



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**" PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR
PERMANENTE, CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO "**

TESIS

PRESENTA:

JOSÉ ANTONIO CHÁVEZ ROMÁN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

ASESOR:

DRA. LAURA ALEJANDRA HERRERA CATALÁN

MORELIA, MICH.

OCTUBRE 2004



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“ PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR
PERMANENTE, CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO ”**

TESIS

PRESENTA

JOSÉ ANTONIO CHÁVEZ ROMÁN



PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

ASESOR:

DRA. LAURA ALEJANDRA HERRERA CATALÁN

MORELIA, MICH.

OCTUBRE 2004

INDICE

INTRODUCCION.

1.- DENTICION TEMPORAL Y PRIMER MOLAR PERMANENTE.....	9
- Función e importancia en el desarrollo de la oclusión.	
2.- PRIMER MOLAR PERMANENTE	14
- Desarrollo de la dentición y aparición en la cavidad bucal.	
- Relación del desarrollo y crecimiento embriológico en la Salud del paciente.	
3.- PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE	26
- Causa de la pérdida	
- Consecuencias	
4.- TRATAMIENTO.....	29
- Diagnostico previo, tipos de tratamientos y técnicas	
- Aparatología ortodontica	
a) Pasiva y activa	
b) Funciones	
c) Indicaciones	
d) Mantenedor de espacio	
- Tratamiento no ortodontico	
a) Implantes	

5.- PERIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS REALIZADO EN EL MUNICIPIO DE MANZANILLO, COLIMA 44

- Introducción
- Hipótesis
- Definición de universo
- Tamaño de la muestra
- Fuente y métodos de colección de datos
- Prueba piloto
- Tabulación de datos
- Instrumento de captación de datos
- Consideraciones éticas
- Aspectos de bioseguridad
- Recursos humanos
- Recursos materiales
- Objetivos generales
- Objetivos específicos
- Interpretación del proyecto
- Resultados obtenidos

6.- MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE..... 54

7.- CONCLUSIONES..... 55

8.- BIBLIOGRAFIA..... 56

INTRODUCCION

Al realizar la revisión de este trabajo el cual considero de sumo interés, por que es una gran problemática en los pacientes y la sociedad en general, que recurren a recibir atención estomatologica.

Me e encontrado que la mayoría de la población presenta enfermedad paradontal, careo génica, infecciosa y como consecuencia de esto la perdida prematura del primer molar permanente que como ya sabemos se le considera la llave de la oclusión, y al perderlo prematuramente se producen mal oclusiones y con ello la necesidad de tratamientos ortodonticos.

Desde que Angle menciona La armonía – balance de la cara y forma – belleza de la boca dependían de la relación oclusal de los dientes. Él concluye que “el complemento de todos los dientes en oclusión normal es esencial para las proporciones de cualquier cara esto se aplica a todas las razas y a todas las tribus”.

Términos que hasta nuestros días, siguen siendo un factor importante para la obtención de la salud en la cavidad bucal. Motivo por lo cual e querido conocer con mayor amplitud al respecto, considerando, que el cirujano dentista de práctica general, debe estar consiente de la responsabilidad que ha adquirido, en la atención que debe prestar a los pacientes para una mejor educación estomatologica.

Muchas mal oclusiones están determinadas genéticamente. Estas mal oclusiones no pueden ser prevenidas en sentido usual de la palabra, pero a veces procedimientos interceptivos tempranos pueden disminuir el grado de deformidad dentaria.

Por otra parte mal oclusiones, que son principalmente producidas por factores ambientales, como traumatismos en los maxilares, hábitos deletéreos, pérdida prematura de dientes primarios y procedimientos operatorios incorrectos, a menudo pueden ser prevenidos. A medida que se dispone de más y más conocimiento para la predicción del crecimiento y desarrollo de los hueso y músculo y arco dentario, será posible tratar mayor cantidad de casos durante las denticiones primarias y mixtas.

El objetivo del presente estudio es cuantificar los cambios ocurridos en los tejidos blandos cuando se modifican la posición de las estructuras dentarias a causa de la pérdida de una pieza vecina. En este trabajo de investigación quiero enfocar que lo mas importante para todo estomatólogo en la actualidad es reconocer la existencia de la diferenciación y su importancia para la evaluación y predicción de los cambios ocurridos en la cavidad oral de un paciente antes y después de la perdida prematura del primer molar permanente, así como el inculcar en la sociedad la importancia que tienen las piezas dentarias temporales y el mantenerlas en la cavidad oral hasta el momento de su exfoliación.

Los molares permanentes deben ser considerados como las perlas más preciosas y es así como se les debe cuidar, ya que sirven para edificar la salud del individuo, desde los 6 años que estos erupcionan, hasta los 12 años, constituyen la base de la estructura bucal, siendo al mismo tiempo el instrumento principal de la masticación, ya que todas las demás piezas dentarias entran en una fase de transición o recambio en el que bajan su utilidad como piezas de masticación reclusiendo toda esta función en los primeros molares permanentes.

I. DENTICION TEMPORAL Y PRIMER MOLAR PERMANENTE.

1. Función e importancia en el desarrollo de la oclusión.

La iniciación del germen del diente primario ocurre durante las primeras 6 semanas de vida intrauterina. La erupción del primer diente primario ocurre cerca de los 6 meses después del nacimiento, y todos los dientes primarios erupcionan generalmente entre los 2 ½ años de edad, cuando los segundos molares primarios entran en oclusión. Sin embargo, a esta edad, las raíces de los segundos molares primarios usualmente no están completas.

Por lo tanto, el establecimiento de la dentición primaria se considera, generalmente, que toma lugar cerca de los tres años de vida cuando las raíces de los segundos molares primarios completan su desarrollo, y hasta cerca de los 6 años de edad cuando el primer molar permanente comienza a erupcionar. Desde los 3 a los 4 años de edad, el arco dental es relativamente estable y los cambios son ligeros.

De los 5 a los 6 años de edad, el tamaño del arco dental comienza a cambiar debido a la fuerza eruptiva del primer molar permanente.

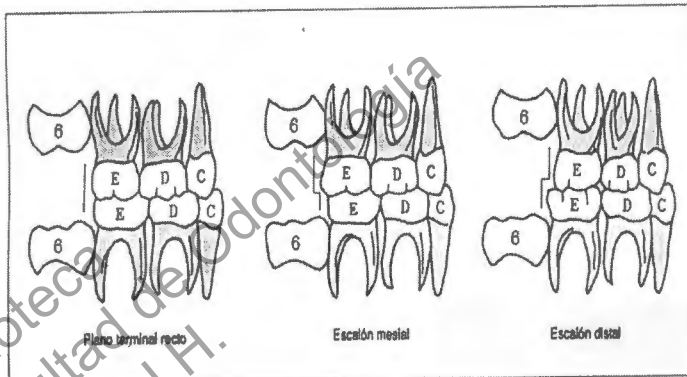


Fig.1

Clasificación de la oclusión en dentición temporal por medio de planos terminales

El plano terminal es muy importante para determinar la relación interoclusal de los primeros molares permanentes. Tan pronto como el primer molar temporal hace erupción en la cavidad oral, hace contacto con la superficie distal de segundo molar primario. Sin embargo, esta localización durante este periodo no es estable hasta que se logra la relación interoclusal final, con la digitación intercuspidea entre los primeros molares superiores e inferiores.

Esta clasificación de los planos oclusales, se aplica en la dentición temporal ya que en este periodo de la dentición no existe la clasificación de Angle para las mal oclusiones. Durante este proceso, cualquier espacio inusual creado por caries o destrucción traumática de la corona y/o pérdida prematura de los dientes primarios resultara en la migración

mesial del primer molar en varias maneras debido a la presencia de espacios fisiológicos en la dentición primaria.

