

24
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLACAS PARCIALES REMOVIBLES
PARA NIÑOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

HECTOR MANUEL HARO ULLOA

ASESOR: DRA. ENRIQUETA TORRES VIRAMONTES

GUADALAJARA, JAL. 1985



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 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.

PLACAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS.

	INTRODUCCION.	
I.	INDICACIONES.	1
II.	DISEÑO DE LAS PLACAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS. .	10
III.	PROCEDIMIENTOS PARA LA CONSTRUCCION DE PLACAS PARCIALES REMOVIBLES PARA NIÑOS.	14
IV.	PROCEDIMIENTOS PARA LA COLOCACION E INDICACIONES A LOS PADRES Y AL PACIENTE.	17
V.	CONCLUSIONES CASUISTICA.	20
	BIBLIOGRAFIA.	30

INTRODUCCION

Muchos de los problemas del paciente odontológico niño y adolescente -- son el resultado de dientes permanentes fracturados, perdidos o extraídos. - Los factores etológicos pueden ser traumatismos, caries, enfermedad periodontal o anomalías congénitas. El tratamiento en muchas instancias requerirá -- coronas, puentes fijos o prótesis parciales removibles.

INDICACIONES PARA PLACAS PARCIALES
REMOVIBLES EN NIÑOS.

Generalmente, cuando se requiere evitar y restaurar las consecuencias - de pérdidas dentales prematuras de piezas primarias, se aconsejan dentaduras parciales removibles. Específicamente, se recomiendan dentaduras parciales - cuando: (2)

1.- Existe pérdida prematura de molares y mantenimiento de espacio, y - cuando sea importante la restauración de las funciones masticatorias.

2.- Exámenes radiográficos muestran que el intervalo de tiempo entre la pérdida de piezas primarias y la erupción de las permanentes es mayor de -- seis meses.

3.- Se pierden piezas anteriores primarias como resultado de traumatis_ mos.

4.- Las piezas permanentes jóvenes se pierden como resultado de trauma_ tismos.

5.- Las piezas faltan por ausencia congénita, por ejemplo, anodoncia -- parcial en displasia ectodérmica.

6.- El aspecto estético es consideración importante.

La destrucción amplia de la dentadura temporal en niños pequeños puede- tener las siguientes consecuencias: Dolores y por ello sueño trastornado, -- pereza masticatoria y trastornos intestinales, en la boca misma, inflamacio_ nes pulpares, procesos periapicales agudos y crónicos con fistulas gingiva_ les, con el peligro de daño a germenos de los dientes permanentes. Inflama_ ciones marginales con tendencia a hemorragias y formaciones de bolsas y fi_ nalmente malestar general con alteraciones del cuadro sanguíneo como reac_ ción a la inflamación. (7)

Arnold Geiger y Leonard Hirschfeld, indican el uso de placas parciales-removibles para niños en los casos: (4)

1.- Pérdida de incisivo central deciduo a una temprana etapa mucho antes de que el sucesor permanente haya comenzado su camino eruptivo.

2.- Malformación o ausencia congénita del permanente sucesor.

3.- Elongación del deciduo opuesto o diente permanente.

4.- Pérdida de uno o más deciduos provocando el desarrollo de malformación al hablar o tragar, o formación de hábitos, con la lengua o bien formación del hábito de succión del labio todos los cuales pueden ocasionar una mordida abierta.

5.- Excesiva sensibilidad por el paciente acerca de su apariencia o su habla.

Los síntomas generales, que eventualmente ponen en peligro la salud, de las grandes destrucciones de dientes temporales, demuestran la congruencia de preparar en niños pequeños protesis completas o grandes parciales, a pesar de las dificultades derivadas de los repetidos reajustes necesarios en la protesis. (7)

Pero debe tenerse en cuenta que con la pérdida precoz de un diente temporal, no solamente existe el peligro de estrechamiento del espacio; también puede alargarse el antagonista más allá del plano oclusal, lo cual provoca movimientos forzados del maxilar inferior.

Por esta razón preferimos los mantenedores de espacio removibles en forma de placas que en las regiones posteriores tienen relieve oclusal y los correspondientes elementos de fijación.

La protesis infantil respecto a nuestros problemas tiene la finalidad de ser no solo un mantenedor de espacio activo que reestablece los puntos de contacto y la oclusión de los dientes temporales ausentes, sino que tiene --

que tomar también sus funciones en especial deben actuar como "transmisores-de los impulsos sensitivos". (7)

El tratamiento de niños pequeños con grandes protesis removibles pare_ cía antes muy raro y se practicaba únicamente en casos de amplia anodoncia - congénita y hereditaria. (7)

El mantenimiento del espacio es de importante aspecto en la prevención- del desarrollo generalizado de maloclusión y malposición de dientes indivi_ duales. (4)

La pérdida prematura de dientes decidivos o pérdida prematura de dien_ tes permanentes a menudo requieren la colocación de un mantenedor de espacio. Debido a la gran incidencia de maloclusión causada por pérdida prematura de- dientes es evidente que los mantenedores de espacio no son usados frecuente_ mente. (4)

