



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**RECONSTRUCCION DE CORONAS EN
DIENTES ANTERIORES DECIDUOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

ROSA DE FATIMA FREYRE BAEZ

VICTOR EDUARDO GONZALEZ GONZALEZ



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 está 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.

INDICE

RECONSTRUCCION DE CORONAS EN DIENTES ANTERIORES _ DECIDUOS

INTRODUCCION

TEMA I	DEFINICION DE CORONAS
TEMA II	INDICACIONES
TEMA III	CONTRAINDICACIONES
TEMA IV	TIPOS DE ANESTESIA
	a) LOCAL
	b) GENERAL
TEMA V	DIFERENTES TIPOS DE CORONAS (ACERO-CROMO, POLICARBONATO Y CELULOIDE)
	1.- INSTRUMENTAL
	2.- ELECCION DE LA CORONA
	3.- PREPARACION DE LA CORO_ NA
	4.- ADAPTACION DE LA CORONA
	5.- CEMENTACION DE LA CORO_ NA.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIAS

INTRODUCCION

Uno de los mas serios problemas de la odontopediatria sigue siendo hasta ahora la restauración de los dientes anteriores primarios. Dia a dia se ha otorgado cada vez mas consideración y atención a la salud dental de los niños.

Los dientes temporales o permanentes, deben ser cuidados y vigilados durante los años de mayor desarrollo físico del niño. Es importante tener mucha consideración en la dentición temporal porque sobre esta se basara la permanente que ha de ocupar su lugar, por eso hay que darle los tratamientos y cuidados necesarios.

Dentro de los tratamientos donde la caries o alguna otra patología afecta al diente, se puede recurrir a una protesis como coronas, sin la necesidad de hacer la extracción, así mismo como mantenedores de espacio y conservar la estetica.

El proposito de esta tesis es describir una técnica simplificada de los diferentes tipos de coronas para ser colocadas en dientes temporales en forma eficiente y rapida para el paciente.

Por lo tanto la odontopediatría creara en la dentición del niño, un hábito de limpieza, una -- prevención y una conservación.

TEMA I

DEFINICION DE CORONA

a) Es una restauración elaborada o construida fuera de la boca, que va ha reemplazar la corona clínica de un diente que ha sido destruida parcial o totalmente, reproduciendo forma y dimen- - ción, para restablecer salud, función y estética.

b) Es una restauración elaborada que nos ayu- - dara a devolver su función forma y estética, de - aquella corona clínica natural que ha sido des- - truida en forma total o parcialmente.

TEMA II

INDICACIONES

Estas indicaciones son anomalías que aparecen sobre todo en el esmalte y la dentina y pueden ser consideradas como anomalías estructurales, por lo consiguiente todos los componentes calcificados del diente pueden presentar anomalías de sus estructuras grandes o pequeñas o de la mineralización.

Las causas de las anomalías, son hereditarias o ambientales las hereditarias generalmente afectan a las denticiones primaria y secundaria, mientras que las ambientales afectan a la dentición primaria o a la secundaria solamente o a dientes determinados.

Las anomalías hereditarias en general afectan al esmalte o a la dentina, mientras que las ambientales afectan el esmalte y la dentina. Las anomalías hereditarias suelen causar una orientación difusa o incluso vertical de las alteraciones, mientras que las ambientales están dirigidas horizontalmente.

Por lo tanto daremos algunas anomalías en -- donde están indicadas las coronas.

AMELOGENISIS IMPERFECTA.- Esta anomalía presenta disfunción o afecta principalmente el órgano del esmalte.

La formación del esmalte se presenta en dos periodos:

El primero es el formativo, en la cual una amelogénesis puede afectar a esta formación y se le -- llama hipoplasia o aplasia del esmalte.

El segundo es la maduración donde va haber -- una mineralización, en la que una amelogénesis -- puede afectar esta mineralización y se le llama -- hipomineralización del esmalte.

Hipoplasia o aplasia del esmalte.- Esta con menos frecuencia que los desórdenes de hipomineralización. Aunque en este tipo de hipoplasia hay -- alguna hipomineralización, el esmalte resistente -- los requisitos funcionales normales.

Los dientes tienen un aspecto, clínico diferente según el sexo en los varones se presenta -- mas, la superficie es lisa y dura pero con numero -- sos surcos o arrugas verticales, coronas con cam--

bios que van del amarillo al pardo oscuro o no hay coloración, el contorno dental es anormal y el diámetro mayor de la corona se localiza cerca del cuello. La razón de esta forma a normal es una falta de esmalte.

Radiográficamente la reducción del espesor del esmalte se refleja por una reducción de la sombra del esmalte.

REFLEJA POR UNA REDUCCION DE LA SOMBRA DEL ESMALTE.

HISTOLOGICAMENTE ESMALTE DEFECTUOSO Y DELGADO

TRATAMIENTO MEJORAR ASPECTO ESTETICO.

HIPOMINERALIZACION DEL ESMALTE.- Las hipoplasias del esmalte con hipomineralización no es fácil dividir las en diferentes subtipos por medios clínicos, genéticos, radiográficos, histológicos químicos. Aunque existen algunas diferencias de color, forma y comportamiento clínico, no se han establecido características diagnósticas comunes.

CARACTERISTICAS CLINICAS; Al tener lugar la erupción, los dientes suelen tener una corona de

forma normal. Durante la erupción o poco tiempo - despues se nota que el esmalte tiene un color - - anormal y puede contener manchas blancas, amari-llas, rojas o marrones. La alteración en el color aumenta al avanzar la edad, de manera que en adultos los dientes son marrones oscuros. La intensidad del color varia en los diferentes dientes y - algunos especialmente los incisivos mandibulares - quizas no presenten ningun cambio de color.

La hipomineralización del esmalte reduce la densidad radiográfica normal. El borde entre el - esmalte y la dentina no esta bien definido. Sin - embargo la forma y tamaño de los dientes no estan modificadas. Durante la erupción los dientes tie- nen un contorno normal, pero luego desarrollan defectos en el esmalte. Algunas veces se observan - defectos en el esmalte antes de su erupción, especialmente en las cuspides.

La pérdida de esmalte ocurre despues de di-ferentes periodos de tiempo y con una intensidad - desigual, mas que a causa de la caries como resultado de una abrasión mecanica o acciones quimicas de la saliva y de los alimentos. Los defectos se- presentan con mayor frecuencia en las superficies labiales de los dientes anteriores y en las cuspida

des de los molares. La hipomineralización se observa más a menudo en el lado bucal que en el lingual es sorprendente que la formación de caries - en estos dientes no es muy intensa.

Radiográficamente forma del diente es normal y el esmalte se observa zona radiolucida, igual que la dentina.

Tratamiento consiste en mejorar el aspecto estético.

HIPOPLASIA DE LA DENTINA.- Hay diversas hipoplasias de dentina. El desorden primario afecta tanto a la dentina como a la pulpa. Al contrario de las hipoplasias del esmalte, pueden afectarse secundariamente otros componentes del diente, sobre todo del esmalte cuyo color, contorno y capacidad funcional pueden estar alterados. Estas alteraciones son en ocasiones tan ostensibles que - inducen a confusión con la hipoplasia del esmalte. Las hipoplasias hereditarias de la dentina - son dos veces mas frecuentes que las del esmalte.