La manera de cómo van a ocluir los primeros molares puede predecirse con alguna extensión en el periodo de la dentición primaria. La relación entre los tipos de planos terminales y la oclusión temprana de los primeros molares cuando ellos justamente erupcionan.

1. tipo plano vertical.

Si existían los espacios dentales en el arco dental primario, los primeros molares erupcionan en oclusión Clase I. si no erupcionan en oclusión cúspide-cúspide.

2. Tipo escalón mesial.

El primer molar erupciona directamente en una oclusión Clase I de Angle.

3. Tipo escalón distal.

El primer molar erupciona directamente y definitivamente en oclusión Clase II de Angle.

Cuando el plano terminal es de tipo vertical, la relación interoclusal de los primeros molares será inestable en oclusión cúspide a cúspide. En este caso, si existe espacio fisiológico en la dentición primaria, habrá oportunidad para que la oclusión se transforme en Clase I. si hay espacio fisiológico, inferior, la fuerza eruptiva en dirección mesial del primer molar permanente cerrara los espacios existentes en el arco dental para empujar los molares primarios mesialmente. Debido a que los dientes inferiores erupcionan primero que los superiores, los molares inferiores se moverán mesialmente tanto como la cantidad de espacio lo permita para que erupcionen en oclusión Clase I.

Nabeta (1982), quien observo el desarrollo de la oclusión de los primeros molares desde la dentición permanente, sobre bases longitudinales. El tipo vertical de la relación molar en la dentición primaria ha sido observada generalmente para cambiar el escalón mesial de la oclusión durante el periodo de erupción del primer molar permanente o durante el periodo de cambio del primer molar permanente o dientes laterales para transformarse en clase I. (1)

Sin embargo, los casos de tipo de escalón distal en la dentición primaria y los casos en los cuales se ha cambiado el tipo de escalón distal después de la erupción del primer molar, generalmente se transforman en clase II.

La mayoría de los casos del tipo escalón mesial se transforman en Clase I, pero unos pocos se transforman en Clase II.

Nance (1947), dice, el espacio extra obtenido en el cambio de los dientes laterales, conocido como espacio de Lee, es el factor que determina si los molares se mueven a clase I después del ajuste de la oclusión cúspide-cúspide del primer molar. El maxilar inferior esta en un periodo de crecimiento activo, resultando en una posición anterior y mas baja. Este es uno de los factores reguladores. (2)

(1), (2) Stephen H. Y. Wey. Guía oclusal en odontopediatria. Caracas, Actualidades Medico odontológicas, P. 16,17.

Como se dijo anteriormente, el establecimiento de la oclusión de primer molar permanente, esta influenciado por muchos factores, incluyendo la oclusión de segundo molar primario, el espacio de la dentición primaria y el crecimiento del maxilar superior e inferior. ⁽³⁾

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

(3)Ibid. P. 18

II. PRIMER MOLAR PERMANENTE.

1. Desarrollo de la dentición y aparición en la cavidad bucal.

El desarrollo de la dentición durante el periodo de erupción dentaria, se observa con frecuencia, que ciertas fases normales se consideran como mal oclusiones. Esto se debe a la falta de conocimientos básicos en el crecimiento y desarrollo de la dentición.

La erupción de los dientes de la primera dentición, comienza aproximadamente a los seis meses. Los dientes inferiores suelen erupcionar uno o dos meses antes que los superiores correspondientes, siendo el incisivo central inferior el primer diente que erupcione, el incisivo lateral lo hace aproximadamente a los ocho meses, seguido por el primer molar entre los 12 y 14 meses, el canino de los 16 a los 18 meses y el segundo molar a los 2 años.

Normalmente hacia los 3 años de edad, entran en oclusión los 20 dientes temporales, los que no suelen presentar curva de Spee, tiene escasa inter digitación cuspidea, escasa sobre mordida y muy poco apiñamiento.

El desarrollo de la oclusión se puede dividir en tres periodos.

- Dentición temporal (recién nacido- 3 años) 85% de crecimiento y desarrollo.
- Dentición mixta (5-10 años) 96% del crecimiento en bóveda craneana y 65% del maxilar y la mandíbula.
- Dentición permanente (10-20 años) 98% del crecimiento de base de cráneo y bóveda craneana.

En las arcadas de la primera dentición, con frecuencia aparecen (como característica fisiológica), espacios interdientarios en la región anterior especialmente.

La presencia de los espacios de desarrollo generalizados pudiera garantizarnos una disposición correcta al erupcionar las piezas de la segunda dentición, sin embargo, aun con espacios de crecimiento, se pueden observar ocasionalmente problemas de apiñamiento. Por ejemplo; como consecuencia en la desarmonización en el tamaño del diente y el espacio existente en el largo de la arcada (crecimiento óseo).

Es por eso que para que exista un desarrollo oclusal adecuado, debe existir un equilibrio, que corresponde a tres aspectos importantes:

- Esqueletal.
- Muscular.
- Dental.

Durante la formación de los maxilares existen diversos factores que se presentan y que influyen en el crecimiento y desarrollo.

- Durante los primeros días el maxilar inferior aumentan en longitud de 1.5 Mm; hasta el momento de erupción se espera una adecuada relación de los maxilares.
- En esos momentos de desarrollo en el recién nacido la Articulación Temporo Mandibular (A.T.M) muestra un esbozo de su sutura anatómica.
- Las matrices oro-nasales, se relacionan con el desarrollo del maxilar por la acción de la respiración nasal.
- La lactancia es un factor biológico y un punto de desarrollo para los maxilares ya que al momento de succión estimula la musculatura para su adecuado desarrollo.
- Los arcos dentarios tienen forma semicircular dada por la longitud de los músculos peribucales (orbicular y buccinador) y por la presión de la lengua.
- Predominan los movimientos antero posteriores de la mandíbula.
- Los movimientos efectuados durante la lactancia permiten un avance mandibular con el fin de enfrentar los rodetes gingivales y poder cumplir con la función. (4)

Durante el tiempo entre los 6-7 meses los rodetes gingivales mantienen un contacto en oclusal pero los incisivos ya ocupan su lugar, en este momento se forma el tripoide oclusal que se constituye por, dientes anteriores, articulación izquierda, articulación derecha, este es una base fundamental para el desarrollo correcto de la eminencia articular.

(4) Pinkhaw, Odontología pediátrica. Mexico, Mc Graw Hill, 2001, p 45, 46.

Durante ese tiempo existen cambios anatómicos como, desarrollo del tubérculo, movimiento de lateralidad, verticales y protusivos de la articulación.

Con la erupción de los primeros molares temporales, existe un aumento en la dimensión vertical con lo cual desaparece el contacto que tenían los rodetes gingivales, se establece finalmente el contacto oclusal, donde inician los límites de los movimientos del maxilar inferior.

Posteriormente inicia la fase en donde el germen dentario del primer molar superior se desarrolla en la tuberosidad del maxilar y su superficie oclusal generalmente es orientada hacia abajo y atrás. El germen dentario del primer molar inferior se localiza generalmente en el ángulo de Gonion de la mandíbula con su superficie oclusal hacia arriba y adelante, esto en la dentición permanente.

Durante la dentición primaria, el arco dentario casi no sufre variaciones en su crecimiento. Sin embargo, a los 4 años se origina un cambio infraoseo a causa de la erupción del primer molar permanente. Esto ocurre en ambas arcadas con ciertas variaciones en lo que respecta al período de erupción.

