDAD MUSCULAR DE COMPENSACION Y ADAPTACION RESULTANTE QUE PUDIERA SERVIR PARA ATENUAR LA MALOCLUSION EN DESARROLLO DEBERA SER TAMBIEN MOTIVO DE REGISTRO.

ALTERNATIVAS ORTODONTICAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA OCLUSION:

PARA LLEVAR A CABO UNA ORTODONCIA PREVENTIVA ES NECESARIO MANTENER UNA OCLUSION NORMAL PARA CADA CASO PARTICULAR; POR LO TANTO, ES IMPORTANTE COORDINAR TODOS LOS SEGMENTOS DE ARCADEA CON EL PATRON GENERAL DE DESARROLLO.

EXISTEN 3 ALTERNATIVAS PARA DICHO MANTENIMIENTO QUE SON:

- A) EVITAR ALGUNA ANOMALIA
- B) INTERCEPTAR UNA SITUACION ANORMAL EN DESARROLLO
- C) CORREGIR UNA ANOMALIA QUE YA SE HAYA PRESENTADO

DEBEMOS CONSIDERAR QUE LA PRIMERA ALTERNATIVA ES PREFERIBLE.

EL GRUPO PREVENTIVO INCLUYE A TODOS LOS PACIENTES DENTRO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION; TALES COMO:

- A) CONTROL DE ESPACIO
- B) MANTENIMIENTO DE ESPACIO Y RECUPERACION DE ESPACIO
- C) MANTENIMIENTO DE UN PROGRAMA PARA LA EXFOLIACION POR --
CUADRANTE
- D) ANALISIS FUNCIONAL Y REVISION DE LOS HABITOS BUCALES
- E) EJERCICIOS MUSCULARES
- F) CONTROL DE CARIES
- G) PREVENCION DE LOS DANOS CAUSADOS POR EL APARATO ORTOPE-
DICO DE "IL'WAIKEE, ETC.

LOS PROCEDIMIENTOS INTERCEPTIVOS SON NECESARIOS PARA CORREGIR:

- A) DISPLACIAS BASALES DEL DESARROLLO
- B) PROBLEMAS DE PALADAR HENDIDO
- C) DIASTEMAS ANTERIORES
- D) PROBLEMAS DE HABITOS
- E) DEFICIENCIAS EN LA LONGITUD DE LA ARCADA, ETC.

PROBLEMAS ORTODONTICOS FUTUROS:

EN UN EXAMEN VISUAL SE OBSERVARA INMEDIATAMENTE SI EL PACIENTE TIENE UNA MALOCCLUSION MARCADA COMO:

- A) MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
- B) SOBREMORDIDA VERTICAL Y HORIZONTAL EXCESIVAS
- C) MORDIDA CRUZADA
- D) MALA RELACION BASAL Y OTROS PROBLEMAS.

LOS INDICADORES RADIOGRAFICOS MAS PRECISOS DE LOS PROBLEMAS ORTODONTICOS FUTUROS SON:

- 1.- PATRON DE RESORCION DE LA DENTICION DECIDUA
- 2.- CICLO DE ERUPCION DE LA DENTICION PERMANENTE.

PATRON DE RESORCION ANORMAL Y ERUPCION PERMANENTE:

LAS ANOMALIAS DE LA RESORCION ESTAN ASOCIADAS A LA FALTA DE ESPACIO PERO TAMBIEN PUEDE EXISTIR EN PACIENTES CON SUFICIENT ESPACIO Y EN LOS QUE PREVALECE LOS FACTORES NECESARIOS PARA LA EXFOLIACION NORMAL DE LOS DIENTES DECIDUOS. TANTO LOS CANINOS COMO LOS SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS SON SUSCEPTIBLES A LA RESORCION ANORMAL.

LOS INCISIVOS CENTRALES DECIDUOS TANTO DERECHO COMO IZQUIERDO DEBERAN SER EXFOLIADOS AL MISMO TIEMPO Y LOS LATERALES DECIDUOS DEBERAN ESTAR FLOJOS APROXIMADAMENTE EN ESE PERIODO. LOS CANINOS DEBERAN AFLOJARSE POCO TIEMPO DESPUES; PERO EN CASO DE QUE SEAN EXFOLIADOS EN FORMA PERMATURA, SERA NECESARIO INVESTIGAR EL CASO MEDIANTE RADIOGRAFIAS CON EL FIN DE SABER SI EXISTE ALGUNA MANIFESTACION ANORMAL O UN INTENTO DE LA NATURALEZA PARA OBTENER ESPACIO DEBIDO A ALGUN PROBLEMA FUTURO DE LONGITUD DE ARCADEA.

