

UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



"ERUPCION DENTARIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO, CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

LUZ MA. JARAMILLO MEDINA

MORELIA, MICH., 1969

35

UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



"ERUPCION DENTARIA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO, CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

LUZ MA. JARAMILLO MEDINA

MORELIA, MICH., 1969

A mi Padre:

Sr. Aurelio Jaramillo Ruiz.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Con eterna gratitud y cariño como fiel testimonio de agradecimiento a sus esfuerzos y sacrificios.

A mi Madre:

Sra. Margarita Medina de J.

*A mis hermanos quienes constantemente
me alentaron y aconsejaron durante mi
carrera:*

Ofelia

Teresa

José Luis

Margarita

Salvador

Aurora

Carlos

Gabriel A.

E. M^a Guadalupe

E. Georgina

Rosa María

Javier

Maricela

Celia.

Dr. Benito Peña Arciga

Sra. Virginia Quezada de J.

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

*Asi mismo con respeto y agradecimiento a
las instituciones que me forjaron.*

*Universidad Michoacana de
"San Nicolás de Hidalgo"*

*y
A la Facultad de Odontología.*

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

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

Con respeto y agradecimiento a sus enseñanzas al Director de la Facultad de Odontología Dr. Rugiero Zepeda.

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

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

A mis Maestros, quienes con sus enseñanzas me ayudaron a realizar mi anhelo.

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.

A mis compañeros y amigos.

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

*Con cariño y admiración para la Dra.
Yolanda Cuevas de A. quien me asesoró
para presentar este trabajo y al Dr. J.
Luis Jaramillo Medina.*

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

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

A todo el personal del Hospital Infantil

"Eva Sámano de López Mateos".

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.

A las personas que en alguna forma contribuyeron a la elaboración de este trabajo.

CAPITULOS:

I.—INTRODUCCION.

II.—DIFERENTES CONCEPTOS DE ERUPCION DENTARIA TEMPORAL.

- a).—Definición de la Erupción.
- b).—Teorías de la Erupción.
- c).—Tiempos o Etapas de la Erupción.

III.—MODIFICACIONES HISTOLOGICAS DE LOS TEJIDOS PERFORADOS POR EL DIENTE.

- a).—Parodonto.
- b).—Fases o Periodos de los Movimientos del Diente.
 - 1.—Pre-eruptivo.
 - 2.—Pre-funcional.
 - 3.—Funcional.
- c).—Movimiento de la Erupción Dentaria.

IV.—ERUPCION CLINICA DEL DIENTE TEMPORAL.

- a).—Reabsorción de la Pared Alveolar.
- b).—Desgaste y Perforación de la Encía.
- c).—Regeneración Alveolar.
- d).—Erupción Clínica del Diente Temporal.
- e).—Cronología del Diente Temporal.

V.—DIFERENCIACION DE LOS DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES.

- a).—Función del Diente Temporal.
- b).—Función del Diente Permanente.

VI.—PROCESO DE CAIDA DEL DIENTE TEMPORAL.

- a).—Remanentes del Diente Temporal.
- b).—Dientes Temporales Sumergidos.
- c).—Dientes en Posición Anormal.
- d).—Examen General y Dental del niño

VII.—ERUPCION PERMANENTE.

- a).—Signos que se Presentan Normalmente Durante la Erupción.
- b).—Erupción en si.
- c).—Cronología del Diente Permanente.
- d).—Modo de Fijación del Diente

VIII.—BIBLIOGRAFIA.

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

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Gobierno de México desde hace algunos años se ha preocupado por la salud del pueblo y principalmente de la niñez, siendo ellos los futuros ciudadanos se ha creído necesario, velar por su salud y bienestar ya que son los más susceptibles a las enfermedades; se han creado Instituciones dedicadas especialmente a ellos. Entre las cuales tenemos el Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos" en el cual se atienden todos los niños que lo soliciten siempre y cuando sean menores de 15 años.

Teniendo en cuenta que la boca es una de las principales vías de entrada de las enfermedades y un foco de infección constante en el organismo humano y siendo la Odontología la rama de la medicina encargada del estudio de la cavidad bucal, tanto de los tejidos blandos como de las piezas dentarias, de las cuales hablaré: y por el hecho de haber prestado mi Servicio Social, en el Hospital Infantil de Morelia, al cual debo mi experiencia, basándose en la edad de los niños que acuden a la consulta externa en este trabajo; no hablo de cosas nuevas únicamente es una sencilla recopilación de datos sobre la Erupción Dentaria, ya que la mayoría de los niños se encuentran en la edad en que hacen erupción las piezas dentarias temporales como permanentes.

