



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

Manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos
temporarios

AUTORA:

Gisselle Alacid Rodríguez Lugo

TUTORA:

Dra. Evelyn Tovar Moreira, Mg.

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2022

CERTIFICACIÓN

Mediante la presente certifico que la egresada Gisselle Alacid Rodríguez Lugo se encuentra realizando su tesis de grado titulada **Manejo clínico en niños con perdida prematura de caninos temporarios**, bajo mi dirección y asesoramiento, y de conformidad con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Dra. Evelyn María Tovar Moreira, Esp.
Directora de Tesis

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Gisselle Alacid Rodríguez con C.I # 131108855-1, en calidad de autora del proyecto de investigación titulado **“Manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios”**. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor/a me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

GISSELLE ALACID RODRÍGUEZ

C.I 131108855-1

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Odontología

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema **“MANEJO CLÍNICO EN NIÑOS CON PERDIDA PREMATURA DE CANINOS TEMPORARIOS”**

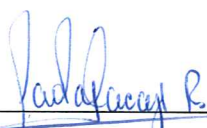
Presidente del tribunal


Od. María Fernanda Carvajal Campos

Miembro del tribunal


Dra. María Teresa Restrepo Escudero

Miembro del tribunal


Dra. Paola Pacajá Ruiz

Manta, 16 de Marzo del 2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo y todo mi esfuerzo a Dios y a mi familia por estar siempre para mí en todo momento, a mis madres Giselly Lugo y Alacid Cevallos, que son mi motor y sustento, que me alientan a seguir mis sueños y me apoyan en todo momento con su amor incondicional. A mi papá José Antonio, mi ángel, que se que estaría orgullo de mis logros.

A mi novio José Cepeda que siempre han estado a mi lado y me han acompañado en estos años de esfuerzo, motivándome cada día y siempre diciéndome que lo lograré.

A mis demás familiares y amigos cercanos que siempre han estado en mi vida apoyándome cuando lo necesito y celebrando junto a mí, mis logros.

A mis maestros por enseñarme y brindarme sus conocimientos a lo largo de mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a nuestro creador por la vida vida y permitir que mis sueños se estén cumpliendo, por mantenerme con salud junto a mis seres amados, por estar rodeada de su amor incondicional.

Doy gracias a mis madres que son las que siempre están para mí, sin ellas no estaría donde estoy ahora, a mi novio que siempre ha sido mi gran motivador para seguir con lo que anhelo, así mismo gracias a mis amigos y familiares que siempre me aconsejan y ayudan.

Agradecido con los Docentes de mi universidad que me ayudaron en mi formación académica brindándome sus conocimientos para ser una gran profesional y sobre todo un agradecimiento muy especial a la Dra. Evelyn Tovar Moreira Mg. que con su paciencia y sabiduría fue partícipe en este camino siendo una excelente Tutora y Maestra.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	2
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	3
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
1.1 Planteamiento Del Problema	13
1.2. Objetivos De La Investigación	16
1.2.1. <i>General</i>	16
1.2.2. <i>Específicos</i>	16
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes De La Investigación.....	18
2.2. Bases Teóricas.....	20
2.2.1. <i>Funciones de la dentición primaria.</i>	20
2.2.2. <i>Desarrollo de la dentición temporaria o dentición primaria</i>	23
2.2.3. <i>Indicaciones para la exodoncia de dientes primarios</i>	34

2.2.4. <i>Pérdida prematura de dientes deciduos</i>	35
2.2.5. <i>Tratamiento de la pérdida prematura de dientes deciduos</i>	38
2.2.6. Mantenedores de espacio	40
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	46
3.1. Tipo y diseño de investigación	46
3.2. Metodología de búsqueda bibliográfica	46
3.3. Criterios para la inclusión de artículos	46
3.4. Plan de análisis	46
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

RESUMEN

Introducción: La pérdida prematura de los caninos temporales se refiere, a las complicaciones que puede llegar a comprometer el mantenimiento normal del perímetro o longitud de arco y por consiguiente la erupción del órgano dental sucesor, afectando de esta manera al estadio de desarrollo del diente permanente que va a sustituir a el diente temporal perdido. **Objetivo:** Describir el manejo clínico en niños con perdida prematura de caninos temporarios. **Método:** Se realizará a un estudio cualitativo y cuantitativo de revisiones sistemáticas de literatura con la aplicación de métodos descriptivos ya sea por revistas y artículos científicos. **Resultados:** Las complicaciones que se originan por la pérdida prematura de caninos temporales son: Inclinação y migración de los dientes vecinos, desviaciones de la línea media y asimetría dental, disminución del espacio para el órgano dental sucesor permanente, disminución del perímetro del arco dental, mal posiciones dentales, apiñamientos. **Conclusión:** Es fundamental enfatizar la importancia de la salud bucal de los infantes e informar a los cuidadores sobre la posibilidad de problemas como maloclusiones, complicaciones en la pronunciación de palabras, impacto en la calidad de vida, entre otros, causados por la pérdida prematura de los caninos temporales. Es imperativo concienciar a los niños y los padres, acerca de la importancia de la salud bucodental para mantener los caninos temporales y evitar las consecuencias de la pérdida prematura.

Palabras Clave: Manejo clínico, perdida prematura, caninos temporarios.

ABSTRACT

Introduction: The premature loss of the primary canines refers to the complications that can compromise the normal maintenance of the perimeter or arc length and consequently the eruption of the successor dental organ, thus affecting the stage of development of the permanent tooth that will to replace the missing temporary tooth. **Objective:** Describe the clinical management of children with premature loss of primary canines. **Method:** A qualitative and quantitative study of systematic literature reviews will be carried out with the application of descriptive methods either by journals and scientific articles. **Results:** The complications that are generated by the premature loss of primary canines are: inclination and migration of neighboring teeth, deviations from the midline and dental asymmetry, decreased space for the permanent successor, shortening of the arch perimeter, bad dental positions, crowding. **Conclusion:** It is essential to emphasize the importance of infants' oral health and inform caregivers about the possibility of problems such as malocclusions, complications in the pronunciation of words, impact on quality of life, among others, caused by the premature loss of canines. temporary. It is imperative to educate children and parents about the importance of oral health to maintain temporary canines and avoid the consequences of premature loss.

Key Word: Clinical management, premature loss, temporary canine.

INTRODUCCIÓN

La pérdida prematura de los caninos temporales se refiere, a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a complicar el mantenimiento fisiológico de la dimensión de arco dental y por ende la erupción normal del diente sucesor, afectando el desarrollo del arco dental, dimensiones y por consiguiente el recambio del órgano dental permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido .La función de los dientes temporales consiste en mantener la dimensión del arco dental, la pérdida prematura constituye una causa local de anomalía adquirida de la oclusión, conllevando esto a una disminución del espacio necesario para el órgano dental sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada (Villalba N. y Cols., 2021).

Se considera pérdida prematura cuando los dientes temporales se les realiza la extracción antes del periodo de recambio natural con menos de las tres cuartas partes o la mitad de la raíz del órgano dental sucedáneo formado, o bien si existe más de 1 mm de hueso alveolar cubriendo el órgano dental sucesor permanente (Guerrero M. y Cols., 2016).

La pérdida temprana de órganos dentales deciduos en niños y niñas, se ha constituido en un factor de riesgo, que puede afectar a la dentición permanente y trayendo como resultado una mala oclusión dental. La pérdida prematura de órganos dentales temporales en el maxilar y la mandíbula, tiene una razón de productos cruzados de mala oclusión (Chaves M. 2010).

Existen varias causas por la que se da la pérdida temprana de los caninos temporales pero las más comunes son: Caries dental, resorciones radiculares atípicas; Causas Involuntarias como: los traumatismos que se observan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta los dientes anterosuperiores más frecuentemente; Intencionales las cuáles son: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), actividades deportivas, asaltos, riñas; Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana que muchas veces pueden ser patológicas y por lo tanto se da la pérdida antes del tiempo de recambio dental (Villalba N. y Cols., 2021).

Los órganos dentales temporales, conocidos también como dentición primaria o decidua, es la primera que se evidencia en la cavidad oral. Los órganos dentales temporales inician su erupción entre los 6 y 7 meses, completándose a los 29 meses de edad (Espín N. y Cols., 2021).