La zona distal del segundo molar temporal es tomando como sostén para la erupción del primer molar permanente. La dirección de erupción del molar superior parte de mesial a distal y el molar inferior de distal a mesial. Ambos ejercen presión distal a los molares temporales. Por lo general, se afirma que el desarrollo del primer molar permanente es directamente del aspecto lingual del órgano del esmalte de sus inmediatos predecesores temporales.

La lámina del diente permanente se invagina y se fusiona con el epitelio externo del esmalte en el aspecto lingual del temporal del esmalte. Entonces inicia una proliferación separada en esta región para la formación del órgano del esmalte y el germen de la corona del sucesor permanente.

En una fase cuando se desarrolla el órgano del germen de la corona del sucesor permanente y se separan del germen de la corona del temporal, puede uno ver todavía una unión orgánica entre los dos por medio de una lamina lateral. El desarrollo del germen de la corona y de la raíz del diente permanente es semejante al de los dientes temporales.

El tronco original o lámina dental para el desarrollo del sucesor permanente se invagina en el tejido conjuntivo inmediato subyacente, junto al epitelio externo del órgano del esmalte, del germen de la corona temporal, con lo que queda un área de células de tejido conjuntivo entre las dos estructural epiteliales.

Esta área ha sido descrita erróneamente como "espacio" y recibe el nombre de "nicho de esmalte", como si también tuviera alguna función inexplicable en el desarrollo del diente. Si embargo esta área es aun tejido conjuntivo. Poco después de que la raíz ha iniciado su formación comienza la migración vertical o erupción la cual se manifiesta en que la reabsorción del hueso en la región del fondo se transforma en aposición.

Después de haber terminado la fase de desarrollo del primer molar permanente inicia el proceso de erupción, donde dicha pieza aparecerá en la cavidad bucal para hacer contacto con su antagonista y determinar el tipo de oclusión.



Fig. 2

Relación del primer molar permanente con su antagonista al término de la erupción de la cavidad bucal para determinar el tipo de oclusión o mal oclusión

La palabra **erupción** es un término que se aplica al movimiento de un diente desde los tejidos que lo rodean hasta la cavidad bucal. Este movimiento, comienza dentro del hueso maxilar después que ha formado la corona del primer molar permanente, del que ha madurado el esmalte y que se ha iniciado la formación de la raíz. (5)

(5)D.D.S Diamond Moses y la anatomía dental ed. Limusa México, P. 49.

La fase del movimiento vertical del diente que ocurre dentro del hueso maxilar, recibe el nombre de erupción preclínica, y el movimiento vertical del diente en la cavidad bucal se llama erupción clínica.

Cuando por primera vez se hace visible un borde de la parte mas alta de la cúspide del primer molar permanente se considerara que ha iniciado la erupción clínica, la cual continúa al irse haciendo más visible la corona en la cavidad bucal.

La corona del primer molar permanente se desarrolla e el sitio particular en el que se inicio sin cambiar de posición en el espacio hasta que se completa su morfología general y se madura su esmalte, hasta que se inicia la formación de su raíz. La migración vertical en la fase clínica recibe el nombre de erupción activa. El fenómeno de la erupción activa no cesa cuando el primer molar hace contacto con su antagonista, en este proceso intervienen dos factores:

El primero de ellos, es el crecimiento al aumentar la longitudes la rama mandibular por aposicion, del hueso en la región del condilo, toda la mandíbula desciende de la base del cráneo, y por lo tanto, también del plano oclusal, con ello aumenta el espacio intercondilar y continua la erupción activa del primer molar.

El segundo factor, se manifiesta en la fase de crecimiento, pero con más claridad en el adulto después que se ha determinado el crecimiento de la rama.

En la erupción pasiva denota una atrofia de los tejidos que rodean al diente, clínicamente recibe el nombre de receso.

Durante el proceso de erupción se desarrolla un factor importante en donde el primer molar permanente, determinara la altura dental, que es la distancia vertical que ocupan los dientes, que ya han hecho erupción clínica.

Pero desde el punto de vista del crecimiento, en la altura dental, deberán comprenderse las regiones del cuerpo del maxilar, que crecen en dirección caudal, y las regiones semejantes del cuerpo de la mandíbula, que crecen en dirección cefálica.

Al término en el que el primer molar permanente ocupa su espacio intermaxilar y determina su altura dental, hace contacto con su antagonista lo que se define como oclusión, que se define como la relación de contacto entre las áreas masticatorias de los dientes opuestos superiores e inferiores. Pero esta relación de contacto es muy compleja. La mandíbula esta controlada por los músculos de la masticación, que le dan una gran variedad de movimientos, los cuales son posibles gracias a la naturaleza de la Articulación Temporo Mandibular.

El fenómeno de la oclusión no es estático, las relaciones cambian sin cesar, desde el nacimiento, por los procesos de crecimiento y desarrollo. Estos fenómenos del cambio de las relaciones oclusales, están determinados por el crecimiento y desarrollo de los maxilares, huesos del cráneo, y salud general del individuo. (6)

(6)D.D.S Diamond Moses y la anatomía dental ed. Limusa México, P. 206,207

2. Relación del desarrollo y crecimiento embriológico del ser humano en la salud del Paciente.

Para determinar exactamente la relación que existe entre el desarrollo de un individuo y su salud en general es importante conocer y comprender los principios que intervienen en el desarrollo intrauterino, los procesos que se desarrollan primero y como evoluciona su crecimiento.

Los procesos de crecimiento y desarrollo son comunes en los seres vivos, con distintos grados de perfección evolutiva. Todos ellos están sujetos a la perfección de la gravedad, pero el hombre, en un momento de su evolución, se puso de pie. Nuestros antepasados invirtieron un gran esfuerzo en conseguirlo y cada etapa de su evolución trajo una forma más rica de relación con el medio. La liberación de las extremidades superiores de su función de transporte y sostén permitió la manipulación y transformación del mundo que les rodeaba.

En la odontología es esencial el conocimiento de los principios básicos fundamentales de crecimiento y desarrollo.

El crecimiento del organismo es complejo, pero el ritmo del progreso evolutivo que varía en forma considerable. Como por ejemplo; en base, que el crecimiento del cerebro es notable durante el tiempo de vida intrauterina, después del nacimiento craneofacial también es sobresaliente.

Durante el periodo de vida intrauterina se pueden distinguir aspectos importantes como:

Los dos procesos mandibulares están en continuidad uno con el otro, solo un surco ectodérmico los separa en la línea media. La cavidad bucal primitiva rodeada por el proceso frontal, los dos procesos maxilares y el arco mandibular en conjunto se denominan estomodeo.

Entre la tercera y octava semana de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara.

Durante la cuarta semana, el embrión mide 5mm. Y aparecen las placas nasales, las prominencias maxilares crecen hacia delante y se unen con la prominencia fronto-nasal para formar el maxilar superior, que a su vez crece en dirección frontal inferior. (7)

En la quinta semana de vida del embrión, se distinguen fácilmente el arco del maxilar inferior donde el patrón de crecimiento corresponde a una reabsorción anterior en la rama ascendente y apósito en la posterior con aumento en la dirección antero posterior del condilo, rodeando el aspecto caudal de la cavidad bucal. La membrana de la base de la cavidad bucal primitiva se perfora y crea una comunicación entre la cavidad bucal y el tubo digestivo primitivo o embrionario, simultáneamente las placodas nasales se convierten en fositas nasales a medida que van profundizando en la cara. (8)

(8)Herrera Catalán Laura A. Manual de ortodoncia Fac. Odontología U.M.S.N.H Morelia P. 5

En la sexta semana, el proceso nasal medio y los procesos maxilares crecen hasta casi ponerse en contacto. (9)

En la séptima semana, el proceso nasal medio y los procesos maxilares se unen en el embrión de aproximadamente 14.5mm. Los ojos se mueven hacia la línea media, la esfera craneofacial cada vez más compleja y voluminosa tendrá necesidad de ser sostenida. (10)

Octava semana, el tabique nasal se ha reducido aun más, la nariz es más prominente, comienza a formarse el pabellón del oído. Al finalizar la octava semana el embrión a aumentado su longitud 4 veces, las fositas nasales aparecen en la porción superior de la cavidad bucal y pueden llamarse ahora narinas. (11)

Los ojos aun sin parpados, comienzan a desplazarse hacia el plano sagital medio, aunque las mitades laterales del maxilar inferior se han unido cuando el embrión tiene 18mm de longitud, dicho maxilar es relativamente corto, es reconocible por su forma al final de la octava semana.

