



Graciela GONZALEZ de MANNISE

PREVENCIÓN DE MALOCCLUSIONES

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
Facultad de Odontología

CATEDRA DE ODONTOPEDIATRIA

PREVENCION DE MALOCLUSIONES

	<u>Pág.</u>
I. - INTRODUCCION	1
II.- CONCEPTO DE PREVENCION	2
III. - MEDIDAS PREVENTIVAS	3
IV. - BIBLIOGRAFIA.....	29



I. INTRODUCCION

De acuerdo al profesor Michel Caudmont, consideramos que la prevención es: "la acción de adelantarse a una eventualidad, y a impedir que se produzca, y si se produce, atenuar sus consecuencias".

Esto cobra especial vigencia en Odontopediatría, ya que nuestro paciente es un niño. Un ser en pleno desarrollo tanto físico, como psíquico, como social, que si las condiciones ambientales le son favorables y las influencias genéticas colaboran, llegará a ser "El Adulto" del mañana a quien están dirigidos todos nuestros esfuerzos.

Para ello tenemos que impregnarnos del concepto de preventión y que sea ella la que guíe nuestra actividad profesional.

Las maloclusiones ocupan un lugar muy importante dentro de las enfermedades bucales en niños,

¿Porqué? El niño es un ser en continuo cambio su sistema Estomatognático no escapa a este dinámico proceso.

Su desarrollo es uno de los más complejos ya que involucra muchas estructuras y cumple numerosas funciones.

Atraviesa varios períodos que van desde:

(1) - boca del recién nacido con funciones primordiales de succión y deglución.

(2) - erupción de la dentición temporaria con la aparición de la masticación.

(3) - dentición mixta.

(4) - dentición permanente con funciones cada vez más complejas hasta alcanzar la maduración del Sistema Estomatognático Adulto.

Es por ésto lógico que, durante este proceso tan prolongado, el equilibrio puede verse comprometido haciendo peligrar el estado final.

Los factores que pueden presentarse pueden ser: Hereditarios congénitos generales y locales, etc.

Sí bien sobre las alteraciones con base genética o congénita es muy difícil actuar, es nuestra responsabilidad despistar lo más precozmente posible los factores que pongan en peligro el futuro de la oclusión.

Es muy difícil que un solo factor etiológico incida en la aparición de una maloclusión.

En la mayoría de los casos no existen formas puras, sino que son formas complejas donde actúan más de un factor etiológico y juega un rol fundamental la predisposición hereditaria y el medio ambiente.

Importa la labor del odontopediatra en la prevención de maloclusiones porque:

- 1) Es el primero que tiene oportunidad de ver al niño y de realizar controles periódicos.
- 2) Es él a quien atañe el poder despistar precozmente cualquier desequilibrio en el S.E.G.

Las condiciones básicas que debe reunir el odontopediatra son:

- a) Prevenir la instalación de maloclusiones mediante la educación para la salud.
- b) Reconocer maloclusiones incipientes (diagnóstico precoz)
- c) Reconocer y evaluar su etiología
- d) Conocer y aplicar técnicas preventivas oportunas.

II. CONCEPTO DE PREVENCION

Frente a una oclusión infantil, según Graber, nos podemos encontrar frente a tres situaciones diferentes.

- 1 - Prevenir la instalación de una maloclusión aún no instalada.
- 2 - Interponer barreras a una maloclusión incipiente en desarrollo.
- 3 - Corregir una maloclusión ya establecida.

Las dos primeras constituyen los campos de la ortopedia preventiva e interceptiva. Los límites entre una y otra, muchas veces son difusos ya que, una medida puede ser en un momento preventiva y pasar en muy poco tiempo a ser interceptiva. Esto lo determina la evolución del caso.

Lo que en una consulta podemos realizar como preventivo, un tiempo después debemos encararlo con mentalidad interceptiva.

El límite entre la prevención y la interceptión está entonces determinado por el momento de ver el paciente.

III. MEDIDAS PREVENTIVAS

→ 1. - EDUCACION PARA LA SALUD

- Control de malos hábitos.

→ 2. - CONTROL DE LA SECUENCIA DE ERUPCIÓN

- Alteraciones en la dentición caduca que producen alteración de la secuencia.
- Alteraciones en la dentición permanente que producen alteración de la secuencia.

→ 3. - OPERATORIA DENTAL CORRECTA.

→ 4. - DESGASTES SELECTIVOS

→ 5. - MANTENEDORES DE ESPACIO

- Temporarios
- Permanentes.

→ 6. - MEDIDAS QUIRURGICAS

1. - EDUCACION PARA LA SALUD

Debe ir dirigida tanto a la madre como a los niños, informando sobre diferentes aspectos que redundarán en la salud del sistema estomatognártico. Durante la infancia tienen gran valor -- preventivo las visitas periódicas pues permiten controlar la evolución del sistema y diagnosticar precozmente cualquier desequilibrio.

La educación para la salud comienza en etapas preconceptionales informando sobre la importancia de una correcta alimentación durante el embarazo, donde los requerimientos nutricionales son diferentes. La dieta debe ser suficiente, completa y balanceada.

La fluorterapia a la madre debe comenzar 3 ó 4 meses antes de la gravidez, Para que el fluor se deposite en los tejidos en vías de calcificación del feto, es necesario que alcance un tenor de saturación en los tejidos calcificados maternos. Gedalia estudió los niveles de fluor en la orina entre el 3er. y 8avo. mes del embarazo y concluyó que éste desciende de 0,5 a 0,23 % lo que indica un aprovechamiento de fluor por el feto.

Dentro del capítulo de educación para la salud, podemos incorporar el control de malos hábitos, por ser el odontopediatra el profesional que tiene la oportunidad de informar sobre la prevención de los mismos.

1.1. - CONTROL DE MALOS HABITOS

Basándose en la conocida premisa "la función hace al órgano", diremos que la función normal del SEG contribuye para que el crecimiento y desarrollo cráneo-facial se cumpla normalmente. Las fuerzas generadas por los movimientos funcionales son modeladoras del crecimiento y desarrollo. Se establece así un equilibrio dinámico entre los componentes osteo-neuro-musculares y las fuerzas ejercidas durante los diferentes movimientos funcionales. Este equilibrio puede verse comprometido cuando se establece un mal hábito, ya que se originan fuerzas anormales para-funcionales, que pueden conducir a una malformación. Neurólogos y paidopsiquiatras afirman que una afectividad alterada altera el desarrollo neuromotriz.

1.1.1. - Definición

Hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular, de naturaleza muy compleja. Es una práctica fija, que como consecuencia de su repetición, al principio pertenece a la esfera voluntaria para luego transformarse en involuntaria. Es el resultado de reacciones neuro-musculares, bajo un estado psicológico especial.

No todo hábito es nocivo, hay hábitos que no producen patología, Los malos hábitos interfieren en el patrón normal de crecimiento, pero no todos producen malformaciones.

Para que se instale una malformación juega un rol fundamental la predisposición o terreno y el medio ambiente.