Los dientes temporales son importantes para el crecimiento y desarrollo craneofacial, dado que mantienen el espacio para los dientes sucesores y es fundamental para la función masticatoria, la deglución, la articulación y la estética del niño. La pérdida prematura de dientes temporales (PPDT) se define de diversas maneras según la literatura publicada, considerada como la pérdida prematura del diente temporal antes de que el diente permanente sucesor se pueda palpar, entre dos exámenes sucesivos en un periodo de un año y cuando fue extraído antes de la exfoliación natural del diente (Espín N. y Cols., 2021).

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento Del Problema

Actualmente las pérdidas prematuras de los órganos dentales se consideran un problema de salud pública con una creciente incidencia en varios países en desarrollo, y consecuencias irreversibles sobre la salud de los pacientes pediátricos. Aún persiste la desinformación sobre todo en los padres sobre la importancia de los dientes temporales y su permanencia en la cavidad bucal hasta su recambio natural (Cornejo S. 2021).

Los dientes temporales deben ser conservados hasta el periodo del recambio fisiológico, por las diversas funciones que cumplen; sin embargo, es frecuente la pérdida temprana de dientes temporales con predisposición a la pérdida del equilibrio dentario llegando a producir disminución del perímetro del arco, provocando problemas en el ATM, mal oclusión, diversos tratamientos a edades tempranas; por lo cual también es importante determinar los factores de la pérdida prematura de los dientes temporales, permitiendo orientar en las decisiones para evitar las consecuencias (Cornejo S. 2021).

La Organización Mundial de la Salud reconoce que la salud bucal del grupo de la población infantil preescolar está comprometida. Diferenciándose de la mayoría de los países de América Latina, esta situación es mínima en países desarrollados como Japón, los países Escandinavos, Noruega, Suecia y Suiza. La Organización Panamericana de la Salud considera prioritaria la atención odontológica a niños y niñas (Chaves M. 2010).

El proceso de crecimiento y desarrollo es fundamental en la edad de 1 a 5 años, por lo que es muy importante prestar especial atención a las causas de morbilidad y mortalidad y se posponen así, las acciones o intervenciones, hacia este grupo de población, en la disciplina odontológica (Chaves M. 2010).

La prevalencia de la pérdida temprana de caninos deciduos varía en la población pediátrica dependiendo de múltiples factores. La pérdida prematura de los órganos dentales temporales es un hallazgo muy frecuente en la población infantil y los estudios han reportado rangos desde el 40 al 70%. Los efectos de la pérdida prematura de los caninos temporales incluyen la alteración en la fonación con distorsión del habla, cambios en la dimensión anterior y posterior de los arcos maxilares, pérdida de espacio posterior a la extracción del diente temporal e impacto en la calidad de vida. Dentro de otros factores incluyen: desórdenes congénitos, exfoliación prematura de dientes temporales particularmente los caninos, erupción ectópica de dientes permanentes, trauma dental, entre otros. Los dientes temporales, conocidos también como primarios o deciduos, son los primeros en aparecer en la cavidad bucal. Los dientes temporales empiezan el proceso eruptivo entre los 6 y 7 meses, finalizando a los 29 meses de edad. Esta dentición es de gran importancia para el crecimiento y desarrollo craneofacial, dado a que mantiene el espacio necesario para los dientes sucesores permanentes y es fundamental para la masticación, la deglución, la articulación y la estética del niño (Espín N. y Cols., 2021).

En este sentido, algunas investigaciones han tenido como objetivo determinar el nivel de conocimiento, las preferencias, actitudes y percepciones en relación a la pérdida prematura de los caninos temporales, esperando a la vez que el presente trabajo pueda contribuir a la comunidad odontológica y sea de utilidad en el quehacer diario de la profesión.

Formulación Del Problema

¿Cuál es la importancia del manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios?

1.2. Objetivos De La Investigación

1.2.1. General

- _ Describir el manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios.

1.2.2. Específicos

- _ Identificar las causas que intervienen en pérdida prematura de caninos temporarios.
- _ Analizar las complicaciones que se generan por la pérdida prematura de caninos temporarios.
- _ Determinar la prevalencia en pacientes pediátricos por pérdida prematura de caninos temporarios.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los caninos temporales, por ser de los últimos en realizar el recambio con los caninos permanentes, son sumamente importantes para el mantenimiento del espacio en el arco dental y la adecuada oclusión. Su pérdida temprana tiene mayor repercusión sobre el sector anterior, aunque así mismo también puede afectar el sector posterior (Morera A. y Cols., 2016).

Se define como pérdida prematura de un diente temporal cuando ocurre antes de su recambio fisiológico normal siendo el único tratamiento viable la extracción de los dientes afectados, a pesar de los tratamientos preventivos odontológico, las extracciones dentales prematuras siguen siendo un procedimiento frecuente en la práctica odontológica (Vera G. y Cols., 2019).

La finalidad de realizar estos tipos de revisiones relacionados a la pérdida prematura de caninos temporales, va más allá de ser expectantes; es en considerar buscar soluciones, dado que la pérdida prematura de dientes temporales tiene un impacto negativo en la salud bucal general y en la calidad de vida de los pacientes pediátricos que debemos considerar (Cornejo S. 2021).

El presente trabajo de investigación permitirá evaluar las decisiones en el manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios, y de la misma manera obtener información importante, que permita orientar al odontólogo para brindar una mejor atención a los pacientes que presenten este tipo de complicación.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes De La Investigación

Espín M. y Cols. (2021) realizaron un trabajo en donde obtuvieron datos importantes relacionados a la frecuencia de la pérdida prematura de dientes temporales fue con un 56,5% sin diferencias estadísticas relevantes entre el género y la edad. El mantenedor de espacio se utilizó en el 30% de los casos. No existieron diferencias estadísticamente significativas por género y edad. La pérdida prematura de dientes temporales fue elevada para el grupo estudiado. La confección del mantenedor de espacio fue baja. El introducir programas educativos y preventivos para promover la salud oral pueden ayudar a los niños a mantener saludable la dentición temporal y evitar alteraciones en el desarrollo de la oclusión.

Vera G. y Cols. (2019) efectuaron un estudio cuantitativo bibliográfico - documental, observacional, de campo, de corte transversal, tipo exploratoria, descriptiva; utilizaron una técnica de observación y el instrumento que se utilizó fue a través de la recolección de datos mediante una ficha de observación, los resultados se les aplicó estadística descriptiva. Se estudiaron 43 pacientes. Se determinó mediante el estudio realizado que los niños de 6 años presentan con mayor frecuencia perdidas de sus piezas dentales temporales.

Cornejo S. y Cols. (2019) realizaron un estudio observacional, prospectivo, transversal y relacional; la población estimada fue 1617 escolares de ambos sexos de 6 a 10 años con una muestra aleatoria estratificada de 180 niños. En el examen clínico se valoró el índice del Sistema Internacional de Detección y

Control de Caries (ICDAS II), Pulpitis, Úlcera, Fístula, absceso (PUFA-pufa) y la dieta a través del cuestionario de Lipari y Andrade. Se halló que a mayor edad existe mayor pérdida dental en promedio de 79%, el sexo masculino tuvo 86 % de pérdida dentaria comparado con el femenino 73.4 %; por lo tanto, los varones poseen un factor de riesgo de 71.7.

Morera A. y Cols. (2016) Realizaron un estudio descriptivo, transversal, en niños de 5 a 9 años de edad. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, causa de la pérdida de los caninos temporales y anomalías dentomaxilofaciales. La pérdida prematura de los caninos temporales fue más frecuente en niños de 5 y 6 años de edad; la causa mayor fueron las extracciones indicadas (66,7 %). La linguoversión de incisivos inferiores y el sobrepase aumentado, fueron identificados como las alteraciones más comunes.