DENTINA OPALECENTE HEREDITARIA.- Es el trastorno mas comun de la dentina, la dentinogenesis - imperfecta ocurre en las denticiones decidua y - permanente. Los dientes tienen un color amarillo

hasta azul gris, con una transparencia de ambar, - muy notable en los dientes deciduos de erupción temprana. Poco despues de la erupción el esmalte se fractura separandose de la dentina en fragmentos pequeños o grandes y deja bordes cortantes en los lugares de la fractura. Algunas veces se rompen enteras durante la masticación, esto origina una rapida abrasión de la dentina subyacente. En ocasiones solo quedan muñones gastados a nivel de la encía. Estas fracturas probablemente son debidas a la flexivilidad de la dentina hipoplasica y relativamente blanda que se rompe bajo la presión masticatoria.

Las caries aparecen en lugares, usuales pero el progreso es menos rapido, ya que faltan los conductos dentales. A menudo existe una notable resistencia contra la caries, lo cual talvez se deba a la abrasión excesiva, las caries profundas no ocasionan mucho dolor en los dientes y estos no son sensibles durante los procedimientos de restauración.

Radiograficamente se observa una falta relativa de contraste radiografico de los dientes debido a un aumento de su contenido en agua y disminución de las sustancias inorganicas. Oblitera-

ción casi completa del espacio pulpar. En ocasiones se observa una gran radiotransparencia sin -- signos de caries dental.

Histologicamente es una manifestación del -- trastorno dentinal tratamiento se recurre a -- las coronas.

Dientes en cascara son una anomalía que probablemente ocurre en los formas diferentes, una -- de las cuales esta asociada con la dentinogenesis imperfecta. Los dientes de cascara difieren de -- los dientes con dentina opalescente por la falta -- de defectos del esmalte, aflojamiento de dientes, factores hereditarios dudosos, zonas relativamente anchas de dentina normal debajo del esmalte y -- cambio brusco en una dentina de tipo fibrosa que -- no ocurre en la dentina opalescente. Se cree por -- lo tanto que los dientes en cascara representan -- probablemente una anomalía estructural específica.

DISPLASIA DE LA DENTINA.- Es un trastorno raro de la formación dentinal, con esmalte normal, -- dentina típica y lesiones en la raíz.

Aspectos clínicos las coronas tienen un contorno y color normales sin cambios secundarios en

el esmalte. El signo mas precoz es el aflojamiento del diente con una sola raíz. El aflojamiento prematuro quiza no sea tan evidente en la dentición decidua, al parecer existe una resistencia acentuada a la caries.

Radiograficamente las raices muchas veces -- tienen solamente unos milímetros de longitud y -- pueden estar redondeadas o afiladas. Se observa -- obliteración de la cavidad de la pulpa y un deficiente contraste de densidad, por otra parte hay -- casi siempre radiotransparencias periapicales que pueden tener un tamaño variable y estar mal o -- bien definidos de manera que asemejan a la periodontitis apical cronica o a quistes radiculares.

Etiologicamente se pueden excluir los quistes o granulomas tratamiento si no hay mucha movilidad se coloca corona sino se recurre a la extracción.

OSTEOGENESIS IMPERFECTA. - Es un trastorno mesenquimatoso hereditario que afecta el desarrollo del tejido esquelético y conjuntivo. Los signos principales que pueden ocurrir aisladamente o en combinación son escleroticas azules, fracturas o

seas y sordera.

El trastorno estructural de la dentina en la osteogenesis imperfecta no se diferencia satisfactoriamente de la dentina opalescente si se aplican criterios clinicos o histologicos. Aquí también la corona es relativamente pequeña y de color ambar y contiene fracturas del esmalte. Además las raices son delgadas cortas y translucidas y contienen cavidades pulpares obliteradas no se dispone de datos exactos sobre el estado de los dientes en la osteogenesis imperfecta, ya que no se mencionan los dientes en muchos de los casos comunicados. En la dentina opalescente todos los dientes estan afectados con la misma intensidad. En la osteogenesis imperfecta por otra parte, la dentición decidua muestra alteraciones mas intensas que los dientes permanentes. En la dentición opalescente nunca ha sido comunicada la presencia de coronas completamente normales y raices anormales, cambios que nos son raros en la osteogenesis imperfecta.

Así pues no parece probable que la dentina opalescente este relacionada con la osteogenesis imperfecta pero no se puede dar una conclusión definitiva.

Lo que es mas importante recordar aquellas - manifestaciones clinicas bien evidentes que nos - estan hablando de anomalias tanto en la estructura del esmalte como en el de la dentina.

ODONTODISPLASIA (DIENTES FANTASMAS).- Es una anomalia rara su causa es desconocida. Los dientes anteriores son los mas afectados sobre todo - los incisivos centrales y laterales superiores. - Cuando son afectados los dientes deciduos en ocasiones afecta a los permanentes.

Histologicamente es una dispersión explosiva y desordenada de epitelio dental procedente del - organo del esmalte dentro de la papila y folículo denteal y que induce probablemente el epitelio -- del esmalte introducida una formación esporádica de dentina. En la pulpa puede haber calcificación y pedazos de esmalte prismático, el esmalte es de delgado y falta en algunas partes.

La pulpa presenta en muchas zonas una atro-- fía reticular e hialinización. Los odontoblastos muestran una degeneración, sin embargo son normales en las zonas de mineralización normal. El cemento celular ha sido reemplazado por cemento a - celular a lo largo de la raíz.

Clinicamente la forma dental sufre una marcada alteración, por lo general su aspecto es muy irregular con frecuencia evidencias de mineralización defectuosa.

Radiográficamente notable disminución radiopaca del esmalte y dentina y se notan muy delgadas, la cámara pulpar excesivamente grande, la capa adamantinosa suele observarse.

TRATAMIENTO PROTESIS O EXTRACCIÓN.

Las siguientes anomalías en donde está indicada la corona son por factores ambientales en los que afecta al diente.

HIPOPLASIA POR INFECCIÓN O TRAUMA LOCAL. - Esta anomalía aparte de entrar en los factores ambientales, está dentro de la hipoplasia adamantinosa.

Esta hipoplasia afecta con mayor frecuencia en uno de los incisivos permanentes o en un premolar superior e inferior. En esta hipoplasia se presentan desde la coloración parda hasta la leve presencia de fosillas.

Esta anomalía que se presenta en los dientes aislados se le llama " HIPOPLASIA DE TURNER " .

Cuando en un diente primario se presenta caries este afecta al permanente en su corona esto es una hipoplasia por infección,

Cuando un diente primario sufre un traumatismo y este también afecta al permanente, esta es una hipoplasia por trauma y presenta en el esmalte un color amarillento o pardusco por lo común en la superficie vestibular.

HIPOPLASIA POR FLUOR (ESMALTE VETEADO).- Etiológicamente la hipoplasia por fluor o fluorosis se presenta por la ingestión de agua potable fluorada durante la erupción de la dentición primaria y da como resultado esmalte veteadado y este aumenta con la gran cantidad de fluoruros en el agua.