EN EL CASO DE LA ZONA DEL SEGUNDO MOLAR DECIDUO, ES MUY CRITICO YA QUE GENERALMENTE ES MAS GRANDE QUE SU SUCESOR Y SI ESTE PRESENTA UNA RETEN-
SION PROLONGADA POR UNA RESORCION ANORMAL, EL CANINO PUEDE SER DESPLA-
ZADO VESTIBULARIZANDOSE O LINGUALIZANDOSE Y SU ERUPCION PUEDE VERSE IM-
PEDIDA DEBIDO AL ESPACIO OCUPADO PO EL SEGUNDO MOLAR DECIDUO RETENIDO,
AL MISMO TIEMPO QUE PUEDE PROVOCAR UN APINAMIENTO DE LOS INCISIVOS EN
CONDICIONES NORMALES CUANTO ESTOS HACEN ERUPCION.

LA EXFOLIACION DE LA DENTICION DECIDUA DEBERA CONTROLARSE MEDIANTE LA
EXTRACCION DEL DIENTE CUANDO HAYA SIDO ESFOLIADO POR PROCESOS NATURA--
LES EN EL LADO OPUESTO. SI ESPERAMOS MAS DE 3 MESES A QUE LA NATURALE-
ZA HAGA ESTO, ESTAREMOS CONTRIBUYENDO A UNA MALOCLUSION FUTURA.

POR LO TANTO POR MEDIO DE LAS RADIOGRAFIAS PODEMOS EVITAR DICHAS ANOMA-
LIAS.

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR EN UN PERIODO CRITICO DEL DESARROLLO DE LA
OCLUSION EN EL CAMBIO DE LOS DIENTES SON:

- PATRONES DE RESORCION ANORMALES
- FRAGMENTOS RADICULARES DECIDUOS RETENIDOS
- DIENTES SUPERNUMERARIOS
- ANQUILOSTIS DEL DIENTE DECIDUO
- UNA CRIPTA OSEA NO RESORBIBLE
- UNA BARRERA DE TEJIDO BLANDO
- UNA RESTAURACION DESAJUSTADA

UN PROCEDIMIENTO DE ORTODONCIA PREVENTIVA ES EL TRATAMIENTO PARA CÁRIES:

EL CONCEPTO DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA QUE RECOMUNDA PUNTOS DE CONTACTO INTERPROXIMALES DEMASIADO AJUSTADOS PUEDE CONVERTIR UNA OCLUSION NORMAL EN MALOCLUSION, ES IMPORTANTE QUE SE CONSERVE LA CORRECTA DIMENSION MESIODISTAL DE LOS DIENTES RESTAURADOS REGISTRANDO LA POSICION HORIZONTAL ORIGINAL DESPUES DE MEDIRLA CON UN COMPAS FINO. UNA SOBREETENSION DE 1mm. PUEDE PROVOCAR EFECTOS A LARGO PLAZO.

POR LO TANTO MAS QUE UN FIN ESTETICO; UNA FUNCION NORMAL PUEDE EXIGIRLO Y LA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION LO REQUIERE.

CON LA AYUDA DEL CIRUJANO ORTOPEDICO, EL ORTODONCISTA Y EL APARATO DE MILWAUKEE SE PUEDEN EVITAR MALOCLUSIONES Y ATROGENICAS. LAS FERULAS INTRABUCALES DISENADAS ESPECIALMENTE PARA LOS ACTIVADORES, POSICIONADORES Y APARATOS ORTOPEDICOS DENTOFACIALES PODRAN TAMBIEN EVITAR LA MALOCLUSION O AL MENOS REDUCIR MODIFICADAS, CON FRECUENCIA SON MUY EFICACES. PERO MAS IMPORTANTE ES LA UTILIZACION CORRECTA -- DEL APARATO DE MILWAUKEE MISMO.