1.1.2. - Diagnóstico

Dentro de la historia clínica el Dr. Anderson propone una interrogatoria sobre problemas familiares y medio-ambientales, ya que algunas situaciones actúan como gatillo en la instalación de un mal hábito. Dentro del examen clínico cobra jerarquía el examen muscular. Es necesario analizar la tonicidad muscular, así como la fuerza de contracción de los diferentes grupos musculares: orbicular de los labios, buccinador, lengua, músculos masticadores. Podemos despistar concomitantes anomalías posturales del tronco y extremidades.

Al odontopediatra, frente a un hábito le atañe:

- a) Intentar determinar la causa. (Diagnóstico etiológico)
- b) Describir las posibles consecuencias si continuara en el tiempo. En el estudio analítico de un mal hábito se describen ciertos factores que determinan la gravedad de la alteración que puede producir, así como su ubicación. Estos factores son:
 - FORMA en que se realiza
 - DURACIÓN
 - FRECUENCIA con que se repite
 - INTENSIDAD con que se efectúa

Si bien el hábito actúa mediante esta cuádruple acción, la relación causa efecto no es siempre la misma.

- c) Ayudar al niño a eliminar el hábito en casos seleccionados.

1.1.3. - Generalidades de tratamiento

No se puede establecer un plan de tratamiento rígido, sino que cada plan debe adecuarse al paciente. Sin embargo se pueden determinar 3 fases comunes a todo tratamiento:

- a) Motivación. - Comprende hacerle reconocer al niño su hábito tal como es y mostrarle las posibles consecuencias. Podemos hacerle una pregunta: ¿Por qué lo haces? No siempre tendremos respuesta, si la tenemos entonces haremos otra pregunta: ¿Deseas quitarte el hábito? Si no lo desea debemos esperar, reforzando la motivación. No podemos comenzar ningún tratamiento sin el consentimiento del paciente.
- b) Corrección. - El paciente debe aprender un nuevo patrón de contracción muscular. Un acto subconsciente se debe transformar en consciente, para a partir de entonces, comenzar el aprendizaje.
Uno de los procedimientos de que disponemos es la terapia mio-funcional. Se entiende por terapia mio-funcional al conjunto de técnicas y procedimientos para reeducar patrones musculares inadecuados. En su mayoría son ejercicios según la edad del paciente y el hábito a tratar.

También podemos valernos, como terapia coadyuvante, de la aparotología fija o removible, para eliminar alguna fuerza antagónica, o para corregir alguna alteración oclusal desencadenante del hábito.

c) Reforzamiento. - Una vez conseguido un patrón correcto, éste debe de realizarse con suficiente facilidad como para que se olvide el incorrecto. Los procedimientos de que disponemos son: tarjetas recordatorias, tarjetas de evaluación, ayudas visuales, entre otros.

Por lo general, en muchas de estas etapas deben de trabajar en equipo psicólogos, fonoaudiólogos, neurólogos, fisioterapeutas, odontólogos. En todos los casos es muy importante la colaboración y la información sanitaria que la podamos brindar al entorno familiar.

1.1.4. - Estudio de cada mal hábito en particular

Los malos hábitos bucales más significativos son: Respiración bucal, succión y deglución atípica. Según el Dr. Anderson la frecuencia de cada uno de ellos depende de la edad del paciente. Por ejemplo, en niños preescolares es muy frecuente la succión, mientras que en la edad escolar es más frecuente la deglución atípica.

A continuación analizaremos cada uno en particular.

1.1.4.1. - Hábito de succión.

Se considera normal que en la primera infancia se manifieste la necesidad de succionar como una prolongación del pecho materno desde el punto de vista psicológico. Este período se prolongará hasta los 2 ó 3 años aproximadamente, edad en que los niños con buen ajuste emocional se produce el destete psicológico. En esta etapa es de utilidad el chupete de entretenimiento con características tales que concuerde con la anatomía bucal. De no usar chupete de entretenimiento, ante la inminente necesidad de succionar, el niño puede realizarlo con otros objetos o el dedo, lo que puede ocasionar mayor patología que un chupete adecuado. Debemos, por consiguiente, educar a la madre sobre las características del mismo y la edad aproximada que puede utilizarse sin producir patología. En algún momento de la edad preescolar el hábito debe desaparecer. No se puede establecer un período determinado hasta el cual es normal realizar succión, sino que depende más de la edad mental que de la edad ~~cronológica~~.

a) Etiología. Como factores etiológicos se describen:

ALIMENTACIÓN INCORRECTA. - Puede suceder que la madre no dispense el suficiente tiempo al amamantar. Ya sea a pecho o a biberón es importante desde el punto de vista psicológico el abrazo materno, donde el lactante se satisface física y psicológicamente. Puede suceder que la madre se encuentre en estado de tensión o nerviosa, no cumpliendo con estos requisitos.

- ✓ USO PROLONGADO DE CHUPETE DE ENTRETENIMIENTO. - Se ve como resultado de un trastorno emocional, (inadaptación, inseguridad).
 - ✓ IMITACION. - Se presenta cuando se vuelve a estados psicológicos regresivos. Por ejemplo cuando en el núcleo familiar se espera un hermano.
- b) Diagnóstico. En el interrogatorio es importante los datos que aporte la madre sobre:

• Frecuencia (si succiona todo el día)

• Intensidad (si hace ruidos asociados y de qué intensidad)

En cuanto al examen clínico, comenzamos observando las manos, donde en la zona que succiona puede observarse un callo, un área enrojecida, o presentarse significativamente limpia.

- c) Alteraciones que produce. Según Selzman el efecto que produce sobre huesos, arcos dentarios y oclusión, depende del tiempo que hace que está instalado, del desarrollo osteogénico, del estado de salud general y del aporte genético del paciente. Roski, por su parte, señaló que los niños observados con un hábito de menos de 2 años de duración, presentaban oclusión normal, pero cuando el hábito duraba más de 4 años, podían producirse alteraciones.

Entre las patologías más frecuentes se describen:

- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR? con posible interposición lingual.
- PROTRUSIÓN DE INCISIVOS SUPERIORES Y LINGUOVERSION DE LOS INFERIORES (dependiendo de la forma de succionar)
- DISTOPOSICIÓN MANDÍBULAR, resultante de la presión ejercida por la mano). Para algunos autores la clase II es hereditaria y lo que haría el hábito es agravarla.

- d) Tratamiento. - Según el Dr. Anderson, antes de los 3 años de edad no produce alteraciones y si las produce son reversibles, es decir, que regresan con la eliminación del hábito. Como primer paso se debe encontrar la causa desencadenante y suprimirla, sólo así se justifica la utilización de otros métodos para la eliminación del hábito. Hasta los 5 años de edad el Dr. Anderson no realiza ningún tratamiento.

