

24, 357.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA PREPARACION DE CAVIDADES Y CORONAS EN PAIDODONCIA.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Martha Patricia Gama Godínez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

S U M A R I O

1. INTRODUCCION
2. LA ODONTOLOGIA INFANTIL Y SUS CONSIDERACIONES
GENERALES
3. HISTORIA CLINICA MEDICA Y ODONTOLOGICA
4. ANESTESIA EN NIÑOS
5. PREPARACION DE CAVIDADES
6. PREPARACION DE CORONAS DE ACERO CROMO
7. PREPARACION DE CORONAS DE POLICARBONATO
8. PREPARACION DE CORONAS DE CELULOIDE
9. CONCLUSIONES
10. BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

La Paidodoncia es una disciplina de la ciencia --
Odontológica cuya importancia se ha venido acrecentando a me-
dida que los descubrimientos modernos nos permiten adquirir -
mayores conocimientos de la materia.

Su finalidad es la conservación y funcionamiento --
del organo dentario deciduo, el mayor tiempo posible en la --
cavidad oral, previniendo especialmente problemas en la masti-
cación o mal posiciones dentarias incluyendo el aspecto psico-
logico estético que es muy importante.

Conocer y adquirir el equipo así como el instrumen-
tal y los materiales que se emplean en la Operatoria Dental -
Infantil, es requisito ineludible para emprender la difícil -
pero satisfactoria tarea de salvar las piezas dentarias deci-
duas.

Lo anterior constituye el objetivo que se tratará -
de desarrollar con más amplitud en el cuerpo de este trabajo.

C A P I T U L O I

LA ODONTOLOGIA INFANTIL Y SUS CONSIDERACIONES GENERALES

La Odontología aplicada al niño y al adolescente - recibe el nombre de Odontología Infantil o Paidodoncia.

La Paidodoncia trata al niño en su contexto físico y mental con bases científicas que resuelve sus problemas - de salud dental, tomando las medidas preventivas necesarias - para conducir en forma adecuada su salud general.

El tratamiento Odontológico Infantil se considera - como el servicio más necesario y olvidado entre los que presta el Cirujano Dentista de práctica general. Un tratamiento - Odontológico inadecuado daña el aparato masticatorio creando problemas que se hubieran evitado llevando un buen control - en la edad Infantil.

Está comprobado que la alteración más común en los escolares es la caries dental, por lo que debemos considerar el rápido crecimiento de la población Infantil la necesidad de que, el Odontólogo de practica general atienda mejor a -- los pacientes niños.

El Odontólogo debe tener en cuenta que estos pa--- cientes tienen organismos que se encuentran en etapas de cre^u cimiento y desarrollo y que son individuos en cambios cons-- tantes.

Los conocimientos Odontológicos en gran parte son aplicables tanto en adultos como en niños. Otra parte es úni ca y pertinente solo en niños.

La base principal de este trabajo son los diferen-- tes tipos de restauraciones que prepara el Odontólogo para -- rehabilitar los problemas de caries y el conocimiento gene-- ral de la Paidodoncia.

C A P I T U L O I I

HISTORIA CLINICA MEDICA Y ODONTOLOGICA

Es importante que el Odontólogo de práctica general y el Odontopediatra elaboren tanto la historia Clínica - Médica y Odontológica con el fin de conocer el estado actual del paciente y se realice un plan de tratamiento correcto, - dependiendo del caso que se trate.

La Historia Médica consiste en efectuar un cuestionario sobre antecedentes de las enfermedades y padecimientos así como el estado actual del paciente.

La Historia dental conoce el estado de los tejidos blandos, la higiene bucal, la oclusión y la evidencia de hábitos bucales, estos datos deben quedar registrados antes de examinar los dientes en busca de caries.

Las experiencias del niño en otro consultorio, y los tratamientos realizados deben ser informados al Odonólogo.

En situaciones de emergencia la Historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con la lesión que presenta el niño en ese momento y la presencia o ausencia de enfermedades generales que pudieran tener importancia con el tratamiento inmediato.

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL NIÑO

APELLIDOS

NOMBRE

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

DIRECCION

TELEFONO

MARCAR SI O NO

1. ¿Tiene el niño un problema de salud?

2. ¿Está el niño bajo tratamiento Médico?

3. ¿Ha tenido el niño alguna de estas afecciones?

Afección del corazón

Lesión del Riñón o Hígado

Asma

Tuberculosis

Fiebre Reumática

Anemias

Epilepsia

Diabetes

Alergias

Nerviosismo

Problemas de coagulación

4. Manifesto el niño alguna reacción desfavorable a un medicamento como penicilina, aspirina o anestésico local.

5. ¿Está tomando ahora algún medicamento?

6. ¿Estuvo el niño hospitalizado alguna vez? Fecha Razón

7. Fecha del último examen médico

8. ¿Quién es el Médico o Pediatra de la familia?

Dirección Telefono

9. Considera al niño

Está adelantado en sus estudios

Progresó normalmente

Dificultades en el aprendizaje

Observaciones (Efectuar anotaciones a las respuestas afirmativas precedentes)

10. Explique brevemente porque trajo al niño al consultorio dental

11. Es la primera visita de su hijo al dentista

Fecha del último examen dental

12. ¿Tiene su hijo dolor de algún diente?

13. ¿Tuvó su hijo dolores anteriormente?

14. ¿Tiene su hijo con frecuencia aftas o marcas de fiebre?

Observaciones (Efectuar anotaciones a cada respuesta afirmativa)

Fecha

Nombre del Padre

Nombre de la Madre

FICHA PAIDODONCICA

APELLIDO MATERNO APELLIDO PATERNO NOMBRE
 FECHA FICHA NO.
 PADRES FECHA DE NACIMIENTO
 CALLE Y NUMERO TELEFONO
 CIUDAD
 MEDICO TELEFONO

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

The dental chart consists of two main sections: the upper arch (maxilla) and the lower arch (mandible). Each arch is represented by a horizontal row of 14 boxes, numbered 1 through 7 from the center outwards on both sides. Below each row of boxes is a corresponding row of tooth symbols. The symbols represent different types of teeth and dental procedures:

- Small triangles represent deciduous teeth.
- Large triangles represent permanent teeth.
- Shaded areas within the symbols indicate dental work such as fillings, crowns, or bridges.
- Vertical lines through the symbols indicate missing teeth.

 In the upper arch, teeth 1, 2, 3, 4, 5, and 6 on both sides show various dental treatments. In the lower arch, teeth 1, 2, 3, 4, 5, and 6 also show dental work. The chart is used to document the patient's dental history and current status.

1. Historia Médica Resumida
2. Historia Dental Resumida
3. Estado de los tejidos blandos
4. Higiene Bucal
5. Oclusión
6. Hábitos
7. Observaciones
8. En caso de ser remitido a algún especialista. anotaciones

Remitido a	objetivo	Fecha
Remitido a	objetivo	Fecha
9. Temperamento
10. Conducta
11. Pruebas de actividad de caries
 1. Prueba de Hadley (1933) cuenta lactobacterias .
 2. Prueba de Snyder (1940) procedimiento microbiologico
12. Contenido de flúor en el contenido del agua de consumo (Estados de México donde hay fluoración del agua).
13. Registro de tratamiento con fluoruro estañoso

1. Fecha	4. Fecha
2. Fecha	5. Fecha
3. Fecha	6. Fecha
14. Registro de revisiones de la dieta

Fecha
15. Técnicas Clínicas
16. Observaciones

C A P I T U L O I I I

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

La psicóloga Jenks (1) ha sostenido que, aunque la función primaria del Odontólogo es efectuar el tratamiento dental necesario, su campo no debe limitarse a la eficiencia técnica, el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo puede ayudar al paciente a superar la situación. La Odontología es una experiencia que el niño debe dominar. El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y su interés por lo que sucede a su alrededor.

Es necesario que el Odontólogo tenga un conocimiento de la conducta en diferentes edades para el mejor manejo de los pacientes niños.

Se deben tomar en cuenta las experiencias anteriores del niño y en consecuencia crear una relación entre el odontólogo y el niño.

CLASIFICACION DE MIEDOS.

Miedo Objetivo.- Es lo que el niño observa, huele, mira, -
son los efectos sensoriales.

Miedo Subjetivo.- Información negativa de cualquier gente, no solo de los padres.

PROCESO DE APRENDIZAJE

Yarrow (2) afirmó que existen datos suficientes para sugerir que aún antes del nacimiento operan mecanismos simples de aprendizaje. Es un hecho establecido que el aprendizaje asociativo simple progresa desde el instante del nacimiento, mediante el aprendizaje la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona a los fenómenos del medio.