La pérdida prematura de uno o más incisivos deciduos generalmente causa menos desplazamiento de los dientes adyacentes que la pérdida de una molar - decidua o un canino. (4)

El crecimiento continuo lateral del maxilar, la resistencia por los la_ bios al componente anterior de fuerzas oclusales y el temprano desarrollo y- erupción de los dientes sucedaneos son responsables de esta estabilidad rela_ tiva. Sin embargo, existen factores que pueden indicar el uso de mantenedo_ res de espacio en la región anterior. (4)

La pérdida del primer molar deciduo y canino requiere la utilización de un mantenedor de espacio mas frecuentemente de lo que usualmente es usado. - El desplazamiento mesial del segmento lateral completo de la dentición y el- movimiento distal del incisivo lateral pueden causar en última instancia im_ pactación del primer molar permanente o bien del canino. (4)

En los segmentos anteriores superiores generalmente no se requieren man

tenedores de espacio, aún con el desplazamiento de los dientes contiguos, -- ya que el crecimiento normal y los procesos del desarrollo generalmente aumentan la anchura intercanina. La reposición de los incisivos superiores perdidos a temprana edad puede satisfacer una necesidad estética y psicológica para el niño que quiere parecerse a sus compañeros de juegos. Si el niño es mayor y ha adquirido más madurez, y aprendió a hablar correctamente, podrá ajustarse al aumento de volumen y podrá colocársele un retenedor palatino -- removible con un diente. (5)

La pérdida dental prematura en cualquier niño puede comprender una o -- varias piezas primarias o permanentes anteriores o posteriores. Estas pérdidas se pueden deber a traumatismos o caries y en algunos casos a ausencia -- congénita. (2)

Kobren, Slavin y Petrie reportaron las indicaciones de dentaduras parciales en niños donde: (1, pp.68)

1.- La pérdida de uno o más dientes primarios en un cuadrante o pérdida bilateral antes de la erupción de los molares permanentes.

2.- Cuando los molares permanentes no son esperados a erupcionar por lo menos en seis meses.

3.- Cuando ocurren problemas fonéticos, debido a la pérdida de dientes primarios anteriores.

4.- Cuando la oclusión debe ser restaurada después de la temprana pérdida de dientes molares primarios.

Con mucha frecuencia, los incisivos superiores se pierden en accidentes de varias clases. Evidentemente, es imposible colocar un aparato fijo mientras los maxilares no terminen su crecimiento. En estos casos una plancha -- vulcanizada, en forma de herradura, o una dentadura parcial, poniendo los -- dientes necesarios de color, forma y tamaño adecuado. (8)

La industria cinematográfica emplea muchos niños durante la edad en que pierden los incisivos centrales caducos sin estar todavía los permanentes en su lugar.

En tales casos, se les coloca una plancha en forma de herradura que permite el brote de los dientes permanentes. Esta placa no se usa sino cuando - el niño está trabajando frente a la cámara, pues no es un estado normal y -- puede obstaculizarse la erupción de los permanentes. (8)

En las bocas desdentadas parciales en que no se pueda emplear un puente fijo, la dentadura parcial removible se convierte en la restauración obligada. Las indicaciones de una dentadura parcial en general son el resultado de malformaciones congénitas donde sólo unos pocos dientes permanentes muy espaciados erupcionaron o cuando traumatismos determinan la pérdida de muchos -- dientes. (10)

En aproximadamente 50x100 de pacientes de hendiduras labiales o palatinas, o ambas cosas, se observan piezas congénitamente ausentes. El espacio - ocupado normalmente por piezas ausentes congénitamente, o por piezas perdidas prematuramente tiene que ser mantenido cuidadosamente en la mayoría de - los casos. Las piezas ausentes en el área anterior deberán ser reemplazadas, principalmente por razones estéticas. Las piezas artificiales pueden ligarse a una placa acrílica que los niños generalmente retienen en la boca sin dificultad. (2)

En pacientes de paladar hendido en quienes el maxilar superior esté claramente sub-desarrollado con relación al inferior puede ser necesaria la confección de una dentadura superpuesta para lograr mejorar la oclusión y el -- aspecto. (2)

Dentaduras parciales o completas para reemplazar dientes primarios congénitamente faltantes o perdidos han sido descritos en casos de displasia --

ectodérmica, anodoncia ideopática, osteogénesis imperfecta, traumatismos y -caries rampante. Ultimamente, el problema de caries de biberón, especialmente por debajo de la edad de tres años, ha venido a la atención del practicante dental. (9)

Síndrome de Biberón.- En los últimos años se ha reconocido que una alimentación prolongada con mamadera, más allá de la época habitual del destete e incorporación de alimentos sólidos puede generar caries irrestricta temprana. (10)

Habrán lesiones tempranas en los dientes anteriores superiores, primeros molares de ambos maxilares y caninos inferiores. Los incisivos inferiores no suelen estar afectados. (10)

Amelogenesis Imperfecta.-

La amelogenesis imperfecta abarca un grupo de anomalías estructurales del esmalte que se originan en alguna disfunción del órgano del esmalte. Es por entero un trastorno ectodérmico puesto que los componentes mesodérmicos del diente son normales. El tratamiento de estos dientes se limita al mejoramiento estético. (11)

Displasia Condroectodérmica.- (Síndrome de Ellis-Van Creveld).