Existen en la literatura diferentes métodos para el tratamiento de la succión, pero diremos solamente que podemos basarnos en tres pilares fundamentales:

- APOYO PSICOLOGICO. - Puede estar dado por una buena relación paciente- profesional.
- RECORDATORIOS - Pueden ser colocados en la cavidad bucal, o en el dedo que succiona. En el dedo suele utilizarse un vendaje, mientras en la cavidad bucal la solución terapéutica es un retenedor parcial removible con estribos alineal de los incisivos superiores como recordatorio.
- PANTALLA RETROLABIAL o vestibular a modo de obturador bucal. Se utiliza cuando la succión se desarrolla durante el sueño, ya que en estos casos no tienen efecto los recordatorios.
Si los métodos son demasiado violentos o no se le brinda al paciente el apoyo psicológico necesario, pueden darse problemas emocionales u otros hábitos.
Podemos considerar como término medio que si durante 6 semanas se suprime el hábito podremos tener éxito, pero si pasados 6 meses persiste, debemos recurrir a técnicos especializados.

1.1.4.2. - Respiración bucal

Arbitrariamente podemos dividir a los respiradores bucales en dos grupos:

Por obstrucción y por hábito.

a) Etiología. Los factores **etiológicos** dependerán de si existe o no obstrucción de las vías aéreas superiores. Se describen como causa de obstrucción:

- CUALQUIER PROBLEMA RESPIRATORIO CRONICO (rinitis, asma, bronquitis).
- TABIQUE NASAL DESVIADO.
- HIPERTROFIA DE CORNETES
- HIPERTROFIA ADENOIDEA

Como factor etiológico de respiración bucal exclusivamente por hábito se describe:

- POSICION INCORRECTA AL DORMIR
- PROBLEMAS ESQUELETALES (cuando se reducen las dimensiones naso-faríngeas)
- b) Diagnóstico - Es bien conocido el "síndrome del respirador bucal", donde se describen signos y síntomas generales y locales.

⇒ GENERALES. Comprende: Menor desarrollo de la caja toráxica, desviación de columna, omóplato salientes, fundamentalmente dispersos y más lentos debido a alteraciones en la oxigenación del S.N.C.

⇒ LOCALES. Labios secos y agrietados, hipotónicos y el superior puede presentarse remangado y corto,

⇒ La nariz puede ser pequeña (atresia nasal) y las narinaz se dirigen hacia afuera, en lugar de hacerlo hacia abajo.

Esto se debe a una tendencia atávica, producto de una alteración ósea (microrrina). Para constatar si la respiración bucal es por hábito o por obstrucción, nos vamos de la prueba de Hotz.

c) Alteraciones que produce - En términos generales puede provocar:

⇒ BIPROTRUSIÓN, por disminución del tono muscular labial.

⇒ ENDOGNACIA, por un doble mecanismo: mayor presión de aire en la cavidad bucal que en las fosas nasales, y por la fuerza que desarrolla el buccinador sobre la zona lateral del maxilar mientras la boca permanece abierta. La endognacia se acompaña de paladar ojival.

⇒ GINGIVITIS

⇒ SUSCEPTIBILIDAD A INFECCIONES RESPIRATORIAS

d) Tratamiento - Debe ser encarado por un equipo médico-foníafríco-odontológico. Se puede sintetizar en tres etapas:

{ 1) ELIMINACIÓN DEL OBSTACULO

2) REEDUCACIÓN RESPIRATORIA. Cuanto más próxima sea ésta a la intervención otorrinolaringológica, mejor será el pronóstico.

3) CORRECCIÓN DE LA DÍSGNACIA. El odontólogo puede valerse de la pantalla vestibular retrolabial, a modo de obturador bucal, fundamentalmente en la respiración bucal nocturna. Así mismo recordemos que, la corrección de las malformaciones condiciona un mejor fisiologismo respiratorio.

1.1.4.3. - Deglución atípica

La posición anormal de la lengua, puede asociarse a maloclusiones, cuando la fuerza lingual es mayor a las fuerzas compensadoras ejercidas por otras estructuras. Los malos hábitos lingüales se describen dentro del cuadro de deglución atípica, también conocida como deglución infantil, ya que recuerda la del lactante.

a) Etiología - En la literatura se mencionan causas psico-
lógicas y mecánicas, y dentro de estas últimas:

(1) INCORRECTO AMAMANTAMIENTO. Scott (anatomista inglés), comprobó en estudios realizado en fetos, que la anatomía bucal está preparada para recibir el pecho materno. En el caso de no ser posible el amamantamiento a pecho, y éste se realice a biberón, debemos educar sobre las características de las tetinas en cuanto a: Longitud. El lactante se alimenta por ordeñe, es decir contracciones musculares seguidas por períodos de descanso. Si la tetina es muy larga la leche fluye libremente, no se realiza el ordeñe y la lengua puede ubicarse en posición adelantada.

Flujo lácteo abundante. Frente a una corriente láctea exagerada el lactante tiene dos opciones: o dejarla caer fuera de la boca, o regular la cantidad de leche con la lengua colocándola en posición adelantada. Es importante también que las tetinas reproduzcan anatómicamente al pezón materno, así como su textura y tamaño. Aún utilizando biberones importa la posición ortostática del bebé y desde el punto de vista psicológico, el "abrazo materno".

- (2) - RETRASO EN LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS DUROS, por amamantamiento demasiado prolongado.
- (3) - HÍPERTROFIA ADENOÍDEA, trae aparejada la posición adelantada de la lengua por falta de espacio en la zona posterior o por dolor crónico amigdalino.
- (4) - MACROGLOSSIA
- (5) - SUCCIÓN
- (6) - RESPIRACION BUCAL, como factores contribuyentes.

b) Diagnóstico. Los labios se presentan hipertónicos, engrosados y el surco mentoniano más marcado. Las arrugas palatinas pueden presentarse aumentadas lo que indica que no se ejerce presión sobre ellas al traguar.

Para constatar la presencia del hábito, se le indica al paciente que trague unas gotas de agua y se observa si los músculos de la mimica se contraen, en especial el orbicular de los labios.

c) Alteraciones que produce

- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR Y/O POSTERIOR
- PROTRUSION DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES
- DIASTEMAS
- TRANSTORNOS FONETICOS.

d) Tratamiento. Nos valemos en primer término de la terapia mio-funcional.

Uno de los ejercicios más conocidos consiste en adiestrar al paciente dónde colocar la lengua al tragar, luego se le indica realizar la deglución correcta frente a un espejo 20 veces antes de cada comida.

Luego del adiestramiento mio-funcional, se pueden utilizar aparatología fija (bandas en los molares 6 unidades por una barra palatina provista de un recordatorio) o removibles (placas palatinas de acrílico con un estribo como recordatorio).

Es fundamental corregir por medios ortodóncicos la mordida abierta, pues, de no ser así, la deglución atípica es recidivante.

2. - CONTROL DE LA SECUENCIA DE ERUPCION

De una secuencia eruptiva favorable dependerá el desarrollo favorable de la oclusión. En el momento del recambio existe una compensación de espacios que la dirige y determina la secuencia. De no producirse esta compensación de espacios puede perderse longitud del arco, con la consecuente pérdida de espacio.

La secuencia eruptiva puede verse comprometida ante ciertas alteraciones en la dentición caduca, o en la dentición permanente.

2.1. - ALTERACIONES EN LA DENTICION CADUCA QUE PRODUCEN ALTERACION DE LA SECUENCIA

2.1.1.- Pérdidas prematuras -

Pérdida prematura de un diente caduco es la exfoliación - del mismo antes de la fecha cronológica y secuencial determinada (consierando variantes individuales)

a) Clasificación - PARCIALES. Cuando se pierde volumen -- dentario coronario, ya sea por caries o por esstauraciones con puntos de contacto incorrectos.