PATOGENIA.- Este tipo de hipoplasia se debe a un trastorno de los ameloblastos durante un periodo formativo del desarrollo dental y es posible que el producto celular, la matriz adamantina sea defectuosa o deficiente y con elevados niveles de fluoruro, en el proceso de calcificación de la matriz hay interferencia.

CLINICAMENTE. Según la ingestión de agua que contenga fluoruro hay cierto aspecto que presentan los dientes veteados:

- 1.- Alteraciones leves por zonas opacas blancas - que abarca mas de una superficie.
- 2.- Alteraciones discutibles con veteado o punteado blanco en el esmalte.
- 3.- Alteraciones moderadas y avanzadas donde hay formación de fosas y pigmentación pardusca de la superficie y es fácil que el esmalte se desgaste o fracture.
- 4.- Aspectos corroído de los dientes.

Tratamiento en niños se colocara una resina o corina infantil y en los adultos carilla o resinas.

PIGMENTACION POR TETRACICLINA.- Esta anomalía se presenta durante regimenes terapeuticos o profilacticos instituidos en la mujer embarazada o el lactante.

La porción pigmentada del diente por la tetraciclina esta determinada por la fase del desarrollo dental en el momento de la administración

del medicamento. Como la tetraciclina cruza la barrera placentaria, afecta dientes primarios en desarrollo antes del parto aunque la pigmentación - propiamente dicha depende de dosis, cantidad de tiempo que fue administrada y variedad de tetraciclina.

Clinicamente. Los dientes afectados por la tetraciclina tienen una coloración amarillenta o gris pardusca que es mas acentuada en el momento del brote de dientes. Esta se torna gradualmente pardusca luego de su exposición a la luz. La tetraciclina da fluorescencia a la luz ultravioleta y, por consiguiente los dientes por ella pigmentados tan bien dan fluorescencia amarilla clara a la luz ultravioleta. Sin embargo esta fluorescencia va disminuyendo con el tiempo. Se dice que la dentina se pigmenta con mayor intensidad que el esmalte.

TRATAMIENTO. Según la friabilidad que se presente en el esmalte y la dentina, para poder colocar una prótesis.

Otra de las indicaciones y quizá la mas importante porque se encuentra con mas frecuencia - es la " CARIES DENTAL " .

CARIES DENTAL.- Es una enfermedad que ataca los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por desmineralización de la parte -- inorgánica y destrucción de la substancia orgánica de la pieza. Es la mas frecuente de las enfermedades crónicas de los humanos.

Una vez que aparecen las manifestaciones -- persisten durante toda la vida, aunque la lesión sea tratada. Practicamente no hay región geográfica de la tierra cuyos habitantes no tengan alguna manifestación de caries.

Afecta a personas de ambos sexos, de todas las razas, estratos socioeconomicos y grupos cronologicos. Comienza poco despues que los dientes brotan en la cavidad bucal.

Etiologicamente por lo general, hay acuerdo en que la caries dental es un problema complejo, complicado por muchos factores indirectos que enmascaran la causa o causas directas. No hay una opinion por todos aceptada sobre la etiologia de la caries dental. Atravéz de los años de observación e investigación no han podido dar con algo definitivo, sin embargo se han elaborado dos teorías principales: Acidogena y proteolitica, pero-

se propuso una tercera teoría la de proteólisis y quelación.

El hecho de que hay una notable variación en la frecuencia de caries en diferentes personas de la misma edad, sexo, raza, zona geográfica, -- alimentada con la misma dieta, bajo las mismas -- condiciones de vida, señala la complejidad del -- problema

Mencionaremos algunos factores indirectos que influyen posiblemente en la etiología de la caries:

A) DIENTE

1. COMPOSICION
2. CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS
3. POSICION

B) SALIVA

1. COMPOSICION
 - INORGANICA
 - ORGANICA
2. PH
3. CANTIDAD

4. VISCOSIDAD

5. FACTORES ANTIBACTERIANOS

C) DIETA

1. FACTORES FISICOS

CANTIDAD DE LA DIETA

2. FACTORES LOCALES

CONTENIDO DE CARBOHIDRATOS

CONTENIDO DE VITAMINAS

CONTENIDO DE FLUOR

Clinicamente la caries dental la han clasificado de diferentes maneras, según las características clinicas de cada lesión en particular. De acuerdo con la localización del diente se presenta

1) CARIES DE FOSAS Y FISURAS

2) CARIES DE LAS SUPERFICIES LISAS

TAMBIEN SE LE CLASIFICA SEGUN LA RAPIDEZ DEL PROCESO EN:

1) CARIES AGUDA

2) CARIES CRONICA

Es importante recordar y que además es conocido por estudiantes y odontólogos la clasificación de acuerdo a los tejidos dentales que van atacando y que además clínicamente y terapéuticamente nos identificamos con los tratamientos a los que nos encaminamos, esta clasificación es dada por el Dr. BLACK y es la siguiente:

CARIES DE 1er. GRADO.- ABARCA ÚNICAMENTE EL ESMALTE.

CARIES DE 2o. GRADO.- ABARCA ESMALTE Y DENTINA

CARIES DE 3er. GRADO.- ABARCA ESMALTE, DENTINA Y PULPA.

CARIES DE 4o. GRADO.- ABARCA LOS MISMOS TEJIDOS PERO LA PULPA YA NO TIENE VITALIDAD.

MEDIDAS PROFILÁCTICAS PARA EVITAR O REDUCIR LA CARIES:

La primera medida es contrarrestar la acción de los ácidos impregnado en la superficie del esmalte y esto lo logramos con una sustancia insoluble y que además lo endurezca, esta es una solución tópica de fluoruro de sodio al 2% lo cual trae como consecuencia una reducción del 40% del proceso carioso.

En los niños que durante los primeros ocho - años de vida han pedido continuamente agua que -- contiene mas de una parte por millon de fluor, -- hay menos suceptibilidad a la caries, pero sus -- dientes estan manchados y si la caries penetra, - avanza con mayor rapidez.

TEMA III

CONTRAINDICACIONES

1.- No deben utilizarse como restauraciones permanentes en dientes de la segunda dentición, ya que produce irritación en la encía causando -- problemas parodontales

2.- Si se coloca en dientes permanentes jovenes fracturados, deberán determinarsele un tiempo para cambiar por otro tipo de restauración.

3.- Esta contraindicada en aquellos pacientes que presenten bruxismo o abrasión.

4.- Esta contraindicada cuando la longitud de la raíz es pequeña no se pondra ninguna protesis.

5.- Cuando hay apiñamiento de los dientes.

6.- Falta de soporte dentinario

7.- Hábitos que produzcan una fuerza de -- oclusión excesiva

8.- En estado muy avanzados de enfermedades gingivales y parodontales.

9.- Cuando no existe sobremordida horizontal

10.- Cuando se presentan caries pequeñas en -
las que se le colocan otro tipo de restauraciones
o en caries muy extensas que se recurre a la ex-
tracción.