Esta rara enfermedad es una forma de displasia ectodérmica, aunque sin relación con la displasia ectodérmica anhidrotica hereditaria, junto con una variedad de defectos hereditarios como; anomalías de uñas, dientes y pelos, así como condrodisplasia polidactilia y a veces cardiopatía congénita. (11)

Los dientes de nacimiento, dientes primarios brotados prematuramente -- son frecuentes, así como la ausencia congénita de los mismos, sobre todo en el segmento mandibular anterior. El brote dental suele estar retardado y los brotados son defectuosos, pequeños, cónicos, de distribución irregular y con hipoplasia adamantina.

También se informó la presencia de dientes supernumerarios. (11)

Oligodoncia (Anodencia Parcial).

La ausencia congénita de dientes temp. es rara.

Los niños con gran cantidad de dientes primarios ausentes pueden usar -
 prótesis parciales a temprana edad; niños de 2-3 años usaron prótesis parcia
 les con éxito. Su capacidad para masticar los alimentos aumenta y mejora su
 estado nutritivo. La dentadura parcial podrá ser readaptada o rehecha con --
 intervalos para dar lugar a la erupción de los dientes permanentes. No hay -
 que preocuparse por que las dentaduras parciales puedan producir una altera
 ción desfavorable del patrón de crecimiento. El crecimiento de los arcos pro
 gresa según un esquema predeterminado con dentaduras o sin ellas. Sin embar
 go, es conveniente la construcción de las dentaduras a la edad más temprana-
 posible, para reducir el problema psicológico que pueda hacer que el niño se
 sienta distinto y para asegurar la eficacia masticatoria. (10)

Deficiencia Salival.-

La reducción del flujo salival puede ser temporal o permanente. Cuando
 la cantidad se reduce solo moderadamente los tejidos bucales pueden aparecer
 normales. Una reducción marcada o ausencia completa de saliva, en cambio, --
 producirá una boca séptica con caries irrestricta. Además de la rápida des
 trucción de los dientes puede haber sequedad y agrietamiento de los labios,
 con fisuramiento de las comisuras labiales, sensación de ardor y sensibili
 dad de la mucosa recubrimiento de la lengua y paladar y a veces parestesia -
 de la lengua con la mucosa bucal. A menudo el primer síntoma de deficiencia-
 salival es el rápido deterioro de los dientes hasta tal punto que no puedan
 ser reparados. Esto es doblemente infortunado pues puede ser difícil para --
 una persona con deficiencia salival el uso satisfactorio de dentaduras. (10)

Displasia ectodérmica anhidrotica hereditaria.-

Es un síndrome caracterizado por una displasia congénita de una o más -

estructuras ectodérmicas y sus apéndices accesorios, manifestados en forma primaria por la ausencia parcial a completa de glándulas sudoríparas. En la mayor parte de casos es un carácter mendeliano recesivo ligado del sexo que afecta a los varones con mucha mayor frecuencia que a las mujeres. (11)

Manifestaciones Bucales.- Los hallazgos bucales son de particular interés ya que los pacientes con esta anomalía tienen invariablemente anodoncia completa o parcial primarias o permanentes. Cuando hay algunos dientes suelen ser cónicos o piramidales. Señalemos que aún cuando exista anodoncia completa el crecimiento de los maxilares no se detiene. (11)

De esto se deduciría que el desarrollo de los maxilares excepto la apofisis alveolar no depende de la presencia de dientes. Además el arco palatino es alto y puede haber fisura del paladar. (11)

Displasia Condroadérmica.- (Síndrome de Ellis Von Creveld).

No hay tratamiento para esta anomalía aunque desde el punto de vista -- Odontológico, es menester confeccionar prótesis parciales o completas con la finalidad tanto funcional como estética. Es posible instalar prótesis en pacientes muy jóvenes, pero han de ser rehechas periódicamente a medida que -- los maxilares sigan creciendo. (11)

Dentinogénesis Imperfecta.-

Esta es una anomalía dental rara en la cual uno o varios dientes están afectados de manera bastante desusada.

En razón del deplorable aspecto de estos dientes, lo indicado es hacerla extracción y restauración con prótesis fija, removible o coronas completas en dientes remanentes. (11)

Como es generalmente más fácil mantener limpio tal aparato que un aparato fijo, la caries dental o la descalcificación es un problema menor durante el tratamiento ortodóntico. (5)

Pocos pacientes mantienen su boca minuciosamente limpia, y aún aquellos que procuran hacerlo, pueden verse trabados por la presencia de aparatos dentales que retienen las placas entre los cepillados. (10)

Los pacientes con actividad moderada de caries en un pasado podrían desarrollar caries irrestricta o por lo menos excesiva después de la colocación de aparatos en la boca, a menos que practiquen una higiene bucal inusualmente buena. (10)

Las dentaduras parciales, los mantenedores y aparatos ortodóncicos a menudo alientan la retención de residuos alimentarios y placas microbianas y se ha demostrado que provocan un incremento de la población microbiana. (10)

DISEÑO DE PLACAS PARCIALES REMOVIBLES EN NIÑOS.