Villalba N. y Cols. (2013) dentro de este trabajo muestran que la prevalencia de pérdida prematura de dientes temporarios es en niños de 0 a 7 años de edad. Considerando el resultado de esta investigación se torna necesario implementar charlas educativas dirigidas a los padres o encargados sobre prevención y atención temprana de los niños, determinando que, a edades tempranas de 0 a 3 años, solo se presenta un 2 % de pérdida prematura, encontrándose la mayor frecuencia de pérdida prematura en los niños de 4 a 7 años de edad en un 98%.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Funciones de la dentición primaria.

Los veinte órganos dentales que conforman la dentición temporal poseen varias funciones como parte de los diversos elementos que integran el sistema estomatognático. Dentro de estas funciones está la masticación, función principal del sistema que tiene múltiples acciones y efectos a los diversos elementos, siendo estos estímulos positivos o negativos de acuerdo a su resultado final. Una de estas funciones, es la preparación de los alimentos que son consumidos a través de la masticación o trituración y que sean deglutidos y que a través de la digestión puedan ser asimilados todos los elementos que aportan nutrientes al organismo. Por otra parte, los órganos dentales son elementos fundamentales dentro de la conformación de los arcos dentales, su posición dentro de este arco y sus relaciones en sentido proximal y oclusal permiten mantener un equilibrio funcional para la oclusión (Fig. 1) (Oliveira del Río J.2018)



Figura No. 1. Arco dentario con dentición primaria pura, donde se observa los espacios de crecimientos y las zonas de contacto.

La ausencia de cualquier órgano dental dentro del arco, ocasiona de forma inmediata desbalance en este equilibrio, ocasionando movimientos dentales que provocarán alteraciones dentro del sistema, reflejándose en disfunciones de la articulación temporomandibular, problemas en la masticación, alteraciones en la deglución y fonación por citar algunas de estas consecuencias. Igualmente, al momento de realizar la función masticatoria donde los dientes van a triturar los alimentos, se produce una fuerza o presión que es transmitida a los tejidos que soportan los dientes y son distribuidas de forma equilibrada y fisiológica a los huesos maxilares permitiendo así, un estímulo fisiológico directo a los maxilares que se acentúa más durante los procesos de crecimientos y desarrollo. Así mismo, los órganos dentales temporales que durante los primeros años de vida acompañan al infante durante sus funciones dentro de la cavidad bucodental, comienzan a padecer un sinnúmero de modificaciones estructurales de reabsorción o rizólisis, dando paso a proceso de recambio dental a los dientes sucesores conocidos como dientes permanentes (Oliveira del Río J.2018).

Lo antes mencionado, explica sobre la importancia que poseen los órganos dentales temporarios como mantenedores de espacios fisiológicos dentro del reborde alveolar de los maxilares, la pérdida temprana de algunos de estos órganos dentales provocaría alteraciones en el proceso de erupción dental de los dientes sucesores o dientes permanente, como pueden ser cierre del correlómetro de erupción dental o el camino por donde el diente permanente, retención dental, impactación dental logrando como resultado final la no erupción del órgano dental o canino permanente. (Fig. 2) (Oliveira del Río J.2018).



Figura No. 4. Pérdida de espacio entre el incisivo lateral inferior primario izquierdo y primer molar inferior primario izquierdo por pérdida prematura del canino inferior primario izquierdo.

Igualmente, dentro de esta variedad de funciones los dientes al ser parte de la cavidad bucal, siendo parte de la fonación, se convierte en un elemento de importancia. Es así, como los órganos dentales temporales desempeñan un papel importante dentro de la fonación o articulación de las palabras, la ausencia dental ya sea por cualquier causa o alguna alteración en su posición influirá de forma negativa en la pronunciación del niño (Oliveira del Río J.2018).

Quizás, una de las funciones más importante que tienen los dientes temporarios o primarios es la estética dental, facial y social. En los últimos tiempos por exigencias de la sociedad consumista e irracional donde los estándares de la belleza son cada vez más exigentes, se hace importante que los niños cuenten con estos parámetros estéticos y se convierten en actores exigentes en tener unos dientes lindos y en buena posición para poder así estar dentro de las exigencias del círculo social (Oliveira del Río J.2018).

Estas situaciones sociales han provocado que los dientes temporales tengan otra función que en el aspecto psicológico, donde unos dientes lindos y con buena oclusión permite el crecimiento y desarrollo psicológico evolutivo sin problemas, sin embargo, cuando estos órganos dentales no cumplen con estos parámetros el bullying se manifiesta ocasionando en el niño alteraciones en la conducta que puede convertir al niño en problemas de adaptación, de comunicación con sus semejantes o peor en trastornos irreversibles en la personalidad del individuo o autoestima baja (Oliveira del Río J.2018).

Por lo a mencionado de forma explícita las funciones básicas de los dientes temporales son:

- Masticación de los alimentos consumidos y preparación del bolo alimenticio para su digestión y asimilación.
- Mantener el espacio fisiológico para la dentición sucesora permanente.
- Sirve de guía de erupción.
- Estimular el crecimiento y desarrollo fisiológico de los maxilares.
- Permite una buena fonación (sobre todo de dientes anteriores).
- Función estética.
- Permite la adaptabilidad en el entorno social.

2.2.2. Desarrollo de la dentición temporaria o dentición primaria

Para diferenciar los problemas oclusales en los niños o las alteraciones de la oclusión normal, es necesario definir la normalidad. " Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto." Los

niños difieren considerablemente entre sí, aun dentro de la misma familia con respecto de los factores de crecimiento, pautas esqueléticas y faciales, tamaño, forma y espacio entre los dientes de cada arco. No existe una forma de diagnóstico que, tomada de un niño pequeño, nos indique cual será el cuadro clínico en el adulto. En una definición, "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad y los valores normales en un sistema biológico están dados dentro de una gama de adaptación fisiológica. Un niño con oclusión normal, sería aquel que no posee en su sistema masticatorio factores de alteración o que fueran extremadamente reducidos. La comprensión de la oclusión necesariamente debe estar basada; en primer lugar, en un conocimiento de cómo se desarrollarán los órganos dentales temporales pre y postnatalmente cual es la situación de normalidad oclusal en los primeros años de vida, y en segundo lugar tener claro el concepto de oclusión normal. Esto es de suma importancia, ya que es un hecho comprobado que muchas veces afrontamos con sorpresa ciertas situaciones en la dentición temporal y mixta porque desconocemos ciertas bases básicas en la evolución fisiológica inicial de los dientes. Lo que es normal en esta edad no es aceptado en una dentición permanente y lo que a veces se considera anormal en el niño pequeño se resuelve espontáneamente en el desarrollo. Iniciaremos la revisión de los procesos normales del desarrollo de la dentición desde antes del nacimiento hasta completar la erupción de los dientes temporales. (Torres M. 2009).

- **Dentición prenatal.**

Hacia la séptima semana de vida intrauterina, surgen de la lámina dental las primeras yemas correspondientes a la dentición primaria. Su dirección no es

totalmente perpendicular ni ordenada en su penetración a la mesénquima. Si lo observamos oclusalmente veremos que los centrales temporales maxilares se forman hacia una posición más vestibular; los laterales hacia palatino; los caninos hacia labial; en la mandíbula ocurre lo mismo, excepto los cuatro incisivos quienes se dirigen hacia una dirección lingual. Fig. 1ª. (Torres M. 2009).

Si analizamos este proceso en proyección sagital podemos observar que la formación de los dientes no es en un mismo nivel, sino que quedan en diferentes posiciones manteniendo una disposición irregular, considera tanto a la curva horizontal como a la vertical, el zig-zag propio de los primeros estadios embrionarios. Existe un apiñamiento embrionario primitivo por el mal alineamiento de las yemas dentarias en el momento en que salen de la lámina dentaria y penetran en la mesénquima, el cual no se debe a la falta de espacio, sino al patrón de crecimiento de la lámina dental propiamente dicha (Torres M. 2009).

Hacia el séptimo mes de vida intrauterina hay un apiñamiento tanto en el maxilar como en la mandíbula. Al defecto primitivo de implantación intramesenquimatosa se añade luego un problema volumétrico real. El crecimiento de los gérmenes es mayor que el de los maxilares y aparece un apiñamiento el cual tiene gran variabilidad individual, pero conserva cierto patrón morfológico (Torres M. 2009):.