- TOTALES. Cuando se pierde un órgano dentario "in toto" ya sea por caries, traumatismo, o reabsorción radicular atípica.

b) Consecuencias: - Los órganos dentarios en las arcadas están sometidos a diferentes fuerzas tanto en momentos de reposo como cuando entran en función. La acción muscular determinada por la lengua en la zona interna (cincha muscular interna) y la acción muscular del orbicular de los labios, buccinador, constrictor superior de la faringe en la zona externa, (cincha muscular externa) debe mantener un equilibrio dinámico. Ante la pérdida de piezas dentarias este equilibrio puede verse comprometido.

Todo diente está sometido además, a diferentes fuerzas oclusales, las que pueden ser dislocadoras o no, según caigan dentro de la base de sustentación del diente o no.

Cuando la dentición está correctamente alineada, cada fuerza dislocadora se anula por otra de igual intensidad y sentido contrario. Al perderse una pieza el equilibrio se rompe, se mesializan y distalizan los dientes vecinos mientras el antagonista se destruye con su alvéolo.

Los ejes de implantación de los dientes permanentes en las arcadas es diferente al de los dientes caducos. Mientras que los permanentes tienen una resultante netamente mesial, los caducos tienen un eje de implantación vertical, (es decir, que la resultante de las fuerzas siguen el eje vertical del diente) Como conclusión un diente caduco no migra a no ser que lo empuje otro diente (generalmente permanente).

Resumiendo diremos que, con la pérdida de un diente caduco se rompe el equilibrio de Godon, y como consecuencia, el cierre de los espacios, traducido en la pérdida de la longitud del arco.

La falta de espacio para la dentición permanente puede producir:

ectopia, retenciones, reabsorciones radiculares atípicas.

Otra consecuencia de la pérdida prematura de un diente caduco, es el retraso o aceleración de la erupción del permanente-sucesor, que se produzca una u otra alteración, dependerá de la cantidad de tejido óseo que sobre al germen del permanente. Por ejemplo, cuando hay un fcc apical con una zona de osteolisis y el germen se encuentra próximo, puede producirse aceleración.

Por el contrario si la pérdida del caduco es muy temprana y el germen está alejado, puede formarse una cripta ósea, una fibrosis mucosa y por consiguiente retraso de la erupción del permanente.

2.1.2 - Reabsorción radicular atípica

Se produce cuando las raíces de los dientes caducos son reabsorvidas en forma atípica al hacer erupción un diente permanente vecino.

Esta anomalía puede verse tanto en la zona anterior como en la posterior.

a) Zona anterior

Generalmente es más común en el maxilar superior que en el inferior. Se puede producir la pérdida del incisivo lateral caduco al erupcionar el incisivo central permanente, o puede perderse el canino caduco al hacer erupción el incisivo lateral permanente. La etiología es una discrepancia entre el material óseo y el dentario. El incisivo lateral y el canino permanente pueden quedar retenidos o en ectopia cuando se pierden respectivamente incisivo lateral y canino caducos.

b) Zona posterior

La anomalía más frecuente es la pérdida del segundo molar caduco al hacer erupción el molar 6. Es más frecuente en el maxilar

superior y por lo general es bilateral. La etiología es una ectopía en el movimiento eruptivo del molar 6, pero cuando está asociada a una anomalía en la zona anterior se debe a discrepancia dento-alveolar.

Siempre que erupcionen los molares 6 inferiores y no los superiores, o que falte un molar por erupciones, debe hacerse un control radiográfico para despistar esta patología a la que Hotz llama "Resorción socavante". El tratamiento dependerá de la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz. Cuando las raíces del segundo molar no están demasiado reabsorvidas, es decir, que nos de la posibilidad de conservar los órganos dentarios en boca, se realiza la siguiente técnica: Frevia anestesia, se pasa una lazada de alambre de bronce de 0.5 a 0.7 mm entre el molar 6 y el V. De este modo se distala el molar 6 destrabándolo.

Cuando el molar V está muy reabsorvido, ante la imposibilidad de mantenerlo en boca, se realiza la extracción y se coloca un recuperador de espacio.

2.1.3. Retención prolongada

Es la persistencia de un diente caduco más allá de los límites secuenciales y cronológicos de exfoliación. Para poder determinar si se trata de una retención o de un retraso en la cronología, debemos observar el recambio de cada hemiarcada. Si en un lapso de tres meses no se ha completado la erupción de las series homólogas, se impone un examen radiográfico.

La retención prolongada puede producirse por:

a) Falta de reabsorción radicular del caduco.

Esto sucede cuando el germe del permanente presenta una desviación de su trayecto eruptivo, o por ectopía del mismo.

b) Agenesia del permanente.

Según la ley reduccional de Bolk, faltan con mayor frecuencia los últimos dientes de cada serie. Para el maxilar superior faltan con mayor frecuencia los incisivos laterales, mientras que para el maxilar inferior es más frecuente la agenesia de los 2dos. premolares.

El diagnóstico se realiza radiográficamente: si hasta los cinco años no se observa la presencia del germe del incisivo lateral, sospechamos su agenesia; si a los siete años no observamos la presencia del germe del 2do. premolar, sospechamos su agenesia. El tratamiento dependerá del caso.

En la agenesia del incisivo lateral luego de estudiar el espacio disponible y el alineamiento dentario, tendremos dos opciones:

I) Esperar la erupción de los caninos, para mesializarlos y conferirle anatomía de incisivo lateral mediante una corona funda.

II) Realizar la extracción del incisivo lateral caduco, colocar un mantenedor de espacio, para posteriormente, luego de la adolescencia realizar un puente fijo.

En el caso de agenesia de 2ºs. premolares, tendremos tres alternativas:

I) Cuando el molar V puede ser reconstruido, se reproduce en el molar caduco la anatomía oclusal y proximal de premolar, mediante un blok colado.

II) Cuando no se puede reconstruir el molar V, realizamos su extracción, colocamos un mantenedor de espacio, y posteriormente, luego de la adolescencia, un puente fijo.

III) Cuando hay agenesia de mas de un premolar, se pueden extraer los molares V y por medios ortodóncicos mesializar los molares 6.

c) Anquilosis.

Es la unión del cemento radicular con el hueso alveolar, con desaparición del periodonto. Esta unión es más o menos extensa, pudiendo representarse en una zona de la superficie radicular, o en toda su extensión. En la dentición caduca la anquilosis se origina durante el período de reabsorción radicular. En esta etapa se intercalan períodos de actividad osteoclástica y períodos de descanso, durante los cuales se observa cierta actividad reparativa. Parecería que cualquier injuria en este momento provocaría un exceso de la actividad osteoblástica reparativa, lo que haría desaparecer el desmodonto. Hotz, considera al desmodonto -- como un periostio especializado, que posibilita el crecimiento-- dentro de los alvéolos. Se deduce entonces que su desaparición detiene el crecimiento alveolar en esa zona, lo que explica la imagen de "diente sumergido" que presenta clínicamente un diente anquiloso-- do. La apófisis alveolar del diente afectado detiene su crecimiento mientras que las de los dientes vecinos continúan moviéndose hacia oclusal. El diente sumergido queda a nivel originario, en una infraoclusión, o bien cubierto de mucosa, lo que le da el aspecto de una reinclusión. En estos casos los órganos dentarios vecinos tienden a cerrar el espacio y el antagonista puede elongarse con su cresta alveolar.

