

Mantenedor telescópico anterior en pérdida dental prematura en dentición decidua: Caso clínico

Anterior telescopic maintainer in premature loss of teeth in deciduous dentition: Case report

Herrera B.¹

Resumen

Los dientes deciduos son los responsables de conservar el espacio para alinear los dientes permanentes. Sin embargo, aunque en el sector anterior no haya pérdida de espacio, si un paciente presenta una pérdida prematura de un incisivo superior deciduo y las piezas definitivas presentan una escasa calcificación de su raíz, es conveniente la mantención del espacio, de lo contrario realizar el control. Si sólo se ha perdido un incisivo, se puede indicar el uso de un mantenedor telescópico.

Se presenta el caso de un niño de 5 años de edad, que acudió al Servicio de Operatoria Dental del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), por fractura de corona de incisivo superior anteriormente tratada. El tratamiento consistió en la confección de un mantenedor telescópico anterior para suplir la carencia de éste.

Palabras clave: Mantenedor telescópico, pérdida dental prematura.

Abstract

The deciduous teeth are responsible for preserving the space to align the permanent teeth. However, while in the anterior region is no loss of space, if a patient has a premature loss of a maxillary incisor deciduous and permanent teeth have poor root calcification, is appropriate space maintenance, otherwise make a control. If only it is lost one incisor, may be indicate the use of a telescopic maintainer.

We present a case of a 5 year old boy, who attended the Operative Dental Service of the National Institute of Child Health, because he had a crown fracture previously treated in maxillary incisor. The treatment consisted in making an anterior telescopic maintainer to supply this deficiency.

Key words: Telescopic maintainer, premature loss of teeth.

Introducción

El mantenimiento del espacio dejado por la pérdida prematura de los dientes deciduos es de

¹CD. Residente Instituto Nacional Salud del Niño INSN Especialidad de Odontopediatría. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.

vital importancia. Preservar el espacio suficiente para las piezas dentarias permanentes que aparecerán en boca después es uno de los principales motivos. Sin embargo, aunque en el sector anterior éste no es el motivo principal, también se colocan mantenedores pero por otras razones.¹

Mantenedores de espacio:

Los mantenedores de espacio se utilizan para la prevención de la pérdida de longitud de arcada facilitando la erupción de los dientes subyacentes y sin interferir en la erupción de los antagonistas.²

Condiciones:

Los mantenedores deben cumplir con las siguientes condiciones:

- permitir la erupción y la evolución normal de los dientes permanentes.
- si es posible, deben restablecer la función masticatoria.
- si es posible, deben restablecer las funciones de deglución, fonación y la estética.^{2,3}

Clasificación:

Se pueden clasificar en:

- fijos
- removibles

- semifijos

En el caso que presentamos, el mantenedor telescópico anterior, se trata de uno fijo.

Pérdida dental prematura:

Si un paciente presenta una pérdida prematura de un incisivo superior deciduo y las piezas definitivas presentan una escasa calcificación de su raíz, es conveniente la mantención del espacio, de lo contrario se realiza el control. Evidentemente es mejor la prevención e indicar protectores bucales en caso de que practiquen deportes peligrosos.¹

Importancia del Mantenedor Telescópico:

El mantenedor es importante por la implicación estética y la afectación psicológica que pueda presentar el paciente, pero también para preservar la fonovocalización y no establecer un hábito de deglución con interposición lingual.²

Si sólo se ha perdido un incisivo se puede indicar el uso de un mantenedor telescópico, si se han perdido más dientes se puede utilizar un termomoldeado con la pieza o una placa activa con la pieza. Las placas activas con dientes protésicos están especialmente indicados si el paciente presenta además otro tipo de maloclusión y se diseñará la placa para corregirla.²

Indicaciones:

Se usa para dientes anteriores en maxilares en crecimiento.

Consta de bandas en ambos primeros molares. En una se suelda un tubo que se adapta siguiendo las superficies palatinas de los dientes y al que se suelda el diente de prótesis. En la otra banda se suelda un alambre que se adapta también a las superficies linguales de los dientes de la otra hemi-arcada y acaba introduciéndose en el tubo de la otra mitad.²

Ventajas:

- Se puede utilizar en niños poco colaboradores.
- Estética aceptable.
- Se evita el desgaste de las piezas adyacentes al espacio edéntulo.

Desventajas

- Si no se tiene una buena higiene puede haber acúmulo de detritos en zonas adyacentes a bandas y pónico.
- Poca estabilidad para desgarrar alimentos en zona donde se encuentra el pónico.

Reporte del caso:

Paciente niño de 5 años de edad que acude al Servicio de Operatoria Dental del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), y a la consulta madre refiere “deseo que le coloquen el diente que se le ha roto a mi hijo”. Paciente no refiere antecedentes de enfermedad sistémica. Al examen clínico, se observa Pza. 51 con pérdida de corona clínica reconstruida en su totalidad con resina anteriormente. Además, se observa radiográficamente

obtención de conducto radicular compatible con tratamiento pulpar realizado anteriormente en dicha pieza. También se observa presencia de perno de fibra de vidrio en la corona reconstruida que entregó la madre al momento de la consulta. El diagnóstico que presentó es fractura de corona clínica de Pza. 51.