(9) (10) (11) Ibid. p. 6,7

Los aspectos físicos relacionados con la salud del individuo son complejos y abarcan procesos tan distintos como los niveles moleculares la diferenciación celular en el periodo embrionario, hasta los cambios hormonales de la pubertad y adolescencia. La salud en general implica la madurez funcional de los órganos y sistemas, la adquisición de habilidades motoras y como el individuo se relaciona con el entorno y con su propio cuerpo complementan las observaciones sobre la salud en cada etapa de la vida.

Salleras, define a la salud como el logro del mas alto nivel de bienestar físico, mentas, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad. (12)

Se entiende como crecimiento y desarrollo al proceso de transformación que sufre el ser humano desde la concepción hasta la vida adulta. Lo referente a cambios en el tamaño del cuerpo se llama crecimiento. El desarrollo se emplea en el contexto de diferenciación y maduración morfológica y funcional, física, intelectual, emocional y social del individuo. (13)

(12)Bernier Medidas preventivas para mejorar la practica general, buenos Aires Argentina. Mundi. P. 65
(13)Canut Busola José Antonio. Conceptos de ortodoncia clínica y terapéutica, Valencia, España. Masón. P. 213

III. PERDIDA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

El primer molar permanente es la pieza más importante ya que constituye a la clave de la oclusión como Angle en otros apartados lo ha mencionado, así como el mantenedor de espacio en la arcada para definir el tipo de oclusión de cada individuo.

1. Causas de la pérdida.

Por enfermedad careo génica.

Debido a la anatomía del primer molar permanente, es susceptible a la acumulación de alimento en su cara oclusal, por la profundidad en los surcos y fosetas y como consecuencia el inicio del proceso careo génico.

- Por enfermedad parodontal.

La enfermedad parodontal se puede presentar en jóvenes y adultos, como consecuencia en la deficiencia del aseo bucal, y como resultado la formación de la placa dentó bacteriana para producir bolsas parodontales y provocar la movilidad dentaria que en su mayoría tiene como solución la extracción dental.

- Por indicación de extracción terapéutica:

- a) Anquilosis.
- b) Fracasos endodónticos.
- c) Grandes reconstrucciones coronarias.

2. Consecuencias.

- La extracción prematura ocasiona trastornos en el crecimiento óseo de los maxilares haciendo que este se detenga.
- La línea media recorre hacia el lado de la pieza extraída, esto quiere decir que la línea que hace coincidir la unión de los incisivos superiores con los inferiores recorre, produciendo trastornos en la mordida del paciente además de disfunción masticatoria.
- Se producen migraciones y rotaciones ya que los dientes vecinos al primer molar ausente, tienden a ocupar el espacio vacío creado por la ausencia de este diente.
- Los dientes antagonistas, es decir, aquellos que tomaban contacto con el primer molar ausente, sobre erupcionan "aflojándose" y perdiendo su soporte óseo y periodontal, produciendo movilidad y la pérdida de ellos.
- Al no existir uno ellos, toda la masticación recaerá sobre los dientes del lado opuesto sobrecargando la función de los mismos y produciendo daños a las estructuras dentarias y de soporte.
- La pérdida temprana del primer molar, antes de la erupción del segundo molar, hace que este último erupcione inclinado hacia el espacio vacío, favoreciendo la retención de alimentos.
- Disminución de la función local, donde la ausencia del primer molar inferior permanente trae como consecuencia la disminución del 50% en la eficacia de la masticación, ya que hay un desequilibrio de la función masticatoria, en donde el bolo alimenticio se desplaza hacia el lado de la boca que no está afectado, acompañado de inflamación gingival y parodontopatías.
- Erupción continuada de los dientes antagonistas, en consecuencia a la ausencia de uno de estos molares, su antagonista va erupcionando con mayor velocidad que los

dientes adyacentes y a medida que continua su erupción queda extruido.

- Desviación de los dientes, con la perdida del primer molar permanente se desarrollara una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes se encuentran anteriores al espacio, pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

IV. TRATAMIENTO.

1. Diagnostico previo, tipos de tratamiento y técnicas.

Para la iniciación y selección de algún tipo de tratamiento ortodontico es necesario impartir un juicio correcto en el diagnostico que se obtendrá después de la evaluación minuciosa del paciente, en este apartado se mencionaran los diagnósticos mas comunes y frecuentes, relacionados con la pérdida prematura del primer molar permanente.

Dx: Molar inclinado.

Causa: Pérdida prematura del primer molar permanente.

Tx.: Enderezamiento del molar.

Cuadro clínico:

- Migración del segundo molar:

Desplazamiento hacia el espacio de la extracción por inclinación mesial de la corona y rotación mesio-lingual del molar. (14)

- Acumulación de placa.

Con forme el molar migra los tejidos blandos circundantes se pliegan dando lugar a una pseudo bolsa que acumula placa e impide la remoción periódica de la misma. La abundancia de gérmenes llega a afectar la situación periodontal, sobre todo en la pared mesio-gingival, por la acción de noxas patógenas y restos bacterianos. Aparece así una lesión ósea angular en la cara mesial de la raíz del molar con la pérdida ósea. (15)

- Fuerzas oclusales anómalas:
Una lesión adicional ligada a la inclinación de la corona del molar afecta al periodonto. El molar se inclina y recibe fuerzas oclusales que se suman a la alteración periodontal. Los efectos mecánicos, derivados de la inclinación axial del molar, potencian patogenicamente la lesión de las fibras y el hueso circundante. Las fuerzas oclusales anómalas potencian la periodontitis debilitando la resistencia del soporte dentario. (16)
- Distalamiento de bicúspides:
Acompañado al cuadro del molar inclinado hay una frecuente migración de los dientes vecinos. La migración distal de los bicúspides causa diastemas y rompe el equilibrio de los puntos de contactos. La migración distal y la giro versión de los premolares forman parte de las secuelas de la mal oclusión molar y el desequilibrio oclusal en el área del diente perdido. (17)
- Supraerupción de dientes antagonistas:
La presencia del molar inclinado potencia problemas verticales en todo el segmento bucal. El molar superior se extruye al perder la oclusión con el antagonista rompiendo la normal relación con los puntos de contacto interdentarios. Se rompe el equilibrio y aparecen interferencias oclusales especialmente en los movimientos excursivos y protusivos. Tanto los bicúspides como los molares quedan frecuentemente fuera de oclusión planteando la necesidad de una reconstrucción global de toda el área afectada antes de reemplazar el molar extraído. (18)

(14)(15)(16)(17)(18) Báscones Antonio Tratado de odontología tomo III, Madrid, España Ediciones. Avances medico dentales P.2084, 2085, 2086

Tratamiento No.1

La aplicación más valiosa de la ortodoncia de los adultos como auxiliar de los tratamientos dentales probablemente es el enderezamiento de los molares. El enderezamiento del pilar posterior no solo facilita la construcción de un buen puente, si no también distribuye las fuerzas oclúsales sobre los dientes que hacen de pilares de manera mas aceptable y por lo mismo contribuye a la duración de la restauración.