Los incisivos superiores e inferiores se encuentran apiñados, los laterales se ubican hacia lingual y los centrales superiores son los que conservan con más frecuencia una posición regular. (Torres M. 2009).

Los molares se solapan y superponen, como escamas, con diferentes niveles de implantación vertical. 1,4 fig.1B. (Torres M. 2009).

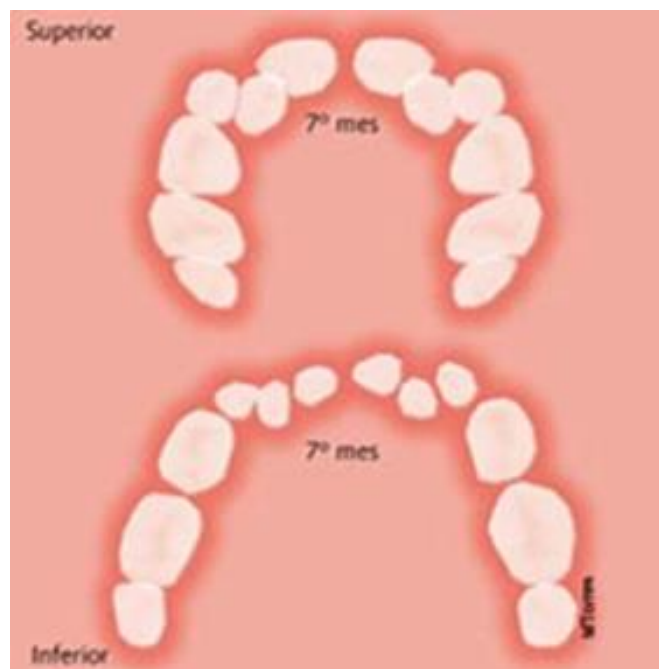


Fig. 3 A: Vista oclusal de los rodetes primeros en formación

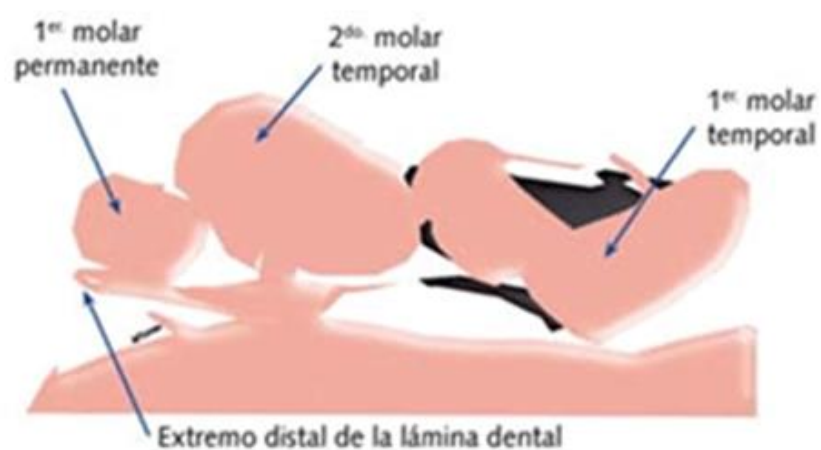


Fig. 3B: Vista sagital del desarrollo de los gérmenes.

- **Periodo postnatal. dentición primaria.**

Durante el cuarto y sexto mes de vida intrauterina los órganos dentales empiezan a calcificarse.

Para el tiempo del nacimiento encontramos la calcificación de los dientes primarios en las siguientes condiciones (Torres M. 2009):

- La corona del incisivo central superior primario está completamente formada y parte de su raíz se ha desarrollado. La formación del esmalte está casi completa y los gérmenes de los centrales permanente están localizados hacia lingual, el incisivo permanente inferior yace lingual a los primarios.
- El incisivo lateral primario está tan desarrollado como el central y alrededor de los dos tercios del esmalte se han formado, el germen del permanente es un pequeño brote indiferenciado.
- Los caninos primarios están menos avanzados en su desarrollo, solamente se ha formado un tercio del esmalte y los gérmenes de los permanentes maxilares yacen en el ángulo entre la nariz y el seno maxilar. El inferior, ligeramente debajo de la corona de los caninos primarios.

- La corona del primer molar primario está completamente formada y se ha unido el esmalte en la cúspide. El germen del primer premolar es un pequeño brote epitelial.
- El segundo molar primario está algo menos calcificado que el primero, las puntas de las cúspides están aún aisladas y no ha comenzado la formación de su raíz. El germen del segundo premolar es un pequeño brote epitelial

- El primer molar permanente está comenzando la formación de su tejido duro y el esmalte puede ser visto en las cúspides aisladas. Está localizado al lado de la tuberosidad y sobre el nivel del piso de la nariz y el primer molar permanente inferior está localizado cerca del ángulo interno de la rama. Fig. 4

- Los datos anotados arriba, están basados en promedios. Desviaciones de un año o más usualmente están dentro del rango normal en ausencia de otros factores sistémicos de naturaleza patológica.

- **Desarrollo de la dentición primaria**

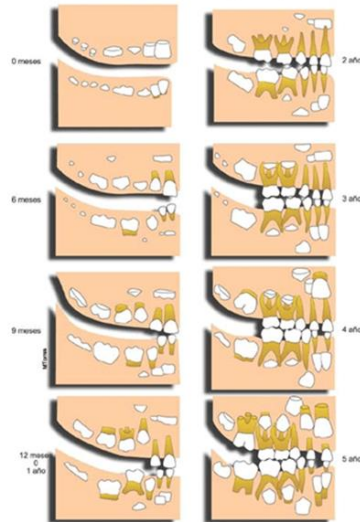


Fig. 4: Representación esquemática del proceso de calcificación y erupción de la dentición primaria.

Relacionado con el estado de la calcificación dental varios autores han reportado sus investigaciones al respecto con pequeñas diferencias así: Se encontró que se ha presentado a las 14 semanas de vida intrauterina la calcificación de los incisivos centrales, a las 15 semanas y media la de los primeros molares, los incisivos laterales a las 16 semanas, los caninos con 17 semanas y los segundos molares a las 18 semanas. Se podría resumir que, para el momento del nacimiento, se encuentran calcificadas la mayor parte de las coronas de los dientes temporales, a los 6 meses de edad ya se ha completado su calcificación, la formación radicular es más lenta, completándose hacia los 3 o 4 años, después de la erupción dental. La primera tabla de la cronología de la calcificación de la dentición humana se publicó en el año de 1935 por Logan y Krofeld. citados por Mayoral, sólo hacía referencia a los dientes temporales

superiores. Para 1974 esa tabla es actualizada por Lunt y Law y muestra valores más precisos de ese proceso. Tabla 1 (Torres M. 2009).

Diente Primario	Comienza formación tej. duro	Cantidad de esmalte al nacimiento	Esmalte terminado	Erupción	Raíz terminada
SUPERIOR					
Inclivo Central	4 meses v.l.	5/6	1 1/2 meses	7 1/2 meses	1 1/2 años
Inclivo Lateral	4 1/2 m.v.l.	2/3	2 1/2	9 m.	2 a.
Canino	5 m.v.l.	1/3	9 m.	18 m.	3 1/4 a.
Primer Molar	5 m.v.l.	Cúspides unidad	6 m.	14 m.	2 1/2 a.
Segundo Molar	6 m.v.l.	Vértices cuspidos aislados	11 m.	24 m.	3 a.
INFERIOR					
Inclivo Central	4 1/2 m.v.l.	3/5	2 1/2	6 m.	1 1/2 a.
Inclivo Lateral	4 1/2 m.v.l.	3/5	3 m.	7 m.	1 1/2 a.
Caninos	5 m.v.l.	1/3	9 m.	16 m.	3 1/4 a.
Prime Molar	5 m.v.l.	Cúspides unidad	5 1/2	12 m.	2 1/4 a.
Segundo Molar	6 m.v.l.	Vértice cuspidos aislados	10 m.	20 m.	3 a.