Objetivos:

- Devolver la estética del sector anterior de la arcada dentaria superior.
- Preservar la fonovocalización correcta.
- Evitar el hábito de deglución con interposición lingual.

Metodología:

Primera cita:

1. Toma radiográfica de Pza. 51 para observar la condición de la raíz y el estado del tratamiento pulpar realizado.
2. Obturación con Ionómero vítreo fotocurable la entrada al conducto radicular de la pieza, para evitar contaminación del tratamiento pulpar efectuado.
3. Colocación de separadores interproximales entre Pzas. 54 y 55, y entre Pzas. 64 y 65.

Segunda cita:

1. Retiro de separadores interproximales.

2. Adaptación de bandas en Pzas. 55 y 65.
3. Toma de impresión de arrastre con alginato en arcada superior y su antagonista para la confección del mantenedor en el laboratorio.
4. Vaciado con yeso piedra de la impresión.
5. Envío al laboratorio de las impresiones para la elaboración del mantenedor telescópico anterior.

Tercera cita:

1. Prueba en boca de mantenedor telescópico.
2. Adaptación y desgaste de pñntico si es necesario, para que adapte bien en espacio edéntulo y no interfiera en la oclusión.
3. Prueba final de mantenedor antes de la cementación definitiva.
4. Cementación definitiva de mantenedor telescópico anterior.

Indicaciones postoperatorias

Se indicó a la madre para que guíe al niño:

- Evitar desgarrar con el sector anterior donde se encuentra el aparato.
- Comer alimentos cortados en trozos pequeños para evitar el sobreesfuerzo del mantenedor y su posible fractura y/o desadaptación.

- Higiene bucal diaria con cepillo dental, pasta fluorada y uso de hilo dental, para evitar acúmulo de alimentos y posterior desmineralización en zonas adyacentes a bandas y pñntico.
- Vuelva al servicio para su control en 1 semana y luego al mes.
- Se controlará además periódicamente con radiografías periapicales cada 6 meses, para evaluar el grado de desarrollo radicular y el patrón de erupción de los incisivos permanentes.

Usará este mantenedor aproximadamente hasta antes que cumpla 7 años de edad, dependiendo de las placas radiográficas, para su posterior retiro y evitar que interfiera en la correcta erupción de las piezas permanentes.

Discusión

La Academia Americana de Odontopediatría estableció en sus guías del 2006-2007 que el objetivo de los mantenedores de espacio era prevenir la disminución de la longitud y el ancho de los arcos dentarios, así como el perímetro, y mantener en posición la dentición existente.⁴

Ante la pérdida de un incisivo deciduo no es preciso, en principio, hacer nada, tan sólo observar periódicamente el caso, otras opciones son la colocación de un mantenedor de espacio removible o en niños pequeños poco colaboradores, se puede colocar un mantenedor anterior fijo básicamente por razones estéticas, estos niños pueden desarrollar un hábito de lengua que puede corregirse añadiendo al mantenedor una rejilla lingual.⁵



Fig. 1: Vista oclusal de arcada superior luego de haber colocado el ionómero vítreo en Pza. 5.1 y separadores interproximales.



Fig. 2: Vista oclusal de arcada inferior



Fig. 3: Vista frontal en oclusión



Fig. 4: Vista oclusal de mantenedor telescópico anterior en modelo de yeso piedra.



Fig. 5: Vista oclusal de arcada superior



Fig. 6: Vista frontal luego de cementado el mantenedor.

Respecto a las prótesis fijas, en este caso el telescópico anterior, probablemente no se instala con el propósito de evitar la pérdida de espacio, ya que como cita Barrios y Salas (2006) no se espera el movimiento mesial de las piezas vecinas siempre y cuando los caninos hayan erupcionado y mantengan su intercuspidadación, sino con propósitos estéticos y para facilitar una fonación normal.⁶

Conclusión

El uso del mantenedor telescópico anterior es de suma utilidad, ya que pudimos comprobar que cumple con los objetivos requeridos de devolver la estética del sector anterior de la arcada dentaria superior, ayudar a preservar la correcta fonación y evitar el hábito de deglución con interposición lingual.

Referencias

1. Moreno S, Pedraza G, Lara E. Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. Revista ADM /ENERO-FEBRERO 2011/VOL .LXVIII. No.1. pp. 30-34.
2. Pablo A. Mantenedores y recuperadores de espacio. Ortodoncia Clínica 2002;5(2):88-98.
3. Quiros O. Manual de Ortopedia Funcional de los maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Segunda reimpresión 2000. AMOLCA.
4. Tunison W., Flores C., ElBadrawy H., Nassar U., El- Bialy T. 2008. Dental arch space changes following premature loss of primary first molars: a systematic review. *Pediatr Dent.* 30:297-302.
5. Mendoza A, Solano R. Manejo del espacio I. Bases. *Odontología PEd*, 1:32-36, 1991.
6. Barrios Z., Salas M. 2006. Tratamientos protésicos en dentición primaria: Revisión de la literatura. *Revista Odontológica de Los Andes.* 1(2): 61-69.

Recibido: 19 de Noviembre 2014

Aceptado: 23 de Enero 2015

Correspondencia: bernardherrera@hotmail.com

Herrera González, Meli Bernard. CD Esp. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.