Dentro de las alteraciones que ocasiona esta patología se describen: Pérdida de espacio, retención o ectopías del permanente sucesor (por imposibilidad de erupcionar).

En términos generales el tratamiento es la extracción del aniquilado, cuando el germen del permanente está en condiciones de erupcionar (estadio 8 de Nolla)..

Cuando no se da esta condición, el Dr. Issac propone la colocación de coronas en sobreclusión, para que mediante una sobrecarga periodontal por actividad osteoclástica y nuevamente reparativa se retorne a la normalidad. Luego de obtenido el resultado deseado, se retira la corona. Puede darse el caso de coexistir anquilosis del V y agenesia del 2do. premolar. En estos casos se restablece la oclusión y los puntos de contacto mediante un block colado en el V.

~~2.2. - ALTERACIONES EN LA DENTICION PERMANENTE QUE PRODUCEN ALTERACIONES DE LA SECUENCIA~~

Cuando según las tablas cronológicas y secuenciales y analizando el patrón individual no erupciona un órgano dentario permanente, puede suceder:

a) - Agenesia

b) - Presencia de un obstáculo. Dicho obstáculo puede ser Mucoso, ósec y mucoso, restos radiculares, ectopías, presencia de supernumerarios, presencia de quistes o tumores.

2.3. - ALTERACION DE LA SECUENCIA

a) En el maxilar superior. El mayor problema se presenta a nivel de caninos, por ser estas piezas las que tienen la vía de erupción más compleja y ser las últimas en el reemplazo. En la secuencia más favorable la erupción del canino debe coincidir con la exfoliación del 2do. molar caduco. De no ser así, la diferencia de diámetros entre premolares y molares caducos será aprovechada por el molar 6 en el momento de erupcionar el molar 7 (migración mesial).

En el reemplazo del molar V por el 2do. premolar queda a favor 1/2 mm por diferencia de diámetros mesio-distales, ese 1/2 mm lo ideal es que lo aproveche el canino.

b) En el maxilar inferior. El problema puede crearse cuando existe falta de coordinación entre la erupción del 2do. premolar y la del molar 7. Si está en condiciones de erupcionar el molar antes que el 2do. premolar, puede cerrarse el espacio, pormigración mesial del molar 6, quedando el 2do. premolar en retención.

Como regla general diremos que siempre los últimos dientes en reemplazar son los que pueden sufrir con mayor frecuencia trastornos de ubicación frente a una secuencia alterada. Para el maxilar superior será el canino y para el maxilar inferior será el segundo premolar.

3. - OPERATORIA DENTAL CORRECTA

Mediante la Operatoria Dental Correcta, devolvemos al diente la anatomía y la función perdidas.

Debemos recordar que los órganos dentarios de la dentición caduca además de las funciones de masticación, estética y fonética cumplen con una función que les es particular: la de mantenimiento de la longitud del arco y de ser guías para la erupción de los dientes permanentes.

Orientamos la Operatoria Dental en cuatro sentidos:

3.1. - Selección de técnicas y materiales de restauración adecuados

Debemos escoger nuestras técnicas operatorias de acuerdo a cada paciente, a cada edad de ese paciente y al sector de la boca que estemos considerando.

Lo mismo sucede con los materiales de restauración, los que además sería ideal que acompañen el desgaste natural del diente. Por ejemplo, en la cara distal de los caninos temporarios preferimos la colocación de amalgama, a pesar de no ser estético, porque los materiales estéticos (silicatos y resinas compuestas) sufren mayor desgaste, lo que podría provocar acortamientos de la arcada dentaria.

3.2.- Restitución adecuada de los puntos de contacto

Logrando puntos de contacto adecuados en nuestras restauraciones, mantenemos la longitud del arco.

Es importante recordar que la dentición caduca puede ser distemada o no, correspondiendo al tipo I o II de Daume.

En el caso de una dentición tipo I, o sea distemada, debemos respetar los sistemas en nuestras reconstrucciones.

En el caso de dentición tipo II o sea cerrada, debemos reconstruir los puntos de contacto adecuadamente, muchas veces mejorándolos, ya que, debemos recordar que, en la dentición caduca, muchas veces éstos son verdaderas superficies.

También debemos tener cuidado en no reconstruirlos en exceso, ya que podríamos provocar un alargamiento del arco. Esto es muy importante sobre todo en la reconstrucción de la cara distal del segundo molar caduco, que si la reconstruimos muy globulosa, puede impedir la erupción del primer molar permanente.

Todo ésto es fundamental para el sector posterior (molares y caninos) de la arcada caduca, ya que en el sector anterior (incisivos) muchas veces eliminamos los puntos de contacto existentes (técnica del disking) creando sistemas donde no los había, para crear superficies proximales autolimpiantes; sin que por ello perjudiquemos la longitud del arco ya que, con la erupción de los incisivos permanentes, este sector se ensancha.

3.3. - Reconstrucción de la altura oclusal correcta.

Si al realizar la reconstrucción nos quedamos por debajo del plano oclusal, podemos provocar la elongación del antagonista, con lo que creamos trabas articulares, al igual que si llevamos las restauraciones por encima del plano oclusal.

En el caso de coronas estampadas en los que provocamos un levante muy pequeño de la altura oclusal, éste se va a ver compensado en muy poco tiempo, por la mayor elasticidad del periódonto temporario.

3.4. - Anatomía oclusal.

Debemos realizar planos inclinados cuspídeos de acuerdo a la edad dentaria, de acuerdo a que estemos en presencia de dientes temporarios o permanentes, al grado de abrasión de los mismos y todo lo que va a tener que estar de acuerdo, por supuesto, con la anatomía de la ATM en esa etapa.

4. - DESGASTES SELECTIVOS

Podemos detectar en forma precoz, la presencia de interferencias oclusales (aun en niños pequeños) que, debido a la labialidad de las estructuras bucales, pueden ser causa de maloclusiones.

Frente a la presencia de interferencias oclusales, el desgaste selectivo en Odontopediatría es un procedimiento relativamente sencillo de enorme valor en la prevención de maloclusiones. Una interferencia oclusal puede ser factor etiológico de maloclusiones o de bruxismo.

En todos los casos se debe realizar previamente el análisis funcional de la oclusión.

Los procedimientos para equilibrar la oclusión sirven -- propósitos diferentes en la dentición: a) primaria; b) mixta; c) permanente.

4.1. - En la dentición caduca

Dentro de la dinámica oclusal que la caracteriza, la dentición caduca pasa por varios momentos en su evolución.