CAPITULO II

DIFERENTES CONCEPTOS DE ERUPCION

DENTARIA TEMPORAL.

a).—Definición de la Erupción (5). Es el movimiento aislado en la vida del diente, es la denominación común que agrupa una serie de fenómenos que él realiza en el interior del maxilar, cuando aún está incompleto, realizando una migración que lo lleva a ponerse en contacto con la cavidad bucal; ocupando su lugar en el arco dentario.

(2) La erupción empieza en el momento de la formación de la raíz, la duración del movimiento es amplio y la capacidad de erupción persiste aún después de haber entrado en oclusión, es decir dura todo el ciclo vital del diente, siendo similar la erupción de las dos denticiones.

b).—Teorías de la Erupción. MAGILOT Y KOLLIKER (1), suponen que el diente erupciona debido a que es impulsado por la raíz, que crece y toma apoyo en el hueso, pero eso no es verdad ya que muchos dientes no tienen raíz o tienen muy poca.

BEAUME. HERMANM (1), localizan el factor, en los tejidos periapicales; o por el crecimiento del periodonto.

UNDERWOOD (1), dice que es por la vascularización de los tejidos periapicales y el crecimiento de los tejidos duros del diente.

BARBEN (1), lo atribuye a la presión que ejercen los labios, carrillos y lengua sobre el proceso alveolar.

c).—Tiempos o Etapas de la Erupción (2). Los tiempos o etapas de la erupción son:

Abertura de la canastilla ósea.

Movimiento del diente hacia el epitelio.

Perforación del epitelio, erupción clínica.

Relación del diente con su antagonista.

Ubicación definitiva en el arco dentario.

La erupción continúa.

CAPITULO III

MODIFICACIONES HISTOLOGICAS DE LOS TEJIDOS

PERFORADOS POR EL DIENTE. (2).

a).—Parodonto (1). Es el conjunto de estructuras que intervienen en el sostén o soporte dental, que constituye una unidad biológica y funcional integrada por:

- 1.—Encía o parodonto de protección.
- 2.—Parodonto de inserción. Que está formado por el cemento dental, periodonto y cortica ósea alveolar.

ERAUSQUIN (1), dice que la encía es pequeña e insuficiente constituye una de las zonas biológicas más interesante y más débil del aparato tegumentario, desde el punto anatómico clínico e histológico, tiene la propiedad de permitir o captar directamente reacciones y respuestas provocadas por estímulos diversos de una manera directa por la observación.

El desarrollo de la encía, empieza en la abertura cutaneomucosa de los labios y termina en el velo del paladar, terminada la calcificación del esmalte los ameloblastos desaparecen y las otras capas se soldan entre sí, formando la cutícula secundaria y éstas a su vez se fusionan con el epitelio gingival, merced del empuje pre-eruptivo de la pieza dentaria, en este período se inicia la diferenciación de la encía abriéndose en forma de ojal para dar paso a la pieza dentaria.



Al erupcionar se disocia la capa epitelial que recubre el futuro proceso alveolar, en una delgada porción interna, mientras el extremo se abre para dar paso a la corona formando un rodete que constituye en el presente la futura encía, ya que su total diferenciación termina con la total erupción de la corona dentaria y la inserción de la porción radicular.

La inserción epitelial mencionada desciende a medida que la erupción dental progresa, deslizándose en el período de diferenciación sobre la superficie adamantina hasta alcanzar el cuello del diente, punto en el cual el desarrollo de la encía llega a su término, en consideraciones normales el proceso de evoluciones provocado, por el progreso de la edad hacia apical, conservando sus relaciones anatómicas normales.

b).—Fases o Períodos de los Movimientos del Diente.

1.—PRE-ERUPTIVO (2). Durante esta fase, el órgano del esmalte crece hasta alcanzar su tamaño normal final, y se forman los tejidos de la corona durante este período, los gérmenes dentarios están rodeados por tejido conjuntivo laxo del saco dentario y por el hueso alveolodentario. Tanto el desarrollo del diente como el del maxilar son procesos simultáneos e interdependientes, ya que el régimen dental mantiene su relación con el borde alveolar en crecimiento, en donde lo que se refiere a su relación con la cresta alveolar, la translación de todo el diente y el crecimiento excéntrico del germen dentario la translación se caracteriza por un simple movimiento del germen dental, lo cual se reconoce por la aposición de hueso por delante de él.

En el crecimiento excéntrico una parte del germen dental está fija y el crecimiento da lugar a una desviación del centro del germen dentario, (se caracteriza por la reabsorción del hueso en la superficie hacia la cual crece el germen dentario). Durante este tiempo el desarrollo y crecimiento de los dientes de

leche, los maxilares tanto el superior como el inferior crecen con longitud por aposición en su línea media y en sus extremos posteriores.