Se lleva a cabo el examen clínico del niño de la manera acostumbrada; sin embargo, deberá concederse especial cuidado al examen radiográfico. En una situación ideal, sería deseable una radiografía panorámica, para poder descubrir diferentes etapas de desarrollo que presentan en ese momento las diferentes piezas sucedáneas. Esta información puede ayudar al operador a predecir el momento aproximado, y tal vez la secuencia de la erupción de piezas sucedáneas, y también a decidir si un paciente determinado podrá llevar una dentadura parcial removible. (2)

Si los hallazgos clínicos y el examen radiográfico muestran que es aconsejable la dentadura parcial removible, el operador puede proseguir con el diseño, construcción e inserción de la dentadura. La etapa de la planeación del tratamiento en que se insertan las dentaduras parciales varía según las necesidades de cada paciente. Sin embargo, deberá completarse, antes de colocar la dentadura parcial, la restauración de por lo menos una pieza de sostén. (2)

El diseño de cualquier dentadura parcial removible deberá satisfacer los principios básicos aceptados de diseños de dentaduras parciales en general. En este diseño deberán influir también las necesidades de cada instrumento particular. (2)

Un principio de diseño muy importante que deberá de observarse en toda dentadura parcial, es la inclusión de medios para que las piezas y tejidos sostengan la dentadura, si al diseñar la dentadura se olvida este principio, se puede provocar una patosis de los tejidos blandos con el uso prolongado. (2)

En una situación ideal todo artefacto deberá diseñarse junto a la silla

dental, estando presente el paciente junto con los modelos de estudio y radiografías. Aunque este procedimiento puede ser a veces desconocido asegurará que todos los factores importantes existentes se hayan tomado en consideración y podrá evitar alteraciones costosas en tiempo y dinero. (2)

Al tratar a niños es muy importante considerar cuánto tiempo se llevará la dentadura parcial y la naturaleza cambiante de los arcos dentales. (2)

Cuando se emplean piezas como sostén de prótesis dentales, deberán restaurarse con coronas o cubiertas para evitar hasta donde sea posible alguna rotura futura debida a la acción de la caries dental, así como para proporcionar retención ideal para las prótesis. (2)

El problema de la retención ha de ser considerado importante por lo menos durante el periodo inicial de la inserción. Se adaptan alambres de acero inoxidable para los caninos temporales y apoyos de alambre 0.90 mm en los molares. Si los incisivos permanentes están en etapa activa de erupción, es conveniente eliminar los ganchos una vez que el niño se acostumbre a usar la prótesis para permitir el desplazamiento hacia distal y el movimiento lateral de los caninos temporales y el alineamiento de los incisivos permanentes (10)

Es improbable que haya una expansión intercanina adicional en el niño mayor de 4 años. Por lo tanto no puede caer efecto adverso alguno sobre el arco dental de los permanentes. (10)

Cuando se planifica el tratamiento de un paciente adolescente que necesita una prótesis parcial removible, hay por lo menos 3 objetivos que considerar; primero, la restauración de las funciones de la masticación y formación; segundo, la restauración de la estética dental y facial; tercero, la conservación de los dientes remanentes y sus tejidos de sostén. (10)

La conservación de los dientes remanentes y de sus tejidos de sostén es

en realidad el objetivo más importante pero, lamentablemente, el que con --
 menos frecuencia se cumple. Para satisfacer este objetivo tiene que haber --
 una preparación adecuada de la boca, un correcto diseño de la prótesis par --
 cial una relación exacta de ese diseño, una vigilancia periódica profesional
 y un continuo cuidado apropiado por el paciente. (10)

La función de masticación puede ser restaurada proveyendo relaciones --
 oclusales correctas, armónicas y no destructoras de los dientes sustitutos --
 respecto de la dentición natural remanente. El equipo para la correcta forma
 ción queda asegurado si las partes de la dentadura parcial reciben la forma,
 dimensión y la posición debidas en sus relaciones con la lengua, los carri --
 llos y los labios. (10)

La restauración de la estética es a menudo la consideración personal --
 mas importante para los pacientes de este grupo cronológico. Los dientes ar --
 tificiales de todo tamaño y forma compatibles, dispuestos naturalmente y --
 bien ubicados sirven para reforzar la estética dental. Además la forma y di --
 mensiones son necesarias para asegurar la restauración del contorno facial --
 normal. (10)

El diseño de la prótesis parcial debe ser concebido de manera tal e --
 implementado de modo que las cargas transmitidas a los dientes permanentes y
 sus periodoncios estén dentro de los límites físico lógicos. La orientación --
 Axial de esas fuerzas sobre los dientes pilares, por medio de apoyos oclusa --
 les, ayudará en este objetivo. (10)