Mientras a los 3 años es normal un marcado engranamiento cuspídeo, si se mantiene hasta los 5 años nos puede llevar a una maloclusión. Es por ésto que, antes de erupcionar el molar 6, se debe producir un desgaste fisiológico que posibilitará, entre otros mecanismos, el avance mandibular. Si esto no se realiza, eventualidad que se nos presenta en masticadores, sobre todo de tipo temporal, que realizan movimientos fundamentalmente de abre y cierra, pueden aparecer trabas.

Por lo general es el canino el que mayores problemas plantea al respecto (aunque cualquier pieza temporariamente puede provocarlos)

Tratando de salvar el obstáculo, el paciente puede adoptar posiciones de comodidad y a la larga provocar maloclusiones, como por ejemplo, mordidas cruzadas anteriores o laterales. Si no actuamos oportunamente, estas anomalías pueden interferir en el normal crecimiento y desarrollo de los maxilares.

Los desgastes pueden ser previamente realizados en los modelos de estudios con registro de centrífica y funcionales, para luego ser homologados en boca. Nunca deben ser realizados en una sola sesión, sino que primero se efectúan en centrífica y en las sesiones sucesivas se realizan primero los desgastes en lateralidad y protrusión. De este modo el paciente se irá adaptando. Si el desgaste a realizar es muy importante, debemos proceder en varias sesiones. Algunos autores son partidarios incluso de la desvitalización, criterio que no compartimos, ya que en esos casos preferimos recurrir a métodos ortopédicos.

4.2. - Dentición mixta

Esta etapa se caracteriza por su gran dinamismo oclusal, por su gran dinamismo oclusal, por consiguiente es común encontrar interferencias, las que pueden ser transitorias. Las interferencias las podemos encontrar, tanto a nivel de caducos como de permanentes. En los permanentes no se realizan desgastes porque, según Moyers, pueden variar mucho de posición en su avance hacia el plano oclusal. Por lo tanto, nuestra conducta es expectante, mientras la consideremos transitoria, en caso contrario la terapia sería ortodóncica. Por ejemplo, el molar 6 muchas veces entra en oclusión cuspide a cuspide, para luego llegar a una normooclusión con el recambio del segundo molar caduco. En los casos de interferencias muy groseras en una pieza permanente, sólo realizamos desgastes cuidadosos.

Cuando la interferencia se presenta a nivel de los dientes caducos vamos a la realización de desgastes selectivos como vimos anteriormente.

4.3. Dentición permanente joven

Es fundamental, luego de los tratamientos ortodónticos, realizar controles oclusales y los correspondientes desgastes selectivos, en caso de ser necesarios.

5. - MANTENDORES DE ESPACIO

Cuando se pierde prematuramente una pieza dentaria, se pone en juego un factor muy importante que puede desbaratar el delicado equilibrio de las fuerzas a las que está sometido el diente. Generalmente se puede afirmar que, cuanto más temprana es la pérdida de una pieza dentaria, más peligrosas pueden ser las consecuencias que -- n ocasiona de futuro en la oclusión.

5.1. - Definición

Los mantenedores de espacio son elementos protésicos ortodóncicos pasivos, destinados a mantener el espacio creado en los maxilares por la pérdida prematura de alguna pieza dentaria, siempre que la oclusión sea aceptable.

5.2. - Factores a considerar en la colocación de un mantenedor de espacio

5.2.1. - Tiempo transcurrido desde la pérdida

En la colocación o no de un mantenedor de espacio, el -- tiempo transcurrido desde la pérdida dentaria es fundamental.

El tiempo que demora en perderse espacio es variable y depende fundamentalmente del momento de la secuencia eruptiva en que se produce la pérdida. Según algunos autores demora más o menos 6 meses en cerrarse, para otros como Mc. Donald, el mayor cierre se produce en las primeras etapas luego de la pérdida. Pero creemos que ésto depende de cada caso particular, del sector de la arcada de que se trate y sobre todo, como ya dijimos, del momento de la secuencia eruptiva individual del paciente.

Entonces, si transcurrido poco tiempo y podemos constatar que no se perdió espacio, vamos a la colocación de un mantenedor de espacio. Si transcurrió más tiempo y constatamos que se perdió espacio, vamos a la realización de otro tipo de aparatología.

5.2.2. - Cantidad de hueso que recubre al diente permanente

La cantidad de hueso que recubre al germen del diente -- permanente sucesor nos da una idea, conjuntamente con la edad dentaria, del tiempo que va a demorar en erupcionar una pieza dentaria. Según Mc. Donald, por cada mm. de hueso se demoraría alrededor de 6 meses en la erupción del diente permanente.

Muchas veces, las pérdidas prematuras pueden deberse a procesos infecciosos que provocan la destrucción del hueso circundante, con lo que estaría acelerada la erupción dentaria, independientemente de la edad dentaria.

5.2.3. - Edad dentaria

La edad dentaria la valoramos por el grado de formación radicular. Se acepta generalmente, que el diente permanente está en condiciones de erupcionar cuando tiene 2/3 de su raíz formada, o sea en la etapa 8 de NOLLA.

Los dientes permanentes comenzarían sus movimientos eruptivos en la etapa 6 de NOLLA, o sea cuando tienen la corona completamente formada, aunque esto puede verse modificado por factores locales o generales.

5.2.4. - Secuencia eruptiva

El momento de la secuencia eruptiva en que se encuentra el paciente es de fundamental importancia para determinar la colocación o no de un mantenedor de espacio. Esta puede determinar la colocación de un mantenedor aun cuando el diente permanente que corresponde a la brecha esté en condiciones de erupcionar.

Por ejemplo, cuando se produce la pérdida del 2do. molar caduco y el germen del sucesor está en condiciones de erupcionar (2/3 de raíz formada), si el germen del 2do. molar permanente está más adelantado en la erupción, colocamos un mantenedor de espacio aunque sea por muy poco tiempo.

5.2.5. - Análisis de la dentición mixta

Es importante evaluar el espacio disponible, así como el espacio necesario para el recambio, sobre todo en el sector lateral.

Esto lo podemos realizar por diferentes métodos como el análisis de Nance, o métodos predictivos como el índice de Moyers.

5.2.6. - Colaboración del paciente y de los padres

Independientemente del tipo de aparatología que empleemos, la colaboración del paciente y de los padres es fundamental. Para esto tenemos que motivar a los padres y pacientes en cuanto al uso correcto de la aparatología, así como al mantenimiento de una higiene adecuada.

También es fundamental comprometerlos para los controles periódicos, ya que toda aparatología instalada requiere vigilancia continua. Un mantenedor de espacio dejado sin controles, puede convertirse en un factor productor o agravante de una maloclusión.

5.3. - Clasificación de mantenedores de espacio.

Las clasificaciones son muy numerosas:

Según Pauly
 \ Anteriores Posteriores
 \ Unilaterales o bilaterales

Según Massler
 \ Fijos Semifijos o Removibles (de acuerdo a las posibilidades de retiro)
 \ Funcionales o no

De acuerdo al momento de su colocación pueden ser:

Mediatos
Inmediatos

5.3.1. - Requisitos que debe reunir un mantenedor de espacios

- 1º) Mantener el espacio y la funcionalidad, tanto en sentido mesio distal como gingivo oclusal.
- 2º) Permitir los movimientos fisiológicos de los dientes pilares.
- 3º) No interferir con la erupción del diente al cual le mantiene el lugar.
- 4º) No interferir con el crecimiento y desarrollo de los maxilares
- 5º) Ser fácilmente higienizables.
- 6º) Ser fácilmente modificables de acuerdo a la evolución de la oclusión.
- 7º) No deben recargar con exceso a los dientes pilares, ya que si éstos son dientes caducos, pueden provocar reabsorciones aceleradas de las raíces.