En este período se produce la formación de la canastilla ósea, los movimientos se realizan por translación y por crecimiento conbinados, siguiendo una trayectoria vertical con ligera oblicuidad hacia vestibular de modo que el borde incisal va a chocar en la porción incisal vestibular, ya que ésta es la primera en reabsorberse, los gérmenes dentarios temporales crecen en longitud aproximadamente con el mismo ritmo que los maxilares en altura, por lo tanto estos gérmenes mantienen su posición superficial.

2.—PRE-FUNCIONAL (2). Empieza con la formación de la raíz y termina o se completa cuando el diente alcanza el plano oclusal, al iniciarse esta fase la corona está cubierta por el epitelio del órgano del esmalte a medida que la corona se mueve hacia la superficie, el tejido conjuntivo situado sobre el epitelio reducido del esmalte y el epitelio bucal desaparecen, probablemente debido a la acción desmótica del epitelio del esmalte, cuando la cúspide de la corona se acerca a la mucosa, el epitelio de la boca y el epitelio reducido del esmalte, se fusionan en el centro, el epitelio se degenera y la cúspide emerge a la cavidad bucal, por lo tanto la aparición gradual de la corona es debida al movimiento oclusal del diente, (llamada erupción activa) y a la separación del epitelio del esmalte (llamada erupción pasiva) el epitelio reducido del esmalte está fijo a la parte de la corona que aún no ha emergido.

El crecimiento de la raíz o raíces de los dientes se produce por la proliferación coordinada y simultánea de la vaina epitelial radicular de Hertwig y del tejido conjuntivo de la papila dentaria, la proliferación del epitelio se produce por la división mitótica de las células del diafragma epitelial, por ayuda de éste se proliferan las células del tejido conjuntivo en esta fase

pre-funcional de la erupción, la membrana periodóntica primitiva derivada del saco dentario se adapta al movimiento relativo del diente en el cual podemos distinguir tres capas que en su espesor se desarrollan:

a).—Adyacente. Se localiza en la superficie de la raíz, está formada por fibras dentarias, se encuentra entre la raíz y el plexo interdentario.

b).—Adherida. Se encuentra entre el plexo intermedio y el hueso alveolar primitivo, está formada por fibras alveolares.

c).—Plexo Intermedio. Está formado por fibras procolágenas mientras que las dentarias y alveolares son principalmente colágenas, el plexo permite la reconstrucción y el reordenamiento continuo de la membrana periodóntica durante la fase de erupción.

En la región del ápice de la raíz o en el fondo del alveolo, el saco dentario se diferencia por las dos capas; que se encuentra unida al hueso formada por el tejido conjuntivo laxo y la otra adherida al extremo creciente de la raíz del diente que está formado por una red de fibras gruesas, que contienen líquido en los espacios libres situados entre las fibras, la estructura se llama ligamento en hamaca o almoadilla; en esta fase la apófisis alveolar de los maxilares crecen rápidamente al igual que los dientes temporales, los que deben moverse más rápidamente al igual que el crecimiento de altura, la cresta apoficiaria en el proceso de formación rápida de hueso, en el fondo alveolar en este sitio se forman tubérculos paralelos a la superficie alveolar, el número de tubérculos aumenta en esta fase, y varía en las diferentes piezas dentarias, el menor número de tubérculos depende de la distancia que recorre durante la fase de erupción.

También se diferencia el parodonto de protección del tejido conjuntivo de la mucosa bucal, por ser fácilmente atrave-

zado, pero la perforación de la mucosa tiene más dificultad por su estructura fibrosa, el mecanismo del borde incisal o de la cúspide que comprime la mucosa, produciendo una obliteración de los vasos del corión determinando una debilitación de los tejidos blandos.

Se reconoce por una zona bien marcada de izquemia la cual al prolongarse causa la muerte de las células y fibras, la desaparición de la resistencia del tejido, después el tejido izquemático se necrosa y se descama, es aquí cuando el diente hace erupción, en general los dientes superiores aparecen hacia vestibular y los inferiores hacia lingual, en ocasiones aparecen en giro-versión obedeciendo ésto a la falta de espacio, lo que se corrije por sí solo en virtud del aumento progresivo de los maxilares, por la mecánica de los labios, carrillos y lengua.

