



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTOLOGO

TEMA:

**“Perdida prematura de dientes primarios en niños de 5 a 8 años y su
terapéutica”**

AUTOR

Leonardo Antonio Zambrano Parrales

Tutor:

Dra. Jessica Apolo

Guayaquil, Junio 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Perdida prematura de dientes primarios en niños de 5 a 8 años y su terapéutica”

Presentado por:

Zambrano Parrales Leonardo Antonio

0924945488

Tutor:



Dra. Jessica Apolo. Msc
Tutor Académico.



Dra. Jessica Apolo. Msc
Tutor Metodológico.

Dr. Washington Escudero Doltz.

Decano F.P.O

Guayaquil, junio del 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del Autor

Leonardo Antonio Zambrano Parrales.

0924945488

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi carrera sin su ayuda y fortaleza no lo hubiera podido lograr; en segundo lugar a mi familia que ha sido un pilar muy importante en toda mi carrera estudiantil, de manera muy especial a mi madre la Sra. Carmen Parrales Soledispa que aun desde la distancia me ha apoyado en todas las decisiones que he tomado y a sido mi gran soporte en épocas difíciles en el camino a mi profesión.

Agradezco a todos los catedráticos de la Facultad Piloto de Odontología que en algún momento contribuyeron a mi formación profesional con sus conocimientos y que me servirán mucho en mi futura carrera en la odontología; ya que sin su experiencia y conocimientos no hubiera podido aprender lo necesario para defenderme en el campo odontológico con ética y profesionalismo.

Un agradecimiento muy especial a mi tutor de tesis la Dra Jessica Apolo por brindarme la oportunidad de realizar este trabajo con su experiencia y conocimientos científicos que fueron de mucha ayuda para poder concretarlo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre la Sra. Carmen Parrales Soledispa que me supo inculcar buenos valores morales que me han servido de mucho en toda mi vida estudiantil, y lo será en mi próxima vida profesional; a mis abuelitos Sra. Fleyis Olinda Soledispa, Sr. Leonardo Parrales por su amor, y por su gran ayuda incondicional que han sido un soporte importante en mi vida.

A la Srta. Keyla Flores por su apoyo incondicional y por su gran aporte para el término del presente trabajo.

INDICE GENERAL.

Contenidos	pág.
Caratula.....	I
Carta de Aceptación de los tutores.....	II
AUTORIA.....	III
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Índice	
General.....	VI
Introducción.....	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Preguntas de investigación.....	2
1.3 Objetivos.....	2
1.3.1 Objetivo General.....	2
1.3.2 Objetivos Específicos.....	3
1.4 Justificación.....	3
1.5 Viabilidad.....	3
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	
Antecedentes.....	4
2.1 Fundamentos teóricos.....	5
2.1.1 Fuerzas que actúan sobre los dientes.....	5
2.1.1.1 Fuerzas oclusales.....	5
2.1.1.2 Fuerzas musculares.....	5
2.1.1.3 Fuerzas eruptivas.....	6
2.1.2 Causas de pérdidas prematuras en dientes primarios.....	7
2.1.2.1 Caries dental.....	8
2.1.2.2 Traumatismos.....	8

2.1.2.3 Problemas periodontales.....	9
2.1.2.4 Resorciones atípicas de raíces.....	9
2.1.2.5 Enfermedades sistémicas.....	10
2.1.3 Factores a considerar en pérdida prematura.....	10
2.1.3.1 Etapa de desarrollo de la dentición.....	11
2.1.3.2 Lugar de la pérdida.....	12
2.1.3.3 Oclusión.....	14
2.1.3.4 Espacio.....	14
2.1.3.5 Patrón esquelético.....	14
2.1.4 Efectos de pérdida prematura de dientes primarios.....	15
2.1.4.1 Cambio en longitud de arco y oclusión.....	15
2.1.4.2 Mala articulación de consonantes.....	15
2.1.4.3 Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.....	16
2.1.4.4 Traumatismo psicológico.....	16
2.1.5 Consecuencias de pérdida prematura de diente primarios.....	16
2.1.6 Estudio de la pérdida de espacio.....	18
2.1.6.1 Relación oclusal.....	18
2.1.6.2 Fase de dentición.....	19
2.1.6.3 Desarrollo del germen permanente.....	20
2.1.6.4 Sector de arcada en que se produjo la pérdida.....	20
2.1.6.5 Arcada en que se produjo la pérdida.....	21
2.1.6.6 Cantidad de espacio perdido.....	21
2.1.6.7 Análisis de espacio.....	22
2.1.7 Orden de frecuencias en pérdida en niños de 5 a 8 años.....	22
2.1.7.1 Pérdida de incisivos temporales.....	23
2.1.7.2 Pérdida de caninos temporales.....	24
2.1.7.3 Pérdida de molares primarios.....	26
2.1.7.4 Pérdida de 1er molar temporario.....	26
2.1.7.5 Pérdida de 2do molares temporarios.....	27
2.1.7.6 Pérdida de 2 o más molares temporarios.....	28
2.1.7.7 Pérdida total de dientes primarios.....	28

2.1.8 Prevención de traumatismos que ocasionan pérdida	
Prematura de dientes primarios.....	28
2.1.8.1 Protector bucal.....	29
2.1.9 Tratamiento de pérdida prematura de dientes primarios.....	30
2.1.9.1 Mantenedores de espacio.....	30
2.1.9.2 Mantenedores fijos.....	34
2.1.9.3 Mantenedores removibles.....	35
2.1.9.4 Mantenedores activos y pasivos.....	36
2.1.9.5 Recuperadores de espacio.....	36
2.2 Elaboración de Hipótesis.....	38
2.3 Identificación de las variables.....	38
2.4 Operacionalización de las variables.....	39

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 Lugar de la investigación.....	40
3.2 Periodo de la investigación.....	40
3.3 Recursos Empleados.....	40
3.3.1 Recursos Humanos.....	40
3.3.2 Recursos Materiales.....	40
3.4 Universo y muestra.....	40
3.5 Tipo de investigación.....	41
3.6 Diseño de la investigación.....	41

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	42
4.2 Recomendaciones.....	43
Bibliografía.....	44
Anexos.....	46

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer las causas, consecuencias, de la pérdida prematura en dientes primarios en niños de 5 a 8 años ya que la odontología ha evolucionado mucho en la búsqueda de atención de mayor calidad para los pacientes.

La pérdida prematura de dientes primarios es la causa de tempranos tratamientos de ortopedia, distalización, mesialización, migración de las piezas remanentes al espacio edentulo, extrusión del antagonista, vicios de la lengua, etc.; lo que conlleva a una mala oclusión.

Es fundamental conservar los dientes temporales hasta su exfoliación natural por las piezas permanentes, y si alguno fuera extraído tomar medidas para evitar desplazamientos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pérdida prematura de dientes primarios en niños de 5 a 8 años conlleva a la pérdida de espacio y a la mal oclusión de las piezas permanentes.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿La pérdida prematura en dientes primarios es un factor preponderante en la mal oclusión?

¿Cuáles son los efectos de la pérdida prematura en dientes primarios en niños de 5 a 8 años?

¿Cuáles son las causas que conllevan a la pérdida prematura de dientes primarios?

¿Cuáles son las piezas primarias que se pierden prematuramente con más frecuencia?

¿La pérdida prematura de los molares primarios ocasiona trastornos importantes en niños de 5 a 8 años?

¿Es imprescindible el uso de mantenedores de espacio en el caso de pérdidas prematuras de dientes primarios?

¿Cuáles son las indicaciones para el uso de mantenedores de espacio?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las diferentes causas de la pérdida prematura de dientes temporarios en niños de 5 a 8 años, sus consecuencias y su terapéutica.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las causas que ocasionan pérdida prematura de dientes primarios.

Distinguir los dientes primarios que se pierden con mayor frecuencia.

Identificar las posibles consecuencias por la pérdida prematura de dientes primarios

Describir las alternativas de tratamiento en pérdida prematura de dientes primarios.

Determinar los diferentes tipos de mantenedores de espacio como alternativa de tratamiento en la pérdida prematura de dientes primarios.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a la alta incidencia de niños de 5 a 8 años con pérdida prematura de sus dientes temporarios es necesario estudiar causas y factores que han provocado este aumento.

Son muchas las causas; entre las principales se encuentra la caries dental, y entre los factores uno de los más importantes es el económico, por lo que es de vital importancia conocer que la pérdida prematura de dientes primarios en los niños trae consigo mal oclusión dentaria que luego ameritaran tratamientos ortodonticos mas agresivos y costosos, es por esta razón que se estudiara la frecuencia de la estas pérdidas prematuras y la importancia del uso de mantenedores de espacio como tratamiento para evitar la futura mal oclusión dentaria.

1.5 VIABILIDAD

El presente trabajo es viable porque se conto con los recursos técnicos, recursos bibliográficos, recursos económicos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

Antecedentes

Además de las funciones propias de la masticación y como auxiliar en la fonación, la dentición primaria sirve para mantener espacio y para guiar la erupción correcta de las piezas permanentes. En su presencia se producen las maduraciones neuromotoras de la función masticatoria, restableciéndose las relaciones básicas de las unidades esqueléticas del tercio medio e inferior de la cara.