TEMA IV

TIPOS DE ANESTESIA LOCAL Y GENERAL

ANESTESICOS LOCALES:

Los anestésicos locales son fármacos que bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican en este en concentraciones adecuadas. Actúan en cualquier parte del sistema nervioso y en todos los tipos de fibras nerviosas.

La gran ventaja práctica de los anestésicos locales es que su acción es reversible; su uso es seguido de recuperación completa de la función nerviosa sin dejar huellas de lesión estructural de las fibras o las neuronas.

Los anestésicos locales impiden la generación y la conducción del impulso nervioso. El sitio principal donde actúan es la membrana celular y al parecer ejercen una poca acción de importancia fisiológica en el axoplasma. Los efectos axoplásmicos que ocurren pudieran ser secundarios a la acción sobre la membrana.

Mecanismo de acción: Todos los anestésicos locales por generalizar son sales de sustancias

basicas. En presencia del medio alcalino de los tejidos, la base libre se libera (todos los anestésicos locales son sales de substancias basicas con una base libre), deteniendo paulativamente el paso de los iones sodio y potasio a través de la membrana manteniendose en reposo de esta manera, por lo tanto no se alcanza la repolarización de la membrana y como consecuencia logica las fibras o celulas no responden a los impulsos ocasionados dentro del area.

Cabe mencionar que a medida que aumenta la alcalinidad del anestésico extracelularmente (Un PH de 9-7) aumenta la actividad del anestésico. De tal modo que los anestésicos locales pierdan su eficacia dentro de medios acidos, tomando en cuenta que estos son acidos de origen pero amortiguados en un PH alcalino. Y conocido de todos es que en tejidos donde hay proceso de infección se encuentran medios acidos extracelulares, al hacer uso del anestésico local en dichos sitios el efecto de estos es neutralizado, por no poderse liberar la base libre del anestésico impidiendo su acción para bloquear los impulsos nerviosos.

La duración de la acción de un anestésico local es proporcional al tiempo que el anestésico se encuentre en contacto con el tejido nervioso. Por

tal motivo se han ideado procedimientos para mantener la substancia en el nervio con el fin de -- prolongar el período de anestecia. En la práctica general, la inyección de un anestésico local suele contener además adrenalina. En general la concentración del vasoconstrictor debe mantenerse a una concentración mínima eficaz.

Los anestésicos locales pertenecen principalmente al grupo de ésteres y amidas, siendo de tipo amídico los más estables y las reacciones de hipersensibilidad menos frecuentes.

Dentro de los anestésicos locales más usados por el odontólogo se encuentran tres de mayor importancia:

- 1.- LIDOCAINA (XILOCAINA)
- 2.- CLORHIDRATO DE MEPIVACAINA (CARBOCAINE)
- 3.- CLORHIDRATO DE PRILOCAINA (CITANEST)

LIDOCAINA (XILOCAINA): La lidocaina produce anestesia rápida, intensa y duradera así como extensa. No es irritante a los tejidos incluso en altas concentraciones. Tiene un alto grado de toxicidad no es irritante y es muy estable, por ser metabolizado en el hígado, la lidocaina parece --

ser mas toxica en individuos con trastornos en la función hepática. Un efecto secundario de la lidocaina notable es la somnolencia.

La lidocaina desaparece en término de dos - horas de los sitios de infiltración cutaneos y -- subcutaneos, se concentra en mayor grado en el riñón, es metabolizado en el hígado y su principal via de excreción es por la orina.

CLORHIDRATO DE MEPIVACAINA (CARBOCAINE): Sus propiedades farmacologicas son semejantea a las de la lidocaina, a la que se parece por su estructura química. Su acción tiene un comienso mas rápido y dura un poco mas que la lidocaina. Se usa para anestesia por infiltración, anestesia regional por bloqueo nervioso. Es menos irritante que la lidocaina tiene ademas bajo índice de toxicidad. Gran parte del farmaco es absorbico por la corriente sanguinea. Este farmaco tiene un índice anestésico elevado y amplio margen de seguridad - por lo cual es el mas recomendado dado que pocas veces se presentan reacciones generales graves.

La duración de su acción es mas o menos de - dos horas o dos horas con treinta minutos.

Los efectos secundarios pocas veces se presentan reacciones graves, a veces hay taquicardia e hipotensión moderada y a veces contracciones de los músculos de la cara.

CLORHIDRATO DE PRILOCAINA (CITANEST): Sus propiedades farmacológicas son semejantes a la lidocaina, Pero su toxicidad generalmente es mucho menor. Este fármaco tiene índice terapéutico amplio y límites amplios de seguridad. Su capacidad de penetración es mayor que la lidocaina. Gran parte de este fármaco es absorbido en la corriente sanguínea. La duración de su acción es de dos horas.

Los efectos secundarios aparecen con muy poca frecuencia, pero algunos pacientes que reciben dosis altas pueden presentar cianosis secundaria o metemoglobinemia.

CARACTERÍSTICAS Y DESVENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL.

SUS CARACTERÍSTICAS SON:

- 1.- ELIMINAR EL DOLOR
- 2.- NO PRODUCIR MOLESTIA AL PACIENTE
- 3.- DEBEN SER POTENTES Y EFICACES A BAJAS CONCENTRACIONES.

- 4.- DEBEN TENER CAPACIDAD DE PENETRACION ADECUADA
- 5.- DEBEN TENER INICIO DE ACCION RAPIDA
- 6.- SU ACCION DEBE SER DURADERA
- 7.- DEBEN PRESENTAR POCA TOXICIDAD GENERAL
- 8.- NO DEBEN SER IRRITANTES, ESTO ES, NO CAUSARAN LESION AL NERVIO.
- 9.- SU ACCION SERA REVERSIBLE
- 10.- DISMINUIR EL DOLOR POSOPERATORIO Y LA HEMORRAGIA
- 11.- NO INTERFERIR EN EL PROCESO DE CICATRIZACION
- 12.- PODRAN UTILIZARSE FACILMENTE

SUS DESVENTAJAS SON:

- 1.- No siempre producen la pérdida de la sensación
- 2.- Los niños son aprensivos frente a ella
- 3.- Puede diseminar una infección, particularmente en los casos de infección local aguda
- 4.- Crea dificultad en personas muy neuroticas, -- nerviosas o temor
- 5.- Obliga a la brevedad de la operación en una so la sesión
- 6.- No se recomienda para una operación difícil y prolongada en pacientes que sufren de algun padecimiento grave

7.- No debe usarse cuando se requiere una gran cantidad de solución anestésica, particularmente - si el estado del paciente no es favorable.

Antes de aplicar algún anestésico local es -- recomendable hacerle una historia clínica general, que se le preguntara a las personas mayores que -- acompañen al niño. Después de hacer la historia - clínica si es necesario se premedicara al niño o a las personas que vaya ser anestesiada, esta nos -- ayudara aliviar las apresiones del paciente y po-- dra tener una mejor relación con el odontologo. La premedicacion a menudo es util para los procedim-- mientos operatorios y quirurgicos prolongado y pa-- ra los niños temerosos, nerviosos y aprensivos. Pa-- ra premedicar al niño deben tomarse en cuenta:

- a) LA EDAD DEL PACIENTE
- b) PESO
- c) ACTITUD MENTAL
- d) ACTIVIDAD FISICA
- e) CONTENIDO ESTOMACAL
- f) MOMENTO DEL DIA

Antes de aplicar el anestésico en la zona que se vaya a bloquear se pondra un anestésico topico_ en la mucosa para reducir el malestar del piquete,

con esto trataremos de calmar un poco al niño.