Modificación de la cronología de la dentición humana en dientes temporales de Logan y Kronfeld (Lunt y Law 1974)

- **Cronología de erupción**

El tiempo de la erupción de los dientes varía mucho de un individuo a otro y ha sido estudiado por varios investigadores, quienes han tratado de precisar la fecha para la erupción dental, sin embargo, no se ha podido establecer por la variabilidad de factores que intervienen, tales como: raza, sexo, clima, nutrición, afecciones sistémicas y otros (Torres M. 2009).

El proceso de desarrollo en donde los dientes temporales hacen recambio por los permanentes, es un proceso natural que tiene características muy definidas. El recambio de los órganos dentales temporales y la consecuente erupción de los permanentes es un fenómeno del desarrollo que forma parte del continuo

proceso de crecimiento del cuerpo. La cronología de la erupción de los dientes temporales está sujeta a influencias genéticas de forma más acentuada que para la dentición permanente, y tanto la cronología como la secuencia tienen márgenes de variabilidad mucho más estrechos. Fig.5 (Torres M. 2009).

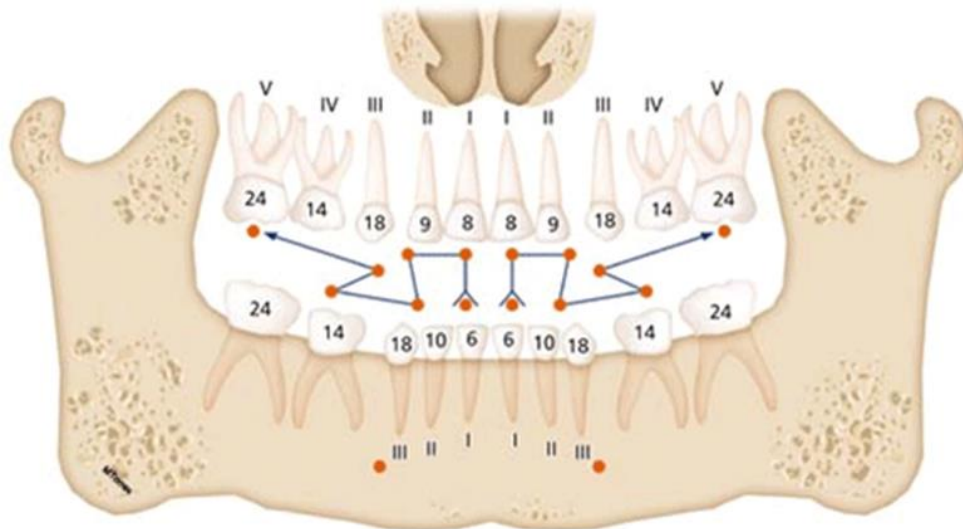


Fig.5: Erupción de los dientes primarios (meses)

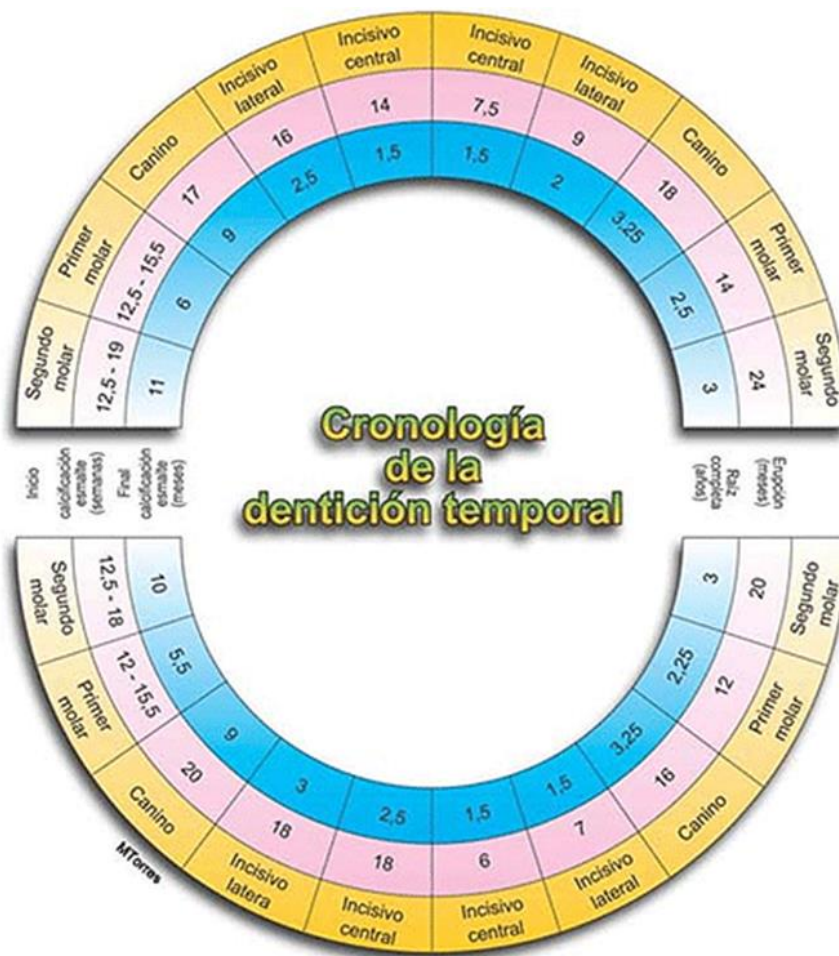
Canut menciona que el proceso de la erupción se realiza en tres períodos que se suceden ininterrumpidamente, y que corresponden a la salida de distintos grupos dentarios de la siguiente manera: En un primer grupo hacen erupción los centrales inferiores a los 6 meses, centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores. El tiempo de separación cronológica de cada par de dientes homólogos suele ser de 2 a 3 meses. Una vez que han hecho erupción los incisivos hay un periodo de descanso en la erupción dentaria de 4 a 6 meses (Torres M. 2009).

Cuando los dientes anteriores erupcionan se origina cierto adelantamiento posicional en el patrón eruptivo, ellos hacen erupción en forma vertical y adelantándose hacia vestibular; permitiendo agrandar el arco ganando espacio para el alineamiento. El micrognatismo mandibular se va compensando por su crecimiento relativo durante primer año de vida con respecto al superior. Al completar la erupción de los ocho incisivos, se establece un tope anterior para la función mandibular (Torres M. 2009).

En un segundo grupo erupcionarán los primeros molares hacia los 16 meses y a los 20 meses los caninos; el período de erupción es de 6 meses y le sigue un período siguiente de 4-6 meses. En esta fase de desarrollo de los dientes temporales, la boca se prepara para el cambio de dieta líquida a sólida, el máximo crecimiento se concentra en la parte distal de la apófisis alveolar y así queda lista para la erupción de las piezas posteriores en el cual un tercer grupo hacen erupción con los cuatro segundos molares, que pudieran tardar unos 4 meses. Se podría decir que a los dos años y medio es posible haber completado la dentición temporal (Torres M. 2009).

Se puede considerar dentro de los límites normales, que la dentición primaria se encuentra completa en el periodo comprendido entre los 2 a 3 años de edad cuando los segundos molares han alcanzado la oclusión. Sin embargo, debemos dejar claro que, la época de aparición de los dientes en la boca no es importante a menos que se desvíe mucho del promedio dado, sin embargo, el orden en que se efectúa la erupción sí lo es porque ayuda a determinar la posición de los dientes en el arco (Torres M. 2009).

En general se ha acordado en que los niños de un año de edad tengan seis a ocho dientes presentes y que la mayoría completan la primera dentición entre los dos y medio y tres años. Sin embargo, no deben ser motivo de preocupación aquellos en los que los dientes brotan algún tiempo después, siempre que estos sigan un orden normal en desarrollo. (Torres M. 2009).



Cronología de la erupción de la dentición temporal (Canunt, 1992)

2.2.3. Indicaciones para la exodoncia de dientes primarios

Un órgano dental temporal que este firme e intacto en el arco nunca deberá ser extraído a menos que se haya realizado una evaluación clínica y radiográfica completa de la boca, especialmente en el área en particular (Ortiz M. y Cols., 2009).