CONDUCTAS DE LOS NIÑOS A DIFERENTES EDADES

En la práctica diaria se atienden niños de diferentes edades; es necesario conocer la conducta y el grado de desarrollo mental de los niños.

DOS AÑOS

Difícil capacidad de comunicación debido a su vocabulario reducido. Etapa precooperativa. Demasiado pequeño para llegar a él solo con palabras, debe tocar, manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido. Se lleva bien --

con los miembros de la familia. El padre en muchos casos es el favorito. Es tímido con gente extraña y le resulta difícil separarse de los padres, debe pasar acompañado al consultorio y sentarse en las piernas de su madre.

TRES AÑOS

Comunicación y razonamiento con más facilidad durante la experiencia Odontológica. Gran deseo de conversación. En situaciones de stress, o se les lastima, están fatigados ó asustados automáticamente, se vuelven a su madre para conseguir apoyo y seguridad.

CUATRO AÑOS

Presentan mentes vivaces y son grandes conversadores, responden correctamente a las indicaciones verbales. Suele en algunas ocasiones tornarse desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. Sin embargo quien ha vivido una vida familiar feliz con grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico cooperador.

CINCO AÑOS

Acepta las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. La relación personal y social están mejor definidas, no siente temor de dejar al padre en la sala de recepción. No tendrá temor a experiencias nuevas como las relacionadas con ir al consultorio médico o odontológico. Son orgullosos de sus posesiones y su ropa y esto puede ser usado eficazmente para establecer la comunicación con el --

nuevo paciente.

SEIS AÑOS

Manifestaciones tensionales alcanzan a esta edad, como estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. Algunos niños tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. La fantasía a esta edad tiene un papel importante por ser un mecanismo de protección, el odontólogo puede usar la fantasía como instrumento para manejar al niño.

SIETE AÑOS

El niño a mejorado en su capacidad de resolver temores. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. Y el Odontólogo puede razonar con él y explicarle lo que está realizando. Se le puede indicar que cuando presente dolor levante la mano o otro gesto.

OCHO A CATORCE AÑOS

Tolera situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. No tiene grandes problemas y se ajusta fácilmente. Objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que cometan injusticias o que lo mimen ya sean amigos o el Odontólogo.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes empiezan a preocuparse por su aspecto. El interés por los efectos cosméticos puede manejarlo el Cirujano Dentista.

El comportamiento extremo de los padres causa en algunas ocasiones mayor problema que los niños.

COMPORTAMIENTO EXTREMO DE LOS PADRES

- a) Protección excesiva
- b) Rechazo
- c) Ansiedad
- d) Dominación
- e) Identidad

ALGUNAS INSTRUCCIONES A LOS PADRES PARA BENEFICIAR EL - TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO.

- A. Pida a los padres no expresen miedos personales enfrente del niño o expresiones faciales. Los padres no deben estar presentes en el consultorio.
- B. Instruya a los padres que nunca utilicen la Odontología como amenaza ó castigo.
- C. Pida a los padres que lleven al niño con frecuencia al -- Odontólogo para que se acostumbre al consultorio.
- D. Explique a los padres que si muestran valor en asuntos - odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo.
- E. Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares no solo para preservar la dentadura sino también para que el niño cree una conciencia.
- F. Los padres no deben sobornar a sus hijos para que vayan - al consultorio.
- G. No deben los padres vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas o ridiculizando los servicios den-

tales.

H. No deberán decir que el odontólogo no les va hacer daño.

I. Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del-
Dentista al llegar al consultorio.

C A P I T U L O I V
ANESTESIA EN NIÑOS

El punto más importante de la conducta del niño es la eliminación del dolor. Si el niño siente dolor durante los procedimientos operatorios su futuro como paciente dental será dañado. Es importante en cada visita que el malestar quede reducido al mínimo y evitar toda situación de dolor. Como suele haber malestar o dolor asociado al procedimiento, está indicado un bloqueo local o troncular siempre que se realice Operatoria Dental en dientes permanentes, siendo válido también para la preparación cavitaria en el diente temporal.

El bloqueo local puede eliminar el malestar asociado a los procedimientos operatorios. Aún para el niño más

pequeño tratado en el consultorio dental normalmente no existen contraindicaciones para el uso de anestésicos locales.

ANESTESICOS TOPICOS

Los anestésicos tópicos actuales disminuyen ligeramente el malestar de la punción de aguja antes de la inyección de un anestésico local.

Algunos anestésicos tópicos tienen gusto desagradable para el niño.

El clorhidrato de diclonina (Dyclon Laboratorios - SERVET. S. A.) al 0.5 % ha sido utilizado con éxito como anestésico tópico y antiséptico preinyección para niños. Su gusto es agradable, su acción rápida y no causan irritación ni desprendimiento de los tejidos.

ANESTESIA REGIONAL DEL DENTARIO INFERIOR

Olsen informó que el agujero de entrada del dentario inferior está por debajo del plano oclusal de los dientes temporales del niño. Por lo tanto la inyección debe ser orientada algo más abajo y más atrás que en los adultos.

Una técnica aceptada es aquella en que se coloca el pulgar sobre la superficie oclusal de los molares con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando en la fosa retromolar. Se puede obtener un apoyo firme durante el procedimiento de inyección si se apoya la

yema del dedo medio en el reborde posterior de la mandíbula. La orientación de la jeringa es del lado opuesto a los molares donde se está colocando el anestésico.

ANESTESIA REGIONAL DEL NERVIIO LINGUAL

El nervio lingual puede ser bloqueado si se lleva la jeringa al mismo nivel de los molares que se están anestesiando lográndose con una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja.

ANESTESIA REGIONAL DEL BUCCINADOR

Para la extracción de molares permanentes inferiores o colocación de grapas es necesario anestesiarse el nervio buccinador. Se deposita una pequeña cantidad de bloqueador en el surco vestibular por distal y vestibular del diente -- indicado. Todos los dientes del lado inyectado estarán anestesiados para los procedimientos operatorios con la posible excepción de los incisivos centrales y laterales que pueden recibir inervación cruzada del lado opuesto.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS Y CANINO TEMPORALES Y PERMANENTES

Para anestesiarse los dientes temporales anteriores se emplea la infiltración. La inyección debe ser efectuada -- más cerca del borde gingival que en el paciente con dientes--

permanentes se depositará la solución cerca del hueso. Al --
bloquear los incisivos centrales permanentes el sitio de --
punción esta en el surco vestibular y la solución se deposi-
tará lentamente y apenas por encima y cerca del apice dental
como puede haber fibras nerviosas que provengan del lado o--
puesto podrá ser necesario depositar una pequeña cantidad de
solución anestésica junto al apice del otro incisivo central
para obtener la anestesia adecuada.

ANESTESIA PARA MOLARES TEMPORALES Y PERMANENTES.

El nervio dentario superior medio inerva los mola-
res temporales superiores, los premolares y la raíz mesio --
vestibular del primer molar permanente. Se debe depositar la
solución anestésica frente a los apices de las raíces venti-
bulares y cerca del hueso. Para anestésiar el primero y se--
gundo premolar superior, basta una sola inyección en el sur-
co vestibular para que la solución quede depositada algo por
encima del ápice dental. La inyección debe ser hecha lenta--
mente y cerca del hueso. Si se han de extraer los premolares
será necesario inyectar también el lado palatino del diente.

ANESTESIA REGIONAL DEL NERVIO NASO PALATINO

La anestesia regional del nervio nazopalatino --
anestésiará los tejidos palatinos de los seis dientes ante--

teriores. Sin embargo esta técnica es dolorosa y no se debe usar en los procedimientos operatorios. Se hace entrar la -- aguja en el conducto anterior nasopalatino. Si el paciente -- siente una anestesia incompleta despues de la inyección su-- praperiostica en los ápices dentales en vestibular, puede -- ser necesario recurrir a la inyección para el nasopalatino.

INYECCION PALATINA ANTERIOR

La inyección palatina anterior anestesiara el mucq periostio palatino desde la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del -- lado inyectado. Esta inyección se emplea en conjunción con -- la regional del dentario superior medio o posterior, antes -- de un procedimiento quirurgico. Antes de efectuar la inyec-- ción es útil trazar la bisectriz de una línea imaginaria que va desde el limite gingiva l del último molar erupcionado -- hasta la línea media. Si el odontólogo se acerca del lado -- opuesto de la boca podra inyectar sobre esa línea imaginaria y por distal del último diente. En el niño con solo denti--- ción temporal la inyección debe ser unos 10 mm posterior a -- la cara distal del segundo molar temporal. No es necesario -- penetrar en el agujero palatino posterior. Se inyectarán len-- tamente unas pocas gotas donde el nervio emerge del foramen.