Los medios descritos solo se aplican a casos de impactación leve de la corona. Cuando la inclinación del molar es acentuada hay que recurrir a otros medios terapéuticos más complejos. Si la corona del segundo molar se impacta, por gingival del punto de contacto anatómico del primer molar, es conveniente colocar brackets en los dientes de la arcada.

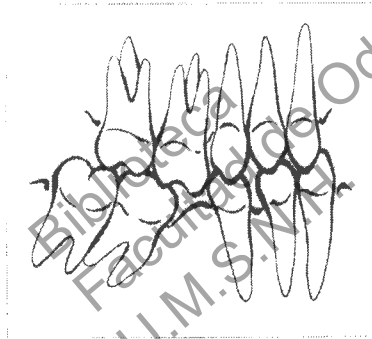


Fig.3

Perdida prematura del primer molar inferior permanente con mesio inclinación del segundo molar inferior y extrucción del primer molar superior.

Entre los recursos biomecánicos dirigidos a enderezar el segundo, o tercer molar hay una variedad de diseños de asas horizontales en el extremo distal del arco de alambre.

En casos de impactación mas severa es necesario cementar un pequeño tubo, al principio se pega sobre cualquier punto de la corona clínica hasta que se mejore la posición del molar.

El muelle alrededor del alambre crea un vector distal que fuerza el enderezamiento a pesar de la gravedad de la impactación, cambiando paulatinamente el muelle, al principio y diseñando nuevos arcos de alambre cada vez más gruesos se logra normalizar la inclinación axial del molar impactado. (19)

(19)La ortodoncia en la práctica general, México. Editorial El manual moderno
P. 352,353

Tratamiento No. 2

Una situación típica es aquella en que algún tiempo se ha perdido el primer molar mandibular y el segundo molar se a inclinado mesialmente en el espacio del primero. Si existe el tercer molar, se ha de considerar si debe o no extraerse, a o ser que tenga un antagonista funcional y sea muy necesario. Es mucho más difícil enderezar dos molares que uno solo.

Cuando el diente se ha de enderezar es el ultimo del arco, y esta muy inclinado, la manera mas eficaz de corregir su posición es el empleo de un resorte enderezador. Para aplicar este aparato se ponen bandas en el canino y los premolares del cuadrante donde se realizara el enderezamiento y se estabilizan con un alambre relativamente rígido pasivo ligado a los brackets de estos dientes. Luego se construye un resorte de enderezar doblando un alambre rectangular en forma helicoidal, que la rosca se comprima cuando se endereza el brazo anterior del resorte. Esto libera una fuerza que tiende a deprimir la unidad de anclaje *canino-premolar* estabilizada y a enderezar el molar.

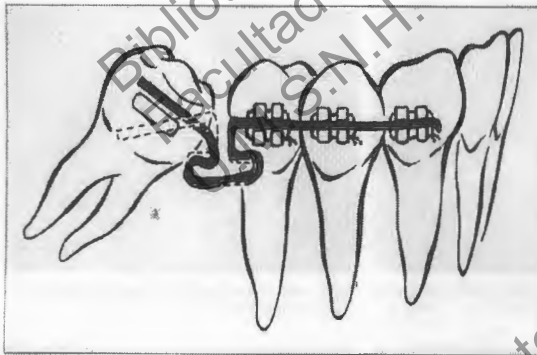


Fig. 4

Colocación de un resorte enderezador en forma de T para enderezar el molar inclinado sin producir giroversiones.

Es importante que la banda del molar lleve un tubo rectangular, y que el resorte auxiliar se construya con alambre rectangular, si no se hace así el molar puede girar bucal o lingualmente al aplicar la fuerza.

Si el molar distal no está exageradamente inclinado, o casi se ha enderezado mediante el uso del resorte auxiliar, a veces es posible terminar de enderezarlo completamente insertando un arco flexible de alambre que se liga a las bandas de los dientes que sirven de anclaje y que se deja pasar en sentido distal a través del tubo bucal del molar.

Luego se comprime un resorte en espiral (se recomienda el alambre de 0.009 pulgadas) entre el molar y el premolar mesial al mismo. El resorte en espiral no debe comprimirse del todo, pues en esta situación la fuerza podría resultar excesiva para evitar la rotación mesio-lingual se ha de poner un bracket gemelo o de Lewis con un brazo de anto-rotación. (20)

(20) Báscones Antonio Tratado de odontología tomo III, Madrid, España Ediciones. Avances medico dentales P.2089, 2090

Tratamiento No.3

Los dientes que causan inclinación a causa de la pérdida prematura de la pieza vecina y que se enderezan mediante la ortodoncia:

- Facilitan la construcción de restauraciones ideales.
- Eliminan las áreas de formación de la placa.
- Mejoran el contorno del reborde alveolar.
- Favorecen la proporción entre corona y raíz.
- Reestablece la aplicación de cargas a lo largo del eje longitudinal de los dientes.

La mejor manera de lograr lo anterior es mediante un tratamiento con aparatos fijos de un solo arco. Se fijan bandas o brackets en el primero y segundo premolar, y a continuación se coloca una banda en el segundo molar.



Fig. 5

Migración mesial del segundo molar inferior tras la pérdida prematura del primer molar permanente

Además, se hace un arco con alambre del 0.032 pulgadas de diámetro que se coloca en la superficie lingual de ambos caninos para proporcionar mayor anclaje y estabilidad mientras se endereza el molar. Si no se coloca el alambre lingual, hay posibilidades de cambiar la forma del arco o de que otros dientes se muevan de manera inadvertida.

Después de colocar el aparato, se aplican principios mecánicos, como un arco de alambre segmentario o continuo, para enderezar los dientes.

La selección de estos principios mecánicos depende de la intensidad de la inclinación, si el diente no se encuentra muy inclinado, se puede colocar un arco ligero continuo, de alambre redondo desde el molar hasta el canino, posteriormente se ajusta la oclusión molar con una fresa para permitir que brote y se enderece.

Para terminar; se debe curetear cuidadosamente cualquier defecto alrededor de los dientes inclinados para reducir la inflamación y la pérdida de inserción durante el tratamiento.

En cada consulta se debe efectuar ajustes oclusales y raspados subsecuentes, se aumenta de manera progresiva el tamaño del arco de alambre hasta que tenga el suficiente tamaño y resistencia para enderezar y ubicar de manera ideal los dientes.

En ocasiones es preciso colocar un resorte en espiral entre el premolar y el molar para inclinar este en dirección distal y ampliar el espacio edentulo. (21)

(21) Pinkhaw Odontología pediátrica. México, Editorial, Mc Graw Hill 2001
P. 664,665

2. Aparatología ortodóntica

a) *Elementos pasivos brackets y tubos.*

Este tipo de aparatología se utiliza con el fin de controlar adecuadamente los movimientos dentarios, lógicamente tomando en cuenta la condición periodontal de las piezas que serán participes en este tipo de movimientos. Las fuerzas que introducimos en los elementos activos arcos, elásticos etc. Se distribuye sobre los dientes bien directamente, como ocurre con un resorte incorporado a una placa de Schwartz, bien indirectamente a través de elementos que se conectan a los dientes.