La pérdida prematura de algunas piezas anteriores y posteriores puede resultar en mal posición de los dientes adyacentes, sucesores y antagonistas a la zona de la pérdida. Es entonces un factor local de mal oclusiones y en este mismo punto debe discriminarse con aquellas situaciones donde las mal oclusiones coexisten con las pérdidas prematuras, no siendo, en consecuencia, determinadas por éstas. El mayor o menor efecto de este agente ambiental y local depende de una variedad de factores, entre ellos las fuerzas interactuantes, la edad dentaria de la pérdida, la posición en el arco y la etapa erupcional de los molar-es permanentes.

Es necesario diferenciar los signos de la pérdida de espacio, situación! local donde un agente ambiental o factor específico ha permitido migración dentaria y disminución de longitud del arco en determinado segmento.

No hay que olvidar que cada cliente guarda un equilibrio en la arcada y está sometido a la acción de diferentes fuerzas oclusales y neuromusculares que le permiten mantenerse de forma alineada dentro de un pasillo dentario; al romperse este equilibrio por la aparición de hábitos o pérdida prematura de dientes, se desencadenarán cambios en

los espacios existentes en un período de tiempo muy corto, que podría ir de los primeros meses después de la pérdida a simplemente semanas.

Por ello, debemos ser conscientes de la necesidad de conocer las causas fundamentales que pueden ocasionar pérdida de espacio, saberlas diagnosticar a tiempo y aplicar las medidas pasivas o activas que se requieran para que se produzca una correcta guía oclusal. El diagnóstico adecuado es esencial para proveer el tratamiento más indicado para el paciente infantil

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 FUERZAS QUE ACTUAN SOBRE LOS DIENTES.

Sobre cada pieza dentaria y sobre, el arco en conjunto actúan constantemente diversos tipos de fuerzas: oclusales, musculares y eruptivas. La discusión breve de éstas son instrumentales para comprender sus resultantes.

2.1.1.1 Fuerzas oclusales. Los dientes permanentes están ubicados en los arcos de tal manera que la inclinación mesial es notoria, las fuerzas de oclusión entre dientes superiores producen, por lo tanto un resultante anterior, con un movimiento mesial, fisiológico, manteniendo un arco continuo. En cambio, la dentición temporal no presenta las piezas inclinadas. Están, como se ha descrito, virtualmente perpendicular en relación con el plano oclusal; en consecuencia, la tendencia al movimiento mesial por esta causa es mínima en los arcos temporales.

2.1.1.2 Fuerzas musculares. La musculatura que rodea los arcos, externa e internamente se mantiene en un posible equilibrio en condiciones normales. El músculo buccinador forma una banda continua con el constrictor superior de la faringe hacia atrás y con los orbiculares de los labios, anteriormente, esta fuerza externa es equilibrada con aquélla ejercida por la musculatura lingual. La interrupción, o ruptura de ese equilibrio, resulta potencialmente lesiva a la posición de una o varias

piezas en los arcos dentarios.

2.1.1.3 Fuerzas eruptivas. Durante la erupción de los molares puede observarse esta tercera leve, y al mismo tiempo, poderosa fuerza que se ejerce sobre los arcos. La tendencia mesializarse de la erupción del primer molar permanente resulta en cambios de posición de las piezas temporales, aun en condiciones normales, resultando en el cierre de espacios, si los hubiera.

Lo mismo ocurre con la erupción de los molares permanentes, esta vez afectando la fórmula definitiva. Si durante el período de dentición mixta se pierde prematuramente una pieza temporal, este tipo de fuerzas podría trasladar piezas vecinas hacia la zona del espacio creado. Debido a las trayectorias diferentes que se presentan durante la erupción de los molares permanentes, también varía la resultante de sus respectivas fuerzas eruptivas. En el caso de los molares superiores, el contacto con la pieza más distal del arco temporal se establece durante la fase final de su erupción; así, la fuerza eruptiva se ejerce en los períodos erupcionales tardíos.

Los molares inferiores, en cambio, establecen este contacto aproximadamente, a poco de iniciar su erupción, usando la cara distal del segundo molar temporal como guía; por lo tanto, los molares inferiores ejercen una fuerza desde muy temprano y continuamente. Esta circunstancia es particularmente significativa si se recuerda que la pérdida prematura de una pieza resulta en mayor pérdida de espacio, durante el período que las fuerzas eruptivas de los molares son más prominentes.

La preocupación de los clínicos ante la ocurrencia de pérdida prematura de piezas temporales no es originada por la pérdida de función, sino más bien por las posibles movilizaciones de las piezas restantes hacia las regiones donde se ha discontinuado la línea de arco, con el efecto de acortamiento de la longitud de éste y cambios de posición corporales o de

inclinación, progresivos en el tiempo.

2.1.2 CAUSAS DE PÉRDIDAS PREMATURAS EN DIENTES PRIMARIOS

Existen múltiples razones por las cuáles se pueden perder estos dientes pero las más frecuentes son:

Enfermedades tales como: caries dental, periodontitis (periodontosis, periodontitis juvenil), resorciones radicales atípicas.

Involuntarias, más del 50% de los traumatismos se observan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta los dientes antero superior más frecuentemente.

Intencionales las cuáles son: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), actividades deportivas, etc.

Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizálisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada.

También existen las enfermedades que provocan cambios a nivel de la cavidad oral en el futuro como la macroglosia y micrognatia.

Alteraciones congénitas, donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas.

Enfermedades sistémicas como: Síndrome de Papillon - Lefevre, histiociosis X, neutropenia, hipofosfatasa, diabetes.

iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.

Por impericia del profesional o del estudiante de odontología.

Entre las causas por las que los dientes son perdidos prematuramente, se podría decir que los dientes anteriores son perdidos generalmente a causa de traumatismos y los molares en su mayoría por la caries dental.

2.1.2.1 Caries dental.

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados del diente provocada por los ácidos resultantes de la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono. La caries es una afección crónica, infecciosa y multifactorial, y corresponden al factor huésped (diente), los microorganismos (flora bacteriana) y la dieta (sustrato) la caries resulta donde se presentan los tres factores. (Ver anexo 1).

Relación entre caries y mal oclusiones.

Las caries interproximales en la dentición primaria representan una de las causas más comunes de pérdida de espacio, ya que el diente vecino migra hacia la cavidad produciendo acortamiento en la longitud del arco, rompiendo el equilibrio de las fuerzas que mantienen el diente en oclusión.

Al realizar coronas de acero inoxidable en primeros molares, las cuales deben respetar el espacio libre que existe entre el canino y primer molar, ya que de lo contrario, si se establece un contacto proximal que anteriormente no existía se estaría obstaculizando el acomodo distal del canino para dar cabida a la erupción del incisivo lateral permanente, y podría ser la causa de un problema de apiñamiento.

2.1.1.2 Traumatismos.

Constituye después de la caries dental, la segunda razón que motiva las visitas de urgencia al consultorio odontológico. Por lo general afecta en la mayoría de los casos al sector anterior. En relación con el tipo de accidente la literatura refiere: caídas, deportes, y desgraciadamente la

violencia intrafamiliar es la causa número uno de la pérdida dental en niños. En relación a la prevalencia del fenómeno, Barber reporta que uno de cada 2 niños en edad preescolar presenta traumatismo en los dientes. Mientras que Gutiérrez y col, encontraron que solo el 18,25 % de la muestra estudiada cifra que se aleja de la probabilidad esperada.

2.1.1.3 Problemas periodontales.

La periodontitis en niños antes de la pubertad ha sido reconocida durante los últimos años dentro de la literatura, variando a través del tiempo su clasificación, diagnóstico y tratamiento. Se ha asociado con enfermedades sistémicas como: acrodina, hipofosfatasa alcalina, diabetes Mellitus juvenil, histiocitosis X, leucemia, y diversos síndromes como PapillonLefevre, Chediak-Higashi.

Page, en 1983 describió los signos clínicos característicos de la Periodontitis Prepuberal (PP), destacando la existencia de dos modalidades; Localizada (PPL) la cual ocurre en niños en etapa prepuberal que se encuentran aparentemente sanos, y Generalizada (PPG) la cual ocurre como una manifestación bucal de una patología que es la Deficiencia de Adhesión leucocitaria.

Es indudable que dentro del ámbito odontológico se ha dado muy poca importancia al estudio y difusión de la Enfermedad Periodontal en niños. La pérdida prematura de dientes temporales puede provocar efectos de tipo funcional y psicológico en el paciente. Así mismo, la Periodontitis en dientes temporales predispone la Periodontitis del Adulto. En algunos casos severos de periodontitis prepuberal la pérdida de hueso, movilidad dental y resorción de raíces es necesario realizar exodoncias.

2.1.1.4 Resorciones atípicas de raíces.

Debido a la falta de espacio en la arcada y erupción ectópica de dientes permanentes, se pueden originar resorciones atípicas y prematuras de las raíces de los dientes primarios que se encuentran en contacto o

cercanos a estos dientes permanentes. Los procesos infecciosos periapicales que afecten los dientes primarios, tales como abscesos dentoalveolares, quistes y granulomas, pueden originar resorciones atípicas de las raíces, trayendo como consecuencia pérdida prematura de dientes temporales.