5.4. - Análisis del tipo de mantenedor a utilizar según las diferentes zonas

Para ordenar su estudio, los dividimos en temporarios y permanentes.

5.4.1. - Temporarios

SECTOR ANTERIOR (Incisivos)

La mayoría de los autores coinciden con Pauly al afirmar que en el sector anterior no se produce pérdida de espacio y que si ésta se produce es aparente y estaría dada por la inclinación de los ejes de los dientes vecinos hacia la brecha, solucionándose con el desarrollo posterior en el momento de la erupción de los incisivos permanentes.

Solamente habría una pequeña pérdida de espacio cuando la pérdida dentaria es muy temprana (cuando se pierde un incisivo caduco antes de la erupción del canino caduco) o en el caso de occlusiones del tipo II de Raume .

Sin embargo, los colocamos en algunas oportunidades por razones fonéticas para evitar la instalación de malos hábitos y sobre todo por estética, ya que sabemos que la pérdida de los dientes anteriores puede traer aparejada la aparición de problemas psicológicos en el paciente

Pueden ser de dos tipos: Fijos
Removibles

Fijos

Pueden a su vez, ser de dos tipos:

Tipo puente fijo con sistema de perno y tubo
Tipo arco lingual

Están indicados en chicos muy pequeños cuya maduración neuro-muscular no permite la colocación de un removible, o en caso de niños incapacitados. Tienen que tener, como condición esencial, el no interferir con el desarrollo normal de los maxilares.

Los tipo perno y tubo, son tipo prótesis fija. Como pilares se pueden tomar uno o varios dientes de cada lado de la brecha.

Los retenedores pueden ser tallados en forma de bandas o coronas. Colocamos fantoches para reponer estéticamente las piezas ausentes y, en la zona de la brecha, utilizamos un sistema de perno y tubo horizontal que permitirá el ensanche de esta zona en el momento oportuno.

Tipo arco lingual — Tomamos como pilares los molares caducos IV o V, de acuerdo a que estén erupcionados o no. Los retenedores pueden ser coronas de acero estampadas o prefabricadas, o bandas de ortodoncia.

A esto se les suelda un arco lingual o palatino, de acuerdo al maxilar que estemos considerando, al que se le agregan dientes de acrílico, para reponer la estética de las piezas perdidas.

Removibles.

Son los que utilizamos con más frecuencia. En los superiores abarcamos la totalidad de la bóveda palatina con una lámina de acrílico retenida por ganchos gotas, circunferenciales, Adams, etc.

Es fundamental tener en cuenta no colocar aleta vestibular para no interferir con el crecimiento aposicional o con la reabsorción ósea en esa zona.

También es importante no colocar ganchos circunferenciales en los caninos, ya que debemos recordar que estos dientes sufren movimientos de vestibularización y distalación cuando erupcionan los dientes permanentes. Solo los podemos colocar en las primeras etapas y en pacientes muy pequeños para aumentar, aunque sea en forma transitoria, a la retención. Se pueden colocar ganchos que vayan desde mesial hacia distal, los que son fácilmente modificados en el momento en que comienzan los movimientos de los caninos.

Este tipo de mantenedores no interfiere con el crecimiento y desarrollo, porque llega un momento en que, al producirse el ensanche el mantenedor no se mantiene en posición, no cabe.

SECTOR ANTERIOR (Caninos)

Los caninos son las piezas caducas que se pierden con menos frecuencia por caries y tampoco son fácilmente involucrados por los traumatismos.

Se puede observar sin embargo la pérdida espontánea del canino, en los casos de discrepancia dento-maxilar, coincidiendo esta eventualidad, con la erupción del incisivo lateral. En estos casos se impone la consulta con el ortopedista.

Si la pérdida del canino es provocada por caries o por traumatismos, es imprescindible la colocación de un mantenedor de espacio; ya que puede traer graves consecuencias para el futuro de la oclusión. Entre las alteraciones que provoca la pérdida prematura del canino destacamos: mesialización del sector posterior, desplazamiento de la línea media, etc.

En los casos de pérdidas bilaterales, además de las consecuencias ya vistas anteriormente puede producirse el colapso de los incisivos hacia lingual (cuando se pierden los caninos inferiores).

En los casos de pérdidas unilaterales, podemos utilizar mantenedores tipo corona y ansa, colados o prefabricados, utilizando como retenedor al primer molar caduco y apoyando el ansa en la cara distal del incisivo lateral.

En los casos de pérdidas bilaterales y en algunos casos de pérdidas múltiples, podemos utilizar arcos linguales o palatinos fijos, soldados a los elementos de retención con diferentes tipos de cierre, de manera que puedan ser retirados por el profesional.

SECTOR POSTERIOR

Pérdida del 2do. molar caduco.

La pérdida prematura del segundo molar caduco, puede provocar numerosas consecuencias en el desarrollo de la oclusión y éstas van a ser más o menos graves, de acuerdo al momento del desarrollo en que se encuentre la oclusión.

1) Antes de la erupción del primer molar permanente.

Si la pérdida del segundo molar caduco se produce antes de la erupción del primer molar permanente, es imprescindible la colocación de un mantenedor de espacio, ya que si no cuando erupciona el molar 6 lo va a nacer mesializado.

Para evitar esto debemos utilizar mantenedores que guíen la erupción del molar permanente.

Los más utilizados son los de extensión distal. Massler realizó una modificación del mantenedor de extensión distal, con espolón intra alveolar, en que, en lugar del espolón intraalveolar, se realiza con un bucle reproduciendo lo más exactamente posible la cara distal del segundo molar. Es de forma acintada y al llegar a distal, reproduce la cara distal del segundo molar caduco se rebate hacia mesial en forma de bucle, apoyándose en la encia.

Este tipo de mantenedores se utilizan sobre todo en los casos de pérdidas unilaterales. En los casos de pérdidas bilaterales o múltiples podemos realizar mantenedores removibles de acrílico tipo prótesis, reproduciendo la cara distal del segundo molar caduco.

2) Después de la erupción del molar de los 6 años.

Cuando se produce la pérdida del molar caduco, después de la erupción del primer molar permanente, éste va a tender, por la dirección de su eje de implantación (que es dirigida hacia mesial) a inclinarse hacia la brecha.

Si el 6 está totalmente erupcionado, podemos tomarlo como anclaje y realizar una banda en él, con un ansta de alambre soldada, que apoye en la cara distal del primer molar caduco.

También podemos tomar como anclaje, los casos en que el 6 está totalmente erupcionado el IV y realizar coronas o bandas, prefabricadas o coladas que apoyen hacia distal en la cara mesial del primer molar permanente. En los casos en que el molar 6 está parcialmente erupcionado, preferiremos siempre la colocación de mantenedores colados tipo corona o banda, con una barra rígida que se apoya en la cara mesial del 6. Nunca apoyo oclusal en el 6.