Las técnicas de bloqueo que se emplean mas -
comunmente para el tratamiento del niño son:

BLOQUEO EN DIENTES INFERIORES.

Bloqueo regional del dentario inferior. Este tipo de bloqueo es muy completo. Localizaremos el agujero de entrada del dentario inferior y este se localiza por debajo del plano oclusar de los dientes temporales del niño, por lo tanto la inyección debe ser dada algo mas abajo y mas atras que en los --- adultos. Colocando el pulgar en la superficie oclusal de los molares y la yema del pulgar descansando en la fosa retromolar, la jeringa estara orientada desde los dos molares temporales del lado - - opuesto y a una profundidad de 15 milímetros.

BLOQUEO AL BUCCINADOR.- En este tipo de bloqueo de anestecian los molares y se deposita una - pequeña cantidad de la solución en el surco vestibular adyacente al primer molar permanente.

BLOQUEO REGIONAL DEL NERVIO LINGUAL.- El nervio lingual puede ser bloqueado si se lleva la jeringa al lado opuesto con la inyección de una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja,

esto puede ser a nivel del tercio medio de la - -
raiz del diente que se desea anesteciar.

ANESTESIA POR INFILTRACION (SUPRAPERIOSTI -
CA).- Este tipo de técnica se utiliza en los --
dientes anteriores temporales superiores, la inyec -
ción debe ser efectuada mas cerca del borde gíngi -
val y se depositara la solución muy cerca del hue -
so a esta debe agregarse una inyección nasopalati -
na para dar un mejor bloqueo.

ANESTESIA PALATINA (NERVIO NASOPALATINO).-
Este tipo de bloqueo anesteciara los tejidos pala -
tinos de los seis dientes anteriores, este tipo -
de anestesia es un poco dolorosa no se debe utili -
zar a menos que el paciente sienta una anestesia -
incompleta después de la inyección supraperiosti -
ca.

La vía de inserción de la aguja corre a lo -
largo de la papila incisiva justo por detras de -
los incisivos centrales dirigiendo la aguja hacia
arriba dentro del conducto palatino anterior.

BLOQUEO PALATINO ANTERIOR.- Este tipo de blo -
queo anesteciara el mucoperiostio palatino desde -

la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado, esta debe de ser unos diez milímetros posterior a la cara distal del segundo molar temporal.

COMPLICACION DE LA ANESTESIA LOCAL. El niño debiera ser observado para que se muerda los tejidos, el labio, la lengua, la cara interna de los carrillos, esto nos dara como resultado la llamada *ulcera traumatica*, sin embargo se le mandaran colutorios de solución fisiologica. Son raras las complicaciones de lesiones producidas así por el mismo paciente.

ANESTESIA GENERAL

Para utilizar la anestesia general, se debe intentar anestésico local y una premedicación.

Para la anestesia general debe utilizarse cinco puntos importantes:

- 1.- EL PACIENTE (LA CONDUCTA Y LA COOPERACION)
- 2.- EL PROEDIMEINTO (TRABAJO HA REALIZAR)
- 3.- EL LUGAR (EQUIPO, MEDICAMENTOS Y ASEPSIA)
- 4.- EL PERSONAL (ANESTESIOLOGO)
- 5.- LA PREPARACION (HISTORIA CLINICA, PRUEBAS DE-

LABORATORIO)

Tambien tiene características que debe --
reunir el anestésico:

- A) DEBE SER DE INDUCCION RAPIDA Y PLACENTERA
- B) NO DEBE SER IRRITANTE A LAS MUCOSAS NI TENER
 OLOR DESAGRADABLE
- C) DEBE SER POTENTE EN EL SENTIDO CLINICO UTILIZA
 DO UN ALTO PORCENTAJE DE OXIGENO
- D) DEBE PRODUCIR BUENA RELAJACION MUSCULAR
- E) DEBE SER ESTABLE Y NO SER EXPLISTIVO NI INFLAMA
 BLE
- F) NO DEBE SER TOXICO NI AL RINON NI AL HIGADO
- G) NO DEBE PRODUCIR NAUSEAS Y VOMITO EN EL POSTO
 PERATORIO
- H) NO DEBE AUMENTAR LA HEMORRAGIA CAPILAR POR VA
 SODILATAACION

EXCESIVA

- I) DEBE SER ECONOMICO Y DEBE UTILIZARSE SIN APARA
 TOS COMPLICADOS.

INDICACIONES PARA LA ANESTESIA GENERAL:

- 1.- NIÑOS CON RETARDO MENTAL
- 2.- PACIENTES CON ALERGIA A ANESTESICOS LOCALES
- 3.- PACIENTES HEMOFILICOS EN EL QUE EL ANESTESICO

PUEDE PRODUCIR UNA HEMORRAGIA

- 4.- NIÑOS CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS
- 5.- NIÑOS CON TRASTORNOS GENERALES Y ANOMALIAS -- CONGENITAS
- 6.- NIÑOS CON UNA MALA CONDUCTA

CONTRAINDICACIONES PARA LA ANESTESIA GENERAL:

- 1.- Afecciones respiratorias, como el resfriado común, que impide al paciente respirar por la nariz. También afecciones pulmonares como -- bronquitis, enfisemas y tuberculosis
- 2.- Niños con ciertos trastornos psiquiátricos
- 3.- Niños con historia de malestar por movimiento que puedan vomitar al darles el protoxido

El anestésico general que se utiliza es el óxido-nitroso, oxígeno y aire ambiental el cual tiene ciertas características:

- a) ES SEGURO NO EXPLISIVO Y OLOR AGRADABLE
- b) DISMINUYE EL TEMOR Y LA ANGUSTIA
- c) APAGA EL DOLOR
- d) PRODUCE UN ESTADO EUFORICO
- e) EL GAS NO SE ALTERA POR LOS LIQUIDOS ORGANICOS
- f) LOS EFECTOS SECUNDARIOS SON MINIMOS
- g) LA INICIACION ES RAPIDA
- h) NO HAY PELIGRO DE ADICION

El equipo consta de tuberías, medidores y el inhalador nasal. En el que podran observarse en el momento los signos y sintomas del paciente por una persona especial.

Debe explicarse al niño lo que se le va hacer, ya sea de un modo en que el niño se sienta en confianza y piense que esta jugando y también debe explicarsele las sensaciones que va experimentar

El niño inhalara aproximadamente ocho litros de aire de oxígeno al cien por ciento por minuto, luego se ira disminuyendo y aumenta el oxido nitroso hasta que el paciente este en condición deseada de tranquilidad.

TEMA V

DIFERENTES TIPOS DE CORONAS
(CROMO, CELULOIDE Y POLICARBONATO)

PREPARACIONES EN GENERAL

1.- Es muy importante tomar en cuenta la oclusión normal del paciente antes de colocar la corona pues nos servirá posteriormente como punto de referencia a la hora de colocarla.