2.1.1.5 Enfermedades sistémicas.

Pacientes que presentan algunas anormalidades en sus mecanismos de defensa inmunitaria.

a.- *Síndrome de Papillon Lefevre*: Se caracteriza por hiperqueratosis de palmas de manos, plantas de pies y pérdida prematura de dientes primarios y permanentes. La pérdida ósea es tan intensa, de manera que para los 3 a 5 años se han perdido todos los dientes deciduos.

b.- Trastornos por Histiocitosis X: La histiocitosis idiopática o enfermedad de células de Langerhans, presenta lesiones en boca como primer signo de enfermedad, dado que aparece dolor, edema y movilidad de dientes en la zona de afección del alvéolo, lo que podría originar su exodoncia de forma prematura. Los más afectados son los molares primarios.

c.- Neutropenia: Se caracteriza por una disminución en el número de neutrófilos circundantes o ausencia de ellos en niños de poca edad. Las manifestaciones bucales son gingivitis, pérdida ósea, recesión gingival, movilidad y pérdida temprana de dientes.

d.- Hipofosfatasia: Se caracteriza por mineralización anormal de los tejidos óseos dentales. El 75% de los niños con este problema presentan pérdida prematura de dientes primarios, incluso desde el año y medio de vida. Esto se produce porque no hay una fijación normal de las fibras del ligamento periodontal y por lo general los dientes no presentan cemento.

e.- Diabetes: Los niños con diabetes mal controlada pueden ser susceptibles a la periodontitis, pues en ellos hay disminución de la quimiotaxis de los neutrófilos. La enfermedad periodontal se presenta en estos pacientes con mayor resorción ósea y causar ***pérdida de dientes***.

2.1.3 FACTORES A CONSIDERAR EN LA PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS PRIMARIAS.

La preocupación ante la ocurrencia de pérdida prematura de piezas temporales no es originada por la pérdida de función sino más bien por las posibles movilizaciones de las piezas restantes hacia las regiones donde se ha discontinuado la línea de arco, con el efecto de acortamiento de la longitud de éste y cambios de posición corporales o de inclinación, progresivos en el tiempo.

La investigación ha ido modificando los criterios clínicos frente a la pérdida prematura, al constatar que no siempre esta circunstancia tiene consecuencias significativas. Los estudios, aunque muy numerosos, no tienen igual confiabilidad por ser muchos seccionales, otros longitudinales, con una diversidad de métodos experimentales para controlar las variables que influyen en los resultados. Aún con estos antecedentes, existen criterios comunes para calificar la posible mayor o menor consecuencia de la pérdida de piezas temporales:

2.1.3.1 Etapa de desarrollo de la dentición.

Como se ha descrito anteriormente, durante el período de dentición temporal las piezas dentarias se encuentran ubicadas casi perpendicularmente a un plano oclusal. Por eso, al no existir una resultante mesial de las fuerzas oclusales. La pérdida prematura de la pieza temporal no resulta en cambios de posición de las restantes, a menos que exista algún componente atípico de funcionamiento muscular. La situación cambia cuando se inicia la erupción de los primeros molares permanentes, sobre todo en el arco inferior, donde la fuerza eruptiva es capaz de romper

el equilibrio que existía, movilizándolo la pieza dentaria. Este efecto es mayor mientras más distal sea la pieza perdida.

Las pérdidas después de la erupción de los primeros molares permanentes tienen consecuencias diferentes según la oclusión de éstos y las condiciones del estado del espacio. Normalmente los efectos son significativamente menores que aquéllos predecibles para una pérdida más temprana.

2.1.3.2 Lugar de la pérdida.

Existen en este factor dos variables: el arco afectado y la ubicación particular de la pieza dentaria.

Así, es diferente el pronóstico de pérdidas prematuras en el maxilar superior con consecuencias más rápidas que en la mandíbula, debido a la diferente calidad de ambos huesos. Mientras en el maxilar superior hay un tejido esponjoso muy rico y una cortical delgada, en la mandíbula la cortical es, por necesidad funcional, más gruesa y el trabeculado menos abundante.

El tipo de pieza pérdida, por otra parte, tiene directa influencia. La pérdida en la zona de los incisivos superiores temporales no suele tener consecuencias importantes, provisto que los caninos estén en una oclusión normal; éstos mantienen, por su intercuspidadación, la distancia y el ancho intercanino, de tal manera que aunque los incisivos remanentes experimenten movimientos hacia el espacio creado, esto no representa pérdida del espacio disponible para los incisivos sucesores.

La pérdida de los primeros molares temporales, en general, es menos significativa que aquella que afecta a los segundos, sobre todo si ya ha erupcionado los molares permanentes. Durante la erupción de éstos, ambas pérdidas son importantes ya que la fuerza eruptiva del molar permanente y su trayectoria erupcional produce rápida ocupación de espacios hacia la zona del primer molar por rnesialización del segundo,

presionando desde distal en dirección a la zona previamente ocupada por el segundo molar, si es éste el perdido prematuramente.

El espacio ocupado por el primer y el segundo molar temporal, experimenta variaciones si se pierden uno u otro, o ambos. La pérdida es de aproximadamente 1 ó 2 milímetros por año, los primeros tres años, siendo más lenta de ahí en adelante, sobre todo en la maxila, mientras en la mandíbula es menos veloz pero más duradera.

En la maxila la pérdida de espacio es de casi tres milímetros los primeros dos años, si la pérdida involucra al segundo molar, o ambos.

En estas últimas circunstancias, los molares permanentes se movilizan de modo diferente. El molar superior, por su trayectoria erupcional, realiza un movimiento bascular, resultando en desplazamiento corporal, con inclinación y rotación en base a su raíz palatina. Por el tejido óseo de la tuberosidad, este movimiento es rápido, pudiendo desplazarse hasta contactar el primer molar temporal, en un período de seis meses.

El molar permanente inferior empieza a moverse intraalveolarmente, resultando en erupción desplazada mesialmente; el hueso más denso del cuerpo mandibular determina un menor movimiento corporal, con un gran componente de inclinación mesial.

La pérdida, menos frecuente, de caninos temporales, debe ser evaluada examinando las circunstancias locales. En los superiores suele haber poca consecuencia, por el apoyo del arco inferior; la pérdida de caninos inferiores podría significar alteraciones en la posición de los incisivos permanentes, se ha observado, especialmente, las consecuencias de la pérdida asimétrica, que puede conducir a desviación de la línea media. Más controvertido es el colapso del sector frontal inferior, el cual no se ha observado sistemáticamente, estando en relación probable, no con la pérdida de ambos, sino más bien con problemas de equilibrio muscular en la región, o con relaciones esqueléticas desfavorables. De tal manera

que si las relaciones esqueléticas son normales y hay equilibrio, no se espera un cambio significativo en la inclinación de los incisivos permanentes inferiores, aunque ocurra pérdida prematura de ambos caninos temporales.

2.1.3.3 Oclusión.

Este parámetro es importante en la predicción de las consecuencias de pérdida prematura. Si el niño tiene una neutroclusión sólida a nivel de los molares permanentes, es poco probable que exista migración de las piezas dentarias, a menos que esta situación se presente tardíamente, con alteraciones en la secuencia del recambio que signifiquen presión eruptiva del segundo molar permanente, especialmente en la mandíbula. Estos movimientos son los mismos descritos para el primer molar y tienen un valor negativo para la longitud del arco cuando los segundos molares manifiestan erupción antes que los caninos superiores o los segundos premolares inferiores.

2.1.3.4 Espacio

El análisis de dentición mixta permite clasificar a los pacientes en aquellos con espacio deficitario ajustado y excesivo. Por lo que nos resultara mucho mas critico evaluar las consecuencias de la perdida prematura en niños con espacio exacto.

En condiciones de espacio deficitario, sobre todo cuando la falta de espacio es considerable, el efecto de la perdida puede no ser significativo como objeto de acciones preventivas, ya que el tratamiento eventual será de naturaleza correctiva en manos de un especialista.

2.1.3.5 Patrón esquelético

El espacio en el arco es afectado por la modalidad de crecimiento y los hábitos bucales. Por ejemplo la inclinación de los incisivos esta correlacionada con la dirección y cantidad de rotación mandibular, las

consecuencias pueden ser más acusadas si el arco dentario está interrumpido.

2.1.4 EFECTOS POR PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS PRIMARIAS.

La pérdida dental prematura puede producir ciertos efectos específicos, que pueden ser:

Cambios en longitud del arco dental y oclusión

Mala articulación de las consonantes al hablar

Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.

Traumatismo psicológico.

2.1.4.1 Cambios en longitud del arco dentario y oclusión.

Como ya es de conocimiento general que la pérdida prematura de piezas primarias conduce a la rotura de la integridad de los arcos dentarios y de la oclusión; es muy importante tener en cuenta que el tratamiento deficiente de este problema puede llevar a que se cierren los espacios y las piezas vecinas se mal posiciones en los segmentos anteriores y posteriores de los arcos dentarios.

2.1.4.2 Mala articulación de las consonantes al hablar.

Los problemas en la fonación es uno de los efectos que más preocupa en estas pérdidas prematuras; de manera particular en la articulación de sonidos de consonantes como la (s), (z), (v), (f).

El estado de las piezas dentarias es un factor crucial para el desarrollo correcto de la articulación en algunos casos infantiles. Si el profesional prevé problemas de fonación, se deberá enviar rápidamente al paciente a un especialista de la fonación para que este formule un diagnóstico cuidadoso, y poder brindarle una mejor terapéutica que le ayude al niño a volverá pronunciar correctamente las palabras.

2.1.4.3 Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.

La pérdida prematura de piezas anteriores y posteriores puede favorecer exploraciones linguales en el espacio creado. La persistencia de este comportamiento después de la erupción de piezas vecinas puede llevar a mal posiciones dentales, debido a la presión lingual excesiva (foto de hábito bucal niño).

2.1.4.4 Traumatismo psicológico.

La pérdida prematura de piezas primarias, especialmente piezas anteriores, es a menudo causa de considerables trastornos psicológicos en los niños, especialmente en las mujeres.