Cuando son necesarias bases de extremo libre, el diseño debe ser tal --
 que se aproveche el máximo de zona dentosoportante con el fin de que se uti --
 lice la mínima fuerza por unidad de superficie del reborde residual. Los --
 dientes artificiales deben tener una relación oclusal armónica con la denti --
 ción antagonista y deben ser de un material indestructible. Cuando la denti --

ción antagonista es natural o de oro, los dientes artificiales deben ser de plástico, oro o una combinación de éstos materiales. Los dientes artificiales de porcelana deben ser reservados para utilizarlos sólo cuando son antagonistas otros dientes o restauraciones de porcelana. (10)

La forma y las dimensiones apropiadas de los conectores para lograr rigidez y la correcta afinación progresiva de los ganchos para la flexibilidad asegurarán la distribución más favorable de las cargas a través del arco y reducirán las fuerzas inclinantes y rotantes sobre los pilares. (10)

La utilización de la retención mínima necesaria para resistir fuerzas desplazantes razonables y la reciprocación de los brazos retentivos de los ganchos durante la inserción y retiro de la prótesis parcial contribuirán aún más a la preservación de las estructuras periodontales. (10)

No se han de construir aparatos removibles de ningún tipo para niños mientras no haya sido resuelto su problema de caries dental y en tanto que el odontólogo no esté razonablemente seguro de que el paciente practicará un grado aceptable de higiene bucal. (10)

PROCEDIMIENTOS PARA LA CONSTRUCCION.

Material de impresión.-

El mejor material de impresión es el alginato. Puede utilizarse el endurecimiento normal o el de endurecimiento acelerado; deberán seguirse las instrucciones del fabricante sobre la relación entre agua polvo para obtener resultados superiores. (2)

Elección de portaimpresiones.-

Existe en el mercado cierta variedad de portaimpresiones en tamaños adecuados para niños, y podran utilizarse en varias situaciones. Después de -- seleccionar el portaimpresiones adecuado o en ciertos casos; los portaimpresiones deberá recubrirse la extremidad del borde con cera adecuada a estos -- fines. Este procedimiento proporciona cierto acojinado en la extremidad del borde lo que dará comodidad al paciente y ayudará a asegurar el material de alginato al portaimpresiones. (2)

Manejo del Reflejo nauseoso.-

Es generalmente buena costumbre pedir a los pacientes que se enjuaguen la boca con algun enjuagatorio bucal, para eliminar cualquier cantidad de -- moco acumulada. Si, por la historia o por observación, se advina que el pa-- ciente vaya a presentar reflejo nauseoso, el operador deberá tomar medidas -- pertinentes para evitarlo o controlarlo. (2)

En niños de muy corta edad, solo se puede evitar pidiendo al paciente -- que se enjuague la boca con agua caliente que contenga algun anestesico su-- perficial con sabor, antes del procedimiento de la inserción pidiendo al pa-- ciente que respire con rapidez o distrayendo su atención de algún otro modo, hasta terminar la impresión. (2)

También es aconsejable tener cerca una escupidera o recipiente para --

vómito y equipo para limpieza rápida para situaciones en que el paciente se vomite. (2)

Impresiones de los maxilares superior e inferior.-

Se obtienen de la manera acostumbrada. Sin embargo, pueden evitarse -- molestias al paciente, en particular al obtener impresiones de los maxilares por introducción del portaimpresiones en el plano sagital oblicuo y asentando en posición hacia arriba y hacia atrás, para que el exceso de material de impresión fluya hacia adelante en vez de fluir por la garganta del paciente. (2)

Al terminar el procedimiento, deberán inspeccionarse cuidadosamente las impresiones. Deberá enjuagarse con cuidado todo exceso de moco o sangre antes de verter la impresión. (2)

Registro de mordida.-

Es necesario un registro de mordida céntrica para establecer relación exacta entre los modelos superior e inferior antes de montarlos sobre el -- articulador. Esto se logra pidiendo al paciente que cierre en oclusión céntrica sobre una tablilla de cera, propias para registros de mordida, previamente recalentada y reblandecida. (2)

Modelos de Trabajo.-

Deberá hacerse el modelo de trabajo con yeso piedra para que su superficie no sufra abrasión por los componentes metálicos de la dentadura parcial. Cuando se ha completado el modelo de trabajo; el odontólogo podrá fabricar la dentadura parcial él mismo, o puede enviar el modelo de trabajo a un laboratorio odontológico comercial. (2)

Si envía el modelo a un laboratorio comercial, el odontólogo deberá -- explicar cuidadosamente los requisitos y el diseño que desea para esa dentadura. (2)

En ciertos niños que demuestran tendencia a aproximar sus incisivos en relación de borde a borde cuando cierran, puede ser conveniente que el dentista o ayudante les demuestre como ocluir sus piezas en oclusión céntrica. Las huellas del registro de mordida deberán ser cuidadosamente observadas y si son satisfactorias, se dejan junto a los modelos de trabajo. (2)