- En caso de que exista destrucción al caso que sea imposible restaurarlos, si la destrucción alcanza la bifurcación o si no se puede establecer un margen gingival duro y seguro (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Si se han originado infecciones periapicales o interradicular y no puede ser eliminada por otro metodo (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Si las piezas están obstruyendo con la erupción normal de los permanentes sucesores (Ortiz M. y Cols., 2009).
- En caso de dientes sumergidos, existiendo demostradas anquilosis que impide la rizólisis del temporal y erupción del permanente (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Se indican las exodoncias si la mandíbula o tejido circundante va a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno, esto se hace para evitar hasta donde sea

posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación. (Ortiz M. y Cols., 2009).

2.2.4. Pérdida prematura de dientes deciduos.

Según Moyers la pérdida temprana de dientes temporales (ver Fig. 5) hace referencia, a la fase de desarrollo del órgano dental permanente que va a sustituir el órgano dental deciduo perdido. Otros investigadores se refieren a la pérdida temprana de un diente temporal cuando esto se da antes del tiempo de recambio fisiológico (Ortiz M. y Cols., 2009).

Pérdida prematura: Hace referencia a la pérdida tan temprana de los órganos dentales temporales que puede llegar a comprometer el mantenimiento normal del perímetro o longitud de arco y por consiguiente la erupción del diente sucesor (Ortiz M. y Cols., 2009).

Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de órganos dentales temporales antes de la época esperada, pero sin llegar a comprometer el mantenimiento normal del perímetro o longitud de arco (Ortiz M. y Cols., 2009).

La extracción de un molar temporal en una etapa muy temprana retrasa la erupción del órgano dental permanente. Mientras que, la pérdida prematura de un primer molar temporal en una etapa tardía acelera la erupción del diente sucesor y hace innecesaria la conservación de espacio. Un método exacto para evaluar la erupción retrasada o apresurada es examinar el grado de desarrollo

radicular y el hueso alveolar que cubre el diente permanente que no ha erupcionado, por medio de imágenes radiográficas panorámicas o periapicales. El diente sucesor comienza con su erupción cuando ha finalizado la primera mitad del desarrollo radicular. En términos de cobertura de hueso alveolar, es preciso prever que pasarán aproximadamente seis meses por cada milímetro de hueso que cubra al sucesor permanente. Si hay hueso que recubra la corona, puede predecirse fácilmente que la erupción no se producirá en varios meses. En estos casos es necesario la preservación del espacio, a menos que el diente haga su erupción a los 6 meses o que haya espacio suficiente en el arco para que la reducción de 1 o 2 mm de espacio y no se ponga en riesgo la erupción del sucesor permanente (Ortiz M. y Cols., 2009).

Cuando se evidencia la falta general de espacio en ambas arcadas, los caninos frecuentemente son exfoliados antes de tiempo, y la naturaleza trata de proporcionar más espacio a los incisivos permanentes que ya han hecho erupción, (ver Fig. 6); la conservación de espacio puede resultar contraproducente para el paciente. Por el contrario cuando existe una oclusión normal en un principio, y el examen radiográfico revela que no existe deficiencia en la longitud de la arcada, la extracción prematura de dientes temporales debido a lesiones cariosas puede causar una maloclusión, salvo que se utilicen mantenedores de espacio, "es recomendable antes de realizar una extracción de dientes temporales por lesiones cariosas, realizar estudio minucioso de la longitud de arco para determinar la necesidad del uso del mantenedor de espacio de allí la importancia las interconsultas antes del procedimiento con la cátedra

de ortodoncia, ayudando al clínico a tener un criterio respetuoso de las exodoncias prematuras de dientes temporales" (Ortiz M. y Cols., 2009).



Fig. 6: Pérdida prematura del 83 y 73

En los casos de exodoncia prematura unilateral de un canino temporal, (ver Fig. 7) los incisivos tienden a desplazarse lateralmente hacia su espacio produciendo desviaciones de la línea media y asimetría dental. (Ver Fig. 8) Si se realiza pronto la extracción del canino contralateral se puede prevenir desviaciones de línea media. (Ortiz M. y Cols., 2009).

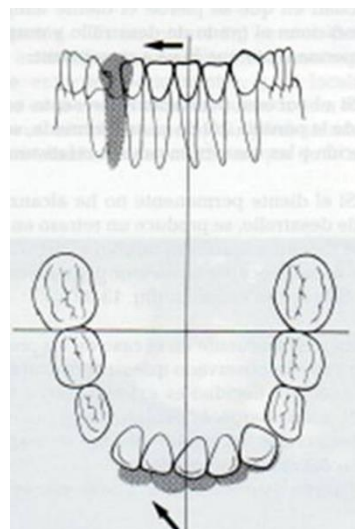


Fig. 7: Representación esquemática de la Pérdida Prematura del 83, con migración de los incisivos permanentes hacia el mismo lado.

El perímetro del arco mandibular puede acortarse desde el frente debido a la presión que ejercen los labios o una actividad anormal del músculo mentoniano se pueden inclinar los incisivos permanentes hacia lingual, haciéndoles perder sus topes y aumentando el resalte y la sobre mordida (Ortiz M. y Cols., 2009).



Fig. 8: Pérdida Prematura del 83

2.2.5. Tratamiento de la pérdida prematura de dientes deciduos

Se requiere el uso de los métodos diagnósticos indispensables como son:

- Examen clínico, modelos de estudio, examen radiográfico y análisis de espacio (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Tiempo transcurrido desde la exodoncia prematura: La disminución del espacio se da durante los primeros 6 meses después de la exodoncia. (Ortiz M. y Cols., 2009).

- El estadio de desarrollo de la dentición permanente: Existe gran variabilidad en los tiempos de erupción con respecto a las fechas promedio (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Cantidad de hueso que recubre el diente no erupcionado: Si hay hueso sobre las coronas de los sucesores permanentes una forma de predecir se basa en que se requiere de cuatro a seis meses para moverse un milímetro en el hueso, sin embargo, este método no es muy confiable en comparación al que se basa en el desarrollo radicular (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Secuencia de erupción de los dientes: Se debe analizar la relación de estos dientes en desarrollo y la erupción de los que se encuentran adyacentes al espacio creado por la pérdida prematura. (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Erupción retardada de los permanentes: A menudo se evidencian órganos dentales permanentes retardados en su desarrollo y consecuentemente en su erupción. (Ortiz M. y Cols., 2009).
- Ausencia congénita del permanente: Se decidirá si es prudente mantener el espacio por muchos años para colocar una prótesis fija, o permitir que el espacio se cierre, esto dependerá de cada caso en particular y del tipo de maloclusión. (Ortiz M. y Cols., 2009).

2.2.6. Mantenedores de espacio

Se trata de aparatología diseñada para cada paciente que impiden el cierre del espacio disponible; pueden ser removibles o fijos, y son técnicas fáciles de realizar (Ortiz M. y Cols., 2009).

Razones para la utilización de mantenedor de espacio (Ortiz M. y Cols., 2009).

- Estética.
- Evitar apiñamientos.
- Mantenimiento de la función.
- Evitar desplazamientos de otros dientes.
- Mantener la dimensión vertical
- Oclusión.
- Evitar hábitos.

- Indicaciones (Ortiz M. y Cols., 2009).

- Cuando existe el espacio indicado para la erupción del permanente.
- Si el sucesor permanente está presente y es normal el desarrollo.
- Si la longitud del arco no se ha acortado.
- Si pueden desarrollarse hábitos secundarios como lengua protráctil.
- Si la articulación molar o canina no ha sido afectada.

- Cuando hay una predicción favorable del análisis de dentición mixta.
 - Cuando la pérdida exija la colocación de un mantenedor de espacio por motivos estéticos y psicológicos. En casos de ausencias congénitas, en el que se necesite conservar el espacio para una futura prótesis fija.
- **Contraindicaciones. (Ortiz M. y Cols., 2009)**
- Cuando no hay hueso alveolar que recubra la corona del diente en erupción y hay suficiente espacio.
 - Cuando el espacio disponible es superior a la dimensión mesiodistal requerida para la erupción.
 - Cuando el sucesor permanente está ausente congénitamente.
- **Clasificación de los mantenedores de espacio (Ortiz M. y Cols., 2009).**
- **Según el diente al que van a sustituir en:** Incisivos, caninos, molares o múltiples
- **Según se restaure o no la función masticatoria en:** Funcionales o no funcionales.
- **Según su anclaje al diente en:** Fijos: sólo los puede retirar el odontólogo, y removibles: el propio paciente se los puede quitar a voluntad.
- **Según si habrá o no movimiento de dientes en:** Activos y pasivos.