Estos traumatismos psicológicos pueden deberse a observaciones no intencionales pero desagradables, de amigos o parientes del niño. En una sociedad en donde los niños pasan gran parte de su tiempo viendo televisión, no es raro que niños con piezas ausentes comparen su aspecto personal con el de niños de su edad que aparecen en la televisión.

Esta comparación, junto con las observaciones desagradables de amigos o parientes, puede hacer que los niños desarrollen complejos de inferioridad con respecto a su aspecto.

2.1.5 CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE PIEZAS PRIMARIAS.

La pérdida prematura de los dientes temporales trae la inclinación y migración de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original, lo que trae consigo la disminución del espacio para el sucesor permanente, el acortamiento del perímetro del arco, mal posiciones dentarias, apiñamientos, diastemas y alteraciones de oclusión; que dependen del sitio, del maxilar y del número de dientes afectados.

Al perderse un diente su antagonista continúa el proceso de erupción hasta extruirse y producir alteración en el plano oclusal, y pérdida de la dimensión vertical. Pueden darse cambios estructurales en el tejido óseo y dependiendo de la edad en que ocurre la pérdida dental, puede haber defectos en la altura del hueso alveolar.

A nivel del tejido blando existen anomalías causadas en la mucosa gingival como la queratinización.

Se producen alteraciones en la función masticatoria, estomacal y traumas psicológicos. Además se instauran hábitos perniciosos como la colocación de la lengua en los espacios edéntulos. Estos pueden contribuir a formar Pseudoprognatismo o falsos prognatismos (mordidas cruzadas anteriores).

Interferencias en el proceso, en la secuencia de erupción normal y en muchos casos se presenta erupción ectópica de algunos dientes permanentes, esto debido a que se pueden producir alteraciones de las posiciones preeruptivas del germen del diente permanente como inclinaciones rotaciones.

La pérdida prematura de un incisivo primario compromete la estética, puede producir alteraciones en el desarrollo fonético cuando el niño está comenzando a desarrollar el habla, debido a que hay muchos sonidos que requieren que la lengua toque la cara palatina de los incisivos superiores.

En los casos de pérdida unilateral de un *canino temporal*, (ver anexo 7) los incisivos tienden a desplazarse lateralmente hacia su espacio produciendo desviaciones de la línea media y asimetría dental. Si se realiza pronto la extracción del canino contra lateral se puede prevenir desviaciones de línea media.

El perímetro del arco mandibular puede acortarse desde el frente debido a la presión que ejercen los labios o una actividad anormal del músculo

mentoniano se pueden inclinar los incisivos permanentes hacia lingual, haciéndoles perder sus topes y aumentando el resalte y la sobremordida.

En la pérdida del *primer molar primario* es poco probable que se pierda el espacio, debido al movimiento mesial de los posteriores, pero especialmente en la mandíbula los caninos temporales e incisivos temporales o permanentes se pueden desplazar distalmente para producir asimetría en el arco dental.

2.1.6 ESTUDIO DE LA PÉRDIDA DE ESPACIO

Ante cualquier pérdida de espacio, se debe realizar un estudio clínico del paciente en el que se analizaran los siguientes factores:

Relación oclusal.

Fase de dentición.

Desarrollo del germen permanente por erupcionar.

Sector de arcada en el que se ha producido la pérdida.

Arcada en la que se ha producido la pérdida.

Cantidad de espacio perdido.

Diferencia osteodentaria: análisis del espacio.

Se ha considerado que el análisis detallado de estos siete puntos, al menos nos permitirá distinguir con claridad la necesidad de una actuación terapéutica temprana, o bien se ha de esperar a la consolidación de la mal oclusión por tratarse de casos en que la resolución de la pérdida de espacio no conllevaría la solución del problema ortodóntico.

2.1.6.1 Relación Oclusal

La mayoría de las pérdidas de espacio ocurre como consecuencia de la pérdida del segundo molar temporal, lo que conlleva una alteración de la

relación molar en la hemiarcada correspondiente. Así pues la relación oclusal entre ambas arcadas se ha de analizar bien el lado contra lateral o a nivel de caninos en el mismo lado de la pérdida. Esto nos podrá ayudar a establecer por simetría la cantidad de espacio perdido.

Se debe tener en cuenta que la pérdida de espacio en los sectores posteriores se debe a los desplazamientos mesial de molares permanentes. Lo que implica movimientos de inclinación mesial de la corona, rotación y traslación, siendo diferente en la arcada superior que en la inferior ya que el primer molar superior realizara su movimiento mesial rotando sobre su raíz palatina, por lo que se podrá observar una rotación hacia palatino de la cúspide mesio vestibular de este molar, haciéndose mas prominente la cúspide distobucal. Cuanto mayor sea la pérdida de espacio, mas franca será la rotación, pudiendo comprobar fácilmente el grado de rotación al trazar una línea que una la cúspide disto vestibular con la mesio palatina de este molar y esta línea, en su prolongación, ha de pasar ligeramente por distal de la cúspide del canino contralateral.

Por tanto la recuperación de este espacio consistirá esencialmente en la desrotación de estos molares, si bien, ante pérdidas grandes, sera necesario también su distalamiento. Por el contrario en la arcada inferior, el primer molar permanente realizara su movimiento mesial por inclinación de su corona, con ligera rotación coronaria y mostrando franca inclinación durante el movimiento mesial; por ello la recuperación de este espacio consistirá en su enderezamiento y posterior distalamiento, si fuera necesario.

2.1.6.2 Fase de Dentición.

Cuando se trata de realizar pequeños movimientos dentarios que son necesarios para la recuperación de espacios perdido, la dentición mixta era la más favorable, dado que los dientes permanentes que deben movilizarse están en fase de consolidación y los segundos molares

permanentes no han hecho su aparición, lo mismo ocurrirá en una dentición permanente temprana.

2.1.6.3 Desarrollo Del Germen Permanente

Ante la pérdida de un diente temporal, es importante conocer la situación del germen permanente por erupcionar, ya que el tiempo que transcurrirá para su aparición en la boca estará relacionado con su desarrollo radicular, considerándose que un diente con un desarrollo radicular próximo a las dos terceras partes hará su aparición en boca de forma anticipada; por el contrario su aparición será más tardía si está perdida ocurrió con escaso desarrollo radicular.

Tan solo en aquellas pérdidas donde ha habido gran osteolisis del hueso que recubre al germen, este podrá hacer una erupción temprana sin el suficiente desarrollo radicular.

2.1.6.4 Sector de arcada en que se ha producido la pérdida.

La pérdida de dientes temporales en los sectores incisivos reviste poca importancia ya que casi no conlleva pérdida de espacio, tan solo habrá cierre de espacios si se pierden los incisivos centrales y laterales antes de la erupción de los primeros molares permanentes superiores. Sin embargo en este sector hay que tener en cuenta las consideraciones estéticas y funcionales en el momento de colocar un mantenedor de espacio de los dientes perdidos.

Por tanto los sectores laterales son los que con gran frecuencia, ante la pérdida de dientes temporales y la mesialización de dientes posteriores restringen la longitud de arcada.

La pérdida de caninos temporales puede producir disminución de la longitud de arcada por el aprovechamiento de su espacio por los incisivos o bien por una posición más anterior de los primeros premolares. Sin embargo la recuperación de este espacio tan solo es factible mediante la

vestibulización de los incisivos y ello requerirá un estudio ortodóncico previo.

Por el contrario la pérdida de espacio para el primer y el segundo premolares tendría un planteamiento diferente, ya que su recuperación se realizara mediante distalamiento, enderezamiento de los primeros molares teniendo en cuenta además que el espacio libre de Nance jugaría a favor de esta actuación terapéutica, siempre y cuando el segundo molar permanente no se encuentre erupcionado.

2.1.6.5 Arcada en que se ha producido la pérdida.

Si bien la pérdida de espacio puede ser recuperable, tanto la actuación terapéutica como la dificultad de su realización estarán determinadas no solo por el sector, sino también por la arcada donde se haya producido la pérdida. Así la arcada superior requerirá preferentemente aparatología fija, dada la necesidad de desrotación y distalamiento, mientras que la arcada inferior responde de forma adecuada a aparatología removible de apertura y enderezamiento.

2.1.6.6 Cantidad de espacio perdido

Ante situaciones en que se hayan perdido dos terceras partes del espacio existente para la correcta situación del diente permanente, tanto en la arcada superior como en la inferior se necesitan acciones terapéuticas encaminadas al distalamiento molar, y por tanto la necesidad de un estudio ortodóncico para la corrección de estas desviaciones.

En caso de pérdidas inferiores a estas dos terceras partes, la actuación terapéutica tan solo requerirá enderezamiento o desrotación con escaso distalamiento, lo que no provocaría riesgo de apertura de la mordida.

Asimismo, hemos de tener en cuenta la discrepancia oseodentaria existente, ya que esta puede provenir de la pérdida de espacio o como consecuencia de un apiñamiento, que por sí solo o añadido a esta

pérdida de espacio, refleja disminución de la longitud de arcada lo suficientemente amplia como para requerir otras medidas terapéuticas.

2.1.6.7 Discrepancia óseodentaria: análisis de espacio.

Ante la pérdida de espacio en una arcada o un sector de esta, será imprescindible, antes de cualquier actuación terapéutica, conocer el espacio habitable, lo que representa la medición de los sectores de arcada.