Los dientes sufren movimientos de inclinación produciéndose la aposición del hueso en aquellas zonas del alveolo dentario en las cuales se va alojando el diente, las modificaciones histológicas son idénticas en las dos denticiones. Solo que presentan muchas diferencias, entre los dientes de raíz múltiple y los de una sola raíz, el hueso del tabique interradicular muestra todos los signos de un rápido crecimiento, también la aposición del cemento ayuda a la bifurcación.

3.—FUNCIONAL (2). Es cuando se vé la diferenciación del parodonsio de inserción, las fibras periodónticas colágenas no pueden seguir el movimiento del diente y llegan a romperse en ocasiones, la migración dental se vé facilitada por las reabsorciones del hueso alveolar.

Una vez que los dientes han encontrado sus antagonistas no es fácil determinar sus movimientos, sin embargo las observaciones y comprobaciones histológicas que demuestran que los dientes continúan en movimiento durante el ciclo vital, éste es hacia oclusal y mecial, lo que se puede demostrar por análisis de los dientes llamados acortados y sumergidos.

Histológicamente las modificaciones del hueso alveolar, nos dan pruebas concretas de los movimientos de los dientes durante el período funcional, ya que durante el crecimiento es bastante rápido, en este período el movimiento de erupción queda oculto por el crecimiento simultáneo de los maxilares.

La movilidad individual de cada diente finaliza a la fricción en los puntos de contacto, manteniéndose en el diente a pesar de la pérdida de substancia en las superficies proximales, gracias al movimiento continuo de los dientes, en dirección a la línea media este movimiento es llamado derivación mesial fisiológica, lo principal es que del fondo alveolar a la cresta alveolar y la pared distal del alvéolo hay desgaste y reabsorción de la raíz de los dientes temporales.

c).—Movimientos de la erupción dentaria

Hay varias teorías sobre este punto, en las cuales los principales factores son (2):

- 1.—Crecimiento de la raíz.
- 2.—Crecimiento de la dentina.
- 3.—La proliferación de los tejidos dentarios.
- 4.—La presión por la acción muscular.
- 5.—La presión desde el lecho vascular de la pulpa (tejido periapdical).
- 6.—Aposición y reabsorción del hueso.

Los movimientos de erupción de un diente son efectos de crecimiento diferencial, es cuando los órganos relacionados crecen con ritmo y velocidad diferentes, la consecuencia inevitable del crecimiento diferencial es el cambio de las relaciones especiales de tales órganos o de la parte de un órgano. La Odontogénesis de casi todos los órganos y del embrión, prueban que el crecimiento diferencial es uno de los factores más importan-

tes de la morfogénesis en el maxilar, el crecimiento diferencial entre el diente y el hueso produce el movimiento de un diente, la fuerza de erupción más evidente está generada por el crecimiento longitudinal de la raíz del diente, pero también hay dientes que mientras se desarrollan sus raíces recorren grandes distancias, mayores que sus raíces enteramente desarrolladas.

El diente se pone en movimiento o se desplaza cuando ya está completamente formada su raíz, estos movimientos son desviados por el crecimiento continuo del cemento, que cubre la raíz y el hueso circundante, por tal motivo el crecimiento de hueso que cubre la raíz es posible gracias a la proliferación activa del tejido, la cual origina presión de los tejidos y puede ser considerada como fuerza primitiva de la erupción.

Esta presión, producida por el aumento de volumen de la pulpa en el espacio del alvéolo, actúa contra el hueso del fondo del alvéolo provocando la reabsorción de éste, por lo tanto no podrá haber movimiento de erupción mientras no exista estructura auxiliar o ligamento de hamaca, éste evita la presión en el tejido óseo, en el fondo del alvéolo e impide la reabsorción del hueso, haciendo que el diente se aloje en el alveolo, por lo tanto este ligamento es el plano o base desde el cual hace erupción el diente, las fibras de adherencia del ligamento tienen que ser reconstruidas constantemente, es decir que tienen que desplazarse el plano de inserción hacia la superficie del maxilar, el mecanismo de desplazamiento aún no se conoce.

La superficie de la raíz está protegida contra la reabsorción por la forma de crecimiento del cemento, aunque no con la misma intensidad durante toda la vida del diente. El mecanismo de erupción de los dientes de raíz múltiple difiere, por el paso de su mecanismo de erupción, ya que se produce más pronto debido a la bifurcación, está enteramente formada, aunque las raíces siguen creciendo, el desplazamiento mesial, es debido primero, a cambios simultáneos en el hueso y el diente, que pa-

rece ser proceso adaptativo determinando, genéticamente la aposición del hueso en la superficie distal del alvéolo, produciendo un aumento de la presión interalveolar.