C A P I T U L O V
PREPARACION DE CAVIDADES

La meta principal del Odontopediatra es el preservar la integridad de las piezas deciduas, para que se mantengan en sus funciones normales y ocurra la exfoliación natural. Si se perdiera prematuramente cualquiera de estas piezas primarias, se podría dañar de manera trascendente y duradera la dentición permanente.

En los niños los elementos de la dentición primaria deberán permanecer sanos por un periodo que va desde los seis meses de edad aproximadamente hasta los once años, cuando los caninos superiores caen, en el curso normal de los acontecimientos. Durante este periodo de unos once años los dientes estan sujetos a vicisitudes de abrasión, atrición, traumatismo y caries.

La restauración de las piezas careadas en los dientes primarios y permanentes sigue siendo uno de los servicios más valiosos que el Odontopediatra y el Odontólogo de práctica general proporciona a los niños. Al restaurar estas piezas el Odontólogo se ve forzado a tomar decisiones que son importantes para los niños que está tratando.

Indudablemente, algunas de estas decisiones sobre restauraciones son muy difíciles de tomar. Es necesario recordar que deben tratarse las piezas de los niños en función de lo que es mejor para el niño y no en función de lo que es más fácil para los padres o para el Odontólogo.

La decisión de restaurar piezas primarias debe basarse en varias cosas además del hecho de ser afectadas por caries.

Algunos factores son:

1. Edad del niño.
2. Grado de afección de la caries.
3. Estado de la pieza y del hueso de soporte observado en radiografías.
4. Momento de exfoliación normal.
5. Efectos de la remoción o retención en la salud del niño.
6. Consideración de espacio en el arco.

DETECCION DE LA CARIES

Existen ciertas diferencias anatómicas en las piezas primarias, tales como cámaras pulpares extremadamente grandes, cuernos pulpares prominentes y su proximidad a las superficies externas de la pieza, que hacen imperativo descubrir inicialmente lesiones incipientes y que se traten con prontitud. No existe justificación para suponer que una lesión incipiente que es apenas detectable no necesita ser preparada y restaurada y que pueda esperar hasta la siguiente visita de inspección.

La detección de lesiones incipientes en las piezas primarias pueden enfocarse a varios métodos.

Con un espejo y un explorador afilado se puede detectar caries en fosas y fisuras y caries cervicales. Si se quieren descubrir lesiones interproximales, son esenciales las radiografías especialmente entre los amplios contactos de molares primarios.

PREPARACION DE CAVIDADES

La clasificación de la preparación de cavidades en dientes permanentes puede modificarse ligeramente y aplicarse a los dientes temporales (Clasificación de Black).

Estas modificaciones pueden describirse como sigue:

Preparación de cavidades de Primera Clase.- Fosas y fisuras de las superficies oclusales de molares y fosas bucales y linguales de todas las piezas dentarias.

Preparación de cavidades de Segunda Clase.- Todas las superficies proximales de piezas molares con accesos establecidos desde la superficie oclusal.

Preparación de cavidades de Tercera Clase.- Todas las superficies proximales de dientes anteriores que pueden afectar o no extensiones labiales o linguales.

Preparación de cavidades de Cuarta Clase.- Preparaciones proximales de dientes anteriores que afectan un ángulo incisal.

Preparación de cavidades de Quinta Clase.- En el tercio cervical de todos los dientes incluyendo la superficie proximal donde el margen marginal no está incluido.

Black (1924) menciona la técnica de la preparación de cavidades y elaboró principios que son aplicables en la Odontología actual.

Tanto para dientes deciduos como permanentes responden estos principios:

1. Elección del lugar de acceso
2. Establecer su forma
3. Eliminar la caries
4. Establecer la forma de resistencia y retención
5. Pulido y limpieza de la cavidad

Cabe mencionar ciertas condiciones para la preparación de cavidades y obturaciones para los dientes de la primera dentición.

a) Es condición previa absoluta remoción de todo - el tejido carioso. Esto se hace con escavadores filosos y -- con fresas redondas a poca velocidad. La remoción de la ca-- rries debe efectuarse sin temor a una eventual exposición de la pulpa.

b) La regla de Black de extensión para prevención-- solo tiene validez para dentición permanente debido a que la cámara pulpar es amplia.

c) La dentina decolorada marrón pero todavía dura, puede dejarse como recubrimiento indirecto de la pulpa. Cuan-- do la preparación de una cavidad es demasiado profunda es ne-- cesario dejar una capa de dentina que pueda ser observada - radiológicamente (0.3 a 0.5) para que no se produzcan pulpi-- secundarias o necrosis pulpares debajo de obturaciones de -- dientes primarios

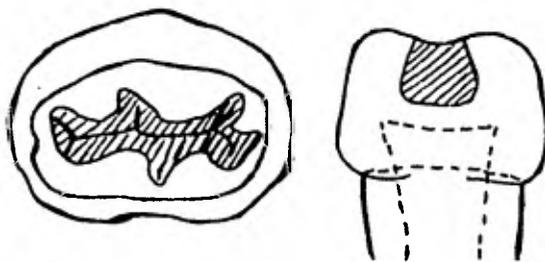
CAVIDADES DE PRIMERA CLASE

En lesiones incipientes se usan fresas de cono in-- vertido número 34 para penetrar en el esmalte y también en - la dentina (unos 0.5 mm o menos), terminado el delinado de la cavidad y hechas las extensiones para buscar surcos o fi-- suras, se usa una fresa de fisura número 56 o 57 (nunca de-- tipo transversal) para pulir las paredes y terminar la cavi-- dad.

Si el area cariada es extensa, puede usarse una fresa número 2 ó 4 para entrar y eliminar la destrucción. Las fresas deberán ser llevadas a una velocidad menor y deberán darse toques ligeros para eliminar las áreas más profundas de destrucción.

Se aplica después de la limpieza de la cavidad, una sub-base de hidroxido de calcio en la cavidad seca y se deja que se fije. Se aplica entonces un cemento de oxido de zinc y cemento de fosfato. Se termina con una fresa número 57 mientras que al mismo tiempo se pule pulparmente la base endurecida.

La forma final del delineado oclusal tendrá curvas fluidas y deberá carecer de ángulos agudos. No deberá colocarse un bisel sobre el esmalte en el ángulo de la superficie de la cavidad por la poca fuerza que posee la amalgama en sus bordes.





CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE

Las etapas y instrumentos más usados en la mayoría de las preparaciones de segunda clase :

1. Delineado de la pared gingival. Se establece primero la pared gingival empleando una fresa de cono invertido número 34, porque rige las cuatro dimensiones críticas de la cavidad.- profundidad gingival, espesor de la pared gingival, la extensión bucal y lingual en áreas de limpieza propia. Se prefiere la fresa número 34 para empezar la mayoría de las preparaciones de cavidades porque tiene un borde cortante de 1 mm muy eficaz y su profundidad y espesor de cortado no dañará la longitud total de la pared proximal si el niño se mueve repentinamente.

2. Esbozo de la forma de la caja proximal utilizando una fresa número 34 se prepara la forma de la caja proximal frotando suavemente hacia oclusal la fresa contra las paredes. Esto controla la extensión de la caja pero la deja en forma -- bastante desdibujada.

3. Delineado del escalón oclusal en esta etapa se usa una fresa número 34 y se pasa a través del escalón oclusal haciendo aun pequeños movimientos de fricción, hasta que la profundidad oclusal sea correcta y se forme el delineado oclusal.

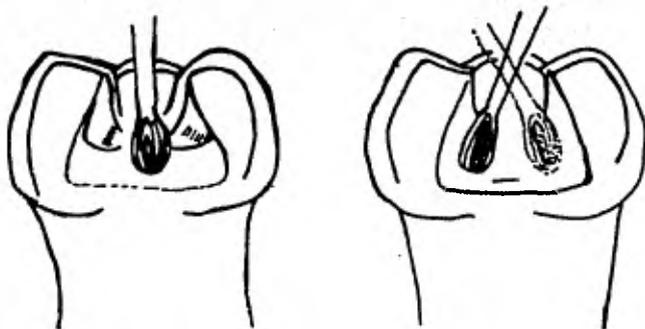
4. Pulido de la caja proximal. Se usa una fresa de fisura recta número 57 para pulir la forma de la caja proximal, primero se pule suavemente la pared gingival siguiendo la pared axial curvada de la preparación, y después se pulen las paredes linguales y bucales de la caja.