Realizaremos dicha medición con la ayuda de un calibre, midiendo los tres sectores en que dividimos cada una de las arcadas es decir:

Desde mesial del primer molar permanente hasta distal del incisivo lateral.
Desde distal del incisivo lateral hasta la línea media, y desde la línea media hasta distal del incisivo lateral contra lateral.

Desde el incisivo lateral contra lateral hasta mesial del primer molar permanente del mismo lado.

Cuando se trata de una dentición mixta se realizara este mismo tipo de medición exclusivamente sobre la arcada inferior, con la particularidad de que con la medición de los diámetros mesiodistales de los cuatro incisivos inferiores y la suma de estos se podrá predecir el espacio que ocuparían los premolares y los caninos en los sectores laterales. Mediante el procedimiento de consulta de las tablas de Moyers se hace esa predicción, ya que esas tablas de probabilidades nos indican el tamaño de caninos y premolares no erupcionados para cada arcada superior e inferior, a partir de valor de las sumas de los anchos mesiodistales de los cuatro incisivos inferiores.

2.1.7 PERDIDA PREMATURA DE PIEZAS DENTARIAS PRIMARIAS POR ORDEN DE FRECUENCIAS EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS

Las pérdidas más frecuentes en los niños de 5 a 8 años de edad son la de los incisivos centrales y laterales principalmente por traumatismos ya

que se encuentran en la edad de la exploración y del juego, muchas de las pérdidas prematuras se dan por caídas frontales que afectan el área de la cara y labios y la mayoría de casos abarcan la pérdida de las piezas dentarias primarias anteriores, no solamente se puede deber a caídas también hay porcentajes de accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar donde en muchos casos los niños son los más abusados, y en la práctica deportiva aunque en menor porcentaje se han presentado casos de pérdidas prematuras de los dientes anteriores.

En el caso de los molares la mayoría de los casos de pérdida prematura se debe a la caries dental, un alto porcentaje de estos niños no tienen acceso a la atención oral debido a que son de bajos recursos económicos y principalmente por la falta de educación dentaria en lo que respecta a una adecuada técnica de cepillado, y uso de hilo dental , es por esta razón que muchos niños entre los 5 a los 8 años tienen en muy mal estado sus piezas dentarias, al punto de que sus padres opten por extraerlos antes de su tiempo de exfoliación desconociendo la importancia que tienen estas piezas dentarias para el mantenimiento de espacio para las futuras piezas permanentes.

2.1.7.1 Pérdida Prematura De Incisivos Temporales.

La pérdida de incisivos temporales preocupa fundamentalmente a los padres por razones estéticas, y aunque la pérdida de espacio es menor, la edad del paciente y la posible aparición de hábitos linguales hacen aconsejable la colocación de una prótesis que cumpla las funciones estética y funcional.

a.- Etiología:

Traumatismos.

Erupción ectópica.

Falta de espacio.

Caries.

Trauma oclusal.

Supernumerarios.

b.- Diagnostico:

Historia clínica

Exploración clínica

Ortopantomografía

c.- Objetivos del tratamiento

Reposición estética

Rehabilitación funcional

Asegurar la correcta erupción de los permanentes

d.- Tratamiento.

Placa removible con sustitución de incisivos (foto placa parcial de niño en incisivos) por razones estéticas y funcionales o barra fija con bandas a los molares y sustitución de los incisivos.

Observaciones periódicas.

e.- Retención.

Hasta que los incisivos centrales inicien su erupción.

No hay necesidad de mantener el espacio.

2.1.7.2 Pérdida prematura de caninos temporales.

La causa más frecuente en la pérdida de caninos temporales es la falta de espacio para los incisivos permanentes, siendo más importante en la

arcada inferior, ya que con su pérdida temprana se produce un colapso de la arcada por el empuje del labio inferior sobre los incisivos.

Entre su etiología se encuentra la reabsorción de la raíz del canino temporal al erupcionar el incisivo lateral permanente; la alteración del orden de erupción; la falta de espacio; la caries y el trauma oclusal.

Para su diagnóstico se debe realizar la historia clínica, seguida de la exploración física, la toma de ortopantomografía, se analiza el espacio, y se realiza estudios oclusales.

Se debe tener en cuenta las formas clínicas en que se puede presentar las pérdidas de los caninos primarios.

a.- Pérdida unilateral.

Esta pérdida presenta inclinación de los incisivos hacia el espacio del canino perdido, desviación o no de la línea media, leve o ninguna linguoversion de los incisivos.

Los objetivos principales del tratamiento dependen de si hay o desviación de la línea media; si hay presencia de desviación de la línea media se debe mantener el espacio para los caninos permanentes, prevenir cambios en la línea media, prevenir la inclinación lingual de los incisivos y su tratamiento es el análisis del espacio disponible, arco lingual con topes por distal de los incisivos laterales, si el espacio es inadecuado consultar con el ortodoncista.

Si hay desviación de la línea media se debe mantener el espacio para los caninos permanentes y prevenir la inclinación lingual de los incisivos y su tratamiento es remitir al ortodoncista, extracción del canino que queda, y arco lingual con topes por distal de incisivos laterales.

b.- Pérdida bilateral.

Este tipo de pérdida se presenta con la línea media centrada, linguoversion de los incisivos, aumento de la sobremordida, pérdida de longitud de arcada, el objetivo del tratamiento es mantener longitud de arcada y su tratamiento es, si no hay discrepancia arco lingual con topes por distal de los incisivos laterales y si hay discrepancia la evaluación al ortodoncista.

2.1.7.3 Pérdida prematura de molares temporales.

La pérdida de uno o varios molares en dentición temporal o mixta causara importantes trastornos oclusales con pérdida de longitud de arcada, mordidas cruzadas y alteraciones masticatorias, que obligan a restituir la integridad del arco dentario mediante mantenimiento o recuperación de los espacios perdidos.

Entre su etiología se encuentran la erupción adelantada de premolares, la caries, la erupción ectópica de primeros molares permanentes, falta de espacio, alteración del orden de la erupción, traumatismos, trauma oclusal. Para su diagnostico es importante realizar la historia clínica, exploración clínica, ortopantomografía, análisis de oclusión, análisis de espacio, y análisis de la mesializacion de los molares permanentes.

La pérdida prematura tanto de primeros como de segundos molares temporales estará condicionada directamente por la existencia o no de oclusión posterior a la altura de los primeros molares permanentes.

2.1.7.4 Pérdida prematura del primer molar temporal.

Ante la pérdida del primer molar temporal son dos situaciones que se pueden presentar:

Que la pérdida se produzca antes de la intercuspidad de los molares permanentes.

O que esta se produzca después de la intercuspidadacion de los molares permanentes.

En el primer caso los síntomas son; posibles perdida de espacio, premolar en evolución intraosea. El objetivo del tratamiento será mantener el espacio para el primer premolar.

Y en el segundo caso los síntomas serán; la posible pérdida de espacio, premolar en evolución intraosea, y premolar en evolución extraosea, y el objetivo del tratamiento será la preservación del espacio para el primer premolar.

2.1.7.5 Perdidas prematuras de segundos molares temporales

Ante la pérdida de los segundos molares temporales, el riesgo de pérdida de espacio aumenta, por lo que siempre será necesario colocar mantenedor de espacio, teniendo en cuenta las siguientes situaciones:

a.- Antes de la erupción de los primeros molares permanentes:

Molares permanentes intraoseos

Molares permanentes extra óseos (subgingivales).

b.- Después de la erupción de los primeros molares permanentes:

Antes de la intercuspidadacion

Después de la intercuspidadacion

En la perdida prematura de los segundos molares temporales antes de la erupción de primeros molares permanentes, los síntomas serán ausencia de segundos molares temporales y primeros molares permanentes, el objetivo del tratamiento será mantener el espacio para el segundo premolar, y guiar la erupción del primer molar permanente.

2.1.7.6 Pérdida de 2 o más molares primarios.

Si se pierden prematuramente varios molares primarios va a existir una pérdida de apoyo dentario posterior, por lo tanto la mandíbula se va a colocar en una posición que le va a proporcionar una función oclusal adaptativa y además una mordida cruzada posterior acomodativa, con los consecuentes efectos sobre la articulación temporomandibular, la musculatura, el crecimiento de los huesos faciales y las posiciones finales de los dientes permanentes. (Ver anexo 3).

2.1.7.7 Perdida total de dientes primarios.

La pérdida total de dientes deciduos es una entidad poco usual y tiene como consecuencias: disminución del perímetro del arco, pérdida de la dimensión vertical, formación de pseudoprognatismo, cambios estructurales en el tejido óseo y blando, alteración de la función masticatoria, digestiva, fonación, y desarrollo de hábitos bucales perjudiciales, alteraciones en la secuencia y cronología de erupción, y traumas psicológicos. En este caso el tratamiento requiere la intervención de un equipo interdisciplinario. (Ver anexo 4)

2.1.8 PREVENCIÓN DE TRAUMATISMOS QUE OCASIONAN LA PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS.

Durante actividades como es el deporte se pueden presentar accidentes que den como resultado la pérdida prematura de piezas dentarias, en el caso de los niños hay un grupo que a partir de los 8 años inician sus actividades deportivas; por lo que es muy importante brindarles elementos que protejan sus arcadas dentarias de manera especial en los deportes de contacto y choque que llevan consigo de manera inevitable el riesgo de golpes accidentales y cuando se producen suelen provocar graves consecuencias; por lo que se describirá una forma de prevención para evitar accidentes en los niños como es el protector bucal.