En dentaduras parciales superiores, la base acrílica deberá proporcionar recubrimiento palatino completo, si se utilizan rebordes labiales o bucales, deberán ser relativamente cortos y del color de los tejidos circundantes. (2)

En dentaduras parciales inferiores en la mayoría de los casos serán adecuadas las bases acrílicas, aunque, si se previene el uso prolongado, es aconsejable utilizar estructura metálica o barra lingual forjada. Esta barra lingual deberá adaptarse a unos 2 mm del tejido blando, para acomodarse a los cambios en el arco dental por el desarrollo cuando las piezas siguientes hagan erupción. (2)

Cuando sea necesario deberán fabricarse las dentaduras antes de extraer las piezas, y deberá utilizarse como dentaduras parciales inmediata y como mantenedores de espacios inmediatos. (2)

Se ha sugerido que si se utilizan ganchos en caninos primarios se retiran en el momento adecuado para que los caninos emigren lateral y distalmente para acomodar los incisivos permanentes en erupción. (2)

COLOCACION E INDICACIONES AL PACIENTE Y PADRES.

En la visita en que se inserten las dentaduras parciales, deberán también informarse a los padres y al paciente sobre los cuidados en casa de la dentadura parcial y la pieza de soporte, así como sobre la inserción y extracción de aquella. Después de que el odontólogo haya terminado de insertar y ajustar las dentaduras parciales, con ayuda de un consejo adecuado, deberá mostrar al paciente la manera adecuada de insertarlas y extraerlas. (2)

Para asegurarse de que el paciente es capaz de hacer esto, se le pedirá que demuestre cómo insertar y retirar la dentadura en presencia de los padres. Deberá hacer ver a los padres los precisos conocimientos técnicos que hicieron falta para construir la dentadura, para que tenga cuidado de no romperla o perderla. (2)

1.- Se instruye al paciente sobre como retirar su dentadura parcial en actividades atléticas como natación u algún otro deporte. Se pide a los padres que le den al niño una pequeña cajita de plástico para conservar el instrumento en como estos. Se recomienda el uso de un protector bucal al participar en deportes. (2)

2.- Deberá retirarse la dentadura parcial cada noche y conservarse en un vaso con agua. Deberá limpiarse cada día con limpiador especial o cepillando la dentadura con pastas para este uso.

3.- Se muestra a los padres las piezas de soporte y se les pide que las comprueben frecuentemente con tabletas colorantes reveladoras o palillos con algodón sumergidos en colorante comestible, para ayudar a identificar y eliminar cualquier posición de placa. (2)

4.- Si la dentadura se ajusta mal o causa irritación, se pedirá a los padres que llamen al odontólogo e informen. (2)

5.- Se informa al paciente y a los padres de manera apropiada, que abusos en la utilización de la dentadura parcial que lleven a su pérdida o fractura darán como resultado la prolongación del tratamiento y costo adicional.

(2)

6.- El odontólogo deberá proporcionar a los padres y al niño una copia-escrita de las instrucciones sobre la utilización y cuidados en casa de las dentaduras parciales removibles. Deberá también anotarse en la hoja del paciente que se le proporcionaron dichas instrucciones escritas. (2)

a) Las dentaduras parciales removibles pueden dejarse en la boca del paciente con un mínimo de supervisión.

b) Si se presentan problemas el paciente o sus padres podrán siempre retirar la dentadura parcial.

c) Los cuidados caseros de la dentadura y las piezas restantes en la boca serán fáciles de llevar a cabo.

d) La falta de cooperación por parte del paciente y de sus padres pueden aumentar el valor del tratamiento.

(2)

Todo paciente adolescente tratado no solo debe ser instruido en la debida higiene bucal y cuidado de las restauraciones proteticas, sino que debe ser motivado hasta que logre de manera rutinaria el cumplimiento adecuado. En ausencia del mantenimiento periódico y el debido cuidado hogareño, el caso final es el resultado inevitable. (10)

El Dr. Marco A. Garces y el Dr. Rubén Martínez Oropeza en su estudio reportado en la revista de la ADM sobre el problema de retención en protesis para niños, reportaron haber ofrecido en todos los casos la instrucción para los familiares sobre el uso de la placa, de cómo colocarla y desalojarla. También se dieron instrucciones sobre el aseo bucal y de la protesis que

deberán de seguir y llevar a efecto después de cada ingestión de alimentos.-

(3)

En un caso clínico Haney y Ferratti reportaron que la madre y el niño fueron instruidos en el uso de un adhesivo y se les dijo qué esperar cuando el niño hablara o comiera. El niño fué instruido para conocer y hablar con su nueva dentadura en privado por unos pocos días, antes de tratar de hacerlo en público. (6)

Fuó recomendado que la dentadura fuera enjuagada por las noches en una solución 0.2 por ciento de Hibiclens (clorhexidina) para reducir el riesgo de contaminación bacteriana en la cavidad oral. (6)

CASUÍSTICA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CASO #1 CON FOTOGRAFÍAS.