TITULO VII

DE MANTENEDORES:

SITOS PARA MANTENEDORES DE ESPACIO:

- DEBERAN MANTENER LA DIMENSION MESIODISTAL DEL DIENTE PERDIDO.
- DE SER POSIBLE, DEBERAN SER FUNCIONALES, AL MENOS AL GRADO DE EVITAR LA SOBREERUPCION DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.
- DEBERAN SER SENCILLOS Y LO MAS RESISTENTES POSIBLES.
- NO DEBERAN PONER EN PELIGRO LOS DIENTES RESTANTES MEDIANTE LA APLICACION DE TENSION EXCESIVA SOBRE LOS MISMOS.
- DEBERAN PODER SER LIMPIADOS FACILMENTE Y NO FUNGIR COMO TRAMPAS PARA RESTOS DE ALIMENTOS QUE PUDIERAN AGRAVAR LA CARIES DENTAL Y LAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- SU CONSTRUCCION DEBERA SER TAL QUE NO IMPIDA EL CRECIMIENTO NORMAL NI LOS PROCESOS DEL DESARROLLO, NI INTERFIERA EN FUNCIONES TALES COMO LA MASTICACION, HABLA O DEGLUCION.

OS PARA MANTENER EL ESPACIO:

LOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO EN CUALQUIERA DE LOS CUATRO DIENTES POSTERIORES, EL DENTISTA TIENE LA OPORTUNIDAD DE UTILIZAR CUALQUIER TIPO DE APARATO FUNCIONAL O NO FUNCIONAL, FIJO O REMOVIBLE. COMO EL MANTENEDOR DE ESPACIO DEBE SER CONSIDERADO EN TRES

DIMENSIONES, Y NO SOLAMENTE EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR, ES PREFERIBLE UTILIZAR UN TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO FUNCIONAL PARA EVITAR LA ELOGANCION Y EL POSIBLE DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS. ESTO NO SIGNIFICA QUE ESTE MANTENEDOR DE ESPACIO SERA TAN FUNCIONAL DURANTE LA MASTICACION COMO EL DIENTE QUE REEMPLAZA; NI QUE DEBERA SER CAPAZ DE RESISTIR LAS FUERZAS OCLUSALES, FUNCIONALES Y MUSCULARES EN FORMA SIMILAR.

MANTENEDORES FIJOS:

TIPO FUNCIONAL. - LA MEJOR FORMA DE MANTENER UN ESPACIO ES LLENARLO CON UN APARATO CEMENTADO A LOS DIENTES ADYACENTES. DEBERA SER LO SUFICIENTEMENTE DURABLE PARA RESISTIR LAS FUERZAS FUNCIONALES. EXISTEN VARIOS TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS FUNCIONALES. SI ES POSIBLE, EL APARATO DEBERA SER DISENADO PARA QUE IMITE LA FISILOGIA NORMAL.

UNO DE LOS MEJORES TIPOS DE RETENEDOR ES EL MANTENEDOR DE BANDA Y BARRA. ES MUY IMPORTANTE REVISAR LA RELACION OCCLUSAL DE TRABAJO Y DE BALANCE, YA QUE EL CONTACTO PREMATURO EN LA ZONA DEL MANTENEDOR DE ESPACIO SIGNIFICA EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES DE SOPORTE Y SU PERDIDA ACELERADA ASI COMO LA POSIBILIDAD DE QUE EL APARATO SE FRACTURE.

APEGANDOSE A LA NORMA DE RESTRINGIR LOS DIENTES DE SOPORTE LO MENOS POSIBLE, ES PREFERIBLE UTILIZAR UN APARATO "ROMPEFUERZAS".

EL APARATO ROMPEFUERZAS DEBERA SER DISENADA PARA PERMITIR EL MOVIMIENTO VERTICAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE DE ACUERDO CON LAS EXIGENCIAS FUNCIONALES NORMALES, Y EN MENOR --

GRADO CON LOS MOVIMIENTOS DE AJUSTE LABIALES O LINGUALES Y CEMENTADOS COMO UNA SOLA UNIDAD CON LA BARRA COLOCADA DENTRO DEL TUBO VERTICAL.

TIPO NO FUNCIONAL.- EL TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO NO FUNCIONAL MAS POPULAR CONSTA DE LOS MISMOS COMPONENTES -- QUE EL TIPO FUNCIONAL, ES DECIR, CORONAS DE ACERO INOXIDABLES, PERO CON UNA BARRA INTERMEDIA O MALLA QUE SE AJUSTA AL CONTORNO DE LOS TEJIDOS.