2.1.8.1 Protector bucal.

Es el recurso básico que se emplea para prevenir lesiones dentales en la práctica deportiva que conlleve cierto grado de violencia.

Un protector bucal es un aparato que colocado en el interior de la cavidad oral va a ofrecer protección a los dientes y a los tejidos blandos adyacentes de las agresiones y traumatismos que pueden producirse en el transcurso de las actividades deportivas.

Para que sean aceptados ampliamente por los niños que hacen deporte, estos protectores bucales deben reunir una serie de cualidades o características generales. Las cualidades más deseables que debe reunir el protector bucal son: retención, comodidad, facilidad para respirar, deglutir y hablar, y brindar protección tanto de tejidos duros como de tejidos blandos.

Los protectores bucales se realizan habitualmente para la arcada superior, el diseño más recomendado debe cumplir con algunos requisitos como son; debe cubrir perfectamente las superficies oclusales de todas las piezas dentarias, los rebordes no deben extenderse a nivel vestibular a 3mm del surco mucobucal para conseguir de este modo la máxima retención, a la vez que para ofrecer protección a tejidos blandos, labios, encías, y respetando inserciones ligamentosas musculares y frenillos.

Existen en la actualidad variedades de protectores bucales, los comerciales que son fabricados en goma preestablecida, son económicos y existe variedad de formas y colores, suelen ser voluminosos porque hipotéticamente se adaptan a todas las bocas, por lo que en consecuencia son los menos retentivos, se mantienen en posición al apretar los dientes por lo que dificultan el habla y la respiración, no son muy recomendables para los niños.

Existen también los formados en boca, estos están confeccionados con material termoplástico, consisten en una especie de cubeta en forma de herradura revestida de un contorno interior elástico que se ajusta a los dientes, su confección es sencilla, se coloca en agua hirviendo para que el material se reblandezca, luego se sumerge en agua fría para luego ser insertado en boca.

Y los protectores bucales a medida son confeccionados individualmente por el especialista, estos ofrecen mayor mejor adaptación, dan mayor protección y retención, son los más cómodos y provocan menos interferencias, aunque son más costosos.

Era necesario dar a conocer esta alternativa de prevención especialmente para los pequeños de 8 años que empiezan actividades deportivas y que sin quererlo pueden sufrir lesiones en su cavidad oral que le afecten a sus piezas dentarias y provoquen daños en su oclusión.

2.1.9 TRATAMIENTO DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS.

Se requiere la utilización de los métodos diagnósticos adecuados como son: Examen clínico, modelos de estudio, radiografías y análisis de espacio.

Tiempo transcurrido desde la pérdida: El cierre del espacio ocurre durante los primeros 6 meses después de la pérdida.

El estadio de desarrollo de la dentición permanente: ya que existe gran variabilidad en los tiempos de erupción con respecto a las fechas promedio.

Cantidad de hueso que recubre el diente no erupcionado: Si hay hueso sobre las coronas de los permanentes una forma de predecir se basa en que se requiere de cuatro a seis meses para moverse un milímetro en el hueso, aunque este método es menos confiable que el basado en el

desarrollo radicular.

Secuencia de erupción de los dientes: Se debe observar la relación de estos dientes en desarrollo y la erupción de los que se encuentran adyacentes al espacio creado por la pérdida prematura.

Erupción retardada de los permanentes: A veces se observan dientes permanentes retardados en su desarrollo y consecuentemente en su erupción.

Ausencia congénita del permanente: Se decidirá si es prudente mantener el espacio por muchos años para colocar una prótesis fija, o permitir que el espacio se cierre, esto dependerá de cada de cada caso en particular y del tipo de mal oclusión.

2.1.9.1 Mantenedores de espacio.

El uso de los mantenedores de espacio es una medida extremadamente popular, a tal grado que muchas veces parece conveniente discutir su real necesidad, ante la posible indicación de demasiados, o demasiado pronto.

Superficialmente, podría parecer lo más conveniente instalar sistemáticamente mantenedores en cualquier caso de pérdida de una pieza temporal antes de su periodo normal de recambio. Sin embargo este tipo de aparatos puede resultar ecológicamente perjudicial al ofrecer áreas retentivas de difícil acceso a la higiene bucal, aun en el caso de que esta sea cuidadosa; en segundo lugar puede ser sometido a diversas manipulaciones por el paciente infantil, y finalmente hay un costo involucrado.

El clínico debe estar consciente que la inserción de un mantenedor de espacio lo compromete a un control prolongado, hasta que la pieza permanente del sector haya erupcionado y además a retirar el aparato dos veces al año, si es semifijo, para evaluar la integridad de la o las

piezas elegidas como soporte.

Como toda medida preventiva, el mantenedor de espacio debe indicarse cuando las ventajas superen los inconvenientes y cuando el valor de los beneficios que se obtengan sea mayor que el costo de prescribirlo, en términos de tiempo, responsabilidad y supervisión.

a.- indicaciones de mantenedores de espacio

Como primera consideración, estos aparatos deben ser usados para evitar que el espacio se pierda, parece demasiado obvio, pero con frecuencia se indica mantenedores de espacio cuando este ya se ha perdido, o cuando el análisis de la dentición del paciente indica que el espacio es insuficiente.

Por esto el mantenedor de espacio cumple su real papel preventivo cuando estabiliza una zona de discontinuidad del arco, estando presentes todos los otros indicadores de normalidad. Es una medida de efecto local para evitar la acción de un agente, estrictamente local y circunscrito, de mal oclusiones, como es la extracción prematura de una pieza temporal, en condiciones tales que se considera posible la ocupación del espacio creado por parte de los dientes adyacentes o antagonistas.

Están indicados entonces ante la pérdida prematura de molares temporales con tendencia al cierre del espacio, al examinar los factores, época de pérdida, pieza afectada, espacio, entre otros. También pérdida prematura de piezas permanentes con igual tendencia, mientras no se decida una solución definitiva, y finalmente para controlar la extrusión de antagonistas. Las contraindicaciones, además de aquellas que resultan por exclusión, se establecen cuando la pieza sucesora se encuentra en una etapa avanzada de su desarrollo, o en caso de pérdida de incisivos temporales. En oportunidades, la pérdida prematura se detecta tardíamente, en esos casos el mantenedor de espacio no siempre está indicado, ya que es posible que las situaciones se encuentren en

equilibrio, con o sin pérdida de espacio.

La pérdida de incisivos superiores no representa por lo general indicación de mantenedores. Sin embargo a veces se requiere de rehabilitación protésica por motivos estéticos o psicológicos; no tanto por problemas fonéticos, ya que la articulación de algunos fonemas que requieren estructuras dento musculares del sector (v,f,z,s,d) suele obtenerse más eficientemente con la erupción de los incisivos permanentes.

Debido a los factores presentes en la pérdida prematura de los segundos molares temporales, durante la erupción de los primeros molares permanentes, resulta esta situación clínica mas critica, requiriendo en el caso del arco mandibular, mantenedores de espacio intraalveolares.

b.- Requisitos y tipos de mantenedores de espacio

Independientemente del tipo de mantenedor de espacio que se seleccione, este debiera cumplir con algunos requisitos:

Conservar el espacio

Preservar la salud de los tejidos blandos y duros relacionados con el.

Permitir una higiene adecuada del sector

No interferir con el crecimiento y desarrollo.

Ser estables y resistentes.

No interferir con la función

En lo posible, evitar extrusión de antagonista y restituir la función masticatoria.

En lo que a conservación de espacio se refiere, esto significa mantener el espacio necesario para el sucesor, guiar en erupción, cuando esto es requerido y permitir su correcta erupción.

Según el diente al que van a sustituir en: incisivos, caninos, molares o múltiples

Según se restaure o no la función masticatoria en: Funcionales o no funcionales.

Según su anclaje al diente en: Fijos: sólo los puede retirar el odontólogo, y removibles: el propio paciente se los puede quitar a voluntad.

Según si habrá o no movimiento de dientes en: Activos y pasivos.

2.1.9.2 Mantenedores fijos.

Son dispositivos contruidos sobre bandas o coronas, colocadas en los dientes adyacentes al espacio perdido, sobre las que va soldando el alambre que abarca el espacio edentulo.

Estarán indicados en la perdida de un solo molar en la arcada; cuando está indicada una corona para restaurar un diente que se piense usar como pilar; en pacientes poco colaboradores; cuando se espera una próxima erupción de varios dientes al poco tiempo de que haya sido colocado el mantenedor en la boca.

Los mantenedores de espacio fijos se dividen en dos grupos: los fijos a un extremo entre los cuales existen los de corona-ansa, banda-ansa y propioceptivos; y fijo en ambos extremos entre estos se encuentran el arco lingual, la barra transpalatina y el botón de Nance.

a.- Fijos a un extremo:

Corona-ansa: El retenedor va soldado a una corona de metal que va cementada al diente contiguo.

Banda-ansa: El retenedor irá soldado a una banda de metal que rodea el diente contiguo, es indicado para mantener espacio en segmentos posteriores. Dado que su resistencia es limitada, este aparato debe utilizarse para mantener el espacio de un solo diente.