- **Mantenedores fijos**

Los mantenedores fijos son aparatología que están conformados por una corona o una banda de acero y un alambre que va soldado a ella, de forma que es el alambre el que se apoya en la pieza anterior o como en el arco de Nance un botón de acrílico en el paladar y la banda o corona va cementada en el órgano dental posterior y se evita el movimiento dentario de ambos dientes (Ortiz M. y Cols., 2009).

- **Mantenedores removibles**

Los removibles son aparatos pasivos de acrílico que se mantienen en la boca con retenedores (Adams, ganchos de bola o circunferenciales), se suele colocar un arco vestibular y es el propio acrílico el que, apoyándose en las piezas contiguas a la pérdida, evita el desplazamiento de ellas. Los mantenedores removibles son más molestos que los fijos y además los pacientes se los pueden retirar cuando deseen y por tanto pueden perder su propósito (Ortiz M. y Cols., 2009).

- **Mantenedor removible estético.**

Se puede colocar en el mantenedor removible un diente o dientes que faltan con lo cual aparte de mantener el espacio solucionamos de forma momentánea el aspecto estético, restableciendo también la función fonética, e impidiendo la instalación de hábitos (Ortiz M. y Cols., 2009). (Ver Fig. 9).

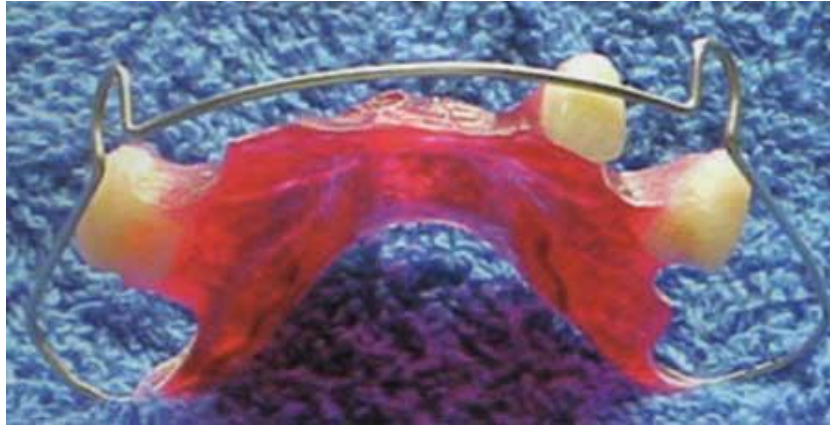


Fig. 9 Mantenedor de espacio estético removible.

- **Mantenedores de espacio pasivos y activos**

Los mantenedores de espacio pasivos: Son los indicados cuando no se ha perdido el espacio para el sucesor permanente y tienen la función solo de mantener el espacio existente en el arco, todos los mantenedores fijos y removibles anteriormente nombrados son pasivos porque no realizan ningún movimiento dental (Ortiz M. y Cols., 2009).

Los mantenedores activos: Se utilizan cuando se requiere recuperar espacio perdido en el arco y son mejor conocidos como recuperadores o reganadores de espacio (Ortiz M. y Cols., 2009).

- **Reganadores de espacio**

Debido a la exodoncia prematura de un diente temporal se puede disminuir el espacio como consecuencia del desplazamiento de otros dientes. Los métodos empleados para ello deben limitarse a recuperar 3mm de espacio o menos en una zona localizada (Ortiz M. y Cols., 2009).

Generalmente es más fácil recuperar espacio en el arco superior que en el inferior, debido a que la bóveda palatina proporciona mayor anclaje para los aparatos removibles y se pueden emplear fuerzas extraorales (casquetes) (Ortiz M. y Cols., 2009).

El espacio perdido por la inclinación dental puede recuperarse devolviendo la corona dental a su posición original esto se puede conseguir con un aparato removible o fijo, pero el espacio perdido por un movimiento dental en masa obliga a mover todo el diente. Esta recolocación requiere a su vez más fuerza y control para conseguir movimientos más seguros de la corona y la raíz, por lo que es necesario la colocación de un aparato fijo (Ortiz M. y Cols., 2009).

- **La recuperación de espacio se realiza solo si se cumplen las siguientes condiciones:**
 - Si se han perdido uno o más dientes primarios.
 - Si se ha perdido algún espacio en el arco por el desplazamiento del primer molar permanente.
 - Si el análisis de dentición mixta muestra que, si se pudiera recuperar lo que había, todos los dientes tendrían un lugar adecuado.

- **Entre los reganadores más utilizados se encuentra:**

Reganador con tornillo: En este tipo de aparato se utilizará un tornillo de expansión, el cual deberá quedar colocado de manera que el eje del mismo este paralelo a la dirección del movimiento y al plano oclusal, de la misma forma el corte del acrílico debe ser paralelo a la dirección del movimiento (Ortiz M. y Cols., 2009). Fig. 10



Fig. 10 Reganador de espacio con tornillo

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo de revisiones sistemáticas de literatura con la aplicación de métodos descriptivos ya sea por revistas y artículos científicos para poder así redactar e identificar el manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios.

3.2. Metodología de búsqueda bibliográfica

La investigación se llevó a cabo mediante bases de datos, exploradores especializados tales como Google Académico, Pudmed, Scielo, Repositorio, Mediagraphic, las informaciones recolectadas fueron en español e inglés.

Palabras clave: Manejo clínico, pérdida prematura, caninos temporarios.

3.3. Criterios para la inclusión de artículos

En la investigación se incluyeron criterios a través de la búsqueda de información sistemática de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios realizados que hacían referencia sobre el manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios.

3.4. Plan de análisis

Los resultados describen los trabajos investigativos más relevantes referentes al manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios con su respectivo autor, título, discusión y conclusiones.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

A continuación, se exponen tablas narrativas, en las que se compendia la información de varios estudios sobre el manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios.

Tabla 1. Aparatología para el manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios.

Autor	Tipo de estudio	Tipos de aparatos	Indicación / función
Ortiz M. y Cols., 2009.	Investigación retrospectiva, de corte transversal, y exploratoria-descriptiva.	Mantenedor removible estético	Se puede colocar en el mantenedor removible un diente o dientes que faltan con lo cual aparte de mantener el espacio solucionamos de forma momentánea el aspecto estético, restableciendo también la función fonética, e impidiendo la instalación de hábitos funcionales.
	Población: 808 pacientes con edades entre 5 y 8 años, en el período 2004 y 2005.	Reganador con tornillo.	Se implementa un tornillo de expansión el cual deberá quedar colocado de tal forma que el eje del mismo este paralelo a la dirección del movimiento y al plano oclusal, así mismo el corte del acrílico debe ir paralelo a la dirección del movimiento.

Elaborado por: Rodríguez (2022).

Tabla 2. Prevalencia de pacientes pediátricos por pérdida prematura de caninos temporarios.

Autor	Tipo de Estudio	Número de niños con pérdidas dentales en dentición temporal	Sexo masculino	Sexo femenino	Canino temporal	Porcentaje
Vasquez H., 2017.	Cuantitativo no experimental descriptivo – transversal.	30	14	16	53	1.72%
					63	0.76%
					73	2.28%
					83	2.28%

Elaborado por: Rodríguez (2022)

Tabla 3. Complicaciones que se generan por la pérdida prematura de caninos temporarios.