PACIENTE: Urrutia Flores Adolfo Mauricio

EDAD: 4 años

DOMICILIO: Morelos 231, Lomas)

PADRE/ACOMPANANTE: María Gpe. Flores de Urrutia

FECHA DE EXAMEN O INICIACION: 27/Sept/83.

Paciente masculino de 4 años de edad, originario de Guadalajara, Jal.,- quien se presentó a Clínica de la Universidad Autónoma de Guadalajara con -- síndrome de Biberón, teniendo que ser rehabilitado generalmente ofreciendo - le; 7 extracciones dentales, 2 amalgamas, 4 coronas de acero, 1 recubrimien - to indirecto, 1 profilaxis y aplicación de flour, 1 placa parcial superior - removible, 1 banda y anza como mantenedor de espacio.

Se tomaron modelos de estudio al paciente y un estudio radiográfico -- completo.

Se procedió a extraer los 4 incisivos superiores, la primera molar de - recha e izquierda, así como la extracción de la primer molar inferior dere - cha, se colocó amalgama en los segundos molares superiores, coronas de acero en los dos caninos superiores, así como en el primer y segundo molar infe -- rior izquierdo. Se colocó recubrimiento indirecto en el segundo molar infe - rior derecho y después amalgama.

Se construyó una placa parcial superior removible de acrílico rosa --- auto-curable con dientes de acrílico blanco #62 marca "Jet". Se colocaron -- cuatro ganchos con alambre de ortodoncia de acero inoxidable #.028.

Los cuatro incisivos superiores, así como ambos primeros molares fueron contruidos, los cuatro anteriores principalmente por razones estéticas, fonéticas y fisiológicas y los primeros molares además de esto servirán como - mantenedores de espacio.

El paciente cooperó durante el tratamiento y no ocultó su alegría al entregarle su placa parcial removible terminada y ajustada.

Se le instruyó en la manera de comer, hablar y asear la placa, así como de su cavidad bucal. La placa y los procedimientos fueron bien tolerados por el paciente.

Se citó al paciente a los 6 meses para ajustes y checar su salud bucal.

El paciente no regresó.



1) Modelo de estudio.

- 2) Aspecto del maxilar superior y la característica destrucción de piezas anteriores en el Síndrome de caries por Biberón.





- 3) Extracciones de los incisivos y el primer molar superior izquierdo, colocación de corona de acero en el canino izquierdo y amalgama en el segundo molar izquierdo.
- 4) Colocación de la corona de acero en el canino derecho y amalgama en el segundo molar derecho. Se puede observar la cicatrización donde se efectuaron las extracciones.





5) Aspecto del paciente terminada la fase operatoria.

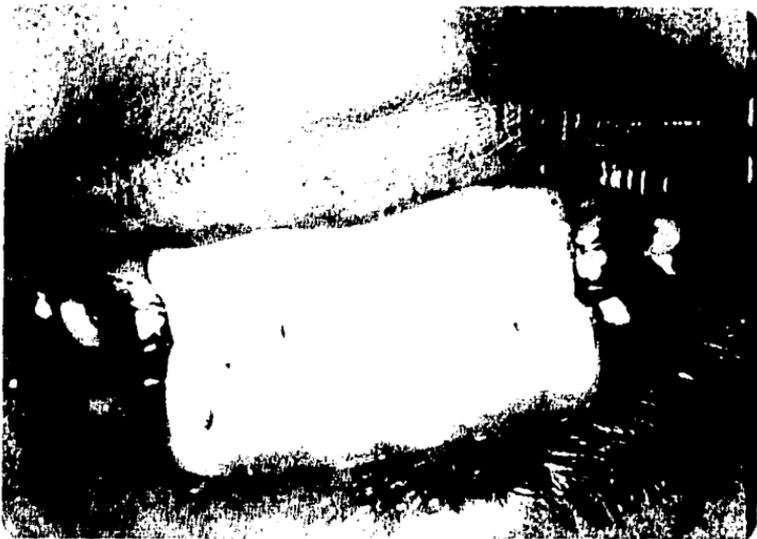
6) Aspecto del paciente con una placa parcial removible superior, sujeta con 4 ganchos de alambre de ortodoncia.





7) Placa parcial superior en el modelo de trabajo, nótese los 4 ganchos para darle más retención.

8) Aspecto del paciente al finalizar el tratamiento integral.





-
- 1) Caso #3, placa parcial removible vista de frente.
 - 2) Caso #2, paciente sin la placa parcial removible.





3) Caso #3, paciente antes de colocar su placa parcial - removible superior.

4) Caso #3, paciente después de colocar su placa parcial -- removible superior.



CASO #2

PACIENTE: López Gudiño Elba

EDAD: 13 años

DOMICILIO: Capulines 333, Col. La Tuzania

PADRE/ACOMPANANTE: Sra. Josefina Gudiño

Paciente originario de Guadalajara, Jal., se presentó a la Clínica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara para tratamiento bucal completo el 14 de enero de 1983.