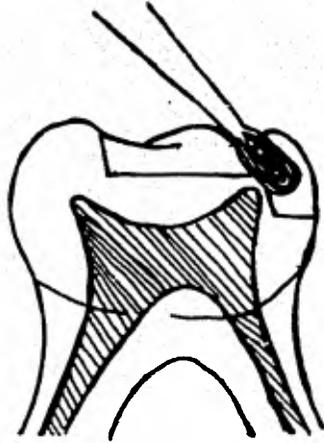
5. Terminado de las paredes pulpar y oclusal. Se continúa con la fresa número 57 dentro del escalón oclusal y simultáneamente se pulen y terminan la pared pulpar y las paredes oclusales.

6. Terminado de la caja proximal. En molares superiores se puede usar un escavador afilado 10 -8-14 instrumento de doble punta, para hacer el plano final de las paredes bucales o linguales de la caja proximal, y establecer un bisel en el ángulo de la línea axiopulpar. En molares inferiores se --

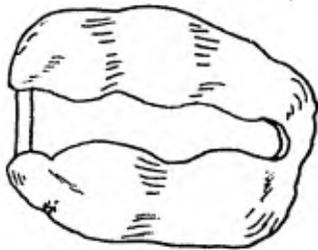
se usarán excavadores 15-8-14 para dar retención.

7. Terminadas las preparaciones de la cavidad, incluyendo las áreas de retención pueden eliminarse los últimos vestigios de destrucción. Para hacer esto, se usa una fresa redonda número 4 a alta velocidad con un pulverizador de agua y aire, dando toques muy ligeros a los restos de destrucción. De esta manera, toda la materia cariada se elimina finalmente, después se seca cuidadosamente la cavidad. Siempre deberá comprobarse con cucharillas excavadoras muy afiladas la eficiencia de la eliminación final hecha en caries profundas con fresas redondas.





8. Si el área careada es extensa, deberá colocarse una sub-base que contenga hidróxido de calcio sobre la porción más profunda. Entonces puede colocarse una base más dura de cemento de fosfato de cinc sobre la sub-base y se le da forma de manera que la forma de la cavidad de la pieza se parezca mucho a la de una preparación que se hubiera hecho para lesiones proximales iniciales.



CAVIDADES DE TERCERA CLASE

En la región anterior de la boca es amenudo muy importante el aspecto estético. Una de las razones para que los padres lleven a los niños al consultorio dental es porque estos muestran lesiones cariadas de aspecto muy antiestético al sonreír. En las piezas anteriores primarias se puede emplear restauraciones de amalgama estéticamente aceptables y duraderas. O también se puede usar alguna de las nuevas resinas compuestas para la restauración.

Cuando la lesión es en un incisivo incipiente, puede usarse una fresa de tamaño medio a alta velocidad para preparar la cavidad, con un mínimo de extensión labial y lingual.

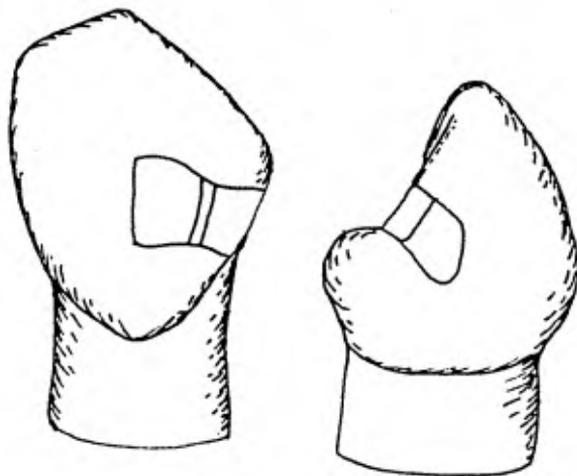
Si la caries es más extensa y el ángulo incisal permanece intacto, se puede hacer una preparación de cola de milano preparada en el aspecto lingual o en el labial de la pieza.

Puesto que los caninos pueden permanecer en la boca del niño seis años o más que los incisivos, generalmente están indicadas para ello restauraciones de amalgama. Cuando estas cavidades son preparadas en caninos generalmente es necesaria la retención adicional que proporcionan las colas de milano. Si se ha perdido el ángulo incisal, puede utilizarse una resina compuesta.

La técnica recomendada para la preparación de cola de milano es como sigue:

Después de lograr accesos con una fresa redonda de el número 1, se establece el delineado de la cavidad primero en gingival despues en labial y lingual, y finalmente se corta la cola de milano a expensas de gingival en vez de incisal, lo que podría debilitar el ángulo de la pieza. Con la misma pequeña fresa se pueden hacer los ángulos de punto y los pequeños cortes de retención de la cola de milano. Generalmente, la cavidad completa puede prepararse con esta fresa. Se pueden aplanar las varillas de esmalte con un instrumento de excavación de 61/2 - 21/2 - 9 de doble punta de trabajo.

La profundidad de la preparación rara vez excederá de 1 mm, por lo que estará justamente dentro de la dentina de estas piezas anteriores deciduas.



CAVIDADES DE CUARTA CLASE

La cavidad de cuarta clase se limita únicamente a la eliminación de caries y planear la restauración de acuerdo a las lesiones cariosas. Esta afectado el ángulo incisal y generalmente se recurre a la preparación de coronas de acero - cromo inoxidable, coronas de policarbonato y coronas preformadas de celuloide.

CAVIDADES DE QUINTA CLASE

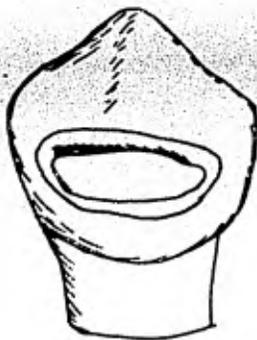
Estas preparaciones se elaboran muy parecidas a las piezas permanentes. Para asegurarse de que la pared gingival - esta libre de destrucción de estructura dental descalcificada - se puede usar una grapa de dique de caucho Ivory número 00 - para retraer los tejidos labiales y bucales.

La forma de la cavidad estará limitada por el proceso carioso que generalmente se encuentra localizado en el tercio cervical.

Puede utilizarse la fresa de cono invertido número 35 para profundizar la cavidad de la dentina. Si se usa la fresa de cono invertido se harán diferentes escalones dentinarios para lograr la debida retención mecánica.

Se eliminará todo el resto de caries con una fresa redonda del número 2 a baja velocidad. Se puede obtener mayor retención realizando pequeñas fositas con la fresa de fisura plana del número 1701 en la punta de los ángulos mesial y distal gingival y pulpar.

El borde del esmalte gingival seguira una curva paralela a l inserción gingival a menos que la lesión se extienda hacia su porción gingival. Los bordes serán tallados con cinceles de esmalte para asegurarse que no quede porción de esmalte sin apoyo dentinario. Esto es muy importante por la posible descalcificación adyacente a la lesión.



C A P I T U L O V I
CORONAS DE ACERO CROMO INOXIDABLE

La corona de acero inoxidable es un adelanto relativamente recientes en Odontopediatría (1950 Humphrey) y ha ayudado a resolver el problema del diente con caries amplias

Frente a las alarmantes cifras de fracaso de grandes obturaciones con amalgama en lesiones de segunda clase - en molares temporales sobre todo en el primer molar inferior el Cirujano Dentista ha empleado la corona de acero inoxidable se fabrica en diferentes tamaños para cada diente.

La preparación del diente precede a la adaptación recortado y cementado de la corona, todo lo cual se realiza en una --- sesión.

En odontología Infantil estas coronas están indicadas para:

1. Restaurar dientes primarios y permanentes jóvenes que presentan caries extensas por la acción de la caries.
2. Restaurar molares primarios con caries que incluyan dos o más cúspides. En este caso la reducción o la preparación del diente es menor que la requerida por una amalgama.
3. Restaurar molares primarios que han sido sometidos a tratamiento pulpar. Estos dientes tienden a volverse más frágiles debido a la deshidratación que sufren por lo tanto, la corona de acero inoxidable previene su posible fractura.
4. Restaurar dientes primarios excesivamente destruidos por el ataque de caries rampante.
5. Restaurar dientes primarios y dientes permanentes jóvenes con hipoplasia.
6. Restaurar dientes primarios o permanentes jóvenes con anomalías hereditarias tales como dentinogénesis imperfecta o amelogénesis imperfecta.
7. Restaurar dientes primarios y permanentes jóvenes en niños con defectos físicos o mentales cuando el factor higiene bucal es primordial.
8. Como una restauración intermedia o de emergencia en el tratamiento de dientes anteriores fracturados.
9. Soporte de aparatos fijos.