Para abrir paso a los dientes en movimiento, el desplazamiento vertical no está impedido por el hueso, así la reabsorción se produce en la misma zona, mientras que el diente va inclinándose o rotando, provocando la reabsorción en otro lugar, solo se puede explicar el hecho de que la integridad funcional del diente se mantenga a pesar de sus continuos movimientos, en caso de fractura del alvéolo, se fusionan las fibras y se desincertan, estas vuelven a quedar unidas relativamente en virtud de la neoformación alveolar.

CAPITULO IV

ERUPCION CLINICA DEL DIENTE TEMPORAL (6).

Se puede decir que es cuando el diente hace su erupción dentro de la cavidad bucal, que se puede dividir en cuatro fases o etapas.

a).—REABSORCION DE LA PARED ALVEOLAR. Tanto en la parte anterior como en la posterior, el diente se guía por el movimiento de ascensión.

b).—DESGASTE Y PERFORACION DE LA ENCIA. Se refiere al momento en que el diente está haciendo presión sobre la encía.

c).—REGENERACION ALVEOLAR. Esta se forma a medida que el diente asciende a espensas de la reabsorción alveolar anterior, ocurriendo una aposición ósea interrumpida por la parte radicular para compensar el espacio dejado por el diente en movimiento.

d).—ERUPCION CLINICA DEL DIENTE TEMPORAL. Es cuando la corona ya ha atravezado la encía y se ve perfectamente la corona en la cavidad bucal.

e).—CRONOLOGIA DEL DIENTE TEMPORAL.

Incisivos centrales inferiores

Erupción a los 7 meses

Incisivos centrales superiores	Erupciona a los 9 meses
Incisivos laterales inferiores	Erupciona a los 10 meses
Incisivos laterales superiores	Erupciona a los 12 meses
Primer molar	Erupciona a los 14 meses
Canino	Erupciona a los 18 meses
Segundo molar	Erupciona a los 26 meses

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.

CAPITULO V

DIFERENCIACION DE LOS DIENTES TEMPORALES

Y PERMANENTES (1).

- 1.—La dentición temporal consta de 20 piezas y la permanente de 32.
- 2.—Los dientes temporales son de color azulado.
- 3.—La dentina es más delgada o sea menos densa.
- 4.—La pulpa es más grande y los conductos más pequeños.
- 5.—Los incisivos son más pequeños que los permanentes.
- 6.—Los molares temporales son más grandes que los permanentes que los reemplazan (premolares).
- 7.—El espesor del esmalte y dentina es aproximadamente la mitad de los permanentes.
- 8.—Las coronas son más bulbosas y la constricción más marcada en la zona cervical.
- 9.—El diente tiene un anillo neonatal, los prismas del esmalte no se inclinan apicalmente al dirigirse a incisal u oclusal en el tercio gingival.
- 10.—El diámetro M-D del primer molar temporal, es más ancho que la corona del permanente.
- 11.—La dentina secundaria se forma más rápidamente que

en los permanentes y es más irregular, generalmente en los temporales no se encuentra.

12.—El cemento es más delgado (no hay cemento secundario en los temporales).

13.—Los espacios medulares de hueso alveolar son más grandes.

14.—La membrana periodontal es comparable a la de los permanentes.

15.—La encía es firme y generalmente rosada.

16.—La papila interdental se extiende hasta el punto de contacto.

17.—En los temporales la prominencia cervical del esmalte es bastante marcada y termina bruscamente en la zona cervical.

18.—Sus raíces se absorben en un proceso normal.

19.—Los trabéculos de hueso esponjoso de soporte generalmente son más escasos en número y más gruesos en los permanentes.

También es importante para la protección de los tejidos blandos adyacentes, que cuando falta alguna pieza, o al estar fracturada con bordes cortantes, puede herirse la lengua al pasar constantemente por la zona desdentada, ayuda a la estética, ya que cuando falta alguna pieza la zona se deforma así como el contorno facial, dando lugar a un hundimiento en el lugar.

a).—FUNCION DEL DIENTE TEMPORAL (5). Se emplean para la trituración mecánica de los alimentos del niño, para la digestión y buena asimilación durante el período activo del crecimiento y desarrollo de los maxilares para mantener el espacio en las arcadas dentarias, de la segunda dentición o dientes permanentes, ya que una extracción prematura de los dientes anteriores temporales, nos traerá dificultad en la pronunciación de

los sonidos F, V, S, Z, TH. También dan una función estética y mejoran el aspecto del niño.