2.- Se bloquea la región a trabajar

3.- Se colocara dique de hule

4.- Se el diente ha tratar esta cariado o hay que realizar terapia pulpar esta se realizara antes de la preparación del diente para evitar -- preparación inadecuada debido a la perdida original de la anatomia del diente.

5.- Selección de la corona.

En algunas ocasiones el colocar coronas - parciales o totales se vuelve necesario para rehabilitación funcional de los dientes, tanto de los dientes primarios como secundarios. En odontopediatria se ha preferido el uso de coronas de ace-

ro cromo, para dientes posteriores y de polícarb_onato, y celuloide en dientes anteriores.

CORONAS DE ACERO CROMO

La corona de acero cromo se usa mas a menudo para restaurar dientes con caries extensas - cuando es inadecuado el soporte para la retención de la restauración de la amalgama.

Las indicaciones como ya les dijimos son- que los dientes presenten caries extensas, dientes primarios con problemas a la formación del esmalte etc.

Las contraindicaciones que también ya se mencionaron como son: Aquellas que no se pueden utilizar como restauraciones permanentes en molares permanentes, en aquellos paciente con problemas parodontales etc.

INSTRUMENTAL.

Anestesia (Cartucho, jeringa y aguja)

Dique de hule (Arco de young, grapa, portagrapa)

Eyector

Uno por cuatro (Espejo, explorador, pinzas y cucharilla).

Torundas de algodón
 Piezas de mano de alta y baja velocidad
 Fresa carburo # 169 L
 Fresa de fisura diamante
 Fresa de bola para baja velocidad
 Cuñas de madera
 Tijeras curvas
 Formocresol y dycal
 Pinzas para contornear # 114 roky mountain
 Pinzas 800-417 Unitek
 Loseta y espátula
 Fosfato de zinc
 Disco de hule
 Radiografías

Elección de la corona de acero cromo

El tamaño de las coronas viene marcado en las caras linguales o palatinas si son fabricadas por unitek y roky mountain, o el número se localiza en la cara vestibular si es de la marca ion.

Para hacer la selección mas rápida, se -- utiliza un estuche seleccionador de anillos de cobre o bien se toma medidas del diente ha tratar, - se prueban dichos anillos o la corona directamente sobre el modelo.

El ajuste gingival se aprecia fácilmente desde oclusal posteriormente se checa con un explorador, marcando el contorno gingival, labial y lingual, para asegurarnos que la corona queda no mas de un milimetro abajo del margen gingival evitando así problemas parodontales.

PREPARACION DEL DIENTE.

Tratando siempre de que las sesiones sean indoloras, procedemos a la administración del anestésico y luego colocamos el medio aislante.

Iniciaremos reduciendo inicisalmente e interproximalmente se asegura una terminación sin escalones y un filo de cuchillo, esto se hara con fresa de carburo 1961 y constante irrigación. Todos los angulos posibles que quedan se redondean para evitar interferencias en la adaptación de la corona. Los cortes que se hacen en la superficie oclusal deben tener una profundidad que va de 5 milímetros a 1 milimetro procurando no dañar el diente vecino. Algunas veces es necesario reducir cara lingual y vestibular para evitar que se altere el punto de oclusión con su antagonista.

ADAPTACION DE LA CORONA ACERO

- 1) Se coloca la corona sobre la preparación
- 2) Cerciorarse que no provoque izquemia gingival
- 3) Si la izquemia se produce se toma un explorador o cureta y se marca el margen gingival de la corona
- 4) Se retira y con tijeras curvas se recorta la corona un milimetro por debajo de la línea marcada
- 5) Ya recortada se vuelve a probar al diente y se comprueba la oclusión, en este momento es cuando se retira el dique de hule para checar la oclusión
- 6) El siguiente paso es contornear la corona utilizando pinzas roky mountain haciendo alrededor el cuello gingival para reducir el diametro de la corona y dar un ajuste correcto.
- 7) Una vez ajustado el diametro gingival la corona entrara por medio de presión ejercida con el dedo o algún instrumento
- 8) Llegado a este punto se deberan rectificar los siguientes pasos antes del -

cementado de la corona:

- a) Todos los margenes de la preparaci3n estan cubiertos
- b) Los margenes se extienden 0,5 a 1 milimetro - por debajo de la encia marginal
- c) La corona debera estar bajo presi3n
- d) Oclusi3n correcta
- e) Los contactos se han restaurado
- f) No deben existir zonas de izquemia en los tejidos blandos
- g) No deben quedar bordes irregulares ni filosos en el margen de la corona.

CEMENTACION DE LA CORONA

La retenci3n de una corona de acero, depende principalmente de la adaptaci3n efectuada.

El medio cementante actua solo como relleno para el espacio entre el diente preparado y la corona.

PASOS PARA LA CEMENTACION:

- 1.- Se debe limpiar y secar el diente con aire y aislarlo
- 2.- Si se llevo a cabo la pulpotomia el cemento de elecci3n es el fosfato de zinc.

- 3.- Se utiliza una loseta fría y se coloca de dos a tres gotas de líquido y aun lado una media de polvo
- 4.- Se divide en pequeñas porciones y se lleva el líquido con movimientos circulares hasta lograr una mezcla homogénea, para después añadir más polvo, pero en mayor cantidad y así sucesivamente logrando una consistencia baja en viscosidad debido a que debe fluir a través de toda la preparación de la corona.
- 5.- Si no se llevo a cabo la pulpotomía el cemento de elección será el óxido de zinc reforzado.
- 6.- Se utiliza una loseta para batir el cemento y sobre esta se colocan dos gotas de líquido y una medida de polvo. Se incorpora la mitad del polvo al líquido y posteriormente el restante.
- 7.- El movimiento de la espátula será de forma circular y cuando el cemento tenga consistencia de hebra se lleva hasta el borde cervical de la corona.
- 8.- Se presiona con un empujador de bandas o se le pide al niño que haga presión sobre un abatelengua [Para evitar que pueda desplazarse en tanto que el cemento no se encuentre fraguado].

- 9.- Debera tenerse mucho cuidado en eliminar todo el excedente alrededor de los margenes gingivales, especialmente en las areas interproximales para evitar el desarrollo de una gingivitis y se pasara un hilo dental en las superficies interproximales
- 10.- Se tomara una radiografia para observar la adaptaci3n final.

CORONAS DE CELULOIDE (PEDOFORM)

La finalidad de estas restauraciones es devolver su funci3n y est3tica al diente primario.

La coronas preformadas de celuloide son las mas recientes procedimientos esteticos, las indicaciones se mencionaron en el capitulo II y entre ellas tenemos, aquellos dientes que presentan caries rampante, fracturas, sindrome de mami-la, anomalias en el esmalte, etc.