El bracket recibe, recibe y distribuye la fuerza, modificada su dirección y permite que algunas capacidades modificadas e la fuerza almacenada en el arco se realicen o se disipen sin acción. El diseño del bracket y del arco debe estar coordinado para que se pueda sacar al máximo de las posibilidades del mecanismo, la relación entre las características del arco y las del bracket suponen unas potencialidades o unas limitaciones.

b) *Elementos activos.*

El termino elementos activos constituye también a los brackets y tubos pero con la diferencia que en este apartado ya son activos, después de la colocación del alambre, la misión de estos componentes es básicamente, almacenar la fuerza que se les introduce al activarlos y liberarla posteriormente, de un modo determinado, sobre los dientes; y estimular, de este modo, los cambios histicos que permiten el movimiento dentario. Estos componentes activos son elementos con propiedades elásticas, que proporcionan la capacidad de almacenamiento y liberación de fuerzas, cuya selección y diseño permite controlar las características de las fuerzas que se aplican sobre los dientes. Así, podemos regular la intensidad, la duración y la dirección de las fuerzas.

c) *Función:*

- Permiten enderezar el molar inclinado de manera simple y controlada teniendo en cuenta la extrusión/intrusión y la inclinación de la corona hacia mesial/distal
- Con el fin de controlar adecuadamente los movimientos dentarios.

d) *Indicaciones:*

- Cuando se requiera aplicación de fuerzas, para el movimiento adecuado de las Piezas dentarias.
- Si la mesio inclinación del molar o extrucción del antagonista es muy marcada.

e) *Mantenedor de espacio:*

Fijos:

- Unilateral
 - a) Banda ansa
 - b) Corona ansa
 - c) Banda zapata
 - d) Corona zapata
- Bilateral
 - a) Arco lingual
 - b) Arco palatino
 - c) Arco transpalatino
 - d) Botón de nance

Removibles:

- Placa Hawley
- Placa Schwatz

Para la colocación de un mantenedor de espacio es necesario realizarnos tres preguntas:

- ¿Existe pérdida prematura de una o más piezas?
- ¿Existe pérdida de longitud de arco?
- ¿El análisis de dentición mixta es favorable?

Si la respuesta uno es SI, en la dos NO y en la tres SI, el mantenedor de espacio esta indicado para su colocación.

Requisitos de un mantenedor de espacio:

- Deberán mantener la dimensión mesio distal del diente Perdido.
- De ser posible, deberán de ser funcionales, al menos al grado de evitar la sobre erupción de los dientes antagonistas.
- Deberán ser sencillo.
- No deberán poner en peligro los demás dientes restantes mediante la tensión excesiva sobre los mismos.
- Que tengan una fácil limpieza y no fungir como trampas para restos de alimentos que pudieran producir la caries dental y enfermedades parodontales.
- Deberán ser elaborados de tal manera que no impidan el crecimiento normal ni los procesos de desarrollo, ni interfieran en funciones tales como la masticación habla o deglución.
- Que no provoquen dolor.
- Que tengan versatilidad.
- Deben ser resistentes.

* Mantenedor de espacio fijo:

Ventajas:

- Fácil de construcción simple y económica.
- No produce interferencia con la erupción vertical de los dientes anclados.
- El paciente no lo puede remover, por lo tanto el mantenedor de espacio fijo siempre estará actuando.

Desventajas:

- La función de la oclusión no se restaurara.
- En muchas circunstancias se necesita de instrumental especial.
- Los dedos o la lengua de niños puede desajustar el aparato.

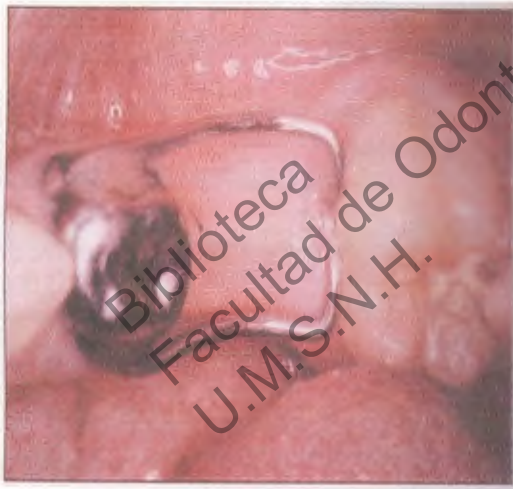


Fig. 6

Colocación de un mantenedor para favorecer el espacio que ocupara la pieza permanente por erupcionar

* Mantenedor de espacio removible:

Los aparatos de este tipo son generalmente elaborados de materiales acrílicos con o sin ganchos de anclaje también es posible incorporar dientes en este tipo de aparatos.

Ventaja:

- Es de fácil aseo.
- Mantiene o restaura la dimensión vertical.
- Puede construirse en forma estética.

Desventajas:

- Puede perderse.
- El paciente puede decidir no usarlo.
- Puede irritar los tejidos blandos.

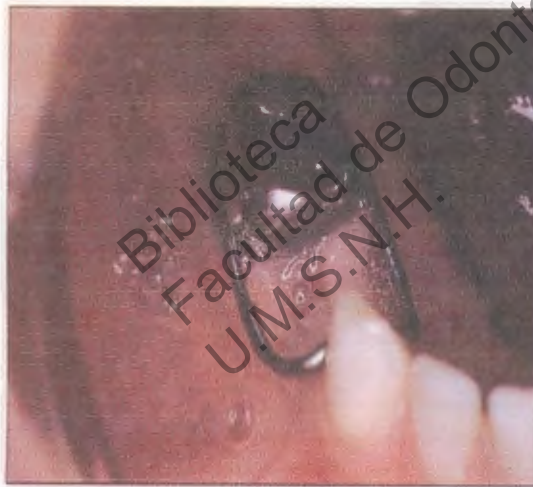


Fig. 7

Colocación de un mantenedor de espacio removible para evitar la distalización o

3. Tratamientos no ortodónticos.

El efecto de la pérdida prematura del primer molar primario sobre la oclusión depende en cierto grado de la etapa de desarrollo de la oclusión en el momento en que se produjo la pérdida. Existen tratamiento o técnicas a seguir después de la pérdida del molar permanente para evitar en algún momento el tratamiento ortodónticos.

b) Implantes.

En la actualidad se han integrado las especialidades de cirugía e implantología, para lograr una rehabilitación en un 98% del paciente, para la colocación de un implante, se requiere de un tratamiento con procedimientos largos y costosos ya que va acompañado de análisis clínicos, exámenes radiográficos, adquisición y compatibilidad de los implantes y cirugía bucal, con el objetivo de cubrir el espacio edentulo tras la pérdida de una pieza dentaria.



Fig. 8

Colocación de implante en espacio edentulo después de la pérdida prematura del primer molar permanente.

VI. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

PERDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

El observar durante la práctica diaria la pérdida del primer molar permanente en niños que no han llegado a los 15 años y el ser un portador de los conocimientos de la prevención e higiene en la cavidad oral, me llevo a la realización de este estudio de investigación.

Antes de iniciar el estudio de investigación se formularon dos preguntas:

¿Qué sexo tendrá mayor porcentaje en la ausencia del primer molar permanente?

¿Qué molar de los cuatro cuadrantes tendrá mayor índice de ausencia en cuanto a la perdida?

HIPOTESIS

Posiblemente la ausencia del primer molar no sea tan alta ya que el estudio de investigación se realizara en área urbana, donde posiblemente el porcentaje de conocimientos de la población en cuanto a cultura de la prevención e higiene bucal es alto.

El siguiente estudio de investigación se realizo el periodo en el que abarca septiembre de 2003 a mayo 2004, en el municipio de Manzanillo Colima, en donde se tomaron 142 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 6-10 años, en 10 diferentes escuelas primarias, en el área urbana.