PREPARACION DEL DIENTE

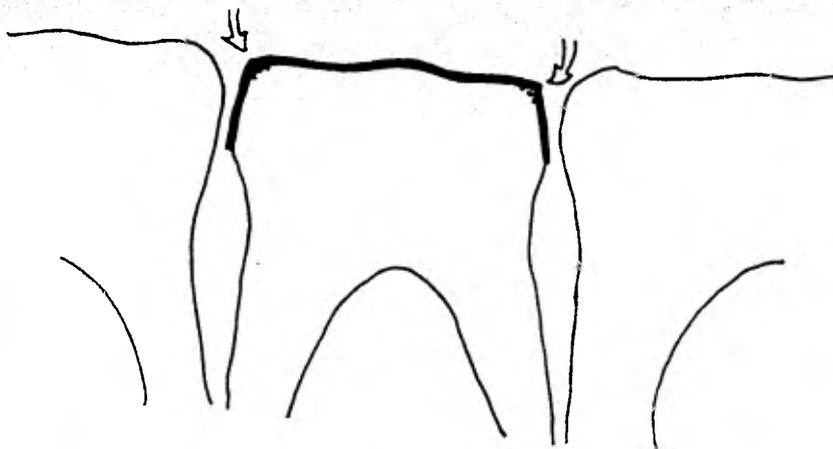
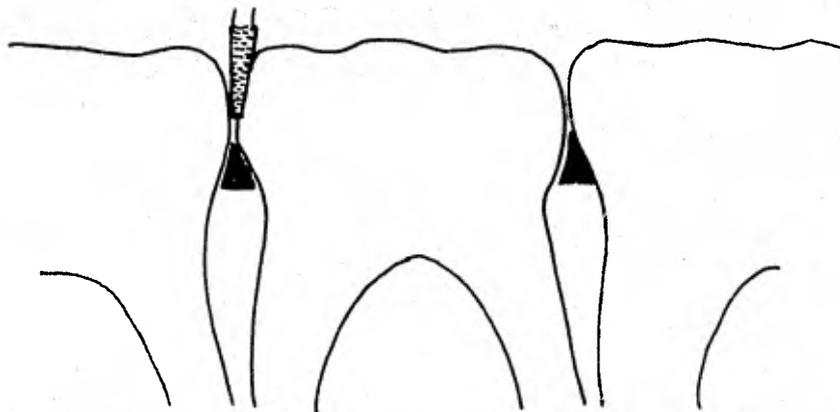
Se administrará un anestésico local y se colocará dique de goma. El primer paso es la eliminación de caries -- para establecer si presenta un problema pulpar (pulpotomía o pulpectomía). Después se reducen las caras proximales tanto mesial y distal, con un corte vertical sin borde saliente -- que abre la superficie de contacto hacia bucal, lingual y -- gingival, requiere de la reducción distal aún cuando no exista diente erupcionado en posterior, como ocurre en el segundo molar temporal del niño en edad preescolar. Si no se observa esta recomendación, se tendrá una corona de tamaño excesiva, que dificultará la erupción del primer molar permanente.

Se prefiere la fresa número 69 L al disco de diamante para la reducción, por el peligro de lesión a los tejidos blandos que se puede provocar con este último.

Sin embargo al utilizar los discos se debe usar -- como precaución el dique de goma o una cuña interproximal fa cilita la reducción interproximal separando ligeramente los dientes y ayudando a prevenir daño en el diente adyacente.

Se utiliza la fresa 69L en dirección bucolingual, -- comenzando en la superficie oclusal, 1 a 2 mm de distancia -- del diente adyacente. A medida que se lleva la fresa hacia -- gingival, se formará un borde, este desaparecerá cuando la -- reducción deje abierta el área de contacto en gingival. --

Eventualmente la fresa tocara la cuña, cuando esta se retira se vera un corte interproximal casi perfecto.

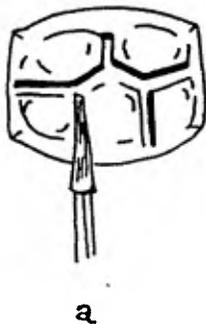


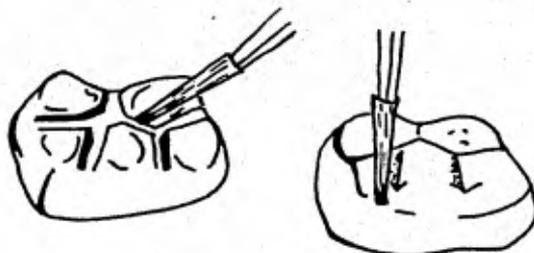
REDUCCION OCLUSAL

Este debe seguir la anatomía de la pieza hasta una profundidad 1.5 a 2 mm, lo que permite suficiente espacio -- para la corona de metal.

Mink y Bennett (1968) recomendaban la realización inicial de surcos de 1 mm de profundidad en la superficie -- oclusal, para contribuir a establecer la reducción correcta; indudablemente es el método más certero pero lleva tiempo.

La altura de la cuspide del diente adyacente ofrece al operador una buena base sobre la cual determinar el -- grado de reducción oclusal; de manera similar las fosas de -- desarrollo y los surcos lingual y bucal de molares superio-- res o inferiores representan puntos de referencia útiles.





TERMINACION

Se quitará todo resto de caries con una fresa redonda accionada a baja velocidad. Se completa la preparación -- redondeando los ángulos agudos. Estos impedirán el adecuado -- apoyo de la corona de acero inoxidable, cuyo contorno esta -- exento de angulos agudos.

SELECCION DE LA CORONA

Existen varias marcas de coronas de acero inoxidable y el Odontólogo realizará su elección sobre la base de su experiencia. Una corona correctamente seleccionada y antes de ser recortada y adaptada deberá cubrir todo el diente y ofrecer resistencia cuando se trate de retirarla.

Las distintas coronas difieren en su resistencia, algunas son rígidas, mientras que otras se deforman fácilmente al ser recortadas. La corona de acero inoxidable recortada de Unitek casi no precisa recortarla, reduciendo de tal modo el tiempo de la sesión.

Los molares temporales con profundas caries interproximales que se extienden hacia subgingival justifican el uso de una corona no recortada (Rocky Mountain) que abarque los bordes de la preparación.

Puede medirse el ancho mesiodistal preoperatorio del diente que se va recubrir con la corona, por medio de un calibre para seleccionar la corona de acero del tamaño adecuado. La corona que ofrece demasiada resistencia cuando se trata de quitarla o que requiere presión para su colocación inicial, probablemente sea demasiado pequeña y no de lugar a su posterior recortado. En el otro extremo será imposible recortar satisfactoriamente una corona de tamaño demasiado grande.

ADAPTACION Y RECORTADO DE LA CORONA

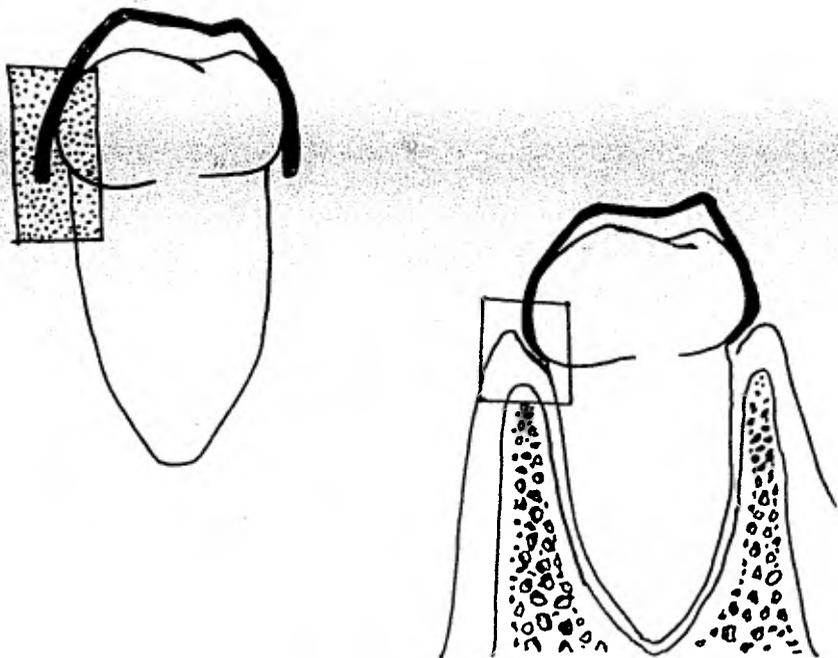
La finalidad de adaptación y recortado de la corona es hacer que los bordes de la corona queden en el surco gingival y reproducir la morfología dentaria.