INSTRUMENTAL

Uno por cuatro

Anestesia (Cartucho jeringa y aguja)

Dique de hule (Arco de young, grapa, portagrapa e hilo dental)

Eyector, abre bocas y torundas de algodón
 Pieza de mano de alta y baja velocidad
 Cepillos profilacticos y pastas profilacticas
 Fresa de bola # 4 y fresa de carburo # 33 1/2
 Fresa de flama y cilindrica de diamante
 Acido fosforico al 37%
 Dycal o barniz
 Resina compuesta
 Estuche con coronas de celuloide
 Copa de hule, discos de lija y piedra verde
 Tijeras curvas y pincel

SELECCION DE LA CORONA

1.- Las formas de coronas de celuloide - de seleccionan como guia para tamaño y forma de la pieza correspondiente en el cuadrante adyacente o la misma pieza antes de desgastarse en la preparacion.

2.- Se debe medir con un compas o con un vernier el espacio mesio distal en mm. se coloca la corona sobre el diente y se revisa el largo y el ancho. Estas coronas son fabricadas por la uniteck y caulk.

3.- Las coronas de celuloide marca unitek, solo vienen para centrales y laterales superiores tanto derechos como izquierdos, el estuche

viene dividido en cuatro cuadrantes. Los dos cuadrantes superiores corresponden al lado derecho e izquierdo de los centrales y los cuadrantes inferiores para laterales. Las coronas son de cuatro tamaños ya que dos de ellos se repiten, de modo que el estuche esta compuesto por 24 coronas.

4.- Las coronas de celuloide de marca caulk vienen para centrales, laterales y caninos superiores derechos e izquierdos. El estuche viene dividido a la mitad tres superiores y tres inferiores, de modo que esta compuesto el estuche por doce coronas. De izquierda a derecha el estuche solo presenta dos tamaños para cada corona, las de mayor tamaño se les designa con la letra k y las de menor tamaño con la letra en, a parte -- traen un número del uno al seis.

PREPARACION DE LA CORONA DE CELULOIDE

1) Administración de anestesia y aislar el diente con dique de hule.

2) El diente es limpiado cuidadosamente con una pasta profilactica sin fluoruro.

3) Se remueve la caries con una cucharilla o una fresa de bola del # 4

4) Se selecciona una corona apropiada -

que quede de acuerdo con el ancho del diente original, teniendo cuidado de mantener los espacios originales y adecuados.

5) Hacer la reducción de las superficies proximales utilizando una fresa de diamante, esta reducción se debe hacer al margen gingival, teniendo cuidado de remover únicamente la estructura dental necesaria para permitir la colocación de la corona de celuloide.

6) El borde inicial debe reducirse -- proxímadamente un milímetro con una fresa cilíndrica y se realiza un corte en las caras proximales.

7) Se procede al grabado del esmalte, antes de este grabado se coloca el medicamento indicado para la pulpa.

8) Se utiliza el ácido fosfórico en un 37% y se cubre toda la superficie del esmalte y se deja por un período de dos minutos.

9) Se debe lavar toda el área y secarse perfectamente, hasta verse uniforme.

ADAPTACION DE LA CORONA.

a) Después de la apropiada selección de

corona se procede a la adaptación, con unas tijeras curvas se recorta cuidadosamente el margen gingival de la corona.

b) Para que quede ajustada aproximadamente un mm. por abajo del margen gingival libre, hay que asegurarse de que la altura este a nivel deseado. Se debe dejar la superficie labial sin recortar, con el objeto de que se manipule mas facilmente.

c) Se prueba la corona varias veces para asegurarse que acentado bien después se usa una fresa de carburo redonda y se le hace un agujero en la superficie lingual o palatina, esto ayudara para que no se atrapen burbujas de aire cuando se coloca el material compuesto y evita que se fracture la corona de plastico durante la posición.

CEMENTACION DE LAS CORONAS DE CELULOIDE

1.- Se debera secar el diente con aire a presión o con una torunda de algodón

2.- Se coloca el sellador en toda la superficie con una torunda de algodón y el dique de hule para mantener el campo seco.

3.- Se deja el sellador durante un minuto y despues se lava la region con agua y se vuelve a secar perfectamente.

4.- Se mezcla el material de resina compuesta siguiendo las instrucciones del fabricante y se va aplicando a la forma de la corona con un instrumento de plastico en pequeñas cantidades para evitar bolsas de aire

5.- Se coloca con un pincel una pequeña cantidad de material en la preparación.

6.- Se asienta suave y lentamente la forma de la corona y el contenido de la pieza cuídandose evitar desalojar el hidroxido de calcio - que cubre la dentina expuesta.

7.- Se debe checar una vez que tenga el material compuesto que baje un milimetro del margen de la encia y además que tenga una apropiada oclusión con la dentición opuesta.

8.- Se mantiene la corona en su lugar - de tres a cinco minutos hasta que se haya sentado el material.

9.- Se debe usar un explorador para remover el exceso de acrilico del margen gingival y también del agujero antes de que endurezca.

10.- Se debe observar que exista un endurecimiento completo de acuerdo con las instrucciones.

11.- Cuando se haya completado la folimerización se elimina la corona contando en tiras el aspecto lingual y extrayendo así la corona con la ayuda de un explorador.

12.- La primera característica de las coronas de celuloide es cuando se ha polimerizado la resina y es removida, da un brillo sobre la superficie y además la deja intacta, asegurando así que no se manche

13.- Si la corona ha sido medida y colocado correctamente no es necesario ninguna terminación en la superficie labial. las regiones linguales o palatinas deben ser ajustadas para la oclusión si es necesario.

14.- El pulido se debe realizar con discos, de lija, tiras de lija y piedras para pulir.

CORONAS DE POLICARBONATO.

Este tipo de coronas nos viene a resolver problemas, con respecto a incisivos temporales que presentan severa destrucción de los tejidos dentarios. Las coronas de policarbonato presentan

dimensiones que se aproximan a las del diente -- temporal que sustituirá.

Esteticamente es mas aceptable que la corona de acero inoxidable. Son coronas que se encuentran ya listas con colores aproximados a los dientes naturales temporales y además están diseñadas para tener una ventaja sobre las demás ya que tiene una específica anatomía interna y están diseñadas para que ajusten bien en el contorno gingival.

Como ya hemos dicho las indicaciones -- son aquellas con síndrome de botella, anomalías en el esmalte, fracturas etc. Y las contraindicaciones, bruxismo, apiñanamiento en los dientes anteriores, dientes con un residuo espacio mesio-distal e incisivo-gingival etc.

INSTRUMENTAL

Anestesia (Cartucho jeringa y aguja)
 Dique de hule (Arco, grapa, hilo dental)
 excavador
 Fresa 169L o rueda de coche de diamante
 Eyector, abreboca, torundas de algodón
 Coronas de policarbonato
 Polvo y liquido acrilico

Cementos (Fosfato de zinc, dycal, barniz y zoe)
 Piezas de mano de lata y baja velocidad
 Loseta y espatula de cemento
 Uno por cuatro

SELECCION DE LA CORONA

Se debe seleccionar la corona de polycarbonato midiendo el espacio mesio-distal en milímetros ya sea en la boca o en modelo de estudio, esto se puede lograr con un vernier o un compas como guía.

Con frecuencia tenemos que seleccionar una corona de un tamaño mayor, colocamos la corona sobre el diente y revisamos cuidadosamente el largo y el ancho, si existe un diastema se escoge una corona que oblite el espacio.