También se ha observado que los dientes inferiores hacen erupción primero que los superiores, más pronto en las niñas que en los niños, esto se debe al desarrollo fisiológico, a la constitución, también influye en la erupción dentaria ya que en los niños delgados sus dientes erupcionan primero que en los niños gordos.

b) FUNCION DEL DIENTE PERMANENTE (5). La masticación es la más importante desde el punto de vista fisiológico y en la vida profesional, ésta se efectúa en primer lugar por la incisión o corte por medio de los incisivos, el desgarrar que se hace con los caninos o colmillos al igual que con los premolares o pequeños molares, la trituración o masticación es efectuada por los molares ya que tienen una cara más ancha llamada oclusal.

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

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

CAPITULO VI

PROCESO DE CAIDA DEL DIENTE TEMPORAL.

El proceso de la caída de los dientes temporales resulta de la reabsorción de sus raíces, ésta empieza cuando el diente permanente ha iniciado ya su movimiento en dirección gingival, la reabsorción se efectúa en períodos, alternándose unos de actividad y otros de descanso, en éstos es cuando se puede producir una reparación de apocitos, de cemento o de hueso en la superficie absorbida.

Los ostioclastos se diferencian a partir de las células del tejido conjuntivo laxo, como respuesta a la presión que ejerce el diente permanente, que se desarrolla y crece en proceso de erupción. La presión que ejerce la corona del diente permanente contra el hueso que forma el alvéolo donde está implantado el diente temporal, hace que ésta se reabsorva, en los caninos empieza en el tercio apical de la superficie lingual, ya que el movimiento del permanente se verifica en dirección vestibuloclusal, porque el diente permanente se encuentra en dirección apical con respecto al diente de leche.

El diente temporal o caduco, se puede caer antes de que el permanente erupcione, sin embargo muchas veces el temporal ocupa su sitio y el permanente hace erupción por detrás de él.

Frecuentemente la reabsorción de las raíces de los molares empieza en las superficies de las raíces contiguas al tabique in-

teradicular, esto se debe a que los gérmenes de los premolares se han situado entre las raíces de los molares temporales, en estos casos la reabsorción de las raíces se produce antes de la caída y los premolares en crecimiento tienen espacio adecuado para su desarrollo, las zonas de reabsorción temprana en el molar temporal son reparadas por la aposición de cemento nuevo y de la regeneración del hueso alveolar, pero en las siguientes etapas los premolares se reponen, y muchas veces las raíces de los molares temporales quedan totalmente reabsorvidas, la reabsorción osteoclástica que se inicia por la presión del diente permanente sobre el temporal, es la primera razón para su eliminación, sin embargo hay otros factores como son: El debilitamiento de los tejidos de sostén por la reabsorción de sus raíces, dejando grandes zonas libres por la constante erupción pasiva y activa de los dientes permanentes, que parece ser acelerada en la época de la muda de los dientes temporales, crece hacia abajo haciendo que la corona clínica se agrande y la raíz se acorte, las fibras masticatorias aumentan debido al crecimiento de los músculos, esto se combina con la reabsorción de la raíz y la erupción donde resulta la rápida pérdida del diente temporal.

Las fuerzas masticatorias que actúan como fuerzas traumáticas sobre el diente, debido a la pérdida de grandes zonas de la membrana paradontica llegan a producir grandes hemorragias, trombosis, necrosis, estos trastornos se encuentran con más frecuencia en las bifucaciones de las superficies interradiculares, en cambio en estas regiones la reabsorción del hueso y en la formación de substancia dentaria es más rápida aliviando la presión.

La pulpa tiene un papel pasivo durante este período y aún en las últimas etapas de la reabsorción del diente temporal, la pulpa de la parte oclusal puede aparecer normal con los odontoblastos en funcionamiento, dado que los elementos celulares de la pulpa son idénticos a los del tejido conjuntivo subyacen-

te, eso explica la resistencia, que tienen los dientes temporales hasta el último momento aún después de la pérdida total de sus raíces.

Los remanentes retenidos, en algunos casos persisten durante años en buen estado, es frecuente que las reabsorciones activa y pasiva provoquen aflojamiento y la pérdida de éstos, en ocasiones la pérdida puede ser por efecto traumático debido a que sus raíces son angostas y cortas, algunas veces el diente permanente solo ocasiona la reabsorción de la raíz del diente temporal.

a).—REMANENTES DEL DIENTE TEMPORAL (2). Estos pueden permanecer durante largo tiempo y se encuentran generalmente en las zonas de los premolares inferiores, y pueden encontrarse anquilosados en las partes profundas del hueso del maxilar, cuando se encuentran en las superficies pueden ser eliminados fácilmente, pero también pueden desarrollarse ocasionalmente quistes al rededor de las raíces de los dientes permanentes.

b).—DIENTES TEMPORALES SUMERGIDOS (2). Las lesiones traumáticas, por otra parte puede llegar a anquilosar los dientes temporales, una vez anquilosados cesa la erupción activa del diente, apareciendo más corto debido a la erupción continua de sus dientes vecinos, el acortamiento puede ser debido a que está sobrepasado en el crecimiento del hueso alveolar.