Pérdida del primer molar caduco.

Generalmente no ofrece tanto peligro como la pérdida del 2º., pero de acuerdo a la etapa de la erupción en que nos encontramos, puede ser más o menos importante (por ejemplo cuando el incisor lateral está en erupción activa puede provocar, si no mantenemos adecuadamente el espacio, el corrimiento hacia distal del canino caduco, lo mismo ocurre cuando el 6 está en erupción activa que provoca la mesialización de V)

Utilizamos mantenedores del tipo de corona y ansta o banda y ansta con anclaje en el segundo molar caduco, colados, prefabricados o con ansta de alambre soldada.

5.4.2. - PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PERMANENTES

La pérdida de piezas permanentes en edades tempranas, trae aparejados problemas diferentes a los de la pérdida de dientes caducos; ya que se puede comprometer definitivamente el futuro de la oclusión.

Nos vamos a referir, a la pérdida de los primeros molares y a la de los incisivos permanentes, por ser las que se presentan con mayor frecuencia.

Primer molar permanente

Debido a la época en que aparece en boca y a su ubicación, el primer molar permanente presenta una elevada susceptibilidad a la caries dental. Es por lo tanto, una de las piezas dentales que se pierde con mayor frecuencia.

Cuando se pierde uno solo (pérdidas unilaterales) la conducta a seguir va a variar de acuerdo con la edad del paciente, ya que, cuanto más temprana sea esta pérdida, va a haber mayores posibilidades de corrimiento hacia mesial del segundo molar permanente; sobre todo si existe germen del tercer molar permanente. Si la pérdida es más tardía, hay que evaluar si se mantiene el espacio, o se cierra por medios ortodóncicos. Si no existe germen del tercer molar, es mejor realizar un mantenedor de espacio, para luego realizar una prótesis fija.

Por la inclinación de los ejes, el corrimiento mesial de los segundos molares va a variar en el maxilar superior y en el inferior.

En el superior es más fácil que se corra en forma paralela, mientras que en el inferior generalmente va a quedar inclinado.

Cuando se producen pérdidas bilaterales rige lo mismo que vimos para las pérdidas unilaterales.

Si se pierden los molares antagonistas, es mejor para el equilibrio de la oclusión.

Si se pierden 3 de los 4 primeros molares permanentes, está indicada la extracción del cuarto.

Incisivos permanentes

La pérdida de los dientes anteriores permanentes hace entrar en juego un factor muy importante que es la estética.

Esto hace que en la mayoría de los casos se proceda a la colocación de una prótesis temporal, la que será sustituida en el futuro con una prótesis fija.

Però siempre antes tenemos que realizar un estudio de la oclusión, ya que si existen maloclusiones importantes se deberá consultar antes con el ortodoncista, por ejemplo, caso de apiñamientos importantes, etc.

6. MEDIDAS QUIRURGICAS

Dentro de las medidas quirúrgicas trataremos procedimientos quirúrgicos que realizados en forma oportuna, nos permiten prevenir maloclusiones.

6.1. - Extracciones indicadas

En muchas oportunidades, debido al deterioro que presentan algunas piezas dentarias debemos realizar la avulsión, en estos casos siempre tenemos que considerar o no la colocación de un mantenedor de espacio.

También frente a determinados tipos de maloclusiones (como por ejemplo discrepancia dento-maxilar) el ortodoncista indica realizar la avulsión de determinadas piezas dentarias (extracciones seriadas).

6.2. - Descubiertas

Se realizan con la finalidad de eliminar las trabas que se puedan presentar en la erupción de los dientes. Puede ser mucosa, ósea, dentaria, tumoral etc. A su vez pueden ser con tracción o sin ella.

Estaría indicada en aquellos casos en que comprobamos alteraciones en la secuencia eruptiva. En algunos casos si prevemos que va a demorar mucho la erupción, debemos colocar mantenedores de espacio.

6.3. - Frenectomías

6.3.1 - Labial superior

La presencia de un frenillo labial superior de inserción baja puede traer alteraciones en el alineamiento dental (diastemas). La conducta a seguir, (luego de realizar el diagnóstico clínico y Rx de esta anomalía despistando que se trate de casos de discrepancia dento-maxilar o que se trate de un fenómeno hereditario) es su resección.

La oportunidad de realizarla es luego de la erupción de los incisivos laterales o aun luego de la erupción de los caninos permanentes, ya que en muchos casos, la fuerza eruptiva de estas piezas es suficiente para corregir la alteración.

6.3.2. - Labial inferior

En el caso de frenillo labial inferior el problema variaría de aspecto, ya que, al problema de alineamiento dental, se suman los problemas paradentales, que este - puede originar como bolsas patológicas y aumento de la corona clínica de los incisivos inferiores, por lo tanto la oportunidad de su resección es inmediatamente de ser diagnosticado.

6.3.3. - Lingual

El frenillo lingual corto puede provocar anomalías en forma directa -(diastema interincisivo inferior) o en forma indirecta, ya que al limitar los movimientos de la lengua elimina un factor importante de estímulos para el desarrollo de las arcadas dentarias y puede traer también alteraciones fonéticas. Por lo que también estaría indicada su resección temprana (no mucho más allá de los 6 a 8 años) previo entrenamiento foniátrico.

6.3.4. - Quistes, dientes supernumerarios, tumores.

La eliminación de este tipo de patología también estaría indicada en muchos casos como medida preventiva de maloclusiones.

- - - - -

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON G.M. - Ortodoncia práctica, Ed. Mundi B.A. 142. 1973

BERNIER J. L., MULHER J. C. - Medidas preventivas para mejorar la práctica dental, Ed. Mundi , 179. 1977

CHAVES Mario M. - Odontología social, Ed. Labor., do Brasil, 24,1977

FINN.Sidney B. - Odontología pediátrica, Ed. Interamericana, 241,1976

FRANKEL R. - Ortopedia funcional de los maxilares. Ed. Beta, B.A 27, 1969

HOTZ Rudolf P. - Odontopediatría, odontología para niños y adolescentes, Ed. Panamericana, B. A. 259,1977.

KATZ Mc Donald, Stookey - Odontología preventiva en acción. Ed. Panamericana, B.A. 355.1975.

MAC DONALD Ralph, E, BS, DDS, MS - Odontología para el niño y el adolescente, Ed. Mundi, B.A. 325, 1975.

MAYORAL José, - Ortodoncia, principios fundamentales y práctica. Ed. Labor 175, 1977.

MOYERS Roberts, - Manual de Ortodoncia. Ed. Mundi, 166, 1976.

SEGOVIA, M. Luisa, - Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. Ed. Panamericana. B.A. 1979.

TORRES, Ramón, - Tratado de gnato - ortopedia funcional. Ed. Celsius,B.A. 38, 1966.

- - - - -

IMPRESO POR LA DIVISION
PUBLICACIONES Y EDICIONES DE LA
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
DEPOSITO LEGAL 236.334
D - 1886.-