Si no existe una buena adaptación se pueden realizar cortes especialmente en mesial y distal, o a veces todo el contorno estos cortes se realizan con una fresa de baja velocidad y no con tijeras debido a que se distrociona la corona.

PREPARACION DE LA CORONA DE POLICARBONATO.

Hay dos formas sin terminación de hom--

bro y con terminación de hombro.

A) SIN TERMINACION DE HOMBRO

- 1) Se coloca la anestesia
- 2) Selección de la corona que quede al ancho mesiodistal del diente original.
- 3) Colocación del dique de hule
- 4) Eliminación de caries, protección pulpar o terapia pulpar
- 5) Rebajamos el borde incisal aproximadamente -- dos mm. con fresa 169L o una fresa de rueda de coche de diamante el desgaste sera en sentido mesio-dista, las paredes deben quedar lo mas paralelas posibles para faciliatar las propiedades de retención.
- 6) Reducción de la superficie lingual o labial o palatina aproximadamente 0.5 mm con la fresa 169L. Estas deben estar lo mas paralelas posibles.
- 7) Reducción del borde incisal aproximadamente -- un mm.
- 8) Los angulos de la preparación deben de ser -- redondeados para disminuir las fuerzas durante la masticación.
- 9) El margen gingival se prepara un mm. por debajo de la encia con terminación de filo de cuchillo

10) Para aumentar la retención se aconseja preparar una canaladura en el cuello del diente.

B) CON TERMINACION DE HOMBRO

- 1) Si la caries a afectado al diente por abajo - de la encía y existe un escalon, debemos modificar el procedimiento de la preparación del diente para compensar este defecto.
- 2) Se debe respetar ese escalon procurando regularizar sus paredes y piso. La porción restante del diente se prepara como si fuera una -- preparación sin hombro.
- 3] En algunos casos sera necesario preparar el - diente con hombro completo en la zona cervi-- cal.

ADAPTACION DE LA CORONA DE POLICARBONATO

Una vez preparado el diente, el trabajo restaurativo puede empezar siguiendo dos pasos:

1] Adaptación de la corona para poder - ser adaptada quiza sea necesario recortar la zona cervical, especialmente en la zona mesial y - distal para que las coronas se ajusten al cuello del diente. Puede ser necesario cortar toda la - corona en la zona cervical.

II) Adaptación cervical. Una vez colocada en su lugar sera corregir la mala adaptación de la corona en la zona cervical, esto se logra agregando resina acrilica en los margenes. Para la adaptación con acrilico se debe llenar la corona con el líquido y el polvo hasta que la superficie se vea tersa, antes de colocar la corona con acrilico el muñon debe estar envacelinado despues se coloca la corona y antes de que polimerice se recorta el exceso y por ultimo se pulle. En ocasiones se le hace una perforación en la parte palatina para sacar el aire y además -- por dentro de la corona se le pueden hacer retenciones para una mayor adaptación.

CEMENTACION DE LA CORONA DE POLICARBONATO.

- 1.- Aislar el diente, recubrirlo con hidroxido de calcio y se precede a grabar el esmalte con ácido fosforico, por un periodo de dos minutos.
- 2.- Se lava y se seca observando el esmalte uniformemente blanco.
- 3.- Se realiza la adaptación de la corona
- 4.- Se procede a mezclar el material de resina - compuesta como lo inidica el fabricante, se lleva la corona con el material de resina y se lle

va a nuestra preparación introduciendo la corona un milimetro por debajo del margen gingival y se checa la oclusión.

5.- Usando un explorador o una cucharilla se remueve el exceso de material que se encuentre alrededor del margen gingival.

6.- Se desgasta el exceso de composite que se encuentra en la parte de la perforación de la corona.

7.- Con un explorador se retira la corona prefornada de celuloide, quedando así la resina compuesta que se coloco dentro de la corona.

CONCLUSIONES

El proposito de esta tesis es revisar la literatura relacionada con la odontologia infantil para proteger la existencia del organo dental y para llegar a los objetivos principales de poder crear condiciones funcionales, optimas para los cuidados necesarios de la cavidad oral.

Los capitulos comprenden principalmente los resultados de la odontologia restauradora que en muchas ocasiones por mal uso de ella o por falta de los corocimientos se crean problemas en los margenes cervicales, contornos, areas de contacto y oclusiones, creando a su vez serias destrucciones.

En la elaboracion se ha logrado demostrar que existen ha nuestra disposicion diversas tecnicas con bases cientificas que nos permitiran llevar odontologia moderna a todo paciente pediatrico, no importando la edad.

Contamos realmente con una diversa gama de posibilidades de atencion ya que cantidad de niños sufren la perdida prematura de los dientes

primarios.

Esto puede ocurrir por la falta de medios apropiados o porque no le dan la importancia requerida pasando por alto la función que desempeñan los dientes primarios en el desarrollo del niño.

Este estudio nos podrá aclarar cuando esta indicada cada una de las coronas, ya que -- las coronas de acero cromo y las policarbonato -- presentan una semejanza de su terapia pulpar, -- preparación, selección y adaptación, pero su diferencia radica en que las coronas de acero-cromo se utilizan para piezas posteriores, pues el material de que están hechas es de mayor resistencia.

Las de policarbonato dan una verdadera estética, pues solamente están indicadas para piezas anteriores: sin embargo en ocasiones se utilizan las de acero-cromo para dientes anteriores pues es tanta la destrucción, que una de policarbonato no le dará la retención necesaria pero la apariencia pasaría a segundo término.

Ambas son excelentes, pero hay que sa--

ber distinguir cuando usar una y cuando la otra.

La corona de celuloide es semejante a la de policarbonato en su cementación, pero una actúa como molde y la otra como obturación definitiva esta última posee mayores diferencias en su preparación, porque su principal ventaja es que no se realizan demasiados desgastes.

Con lo antes mencionado nos gustaría -- agregar que esta tesis está encaminada a despertar en el odontólogo un especial interés por los niños que acuden a nuestro medio, solicitando no solo atención, sino también interés por su problema.

BIBLIOGRAFIAS

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

STANLEY L. ROBBINS

EDITORIA INTERAMERICANA

PRIMERA EDICION, MEXICO.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

SHAHER HINE LEVY

EDITORIAL INTERAMERICANA

TERCERA EDICION, MEXICO.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SIDNEY B. FINN

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA

CUARTA EDICION, MEXICO.

ODONTOLOGIA PARA EL NINO Y EL ADOLESCENTE

RALPH E. Mc DONAL

EDITORIAL MUNDI

IMPRESO EN BUENOS AIRES, ARGENTINA.

OPERATORIA DENTAL EN PEDIATRIA

KENNEDY

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA

CORONAS PARA DIENTES PRIMARIOS

JOHN R. MIRK
CLINICA ODONTOLOGICA DE NORTEAMERICA
W. B. SAUNDERS CO. VOL. XVII No. 1
ENERO 1973

ANESTESIOLOGIA
COLLINS. J.
EDITORIAL INTERAMERICANA S. A.
MEXICO, D.F.
PRIMERA EDICION

ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA MANUAL
WINTHROP PRODUCTS
NEW YORK, E. U. A.