SI ESTO SE DISEÑA CORRECTAMENTE, EL DIENTE PARA EL QUE SE HA FABRICADO, EL MANTENEDOR DE ESPACIO HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS BRAZOS DEL MANTENEDOR. EN MUCHOS CASOS, SOLO SE HACE UNA CORONA. POR EJEMPLO, PARA LA CONSERVACION DEL ESPACIO DEL PRIMER MOLAR DECIDUO. EN ESTE CASO, PUEDE COLOCARSE AL SEGUNDO MOLAR DECIDUO UNA CORONA CON UNA MALLA VOLADA QUE SE APROXIMA A LA MUCOSA Y HACE CONTACTO CON EL CANINO DECIDUO. ESTO ES MENOS DESEABLE QUE UN MANTENEDOR DE ESPACIO NO FUNCIONAL DE TRES UNIDADES POR LO TANTO, CUALQUIER TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO NO FUNCIONAL ES MENOS ADECUADO QUE EL TIPO FUNCIONAL.

TIPO BRAZO DE PALANCA O VOLADO.- CUANDO EN OCASIONES, SE PIERDE UN SEGUNDO MOLAR DECIDUO ANTES DE QUE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE HAGA ERUPCIÓN, ENTONCES ES POSIBLE COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO VOLADO, ES DECIR, CON UN SOLO SOPORTE QUE EVITE EL DESPLAZAMIENTO MEBIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, Y GUARDAR EL ESPACIO PARA EL SEGUNDO PREMOLAR, CONSERVANDO ASI LA INTEGRIDAD DE LA OCLUSION.

ARCO LINGUAL FIJO.- CUANDO EXISTE PERDIDA BILATERAL DE LOS MOLARES DECIDUOS, SUELE EMPLEARSE UN ARCO LINGUAL FIJO. SE HACE UNA IMPRESION DE LA ARCADA, AFECTADA Y SE

VACIA EL MODELO EN YESO, LA PORCION GINGIVAL ALREDEDOR DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SE RETIRA HASTA -- UNA PROFUNDIDAD DE 2 O 3 MM. A CONTINUACION SE AJUS-- TAN BANDAS DE ORTODONCIA O CORONAS METALICAS CUIDADOSA MENTE. EN LA ARCADE INFERIOR SE PREFIEREN CORONAS COMPLETAS DE METAL, YA QUE EL GOLPE CONSTANTE DE LA OCLUSION SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR DE LAS BANDAS DE -- ORTODONCIA TIENDE A ROMPER LA UNION DEL CEMENTO, LO -- QUE PERMITE LA DESCALCIFICACION O LA MOVILIDAD DEL APA RATO MISMO. PUEDEN COLOCARSE BANDAS DE ORTODONCIA EN -- LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SUPERIORES CON MENOS POSIBILIDADES DE QUE ESTO SUCEDA, SI SE EMPLEAN CORO-- NAS METALICAS, LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DEBERAN -- SER CORTADAS Y AJUSTADAS AL COLOCARSE EL APARATO DEN-- TRO DE LA BOCA. SE HACEN PUNTOS DE SOLDADURA ELECTRICA PARA OBTENER LA DIMENSION CIRCUNFERENCIAL ADECUADA QUE ES DETERMINADA POR EL MISMO DIENTE.

OTROS TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO SON:

MANTENEDOR DE ESPACIO DE GERBER.- ESTE TIPO DE APARATO PUEDE SER FABRICADO DIRECTAMENTE EN LA BOCA DURANTE -- UNA CITA CORTA Y NO EXIGE TRABAJO DE LABORATORIO. (FUN CIONAL).