El tratamiento consistió en 6 amalgamas, 1 endodoncia, 1 profilaxis y aplicación de flour, y una placa parcial superior por pérdida del incisivo central derecho.

El 19/Julio/83 se tomaron impresiones para la placa parcial provisional y se colocó el 22/Julio/83.

Se fabricó una placa de acrílico rosa con una pieza de acrílico, la placa lleva 2 ganchos de alambre de ortodoncia #.032, adaptados alrededor de los primeros molares superiores para darle mayor retención a la placa.

El paciente se mostró cooperador con el tratamiento, así como con el uso de su placa parcial provisional. Se le dieron instrucciones sobre el uso, cuidados y manejo de la placa y se le citó a los 6 meses para ajustarla.

El 16/Agosto/84 el paciente regresó y se le repitieron amalgamas en los primeros molares superiores, además se repitió la placa por haberla extraviado.

El diseño de la placa fué el mismo y se le colocó al paciente el 23 de Agosto/84. Se volvió a citar al paciente a los 6 meses.

CASO #3

PACIENTE: Estrada Castellón Laura

EDAD: 3 años

DOMICILIO: Calle 50 #333, Col. López Portillo

PADRE/ACOMPANANTE: Sra. Laura Estrada

FECHA INICIACION: 16/Mayo/84.

Paciente originaria de Guadalajara, Jal., se presentó a la Clínica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara para tratamiento bucal completo. Se le ofrecieron en el tratamiento 8 amalgamas temporales y una -- corona de acero y dos extracciones de los incisivos centrales temporales superiores por estar cariados hasta nivel sub-gingival.

El 18 de Mayo de 84 se comenzó el tratamiento dental.

El 1/Junio/84 se procedió a extraer los incisivos centrales superiores. El 7/Agosto/84 se terminó el tratamiento de operatoria y se tomaron impresiones para fabricar la placa parcial superior.

El 16 de Agosto se colocó la parcial, fabricada en acrílico rosa y con dos piezas anteriores de acrílico blanco. La placa lleva para retención 2 -- ganchos alrededor de los primeros molares superiores con alambre de ortodoncia #.032.

La paciente mostró alegría al ver que su aspecto cambiaba con la placa. Se le instruyó en la manera de colocar y los cuidados a llevar con la misma así como de asear la placa y su boca.

Se le citó a los 6 meses.

La paciente no regresó.

CONCLUSIONES

El odontólogo de práctica general tiene con las placas parciales removibles una gran alternativa en el tratamiento del paciente odontológico -- niño o adolescente con pérdida precoz de piezas temporales o permanentes.

Teniendo en cuenta la etiología del caso y los datos relevantes al mismo se pueden confeccionar las placas parciales removibles con un mínimo de molestias para el odontólogo y el paciente.

Las placas parciales removibles para niños tienen la finalidad de ser no solo mantenedores de espacio activos que restablezcan los puntos de contacto y la oclusión de los dientes temporales o permanentes ausentes, sino que además ayudarán a la fonación y la estética del paciente que aunque -- niño o adolescente son de gran importancia para él, brindándole de esta manera seguridad y confianza en el desarrollo de actividades con niños o jóvenes de su edad.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ashton, Peter W. Reemplazo de la Dentición Primaria con una Dentadura-Parcial: Reporte de un Caso. Journal of Dentistry for Children, November-December, 1975 p. 68.
- 2) Finn, Sidney B. Odontología Pediátrica. Cuarta Edición México D.F. -- Editorial Interamericana, 1980.
- 3) Garces, R. Martínez Oropeza. Instituto Nacional de Pediatría. Revista-Asociación Dental Mexicana. Volumen XXXVII No. 3 --- Mayo/Junio 80.
- 4) Geiger, Arnold. Hirschfeld, Leonard. Minor tooth movement. 1974.
- 5) Graber, T.M. Ortodoncia Teoría y Práctica. Tercera Edición México, D.F. Editorial Interamericana, 1974.
- 6) Haney y Ferretti. Journal of Dentistry for Children. January-February - 1984.
- 7) Hardt, E. Meyers, H. Odontología Infantil. Patología, diagnóstico y -- terapéutica de la boca y de los maxilares en la niñez. Editorial Mundi S.A.C.I.F. Junin 895 Buenos Aires.
- 8) Hogeboom, Floyd E. Odontología Infantil e Higiene Odontológica. Sexta-Edición Editorial Hispano Americana 1958.
- 9) Joho, Jean-Pierre. Sabine, C. Maréchaux. Problema Protésico y Solución- en la Dentición Primaria: Reporte de un Caso. Journal of Dentistry for Children, Mau-June 1980.
- 10) Mc Donald, Ralph. Odontología para el Niño y el Adolescente. Junin 895-México, D.F. Editorial Mundi 1969.

- 11) Shafer, William. Hine, Maynard. Levy, Barnet. Tratado de Patología Bucal. Tercera Edición México, D.F. Editorial Interamericana 1974.