Todas las coronas preparadas de antemano precisa su adaptación y recortado. Para calcular con certeza la reduc---ción gingival se hará una marca en la corona a nivel del borde libre de la encía y se reducirá la corona con tijeras curvas. No debe observarse una isquemia de los tejidos de la encía, que indicaría la excesiva extensión de la corona. Sin embargo cuando la caries exige una preparación subgingi--val es conveniente y necesario extender los bordes hacia apical.

El recortado gingival final se hace después de recortar la corona y se logra con una piedra. El recortado inicial de la corona se realiza con unas tijeras del Número 114. Durante el procedimiento de recortado y adaptación se prueba la corona controlando los bordes y la adaptación visual con un explorador. La adaptación del tercio gingival de la corona se efectua con una pinza 137. Si hay necesidad de contornear en gingival la corona se utilizará una pinza unitek 800-412.

Como es imposible bruñir los bordes de la corona en la boca todos estos procedimientos se realizarán fuera de la misma. Es fácil evaluar los bordes bucales y linguales de la

adaptación interproximal con un hilo dental encerado, éste se deshilacha es que la adaptación interproximal de la corona no es satisfactoria. Una radiografía de aleta mordible diagnóstica antes del cementado una excelente evaluación de la adaptación interproximal y es recomendable para quienes deben adquirir experiencia en la técnica de colocación de la corona de acero cromo inoxidable.



PULIDO Y CEMENTADO

Antes de cementar la corona se debe pulir con disco de goma para limar las imperfecciones. Se obtiene el lustre final con un paño impregnado de rojo inglés.

El borde de la corona deberá quedar romo porque si esta afilado se presentan bordes que actuarán como zonas de retención de placa bacteriana. Se colocan las bases protectoras de la pulpa en las superficies profundas de la preparación. Esto no es necesario cuando se hizo tratamiento pulpar.

El medio cementante es el oxifosfato de zinc, consistencia similar a la que se emplea para cementar incrustaciones de oro, las coronas de acero inoxidable deben cementarse en dientes limpios y secos, se recomienda el aislamiento con rollos de algodón. Se puede pasar seda dental por el espacio interproximal antes de que haya fraguado el cemento para contribuir de este modo con la remoción del cemento que quede en el espacio subgingival interproximal.



C A P I T U L O V I I
CORONAS DE POLICARBONATO

Durante los últimos años se ha popularizado el uso de las coronas de policarbonato, en vez de las coronas de acero inoxidable, para los dientes anteriores. Las restauraciones de los dientes de la primera dentición se han llevado a cabo durante muchos años utilizando amalgama y materiales de obturación de acrílico, así como cementos de silicatón para las preparaciones de Clase III ordinarias.

Si los dientes estaban demasiado destruidos para ser reconstruidos con estos materiales, se empleaban coronas de acero inoxidable anteriores para su restauración. Estas se utilizaban compuestas o con la superficie vestibular cortada-

y restaurada con un material de obturación de acrílico, obteniendo así una restauración más estética.

En ocasiones se utilizaban bandas de Ortodoncia para restaurar dientes muy destruidos. Las coronas de policarbonato para dientes primarios hechas de este material son más estéticas, de anatomía aceptable, durables y a la vez son un buen material para restaurar dientes primarios anteriores con caries extensas. Las coronas de policarbonato para dientes permanentes son una restauración temporal excelente en los casos de fractura de dientes anteriores que no puedan ser restaurados con ninguna de las resinas compuestas.

A pesar de que este tipo de coronas requiere una extensa preparación del diente, el resultado es una corona estética que se puede colocar en una cita, sin la necesidad de trabajo de laboratorio.

Actualmente con el perfeccionamiento de las coronas de policarbonato contamos con otro método para la restauración de dientes primarios anteriores destruidos. La ventaja principal de esta corona sobre las otras es su apariencia en la restauración de dientes anteriores en niños. La conservación y el mejoramiento de la estética es muy importante ya que los niños desean ser iguales a los demás y evitar el ridículo y las críticas de los padres. Cuando esas críticas se dirigen a los dientes pueden ser psicológicamente traumáticas.

Un niño de cierta edad podrá expresar sus deseos de lograr una sonrisa estética, el pequeño con edad preescolar no tiene la facultad de hacerlo, por lo limitado de su vocabulario y la enorme influencia que los padres ejercen sobre él a su edad. Por este motivo la preparación estética de los incisivos temporales ha sido totalmente favorable.

CORONA ANTERIOR

La severa destrucción, la longevidad que se prevee para el diente y el deseo de los padres de salvar el diente justifican el empleo de coronas en dientes anteriores. Los incisivos temporales con pérdida de los ángulos incisales mesial y distal, lesiones circunferenciales de la Clase V, los dientes que presentan síndrome de mamá, dientes malformados como: malformación del esmalte como hipoplasia del esmalte, dientes fracturados, necesidad de cubrir totalmente el diente después de una pulpotomía o pulpectomía y dientes anteriores manchados. La indicación más frecuente es un diente con caries avanzada. Se ve en niños que utilizan con frecuencia el biberón por largo tiempo.

La corona de policarbonato es una corona ya lista del color del diente, cuyas dimensiones se aproximan a las del diente que va a reemplazar, es más estética que la del acero inoxidable, estas coronas se adquieren en diferentes tamaños y con huecas, lo que facilita su adaptación y la cementación. A menudo las dimensiones labiolinguales de la corona

exceden a las del diente.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Para la utilización de la corona de policarbonato necesitamos los siguientes elementos:

1. Fresa 169L 69L y número 34
2. Pequeña rueda de diamante
3. Corona de policarbonato
4. Loza de vidrio y espátula
5. Cemento de Fosfato de Cinc
6. Resina de acrílico para obturaciones anteriores

Las coronas para los seis dientes anteriores superiores se hacen de un color. Están marcadas de derecha a izquierda. La selección ofrece una variedad de seis tamaños para cada diente. Las coronas están marcadas en milímetros.

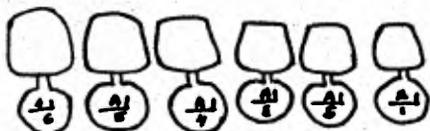
ELIMINACION DE CARIES Y PROTECCION PULPAR

Antes de la preparación del diente para la corona, la caries deberá ser eliminada para determinar si existe comunicación pulpar. Si está indicado el tratamiento pulpar, deberá ser llevado a cabo antes de la preparación del diente y la colocación de la corona. Si la pulpa no está expuesta, las áreas más profundas de dentina expuesta, deberán ser cubiertas con una base de hidróxido de calcio antes de preparar el diente.

PASOS PARA LA PREPARACION DE UN DIENTE PRIMARIO ANTERIOR PARA
UNA CORONA

1. Anestesia local, aún cuando se trate de un diente desvitalizado, por el trauma que pueden experimentar los tejidos blandos.
2. Selección del tamaño de corona apropiada
3. Colocación del dique de goma
4. Eliminación de caries
5. Colocación de protectores pulpares
6. Preparación del diente, fresa 69L, pequeña rueda de diamante, fresa 34.
7. Adaptación de la corona, revisar cuidadosamente el ajuste cervical
8. Raspado del interior de la corona, para que el cemento se adhiera mejor.
9. Cementado de la corona, utilizando cemento de fosfato de zinc o resina acrílica.
10. Terminado de márgenes cervicales.

Se deben eliminar los puntos de contacto. Es posible que en algunos casos haya necesidad de tallar el contacto proximal a la par que hacer una ligera reducción labial e incisal en los dientes primarios. Esto depende de la cantidad de espacio que exista entre los dientes primarios anteriores.



La selección de la corona de policarbonato, esencialmente debe ser el mismo tamaño del diámetro mesiodistal del diente que se desea restaurar, probando varios de los diversos tamaños hasta encontrar la que se adapte mejor al diente. La corona elegida debe ser lo más parecida al diente como estaba anteriormente.