MANTENEDOR DE ESPACIO DE MAYNE.- ES DISENO NO INTERFIE RE EN LA ERUPCION DEL SUCESOR PERMANENTE (NO FUNCIONAL

RETIRO DE LOS MANTENEDORES FIJOS.- LA RETENCION PROLONGADA DE UN MANTENEDOR FIJO DE TIPO FUNCIONAL IMPIDE LA ERUPCION COMPLETA DEL DIENTE BAJO EL MISMO, Y PUEDE -- DESVIARLO HACIA VESTIBULAR O LINGUAL, DEBEMOS TOMAR --

PRECAUCIONES ESPECIALES CUANDO SE UTILICE EL MANTENEDOR DE ESPACIO DE TIPO BRAZO DE PALANCA O VOLADO. EN NINGUN CASO DEBERA PERMITIRSE QUE PERSISTA ESTE TIPO DE MANTENEDOR DE ESPACIO DESPUES DE LA APARICION CLINICA DEL SEGUNDO PREMOLAR. EN EL CASO DEL MANTENEDOR DE ESPACIO DE TIPO NO FUNCIONAL, PUEDE RESULTAR VERGONZOSO QUE EL PACIENTE REGRESE CUANDO EL DIENTE O LOS DIENTES HAYAN HECHO ERUPCION Y EL BRAZO O EXTREMO LIBRE DEL APARATO SE ENCUENTRE INCRUSTADO EN UN TEJIDO INTERPROXIMAL.

CUANDO SE UTILIZAN BANDAS DE ORTODONCIA PARA LOS DIENTES DE SOPORTE, ESPECIALMENTE EN LA ARCADA INFERIOR, EL CEMENTO PUEDE SER DESALOJADO, DEBIDO AL GOLPEO DE LAS FUERZAS OCLUSALES, QUE PERMITE QUE SE ALOJEN RESTOS DE ALIMENTOS, LO QUE PROVOCA DESCALCIFICACION O CARIES BAJO LA BANDA. EL RETIRO OPORTUNO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO ES TAN IMPORTANTE COMO LA ELECCION DEL MOMENTO PARA SU COLOCACION.

MANTENEDORES REMOVIBLES.- LOS MANTENEDORES DE ESPACIO DE TIPO REMOVIBLE POSEEN CIERTAS VENTAJAS DEFINITIVAMENTE COMO SON LLEVADOS POR LOS TEJIDOS, APLICAN MENOR PRESION A LOS DIENTES RESTANTES. PUEDEN SER FUNCIONALES EN EL SENTIDO ESTRICTO DE LA PALABRA. DEBIDO AL ESTIMULO QUE IMPARTEN A LOS TEJIDOS EN LA ZONA DESDENTADA, CON FRECUENCIA ACELERAN LA ERUPCION DE LOS DIENTES QUE SE ENCUENTRAN ABAJO DE ELLOS. GENERALMENTE, SON MAS ESTETICOS QUE LOS MANTENEDORES DE TIPO FIJO. RESULTAN MAS FACILES DE FABRICAR, EXIGEN MENOS TIEMPO EN EL SILLON Y GENERALMENTE SON MAS FACILES DE LIMPIAR. NO PUEDEN DEMORARSE DEMASIADO TIEMPO, A DIFERENCIA DEL MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO. DEL LADO NEGATIVO ESTA SU MAYOR DEPENDENCIA DE LA COOPERACION DEL PACIENTE, LA MAYOR POSIBILI-

DAD DE PERDIDA O FRACTURA Y EL HECHO DE QUE EL PACIENTE TARDA MAS EN ACOSTUMBRARSE A ELLOS CUANDO SON COLOCADOS POR PRIMERA VEZ. LA HIGIENE BUCAL PUEDE RESULTAR UN PROBLEMA CON LOS APARATOS REMOVIBLES SI NO SON RETIRADOS - Y LIMPIADOS SISTEMATICAMENTE. EN OCASIONES, UNA COMBINACION DE APARATO FIJO Y RENOVIBLE ES LO QUE ESTA INDICADO. LA UTILIZACION DE CORONAS PARCIALES O TOTALES CON DISPOSITIVOS PARA AYUDAR A LA RETENCION DEL APARATO REMOVIBLE AUMENTA LA EFICACIA FUNCIONAL DEL MANTENEDOR REMOVIBLE. ESTOS SE CONVIERTEN EN DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES, QUE EXIGEN EL MISMO GRADO DE PRECISION Y CUIDADO DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

C A P I T U L O V I I I

DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS:

APARATOS REMOVIBLES:

LA UTILIZACION Y EVOLUCION DE DIVERSOS TIPOS DE APARATOS REMOVIBLES HA COINCIDIDO CON EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS APARATOS FIJOS.