ESTRUCTURAS DE PROTOCOLOS Y ELEMENTOS PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO DE INVESTIGACION

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.

Conjuntos de individuos o elementos en un campo de investigación los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser establecida.

En este caso el conjunto de individuos que se utilizaron para la investigación son 142 niños en total de ambos sexos de 6-10 años de edad, en 10 de diferentes escuelas primarias del municipio de Manzanillo, Colima.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Procedimiento para escoger un grupo pequeño de una población y obtener, en grado de variabilidad un pequeño grupo efectivamente por las características del universo y de la población en estudio. El grupo seleccionado consta de 71 niñas y 71 niños, con un total de 142 pacientes a revisar en una edad de 6-10 años.

En el cual en índice de variabilidad dependía del universo, en este caso de la cantidad de pacientes seleccionados entre hombres y mujeres.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Registro de lo que ocurre en una situación real, clasificando y combinando los mantenimientos pertinentes de acumulo con algún esquema escrito del problema que se estudia. Durante la investigación con los pacientes se fue registrando los datos obtenidos en el odontograma, clasificando así a los pacientes con o sin ausencia del primer molar, así como edad y sexo. Posteriormente colocando la información en tabla de porcentajes para su mejor información.

FUENTES Y METODOS DE COLECCIÓN DE DATOS.

Para la colección de datos en este estudio de investigación se necesitaron dos métodos importantes:

- Inclusión: -Pacientes que fueran nativos de Manzanillo.
-Que cumplieran con la edad requerida.
-Autorización de los padres.
- Exclusión. Expulsados en forma necesaria. (no cooperadores)

PRUEBA PILOTO

Constituye una versión en pequeño o una prueba preliminar del estudio principal y una finalidad en obtener información para mejorar el proyecto.

En este caso en un principio se tomaron solamente 10 niños y 10 niñas con edades de 10 años, de una sola escuela primaria, para una evaluación de cómo se iniciaría el estudio de investigación tomando en cuenta que el conjunto de individuos aumentaría, y así mejorar la información y protocolo de investigación del proyecto.

PLAN DE TABULACION DE DATOS

La resolución de datos debe efectuarse de acuerdo a un plan establecido a fin de reducir el mínimo de confusiones o errores. Para iniciar el estudio de investigación se tomo muy en cuenta este aspecto, por lo que la selección de las escuelas donde se trabajaría con los pacientes fue realizada con tiempo, así mismo determinando el número de alumnos por escuela que se revisarían, concertando fecha y día para iniciar la investigación.

INSTRUMENTO DE CAPTACIÓN DE DATOS

Constituye donde y cuando se recabaran los datos y quien los realizara.

Los datos se obtuvieron de 142 niños de ambos sexos e edades entre 6-10 años, en 10 diferentes escuelas en el municipio de Manzanillo Colima en el área urbana, en el periodo de Septiembre de 2003, a Mayo 2004 y fue efectuada por el Dr. Antonio Chávez Román.

CONSIDERACIONES ETICAS

Para la elaboración de esta investigación se tomaron en cuenta 3 consideraciones éticas:

- Respetto a las personas.- Que los investigadores obtengan el consentimiento de los individuos para participar en el proyecto.
- Principios de verficiencia.- Que los participantes sean voluntarios.
- Principios de justicia.- Que los recursos sean equitativos.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

Que los procedimientos efectuados en la investigación no pongan en peligro la naturaleza y la seguridad en general de las personas y el medio ambiente.

Durante el periodo de investigación en este proyecto no se utilizo ningún tipo de sustancias o materiales dañinos a ningún medio o individuo, solamente lo básico que necesita el clínico para cualquier exploración bucal.

RECURSOS HUMANOS

- La ayuda por parte de los diferentes directores en la facilitación de aulas par la realización de esta investigación...
- La aplicación de pláticas de motivación para una mejor higiene bucal.

RECURSOS MATERIALES

- Guantes de látex.
- Abate lenguas.
- Cubre bocas.
- Espejo dental.
- Odontogramas.
- Lápiz del No. 2

OBJETIVOS GENERALES.

- Que los padres sepan la importancia del primer molar permanente, y que las pzas. Temporales se deben restaurar.
- Explicar a la sociedad en general la importancia de una buena higiene bucal, y si no se lleva a cabo las principales complicaciones.
- Hablar y explicar de las medidas preventivas y restaurativas que se pueden efectuar en el niño antes o después de que experimente el dolor causado por la caries.
- Explicar los principales factores etiológicos que conllevan a la iniciación de la caries dental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Que el niño sepa distinguir los alimentos altos en carbohidratos que ocasionan caries.
- Inculcar en el niño a que pierda el miedo al odontólogo y que acuda a visitas periódicas al dentista par evitar la pérdida de la primera molar permanente.
- Explicar técnica de cepillado y que por si mismo tenga la habilidad para llevarla acabo.
- Que acuda periódicamente al estomatólogo para la correcta aplicación de selladores de fosetas y fisuras, así como la aplicación de fluor y detección de placa bacteriana.
- Que entienda por medio de graficas y dibujos que al perder la primera molar permanente, la llave de la oclusión se pierde y lo que provoca.

INTERPRETACION DEL PROYECTO

En la realización de este estudio de investigación, intervino un factor importante como el observar el alto índice de prevalencia en la pérdida prematura del primer molar permanente en niños en edades de 10 años, cuando la erupción definitiva de esta pieza es a los seis años, solo 4 años permanencia en la cavidad oral cuando el niño presenta alguna sintomatología.

Es por eso que hoy en día el clínico no solo debe atacar la enfermedad dentó bucal que el paciente padece, sino el evitarla tanto en niños como en adultos, fomentar la cultura del aseo bucal en poblaciones rurales como urbanas.

La enfermedad careo génica no distingue edad ni sexo, se instala y se desarrolla hasta que el paciente presenta dolor y se realiza la extracción, es por eso el alto índice de prevalencia en la pérdida prematura de piezas permanentes que influyen en el desarrollo de la oclusión. Y con ello el proceso de tratamiento ortodonticos largos y de costos elevados.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos muestran alta prevalencia de la pérdida del molar, lo que nos lleva a enfrentar la gran problemática que presenta la sociedad.

Del total de pacientes femeninos (71), 43 pacientes presentaron ausencia de alguno de los primeros molares permanentes, lo que representa un 60% de la muestra total, mientras que 28 pacientes no presentaron ausencia de los molares.

Del total de pacientes masculinos (71), 35 pacientes presentaron ausencia de alguno de los primeros molares, representa un 50% de la muestra total, mientras que 36 pacientes no presentaron ausencia de los molares.

De igual forma al realizar el examen clínico donde se obtuvo que el diente con mayor frecuencia de ausencia fue el primer molar permanente inferior derecho con un 42%, en segundo lugar de ausencia el primer molar superior derecho con un 33%, seguido por el primer molar superior izquierdo con un 15% y por último el primer molar inferior izquierdo con un 10%.