Las raíces y coronas de esos dientes muestran una extensa reabsorción, por lo tanto éstos impiden la erupción de los dientes permanentes y los obligan a aparecer fuera de la oclusión normal, por esto es importante extraerlos lo más pronto posible.

c).—DIENTES EN POSICION ANORMAL (2). Se refiere a la erupción etópica la cual se produce en las zonas de caninos y es frecuente en los dientes permanentes, cuando el permanente

de los 6 años o sea el primer molar aparece en posición dirigida hacia meial produciendo reabsorción de la raíz del segundo molar permanente.

d).—EXAMEN GENERAL Y DENTAL DEL NIÑO; (1) Colocación del paciente:

Nombre: Sexo:

Edad:

Conformación general: Cabeza:

Arcos dentarios: Dientes:

Antecedentes personales:

Padecimiento actual:

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Elección del instrumental:

Lesiones patológicas en boca:

Oclusión:

Higiene bucal, hábitos, cáries:

Piezas afectadas, permanentes y temporales:

Piezas faltantes:

Piezas existentes:

Tiempo de inicio, evolución del padecimiento:

Actualización del padecimiento, terapéutica empleada:

Pruebas de laboratorio:

Hemoglobina	De 13 a 15 gr.%
Glóbulos blancos	De 4 a 6 millones m.m.3.
Glóbulos rojos	De 5 a 6 millones cc. en hombres.
Tiempo de protrombina	De 11 a 14 segundos.
Tiempo de sangrado	De 3 a 4 minutos.
Tiempo de coagulación.	Quick de 90 a 180 segundos.



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

CAPITULO VII

ERUPCION PERMANENTE (6).

Cuando el diente permanente está en movimiento, mismo que lo va a llevar a la cavidad bucal, el diente temporal está en pleno proceso de reabsorción radical, tanto la cronología de erupción de los dientes permanentes como la de los temporales son modificadas por muchos factores entre los cuales tenemos: La raza, tipo de dieta, influencia de enfermedades infecciosas agudas, clima, herencia, sexo, etc., por esto se ha observado al igual que en la primera dentición que en las niñas hace primero erupción que en los niños, así como en los niños delgados que en los gordos.

a).—SIGNOS QUE SE PRESENTAN NORMALMENTE DURANTE LA ERUPCION (5).

- 1.—Hinchazón y congestión de la encía.
- 2.—Pérdida de apetito.
- 3.—Aumento de flujo salival.
- 4.—Comezón.
- 5.—Fiebres ligeras.
- 6.—Frecuentemente presentan diarreas.
- 7.—Intranquilidad y sueños agitados.

b).—ERUPCION EN SI (6). Se puede decir que se divide en tres períodos:

1.—Reabsorción de la raíz temporal, sobre este período hay varias teorías, entre ellas tenemos:

QUIMICA.

MECANICA.

Mecánica (4). Dice que las raíces se absorben por la atrofia mecánica, que causa el diente permanente en la raíz del diente temporal.

Química (4). Dice que la reabsorción es fenómeno químico cuya causa reside en el órgano del esmalte del diente permanente. También la existencia de células ostioclasticas que atacan el cemento y detina de los dientes, el tejido óseo que está en contacto con el tejido blando inflamado sufre una reabsorción.

2).—Reabsorción de la estructura ósea alveolar (6). Es la reabsorción del hueso tubular, dispuesto en franjas paralelas y sucesivas en el espacio desalojado del diente temporal.

3).—Erupción clínica (6). Es la realizada por el diente hasta ponerse en contacto con su antagonista, en la cual encontramos la erupción pasiva, que es la proyección de la cresta alveolar y del fondo del saco gingival hacia el ápice, la erupción activa, es la compensación del desgaste por la masticación, tratando de conservar el espacio intermaxilar, la erupción acelerada es la unión de las formas activa y pasiva desarrolladas en corto tiempo.

c).—CRONOLOGIA DEL DIENTE PERMANENTE (6).

Piezas	Superiores	Inferiores
Incisivo central	A los 7 años	A los 6 años.
Incisivo lateral	A los 8 años	A los 7 años.
Canino	A los 12 años	A los 11 años.