LOS APARATOS REMOVIBLES PUEDEN SER DIVIDIDOS EN 2 GRANDES GRUPOS:

1.- APARATOS QUE REALIZAN MOVIMIENTO DE LOS DIENTES MEDIANTE AJUSTES A MUELLES O ADITAMENTOS DENTRO DEL APARATO.- (PLACAS ACTIVAS)

2.- APARATOS QUE ESTIMULAN LA ACTIVIDAD MUSCULAR REFLEJA, - QUE A SU VEZ PRODUCE EL MOVIMIENTO DENTARIO DESEADO,

1.- EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE APARATOS REMOVIBLES QUE UTILIZAN LA FUERZA CREADA EN LOS APARATOS MEDIANTE AJUSTES.- CON EXCEPCION DE LOS APARATOS DE CROZAT Y BIMLER, QUE SON EN PARTE VACIADOS Y EN PARTE ALAMBRE Y ELEVADOS POR LOS DIENTES, LA MAYOR PARTE DE LOS APARATOS REMOVIBLES SON LLEVADOS POR LOS TEJIDOS. UN APARATO REMOVIBLE SE VALE DE LA ADHESION AL PALADAR PARA LOGRAR EL MOVIMIENTO DENTARIO DESEADO. EL APARATO DE ESTE TIPO MAS SENCILLO ES EL LLAMADO PLACA OCLUSAL. SU PRINCIPAL OBJETIVO ES ESTIMULAR LA ERUPCION DE LOS DIENTES POSTERIORES Y DISMINUIR LA SOBRE MORDIDA VERTICAL ANTERIOR, PUEDEN AGREGARSE APARATOS DE ALAMBRE. SI LOS DIENTES ANTERIORES ESTAN DEMASIADO SEPARADOS, PUEDE UTILIZARSE UN ALAMBRE LABIAL SIMPLE PARA RETRAERLOS.

LOS GANCHOS, PUEDEN AGREGARSE ALREDEDOR DE LOS MOLARES. CON FRECUENCIA, LA UTILIZACION DE ELASTICOS DE GOMA FACILITA EL MOVIMIENTO DENTARIO DESEADO CON EL APARATO REMOVIBLE. AL HACERSE MAS COMPLICADOS ESTOS APARATOS, EL PLASTICO SE DIVIDE Y PARTE DE EL SE MUEVE PARA REALIZAR EL MOVIMIENTO DENTARIO DESEADO. LOS MODELOS TOMADOS ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO DEMUESTRAN QUE ESTOS APARATOS PUEDEN PRODUCIR LOS RESULTADOS DESEADOS. UNA DE LAS FORMAS MAS COMUNES DE APARATO REMOVIBLE ES EL PERFECCIONADO POR MARTIN SCHWARZ, QUE ES UTILIZADO MUCHO EN TODA EUROPA

COMO LA PLACA X DE HEATH, EL APARATO DE SCHWARZ UTILIZA ANCLAJE PROPORCIONADO POR LOS TEJIDOS BLANDOS Y APARATOS DE ALAMBRE PARA LOGRAR EL MOVIMIENTO DENTARIO. PUEDEN UTILIZARSE CON APARATOS FIJOS.

2.- DENTRO DEL SEGUNDO GRUPO DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR TENEMOS QUE ANDRESEN, DE NORUEGA, CONSTRUYO SU ACTIVADOR O MONOBLOC DE TAL FORMA QUE EL PESO DEL APARATO JUNTO CON EL EFECTO DE GUIA DE LOS DIENTES DURANTE LA DEGLUCION, INFLUYA EN LA COLOCACION DE LOS DIENTES Y EL HUESO ALVEOLAR CONTIGUO. AL MISMO TIEMPO, LAS FUERZAS CREADAS POR LOS MUSCULOS QUE INTENDIAN RETROTRAER LA MANDIBULA A SU POSICION ORIGINAL ACTUARIAN SOBRE LA DENTADURA SUPERIOR, PROVOCANDO LA RETRUSION DE ESTOS DIENTES. SCHWARZ, DE VIENA, MODIFICO EL MONOBLOC, INCORPORANDO DIVERSOS ADITAMENTOS PARA MOVER LOS DIENTES MIENTRAS QUE LA MUSCULATURA EFECTUA LA COLOCACION DENTARIA.