Propio receptivo o de zapata distal: conocido también como mantenedor

intralingival o "zapatilla distal", Es el aparato de elección cuando se ha perdido el segundo molar temporal y el primer molar permanente no ha hecho erupción. Este tipo de mantenedor puede producir la infección del folículo del germen del molar permanente, por lo que muchos autores no recomiendan su utilización. (ver anexo 5).

b.- Fijo en ambos extremos:

Arco lingual: Este tipo de mantenedor se utiliza cuando existe pérdida bilateral o múltiples y se encuentran erupcionados los incisivos y molares permanentes inferiores. Es construido con dos bandas, en condiciones semejantes a las de banda-asa. No se lo prescribe, por lo general antes de la erupción de los incisivos por el riesgo que estos erupciones por lingual del arco. (Ver anexo 6)

Barra trans palatina: consiste en un alambre forjado en la curvatura del paladar, de 0,8mm de diámetro, soldado a bandas cementadas en los molares permanentes; se utiliza en pérdidas bilaterales o múltiples de molares temporales.

Arco de Nance: Es simplemente un arco lingual superior que no contacta con los dientes anteriores, sino que se aproxima al paladar anterior.

2.1.9.3 Mantenedores removibles.

Aunque tienen ventaja sobre los mantenedores fijos de poder devolver función y estética, tienen como aspecto negativo el requerir una gran cooperación del paciente; aun así tienen el riesgo de fractura, extravío y caries en las zonas de soporte; requieren en consecuencia una cuidadosa evaluación del caso, individualmente antes de incluirlo en el plan de tratamiento.

Entre las ventajas se encuentran; que es fácil de limpiar, permite la limpieza de las piezas, mantiene o restaura la dimensión vertical, puede construirse de forma estética, facilita la masticación y el hablar, estimula

la erupción de las piezas permanentes; y entre las desventajas, el paciente puede decidir no llevarlo, puede perderse, puede romperse, puede irritar los tejidos blandos.

Entre estos mantenedores removibles se encuentran los estéticos, aquí se les puede colocar un diente o dientes que falten por lo que aparte de mantener el espacio se soluciona de forma momentánea el aspecto estético, restableciendo la función fonética e impidiendo la instalación del hábito bucal.

2.1.9.4 Mantenedores de espacio activos y pasivos.

Los mantenedores de espacio pasivos son los indicados cuando no se ha perdido el espacio para el permanente y tienen la función solo de mantener el espacio existente en el arco, todos los mantenedores fijos y removibles anteriormente nombrados son pasivos porque no realizan ningún movimiento dentario y los mantenedores activos se utilizan cuando se necesita recuperar espacio perdido en el arco y son mejor conocidos como recuperadores de espacio.

2.1.9.5 Recuperadores de espacio.

Recuperar el espacio es una acción clínica que permite reobtener un espacio perdido, por caries o pérdidas prematuras en la fórmula temporal, no es en consecuencia obtener espacio donde no existía al momento de examinar al paciente.

El análisis de dentición mixta permite observar esta situación, si el resultado indica espacio adecuado en los cuadrantes que tienen integridad en el arco, se puede estimar cuánto espacio se ha perdido en el sector afectado. Por el contrario se puede discriminar con aquellos casos donde la relación de bases óseas y material dentario sean discrepante, situación que requiere de otro tipo de tratamiento.

Las maniobras de recuperación se aplican entonces en aquellos casos

donde hubo suficiente longitud de arco, pero debido a causas ambientales esta longitud ha sido disminuida, ya sea por mesialización de molares o por inclinación lingual de los incisivos, la corrección debería ser en el lugar donde ha ocurrido la pérdida de espacio.

El tratamiento varía en complejidad según se trate de movimiento mesial por inclinación o por movimiento de la pieza, si es en el maxilar o en la mandíbula. Para los recursos de aparatos removibles, y dadas sus limitaciones, los mejores resultados se obtienen en casos de inclinación cuando los ápices de la pieza inclinada están en posición normal.

La recuperación de espacio se realiza solo si se cumplen las siguientes condiciones:

Si se han perdido uno o más dientes primarios.

Si se ha perdido algún espacio en el arco por el desplazamiento del primer molar permanente.

Si el análisis de dentición mixta muestra que si se pudiera recuperar lo que había, todos los dientes tendrían un lugar adecuado.

Según Moyers "Recuperar Lo Que Una Vez Hubo Allí Es Completamente Distinto A Crear Lo Que Nunca Hubo" Entre los recuperadores más utilizados se encuentran:

a.- Recuperador en silla de montar: Este resorte cabalga literalmente sobre el espacio edéntulo. En el diseño original los extremos del alambre se entrecruzan en la zona opuesta al movimiento, la cual quedará recubierta en acrílico, dejando libres los sitios de activación, ubicados por vestibular y lingual o palatino, justo detrás del diente a movilizar. Se utiliza para distalizar o desinclinarse molares.

b.- Recuperador con tornillo: Se utiliza un tornillo el cual deberá quedar colocado de manera que el eje del mismo este paralelo a la dirección del

movimiento y al plano oclusal, de igual manera el corte del acrílico debe ser paralelo a la dirección del movimiento.

c.- Recuperador de espacio con resorte de extremo libre: Produce el movimiento necesario para lograr el espacio, siempre y cuando el loop se coloque del lado contrario al movimiento deseado.

En cualquier caso estos tipos de tratamiento deben ser en lo posible antes de la erupción del segundo molar permanente y previa evaluación del espacio requerido, en casos de niños entre 5 a 8 años de edad hay que realizar una evaluación minuciosa tanto clínica como radiográfica antes de prescribir el tratamiento más indicado para su edad y de acuerdo al caso que presente cada paciente, al momento de elegir el tratamiento más adecuado también debe ser tomado en cuenta el nivel de colaboración del niño ya que entre los 5 a los 8 años muchos pequeños no quieren colaborar por miedo, por lo que es vital brindar la confianza suficiente al niño y explicarle todo lo que se le vaya a realizar.

2.2.- ELABORACIÓN DE LA HIPOTESIS.

De la pérdida prematura de dientes primarios en niños de 5 a 8 años resulta la pérdida de espacio y la mal oclusión dentaria de los sucesores permanentes.

2.3.- IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Independiente: De la pérdida prematura de dientes primarios en niños de 5 a 8 años.

Dependiente: Resulta la pérdida de espacio y la mal oclusión dentaria de los sucesores permanentes.

2.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional Aspectos/ dimensiones	Indicador	Ítems
De la pérdida prematura de dientes primarios En niños de 5 a 8 años	La pérdida prematura de dientes primarios es aquella que se produce antes de la exfoliación natural; con frecuencia se dan entre los 5 a 8 años de edad.	Producidas por diferentes causas; traumatismos, caries, malos hábitos orales, iatrogenia.	Relación oclusal Fase de dentición Cantidad de espacio perdido Análisis del espacio	¿De qué manera influye la pérdida prematura de dientes primarios en la mal oclusión dentaria en niños de 5 a 8 años?
Resulta la pérdida de espacio y la mal oclusión dentaria de los sucesores permanentes	Estas complicaciones se dan por la falta de tratamiento preventivo o correctivo al momento de la pérdida prematura de dientes primarios	Preservación de espacio Recuperación de espacio perdido	Migración de los dientes vecinos Disminución del espacio para el sucesor permanentes Apiñamientos Diastemas	Con la pérdida prematura de las piezas primarias en niños de 5 a 8 años se perderán los espacios para las piezas sucesoras permanentes lo que conllevará a la mal oclusión dentaria.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1.- LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se realizo en la Biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología.

3.2.- PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

En el 2011

3.3.- RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1.- RECURSOS HUMANOS.

Entre los recursos humanos que se emplearon en esta investigación tenemos:

Dra. Jessica Apolo Profesora Titular de la Cátedra de Ortodoncia de la facultad Piloto de Odontología.

Autor. Leonardo Antonio Zambrano Parrales.

3.3.2.- RECURSOS MATERIALES.

Los materiales utilizados en la presente investigación fueron:

Libros

Revistas Odontológicas

Fotografías

3.4.- UNIVERSO Y MUESTRA.

La presente investigación no cuenta con un Universo ni con una muestra ya que se está basando en referencias bibliográficas.

3.5.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación de tipo bibliográfica por la recopilación de información en libros, revistas odontológicas e internet para la elaboración de esta tesis.

Investigación de tipo descriptiva ya que en esta tesis se describe las causas, consecuencias y tratamientos de prevención y corrección a seguir en caso de que se presentaran pacientes con pérdidas prematuras en sus piezas primarias.

Consultando con expertos en el área de odontopediatria y ortodoncia que pudieron aclarar cualquier duda referentes al tema planteado en esta investigación.

3.6.-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es Cuasi Experimental ya que no está basada en un grupo de control, no es aleatoria debido a que se está trabajando en base a referencias bibliográficas.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1.- CONCLUSIONES.

Resulta de vital importancia conocer las causas por las que se podría producir la pérdida prematura de dientes primarios en niños de 5 a 8 años ya que es la edad de cambios en la dentición de temporaria a permanente, sin embargo con alguna pérdida prematura de cualquiera de esas piezas temporales y de manera especial con los molares primarios se estaría alterando el mantenimiento del espacio para las piezas sucesoras permanentes, lo que conllevaría a una mal oclusión , a problemas de apiñamiento, diastemas, a malos hábitos bucales.

Es necesario conocer las diferentes alternativas de tratamientos que existen para preservar los espacios y evitar la migración de las piezas vecinas al lugar de la pérdida, y en casos graves tener el conocimiento básico como para reconocer alteraciones que requieran la remisión a un especialista.