Autor	Tipo de estudio	Complicaciones
<p>Ortiz M. y Cols., 2009.</p>	<p>Investigación retrospectiva, de corte transversal, y exploratoria-descriptiva. Población: 808 pacientes con edades entre 5 y 8 años, en el período 2004 y 2005.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclinación y migración de los dientes vecinos. • Desviaciones de la línea media y asimetría dental. • Disminución del espacio para el sucesor permanente • Acortamiento del perímetro del arco • Mal posiciones dentarias • Apiñamientos • Alteraciones de oclusión • Queratinización a nivel de encías

Elaborado por: Rodríguez (2022)

DISCUSIÓN

Leyva y Cols. (2020) han indicado que una de las causas que conlleva a la pérdida prematura es la caries dental, mientras que Sánchez B. y Cols. (2017) señalan que la causa principal de la pérdida de órganos dentales temporales son los traumatismos. En cuanto a la frecuencia de pérdidas prematuras de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de odontopediatría de la universidad gran mariscal de Ayacucho, en los años 2004-2005; en una muestra de 282 niños se obtuvo un 42,95% a quienes se les había realizado exodoncias prematuras, si comparamos estos resultados con los de Marín y Pacheco en Nicaragua que obtuvieron 86.96% y Ulloa y Cammarano en Venezuela con 82,68% de exodoncias prematuras, los porcentajes de esta investigación son menores, lo que hace referencia que se están dando ciertas medidas terapéuticas que están evitando que este porcentaje sea más elevado; se considera un porcentaje muy alto cuando se compara con el estudio de Medina-Solís y col. realizado en 2.004 en Campeche México, refleja un muy bajo porcentaje de dientes perdidos (11.9%), ya que existen tratamientos preventivos que podrían evitar aún más este problema si se ponen en práctica en la clínica de odontopediatría. Vásquez V. y Cols. 2017 indican que la promoción de salud debe iniciarse en el seno de la familia porque los ejemplos y las actitudes de los padres y hermanos mayores son fundamentales. Los odontólogos y el resto del equipo de salud deben comprender que lo más importante es promover acciones que permitan contribuir y mejorar los estilos de vida de los pacientes pediátricos y por consiguiente la conservación y los cuidados de la dentición temporal.

CONCLUSIONES

La pérdida de espacios se evidencia a las tres semanas de la pérdida del canino temporal, por ello, debe enfatizarse en el uso de mantenedores de espacios posterior a la extracción en un lapso de tiempo corto en los casos que presentan deficiencias severas en la longitud de arco.

La cantidad de espacio posterior a la pérdida del canino temporal, se disminuye con el tiempo y debe manejarse según las características del paciente, por ello, una buena práctica sugiere un manejo comprensivo de las características de cada caso antes de confirmar o no la necesidad de mantener el espacio.

Es necesario enfatizar en la importancia de la salud bucal de los niños e informar a los padres sobre la probabilidad de problemas como maloclusiones, distorsión en el habla, impacto en la calidad de vida, entre otros, causados por la pérdida prematura de los caninos temporales.

El mantenimiento de espacios debe realizarse según las características individuales del paciente, en el caso de ser necesario, se dará una explicación a los padres sobre la función que ellos cumplen para que consideren realizarlo en un tiempo corto posterior a la extracción.

Es imperativo concienciar a los niños y los padres, acerca del valor de la salud bucodental para mantener los caninos temporales y evitar las consecuencias de la pérdida temprana.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a la investigación realizada y a los resultados obtenidos se llegó a las siguientes recomendaciones:

Se hace necesario diseñar e implementar planes de salud encaminados al desarrollo de actividades preventivas y de promoción de salud en toda la comunidad, que permitan controlar los factores de riesgo de la caries dental desde edades tempranas de la vida y así evitar las pérdidas prematuras de caninos temporarios y sus consecuencias posteriores.

El cuidado de la dentición temporaria representa la piedra fundamental sobre la cual se edificará el futuro sistema dentario; sin embargo, no es percibido con la relevancia que corresponde. Por parte del odontólogo, es fundamental que refuerce el mensaje de cuidado de las piezas dentarias temporarias, aprovechando el contacto y la autoridad moral y profesional que tiene ante los padres.

Es aconsejable antes de hacer una exodoncia de caninos temporales, realizar un estudio minucioso y de esta manera tener un criterio respetuoso de las exodoncias prematuras de dientes temporales.

Se recomienda agotar los planes de tratamiento y estrategias que permitan la preservación del canino temporal afectado en boca del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Villaba N. Cols. (2021). Pérdida prematura de dientes temporarios en niños que acudieron a un hospital público de la Ciudad de Luque-Paraguay. Revista De Odontopediatría Latinoamericana, 3(2). <https://alop.v3i2.40>.
- Espín M. y Cols. (2021). Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años que acuden a la Universidad Central del Ecuador. ISSN (Impreso): 1812 - 7886 ISSN(Digital): 2410-2717. 18(1): 5-10. <https://kiru.2021.v18n1.01>.
- Guerrero M. (2016). Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. Revisión Bibliográfica. Revista Tamé; 5 (14): 507-510. https://www/revista_tame/numero_14/Tam1614-10r.pdf.
- Chaves M. (2010). Prevalencia de la pérdida prematura de molares temporales y su relación con algunos factores de riesgo en niños y niñas preescolares del Cantón de Montes de Oca. Publicación Científica Facultad de Odontología • UCR • N°12. 4779-Article Text-7099-1-10-20121211.pdf. file:///C:/Text-7099-1-10-20121211.pdf.
- Cornejo T. y Cols. (2021). Factores relacionados a la pérdida prematura de dientes deciduos en niños de 6-10 años de cuatro colegios públicos,

Puno - 2019. REVISTA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA, 19(2), 51-58.
<https://doi.org/spo>.

- Pérez A. (2016). Presencia de anomalías dentomaxilofaciales en niños con pérdida prematura de caninos temporales. Medisur vol.14 no.3 Cienfuegos. versión On-line ISSN 1727-897X. <http://scielo.sld> - 897X2016000300017.
- Vera G. 2019. Prevalencia de las extracciones prematuras en niños menores a 8 años. Vol. 3 Núm. 4: Acreditación. <https://cienciadigital.org/index.php/>
- Juan Oliveira del Río. Manual de Anatomía Dental y Pulpar de Dientes Primarios. Departamento de Edición y Publicación Universitaria (DEPU). Ediciones Uleam. Edición: Primera. Julio 2018. ISBN: 978-9942-775-23-8. <https://munayi.uleam.edu.ec/wp-content/uploads/2018/08/manual-de-anatomia-dental-.pdf>.
- Martha Torres Carvajal. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>
- Ortiz F. y Cols. 2009. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de odontopediatría

de la universidad gran mariscal de Ayacucho, 2004-2005." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/>

- Leyva S. y Cols. (2019). La pérdida dentaria. Sus causas y consecuencias. REMIJ [Internet]. 2018 nov [citado 10/11/2020];19(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.php/remij/article/view/212/417>

- González S. y Cols. 2017. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr Hosp [Internet]. ;28(Suppl 4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es -16112013001000008&lng=es>

- Batista T. y Cols. 2016. Traumatismos dentarios en niños y adolescentes. CCM ;20(4):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.c.43812016000400012&lng=es>

- Cupé A. Cols. 2015. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana [Internet].;25(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org. 43552015000200004&lng=es>

- De la Hoz Rojas L. y Cols. 2015. Programa educativo sobre dentición temporal para madres de niños de 1 a 4 años no institucionalizados.

Medicentro Electrónica [Internet] 19(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/30432015000100006&lng=es>

- Ceja S. Cols. 2019. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de cinco a 10 años que acuden a la Facultad de Odontología en Durango. *Oral*. 20(62):1674–9.
- Aristizabal C. Cols. 2003. Frecuencia de la pérdida de espacio por exodoncia de molares temporales, en la Unidad Materno-Infantil de la Policía Nacional. *Universitas Odontológica*. Colombia, 23 (51): 13-17.
- Coronado Q. Cols. 2015. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 12 años de edad de la Clínica Odontológica Iztacala. Presentado en el XVI coloquio de investigación estudiantil del módulo de laboratorio II de la carrera de cirujano dentista de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. México. 2005.
- Medina C. y Cols. 2004. Pérdida Dental Y Patrones De Caries En Preescolares De Una Comunidad Suburbana De Campeche. *Acta Odontológica de Venezuela*. 42(3):165-169.
- Ulloa R. Cols. 2001. Pérdida prematura de dientes primarios en el Centro Odontopediátrico Carapa. Trabajo de pasantía realizado por estudiantes de la Universidad Central de Venezuela.

- Vásquez P. y Cols. 2015. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 8(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.es>