Primer premolar	A los 11 años	A los 9 años.
Segundo premolar	A los 12 años	A los 10 años.
Primer molar	A los 7 años	A los 6 años.
Segundo molar	A los 13 años	A los 12 años.
Tercer molar	A los 17 en adelante	A los 17 en adelante

d).—MODO DE FIJACION DEL DIENTE (5). El diente al hacer erupción perfora el hueso alveolar y la encía, esa es una fijación pero el principal elemento de unión es el periostio alveolodentario, que consiste en una hojilla membranosa que se continúa en el cuello del diente con la laminilla fibrosa que cubre la encía, penetrando en el alvéolo entre la raíz y la pared alveolar perdiéndose en el manojito vasculo nervioso, siendo muy grueso en el niño, porque está destinado a segregar parte de la raíz, el espesor disminuye en el adulto y en el viejo es imperceptible. Puede inflamarse produciendo periostitis alvéolo dentaria.

Esta puede persistir durante meses o años y termina por provocar la expulsión del diente, sin que haya sufrido alteración alguna.

Mucosa bucal. Esta cambia notablemente de color, consistencia y textura, según la raza y nutrición del individuo, forma el reborde alveolar y penetra en el intersticio de los dientes, la mucosa gingival se confunde íntimamente con el periostio que cubre el maxilar confirmando una fibromucosa que rodea el cuello del diente, fijándose íntimamente a él, de manera que forma un órgano poderoso de unión.

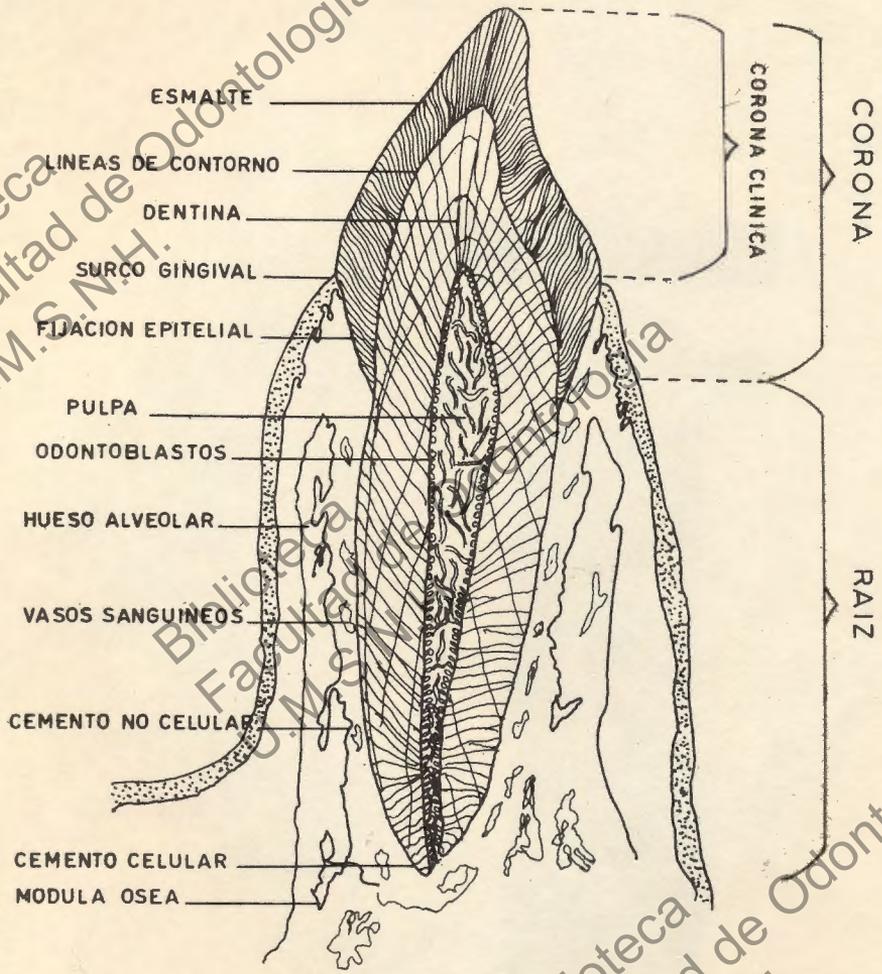
En los niños la encía cubre por completo el alvéolo antes de la erupción dentaria y el tejido es tan resistente a veces que los dientes no llegan a perforarla, resultando de esta presión continua, fuertes dolores y a veces serios accidentes.

Los gérmenes de muchos dientes permanentes se encuentran impactados, sobre todo es más frecuente encontrar a los terceros molares y caninos superiores, también encontramos dientes apiñonados, ésto es cuando no hay suficiente espacio para la erupción, los más frecuentes son: Caninos premolares e incisivos laterales.

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.



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