Un punto muy importante es tener en cuenta que al tratar con niños se debe tener mucho cuidado ya que además de la pérdidas prematuras y abruptas de sus piezas temporales, tienen que recibir un tratamiento que por su edad es muy fácil que se asusten y piensen que va a doler y no quieran colaborar, es importante brindarle confianza y siempre trabajar en conjunto con los padres ya que serán ellos los que ayudaran a que el tratamiento se cumpla.

4.2.- RECOMENDACIONES.

Hacer énfasis a los estudiantes la importancia de las piezas primarias en la edad de 5 a 8 años.

Que el estudiante tenga claro las causas y consecuencias de las pérdidas prematuras de piezas primarias.

Tener en cuenta que no en todos los casos es necesario la colocación de mantenedores de espacio.

El estudiante debe conocer que previo a dar tratamiento se debe realizar una buena historia y exploración clínica, y toma radiográficas para verificar las etapas del desarrollo del germen dentario sucesor.

Es importante conocer las ventajas y desventajas de cada uno de los diferentes mantenedores de espacio.

El estudiante debe tener el conocimiento necesario sobre cual de las piezas primarias se pierden con mayor frecuencia antes de su exfoliación natural, cual es la que produce mayores alteraciones en la oclusión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BarberiaEleana , 2001- Manual de Oodntopediatria, 2da edición, España, Pag 206-210.
- 2.- BarberiaLeache Elena; Boj Quesada Juan Ramon; Catala Pizarro Montserrat.-2001. Odontopediatria 2da edición - Barcelona-Madrid; Editorial Masson, Pág. 317 – 367.
- 3.- Bordoni; Escobar Rojas;2005- Odontología Pediátrica 3ra edición. Argentina; Pag 235-237.
- 4.- Cardenas Jaramillo Dario. 2003–Fundamentos de OdontologíaPediátrica 3ra edicion. Medellin-Colombia; Pág 318.
- 5.- Clemente K, Ferrara P, Ulloa R, Vera S. Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con las maloclusiones. Trabajo presentado en Curso de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva y Ortopedia Dentofacial Caracas 2001.
- 6.- Clínica Estomatologica INPE- Mantenedor de espacio- 2003
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est01105.htm
- 7.- Escobar Muñoz Fernando, 2004.- Odontologia pediátrica 2da edicion – Caracas-Venezuela; Editorial Amolca , Pág. 479 - 490
- 8.- Finn.B Sidney.1976-OdontologíaPediátrica 4ta edición– Mexico; Editorial Interamericana. Pág. 241 – 311.
- 9.- Marín A, Pacheco M. Frecuencia de extracciones prematuras de molares temporales en niños de 5 a 9 años, atendidos en la clínica odontológica UAM 1998-2000, Nicaragua.2001
- 10.- Mendoza MendozaAsuncion; Solano Reyna Enrique, 2002- Cuaderno practico de Odontopediatria, España, Pag 102-115

11.- Odontocat- Especialidades de Odontopediatria - 2012

<http://www.odontocat.com/odontoped.htm>

12.- Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatria-2008

http://www.odontologiapediatrica.com/mantenedores_de_espacio

13.- Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria- 2010

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

14- UstrellTorrent Joseph; Duran Von Josep, 2002 - Ortodoncia 2da edición.BarcelonaPag 114-116

15.- Universidad Nacional de Colombia- Ortodoncia-Medellin-Colombia

http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/uv00023/lecciones/cap_2/04.html

16.- Uribe Restrepo Gonzalo, 2004- Ortodoncia teoría y clínica 1era edición, Colombia Pag 522-523

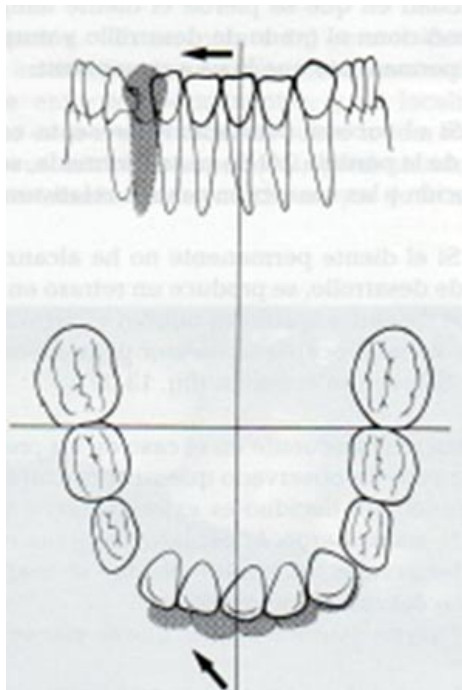
ANEXOS



Anexo#1

Presencia de caries en el sector anterior.

Fuente:<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>

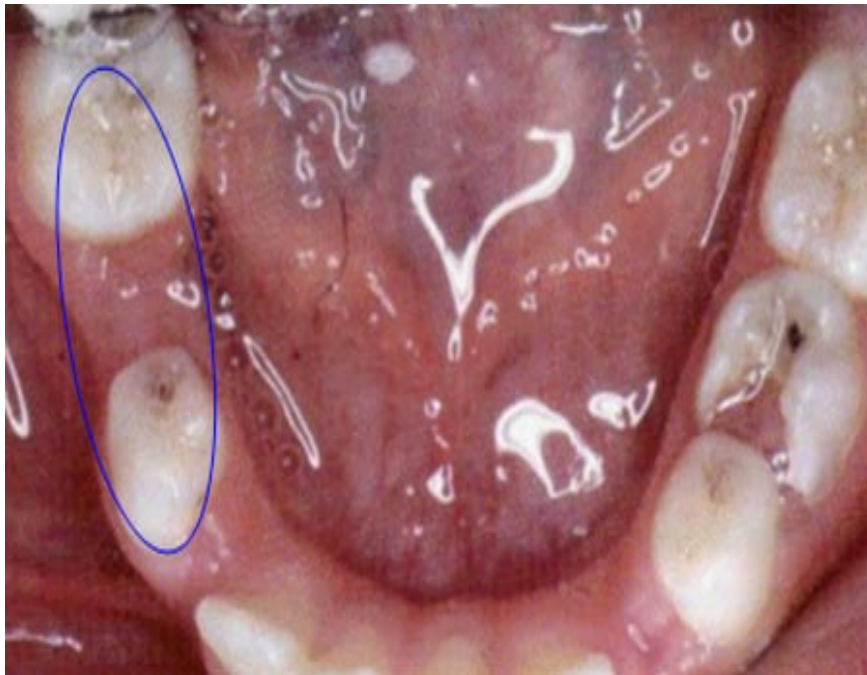


Anexo # 2

Representación esquemática de la pérdida prematura del 83 con migración de los incisivos permanentes hacia el mismo lado.

Fuente:

Fuente:<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>



Anexo # 3

Perdida prematura del 85

Fuente: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>



Anexo # 4

Molar permanente migro y bloqueo la salida del segundo premolar

Fuente: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>



Anexo # 5

Mantenedor de espacio corona-ansa en boca de paciente

Fuente: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>



Anexo # 6

Mantenedor de espacio en arco lingual en boca de paciente

Fuente: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-B N: 12 - 48039

\$ 1,15

UN dólar Americano CON
QUINCE Centavos
p6!>~?^w!)??

NOMBRES: 0924945488

ZAMBRANO PARRALES LEONARDO ANTONIO

FACULTAD: 1001

17/08/2011 08:59:23

Guayaquil, 13 de Abril del 2012

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **ZAMBRANO PARRALES LEONARDO ANTONIO** con C.I.0924945488, estudiante del **Quinto año** Paralelo 6, del periodo lectivo 2011-2012 de la carrera de Odontología, solicito a usted me designe Tutor Académico para poder realizar el TRABAJO DE GRADUACION, previo a la obtención del Título de Odontólogo, en la materia de ORTODONCIA.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

ZAMBRANO PARRALES LEONARDO ANTONIO

C.I.0924945488

Se le ha asignado al Dr. (a) Jessica Ordoñez, para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.

Dr. Washington Escudero
DECANO

C9-N° 0021266

José Andrés P.
17/04/2012



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA 9 - 1018E

\$ 1.20

UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos
p6w/91<?>^ 00

NOMBRES: SERIE 4945488

ZAMBRANO PARRALES LEONARDO ANTONIO
Guayaquil 06 de Junio del 2012

FACULTAD: 1002

23/05/2012 11:29:57

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Ciudad.-
De mis consideraciones:

Yo, **ZAMBRANO PARRALES LEONARDO ANTONIO** Con CI: **0924945488** alumno del quinto año paralelo 6 Periodo Lectivo 2011-2012 Presento para su consideración el tema de trabajo de Graduación.

“PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS Y SU TERAPEUTICA”

Objetivo general: Determinar las causas de la perdida prematura de dientes temporarios en niños de 5 a 8 años y su terapéutica

Justificación: Debido a la alta incidencia de niños de 5 a 8 años con perdida prematura de sus dientes temporarios es necesario estudiar causas y factores que han provocado este aumento. Son muchas las causas entre las principales se encuentra la caries dental y entre los factores uno de los mas importantes es el económico, por lo que es de vital importancia conocer que la perdida prematura de dientes primarios en los niños trae consigo mal oclusión dentaria que luego ameritaran tratamientos ortodonticos mas agresivos y costosos, es por esta razón que se estudiaran las frecuencias de la perdida prematura y la importancia del uso de mantenedores de espacio como el tratamiento para evitar las futuras mal oclusiones dentarias

ZAMBRANO PARRALES LEONARDO ANTONIO

CI: 0924945488

DRA. Jessica Apolo

Tutor Académico