PREPARACION DEL DIENTE

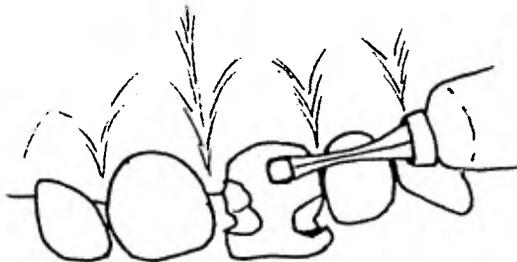
Existen varias técnicas para llevar a cabo la preparación del diente.

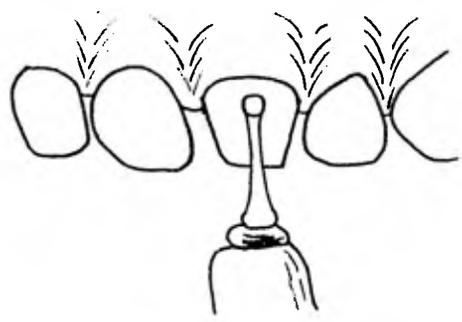
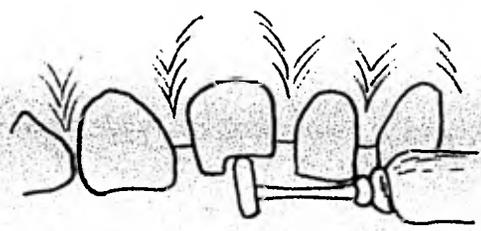
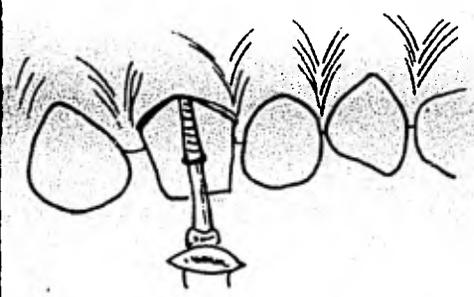
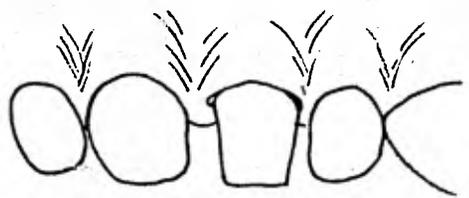
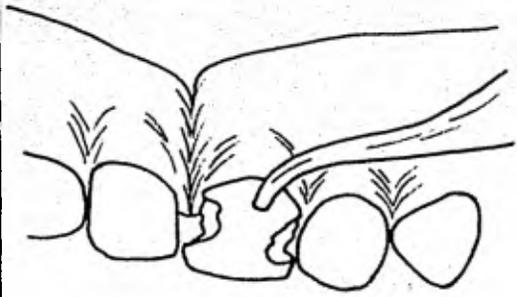
Si se encuentra intacto en la región cervical, el odontólogo debe preparar el diente como para una corona funda sin hombro, similar a la preparación utilizada para colocar una corona de acero. Sin embargo, con frecuencia la caries ha

creado un hombro en la región cervical abajo en la encía y -
cerca de la superficie radicular. Si este es el caso, la pre-
paración podrá tener hombro en la región cervical. El hombro-
altera la adaptación de la corona.

PREPARACION SIN HOMBRO

1. Eliminación de caries y protección pulpar.
2. Reducción de las superficies proximales mesial y distal -
abajo de la encía, procurando no crear un hombro con la fresa
69L.
3. Reducción del borde incisal aproximadamente 1 mm. con una-
fresa 69L o una pequeña rueda de diamante.
4. Reducción de la superficie labial aproximadamente 0.5 mm -
o menos con la fresa 69L.
5. Reducción de la superficie lingual aproximadamente 0.5 o -
menos con una rueda de diamante.
6. Creación de una zona retentiva alrededor de todo el diente-
con la fresa 34.





PREPARACION CON HOMBRO

Si la caries ha afectado al diente por debajo de la encía y existe un escalón, debemos modificar el procedimiento de la preparación del diente para compensar este defecto. Se prepara la prótesis restante del diente como si fuera una preparación sin hombro.

En algunos casos será necesario preparar el diente con hombro completo.

Si existe un diastema natural, no debemos escoger una corona que oblitere este espacio.

Adaptación de la corona, quizás sea necesario recordar la zona cervical, especialmente en el aspecto mesial y distal, para que la corona se ajuste al cuello del diente, -- puede ser necesario recordar la zona cervical. Estos ajustes deberán ser realizados con pequeñas fresas o piedras y no contijeras, ya que pueden deformar la corona.

Adaptación cervical una vez colocada en su lugar, -- quizás sea necesario corregir la mala adaptación cervical, -- agregando resina acrílica en los márgenes. Esto será tratado al haberla cementado.

En la mayoría de los casos no se requiere un tallado adicional. Si el tejido muestra signos de isquemia, esto -- indica que la corona está un poco sobre extendida, por lo tanto es necesario reducir el margen gingival, siguiendo el con-

torno original.

CEMENTADO

Hay tres formas en que puede ser cementada la corona

1. CEMENTADO DE FOSFATO DE ZINC

Si la corona ajusta correctamente a los márgenes cervicales de una preparación sin hombro, puede ser cementada de la misma manera que cementamos una corona de acero inoxidable

- a. Raspar en el interior de la corona para aumentar la retención entre la corona y el cemento.
- b. Asegúrese de que la pulpa esté protegida y el diente seco.
- c. Mezclar el cemento a la misma consistencia utilizada para colocar una corona de acero y colocar la corona.
- d. Eliminar exceso de cemento
- e. Revisar y pulir el margen cervical. Asegurándose de que no existen desajustes, ya que estas coronas son relativamente gruesas. Puede ser necesario utilizar una fresa de terminado o disco de lija para reducir los márgenes.

El campo operatorio debe estar completamente aislado utilizando el dique de goma, o bien aislado con rollos de algodón y un eyector de saliva, además el campo operatorio debe mantenerse completamente seco durante el proceso de cementado de la corona.

2. CEMENTADO CON RESINA COMPUESTA Y CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC

En caso de que exista un margen abierto, cuando por una zona de caries que se extienda más allá de los márgenes - de la corona de policarbonato, antes de cementar la corona es necesario rellenar estos huecos con resina compuesta para establecer un mayor margen.

- a. Adaptar la corona lo mejor posible
- b. Lubricar el diente preparado
- c. Llenar la corona con resina compuesta del mismo color del diente. El diente deberá encontrarse totalmente seco, ya que existen algunas resinas que no polimerizan en presencia de humedad. Dejar hasta que la resina adquiera una consistencia - pastosa, en seguida se retirará, permitiendo al acrílico poli--merizar completamente.
- d. Recortar el exceso de resina acrílica en el margen gingi--val y adaptarla al diente.
- e. Pulir y recortar los márgenes cervicales
- f. Colocar según el método utilizado para cementar, cemento - de fosfato de zinc.

3. CEMENTADO CON RESINA COMPUESTA

Puede ser necesario cementar la corona con resina - compuesta. Si se hace esto, es importante hacer un surco en - el margen cervical para crear retención para la resina acríli - ca y mantener la corona en su lugar.

- a. Hacer el surco en el cuello del diente con una fresa redonda número 34.
- b. Proteger la pulpa y secar el diente.
- c. Respar o lijar el interior de la corona y llenarla con resina acrílica del color del diente y colocar sobre el muñon En una corona muy ajustada, quizás sea necesario hacer un pequeño agujero en la superficie incisolingual, para permitir que fluya el exceso de resina y lograr un mejor sellado.
- d. Dejar polimerizar la resina acrílica sobre el diente y recortar el exceso con una fresa 69 L.
- e. Pulir los márgenes cervicales de las coronas.

Al terminar los márgenes de la corona sobre el diente, es posible lesionar los tejidos blandos. Aseguremos al paciente que la molestia desapareciera en algunos días. En algunas ocasiones con frecuencia, al colocar solo una corona es necesario modificarla para ajustarse a los dientes adyacentes. Esto se logra utilizando un disco de hule, piedra y fresa.

PROBLEMAS CON CORONAS DE POLICARBONATO

ROTURA

La rotura que suele producirse como fractura labio lingual puede evitarse si los márgenes no se festonean con pinzas ni se cortan con tijeras. También se considera que el-

tipo excursivo y recontorneado mínimo exterior de la corona - ayuda a reducir la fractura.