Tabla de porcentajes

SEXO	C/ AUSENCIA 1er. MOL	S/ AUSENCIA 1er. MOL
FEMENINO	60%	40%
MASCULINO	50%	50%

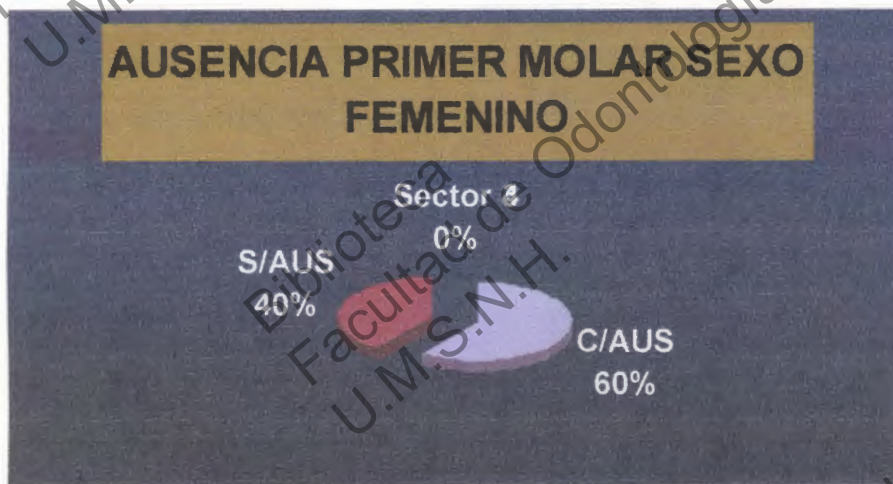


Fig. 9
Grafico en porcentajes de la pérdida prematura del primer molar permanente en sexo femenino.

AUSENCIA PRIMER MOLAR SEXO MASCULINO

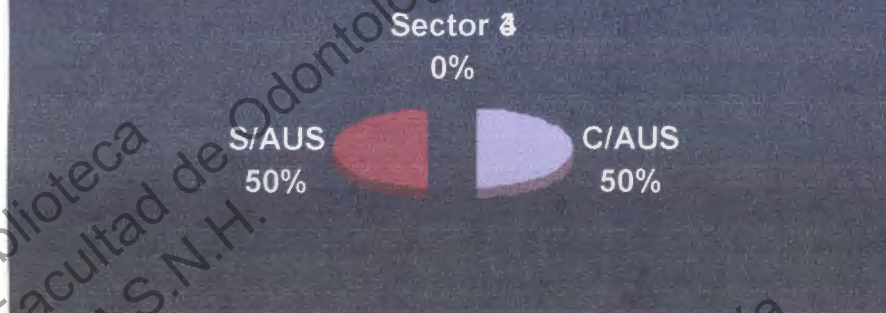


Fig. 10

Grafico en porcentajes de la pérdida prematura del primer molar permanente en sexo masculino.

VI. MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR

- Cuidar los dientes de la futura madre con una buena dieta, compuesta principalmente por hidratos de carbono, proteínas, minerales, fluor, mucha agua y visitas a su dentista.
 - Evitar que el niño entre los 5 y 6 años coma alimentos muy blandos que no requieren ninguna masticación y esfuerzo, por lo tanto, la alimentación deberá ser mas duro a partir de esta edad.
- La educación en higiene bucal, tanto por los padres como el odontólogo.
- Aplicaciones de fluor cada seis meses.
 - Utilización del hilo dental.

Cabe destacar al peligro que están expuestos los primeros molares, que provienen del descuido de los dientes temporarios y el deposito de la placa bacteriana, siendo atacados los dientes permanentes en su época de erupción y dando lugar a pulgas expuestas a partir de los siete años aproximadamente.

En la mujer cuya dieta es deficiente durante época de gestación, puede dar lugar a dientes formados imperfectamente en su descendencia con esmalte menos resistente a la caries dental, siendo el diente mas afectado, el primer molar permanente que tiene una formación intrauterina.

En semejantes condiciones, los dientes se llenan de restos de alimento, y como son susceptibles al tacto, nunca se cepillan, agravando el cuadro. Llevando a la pérdida de esta pieza dentaria que repito, debería ser considerada una perla, de las más preciosas.

VII. CONCLUSION

Al concluir este trabajo, sobre la perdida prematura del primer molar permanente, he insistido sobre la forma de evitar la perdida de dicha pza dentaria y la reducci3n en su porcentaje de ausencia.

Considerando que los pacientes deben recibir, por parte del cirujano dentista, una educaci3n en el consultorio, para la prevenci3n y control de la caries que es el principal factor etiol3gico de una extracci3n dentaria, basados en el diagnostico precoz de las enfermedades, el aseo bucal y la nutrici3n de nuestros pacientes.

Asi mismo se explico la importancia de tratamientos preventivos, y si se requiere biomec3nicas para la correcci3n de las consecuencias de la perdida prematura del primer molar permanente.

La evidencia cl3nica de c3mo la ortodoncia mejora las condiciones de anormalidad en la oclusi3n, es impresionante.

Es importante durante la correcci3n ortodontica de molares inclinada por perdida de los molares permanentes. Asi mismo se trato de plantear un enfoque multidisciplinarlo para el tratamiento de casos que requieren combinaci3n de otras especialidades.

BIBLIOGRAFÍA.

1. GUIA OLCUSAL EN ODONTOPEDIATRIA.
Minoru Nakata
Stephen H. Y. Wey.
Editorial. Actualidades medico odontológicas
latinoamericanas,
Caracas, Venezuela.
2. ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADULTO.
Ralp E. Mc. Donald.
David. R. Avery.
Editorial. Mundi.
Cuarta edición, Buenos Aires, Argentina.
3. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DENTAL.
Bernier.
Editorial. Mundi.
Buenos Aires, Argentina 1977
4. ORTODONCIA PRINCIPIOS GENERALES Y TÉCNICAS.
Thomas M. Graber.
Brained F. Swain.
Editorial. Panamericana.
Buenos Aires, Argentina 1999
5. ODONTOLOGÍA PEDIATRICA.
Pinkhaw.
Tercera edición.
Editorial. Mc Graw Hill.
Mayo 2001, México, DF.

6. ORTODONCIA.
Spiro J. Chaconas.
Editorial. El manual moderno.
México DF
7. TRATADO DE ODONTOLOGIA.
Antonio Báscones
Editorial. Avances.
Madrid, España 2000
8. CONCEPTOS DE ORTODONCIA CLINICA Y
TERAPEUTICA.
José Antonio Canut Busola.
2da. Edición. Masson S.A
Valencia, España.
9. ERUPCION DE LOS DIENTES PERMANENTES.
Katsu Sato Sada.
Editorial. Actualidades medico odontológicas
Latinoamericanas.
C.A 1992
10. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS NACIONALES.
Mijares A.
Proyecto Venezuela, fundacresa
Epio-msas 1984.
11. TERAPIA DE MOVIMIENTOS PERIODONTALES.
Vanarsdall R.
Editorial. Genco, Goldman y Cohen.
Mosby 1990

12. EL ROL DE LA ORTODONCIA EN ODONTOLOGÍA RASTAURADORA.
Hirschhaut M.
Acta odontológica venezolana.
1996.
13. EQUILIBRIO OCLUSAL.
Shapiro P.
Kokich v.
Clínica dental de Norte América.
1988.
14. TESIS PLACA BACTERIANA.
Dra. Reyna Román Miranda.
1ra. Edición.
México, DF. 1981
15. S.N BHASKAR. PATOLOGIA BUCAL.
Segunda edición, editorial el ateneo.
México, DF 1995
16. DRA. NEGRETE RAMOS ROSA. MANUAL DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.
U. A. G primera edición.
Guadalajara, Jalisco. 19990
17. WOODAL-DAFOG-YOUND.DONTOLOGIA PREVENTIVA.
Prime edición, editorial interamericana.
México, DF 1990

18. URDANG LAURENCE. DICCIONARIO DE MEDICINA
MOSBY.

Océano edición 1994

México, DF

19. MANUAL DE ORTODONCIA

Dra. Laura A. Herrera C.

U.M.S.N.H

Morelia, Michoacán.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.