EL FIN DE ESTO ES HACER CONTACTO CON EL HUESO BASAL, ELIMINAR LA RETRUSION FUNCIONAL Y APROVECHAR CUALQUIER CRECIMIENTO FAVORABLE QUE PUDIERA OCURRIR EN EL MAXILAR

INFERIOR MIENTRAS EL MAXILAR SUPERIOR ES SOSTENIDO POR LA FUERZA RETRUSIVA DE LOS MUSCULOS BUCOFACIALES.

VENTAJAS DE LOS APARATOS REMOVIBLES:

- LOS APARATOS REMOVIBLES REQUIEREN DE MENOR TIEMPO QUE LOS FIJOS
- SE UTILIZA EL PALADAR O EL HUESO ALVEOLAR INFERIOR PARA OBTENER ANELAJE.
- LA ACTIVIDAD MUSCULAR DEL PACIENTE SE EMPLEA PARA PRODUCIR UN MOVIMIENTO DENTARIO MAS FISIOLÓGICO.
- EL APARATO SE LLEVA GENERALMENTE EN LA NOCHE Y EN EL HOGAR POR LO QUE NO INTERFIERE EN EL HABLA NI CREA PROBLEMAS ESTETICOS.
- SE MANTIENE MAS LIMPIO QUE UN APARATO FIJO POR LO QUE HAY MENOS PROVABILIDAD DE CARIES DENTRAL O DES CALCIFICACION DURANTE EL TRATAMIENTO ORTODONTICO.
- LAS VISITAS SON MENOS FRECUENTES PARA AJUSTES.
- SON SATISFACTORIOS PARA MOVIMIENTOS GRANDES.

DESVENTAJAS DE LOS APARATOS REMOVIBLES:

- LA MAYOR DESVENTAJA DE ESTOS APARATOS ES LA DEPENDENCIA DE LA COOPERACION DEL PACIENTE, PUES CASTI - TODOS ESTOS APARATOS CON EXCEPCION DE LOS DE CRO - ZART Y Bimler SON: TOSCOS, DIFICULTAN EL ACOSTUM - BRAMIENTO Y PROPORCIONAN UNA BARRERA MENTAL, SI NO FISIOLÓGICA, PARA LOS NIÑOS QUE RESPIRAN POR LA BO - CA.

- NO FUNCIONAN PARA CORREGIR LOS GIROS DE DIENTES INDIVIDUALES, MOVER DIENTES EN CUERPO Y PRODUCIR INTERDIGITACION OPTIMA.
- EL DAÑO O PERDIDA DE LOS APARATOS AUMENTA SIGNIFICATIVAMENTE.
- LOS CAMBIOS Y EL CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS REDUCEN LAS OPORTUNIDADES DE UN BUEN AJUSTE DEL APARATO.

FINALMENTE, REITAN HA DEMOSTRADO SIN LUGAR A DUDAS QUE EL EFECTO DE VAIVEN QUE PRODUCEN LAS FUERZAS TEMPORALES SOBRE LOS DIENTES EN UN SENTIDO Y LAS FUERZAS FUNCIONALES PRESTONANDO EN SENTIDO OPUESTO, PUEDE PRODUCIR DANOS PERMANENTES. POR LO MENOS, LA CONSECUENCIA ES MOVILIDAD EXCESIVA.

BIBLIOGRAFIA:

TRATADO DE HISTOLOGIA
DR. ARTHUR W. HAM
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
SEPTIMA EDICION 1975

PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS DEL NIÑO EN CRECIMIENTO
M. MICHAEL COHEN
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA 1979

ANATOMIA DENTAL
DR. MOSES DIAMOND
EDITORIAL HISPANOAMERICANA
TERCERA EDICION 1962

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA
DR. T.M. GRABER
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
TERCERA EDICION 1974

ODONTOLOGIA PEDIATRICA
DR. SIDNEY B. FINN
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
CUARTA EDICION 1976

REVISTA MENSUAL DE ODONTOLOGIA CLINICA
MANUEL L. PONTE
QUINTA ESENCIA
EDICION ESPANOLA 1980

MANUEL DE ORTODONCIA
T.C. WHITE
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES

ORTODONCIA PRACTICA
G.M. ANDERSON
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES

TEMAS DE ORTODONCIA
ANTONIO J. GUARDO
BUENOS AIRES 1955

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS
DRAWER Y COLAB.
BUENOS AIRES.