DESGASTE

Los dientes primarios suelen sufrir atrición con el paso del tiempo, por lo tanto es natural esperar que se produzcan desgastes en las porciones incisivas de las restauraciones de la corona de policarbonato. Este desgaste puede llevar a fracasos tempranos de la corona si se realizó inicialmente de forma mayor que menor, o si la corona si encuentra interferencia en los caninos excursivos. Si el niño presenta desgaste inicial en el borde incisal notable es difícil obtener resultados aceptables usando la corona de policarbonato y ocurre casi sistemáticamente el fracaso. Por esto una restauración de resina compuesta y contorneada y a medida suele ser la solución estética óptima para dientes primarios anteriores que están abrasionados en grado mayor que lo normal.

MALA RETENCION

La retención de la corona puede favorecerse si se prepara el diente para aproximarse bastante a la forma interna de la corona de policarbonato y si se incorpora a la preparación un surco retentivo. Si se ha perdido una parte apreciable del diente como resultado de caries o traumatismo la con

trucción acrílica del cementado del interior de la corona - ayuda a la retención. La corona cementada deberá permitir libertad de los caminos excursivos. Por lo tanto suele ser difícil usar estas coronas en casos de sobremordida profunda.

IRRITACION GINGIVAL

Como en todos los procedimientos operatorios deberá llevarse cuidado al reducir la lesión de los tejidos blandos durante la preparación del diente. La reacción gingival a la restauración de la corona de policarbonato suele ser muy favorable. Sin embargo durante la preparación del diente adyacente, es muy fácil separar la papila labial de su inserción. Después de una lesión de este tipo, suele persistir la inflamación después de cementada.

Es mejor siempre determinar la profundidad del surco gingival antes de iniciar la preparación del diente y - si es posible, no penetrar en la inserción gingival.

El objetivo principal de la corona de policarbonato a diferencia de otros métodos, es la restauración total del diente, con resultados estéticos. Esto puede lograrse con la corona, aunque exista un solo color. En ocasiones cuando no existe suficiente estructura dentaria para sostener la corona en su lugar, es necesario utilizar la corona de acero que proporcione mayor retención. Si se quiere utilizar una corona de

policarbonato en un diente inferior, deberemos utilizar una -
do las coronas superiores y adaptarla para ajustarse a los -
dientes inferiores. Esto no siempre da la solución, ya que -
algunos dientes inferiores son demasiado pequeños. Generalmente -
te, la corona de policarbonato es una restauración útil.

C A P I T U L O V I I I

CORONAS PREFORMADAS DE CELULOIDE PARA DIENTES ANTERIORES DE LA PRIMERA DENTICION

Las lesiones cariosas y anormales de los dientes de la primera dentición hoy en día son restauradas con la finalidad de devolver su función y al mismo tiempo su estética. Esto es un objetivo importante de la Odontopediatría moderna.

Actualmente, en muchos casos son :

La caries rampante, el síndrome de mamá y fracturas se justifica su tratamiento.

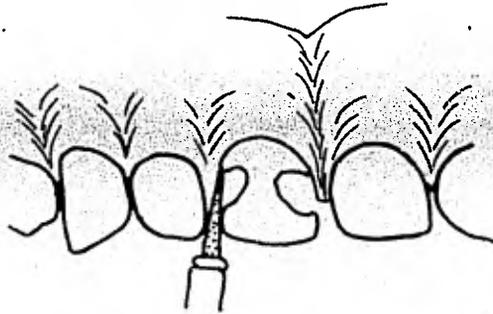
Uno de los más recientes procedimientos estéticos - para la restauración de los dientes anteriores primarios con caries amplias, fracturas o defectos del esmalte son las coronas perforadas de celuloide, utilizando las resinas compuestas, se han originado la corona removible transparente, obte-

teniéndose una estética óptima, retención y corto tiempo de -
trabajo.

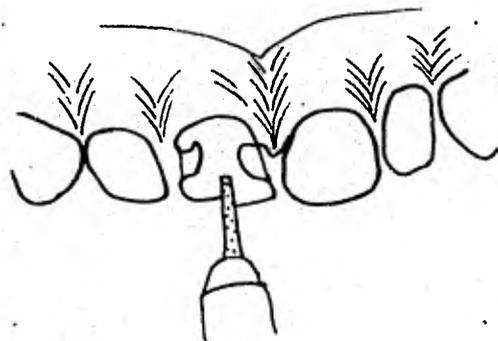
PREPARACION DEL DIENTE

Es recomendable limpiar las superficies del diente-
con una pasta para profilaxis no fluorada.

1. La superficies mesial y distal se desgastan con una fresa-
de diamante de flama larga. El desgaste deberá ser divergente
hacia incisal tratando de no formar ningún tipo de escalón.
La reducción extensiva es innecesaria.



2. El desgaste incisal que debe ser aproximadamente de 1 mm.-
puede ser desgastado con una fresa cilíndrica de diamante y -
todas las zonas en donde se encuentren caries, se remueven --
con una fresa de bola de carburo del número 4 o con una cucha
rilla. Posteriormente se recubre con una base de hidroxido de
calcio.



3. Un desgaste puede ser realizado en el tercio gingival de la superficie labial usando un cono invertido o una fresa de pera de carburo con una angulación de 45° con el objeto de dar mayor retención mecánica.

GRABADO DEL ESMALTE

1. El ácido fosfórico para el grabado de esmalte puede utilizarse en forma de gel, semigel, líquida, aplicándolo en todas las superficies del esmalte por un período aproximado de dos minutos.

2. Se lava y se seca observando el esmalte uniformemente blanquísimo.

SELECCION Y AJUSTE DE LA CORONA

1. Seleccionando el tamaño apropiado de la corona para nuestra preparación, eliminamos el exceso de material, recortando el margen gingival con unas tijeras curvas.

2. Adaptación de la corona a nuestra preparación. La corona preformada deberá estar 1 mm por debajo del margen gingival.



3. Utilizando una fresa de bola de carburo del número 4 efectuamos una perforación en el centro de la superficie palatina de la corona. Esto tiene como ventaja evitar la formación de burbujas de aire en el material de obturación que es la resina compuesta y prevenir la distorsión de la corona de celuloide durante su cementado.
4. Mezclando el material de resina compuesta y de acuerdo a las instrucciones del fabricante se introducirá en la corona de celuloide evitando asimismo la formación de burbujas de -- aire.
5. Llevando la corona de celuloide con la resina compuesta a nuestra preparación, recordando introducirla 1 mm. por debajo del margen gingival, se checa la oclusión, ya que debido a lo blando del material tanto de la corona como composito, se establecerá la mordida propia del paciente.
6. Usando un explorador o una cucharilla se remueve el exceso de material composito que se encuentra alrededor del margen cervical.
7. Se desgasta el exceso del composito en la superficie palatina de la corona de celuloide.
8. Con un explorador o excavador se remueve la porción remanente de la corona preformadas de celuloide.

TERMINADO

Si el tamaño de la corona fue seleccionada y adapta

CONCLUSIONES

1. El conocimiento de la historia Médica y Odontológica, nos da el diagnóstico y tratamiento correcto a realizar en -- cualquier Rama de la Odontología.
2. El bloqueo y la sedación del niño para cualquier tratamiento operatorio, da mayor seguridad al Odontólogo al trabajar.
3. Conocer que aparte de la preparación de cavidades existentes la preparación de coronas dentro de la operatoria dental - Infantil de aquí el interés de marcar sus diferencias en -- la forma de preparación de las diferentes coronas mencionadas en este trabajo.
4. Tener en cuenta las etapas de exfoliación de los dientes -- para la elaboración de un buen tratamiento dental.
5. Aspecto Psicológico del niño y el adolescente da al Cirujano Dentista, una orientación de las diferentes edades -- por la que el niño pasa la forma más accesible de tratarlo así como la actitud con los padres para que el niño acepte -- el tratamiento dental.

B I B L I O G R A F I A

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.-

Odontología Pediátrica. Dr. John R. Mink
Nueva Editorial Interamericana, enero -
1973.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCEN-
TE. Esiph E. Mcdonald, Ed. Mundi, Buenos
Aires, Argentina, 1971.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Sidney B. Finn, -
cuarta edición, Ed. Interamericana, Méxi-
co 1976.

ODONTOPEDIATRIA. Odontología para el niño
y el adolescente. Rudolf P. Hotz Ed. Mé-
dica Panamericana, Buenos Aires, Argenti-
na 1977.

OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA, Kennedy-
Editorial Médica Panamericana, Buenos -
Aires, Argentina 1977.