



94

Universidad Nacional Autónoma de México

ZED

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESTETICA EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I N A

QUE PRESENTA:

JOEL KENNETH CHIRINO SPRUNG

Para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Dirigió y Supervisó:

C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS

MEXICO, D.F.
1995



FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis Padres

Joel Chirino Castillo
Joyce Ann Sprung por
haberme brindado una
educación y su apoyo
incondicional durante
todos mis estudios.

A mis hermanos

Juan Antonio, Ruby Ann
y José Luis, por todo
el tiempo que hemos
vivido juntos, que han
sido muy bonitos.
Y a mi cuñada Paty.

A mis Abuelos Paternos

Juan Chirino Medina
Luz Ma. Castillo Montes +

A mis Abuelos Maternos

Kenneth Sprung S.+
Ruby Kristiansen

Al Dr. Alejandro Martínez Salinas
por su apoyo y enseñanza
durante toda mi carrera y por
haberme asesorado en esta tesina
(Gracias por aguantarme tanto)

Al Dr. Rafael García
Villegas, por sus
conocimientos que com-
partio conmigo para mi
experiencia en mi
práctica profesional.

Al Dr. Jose Nava Santillan (Clínica Padierna)
por sus conocimientos compartidos
los cuales pude aplicar en el
Seminario de Odontopediatría.

A mis amigos del equipo de
baseball representativo de la
Universidad Nacional Autónoma
de México, por todos los torneos
y momentos que hemos pasado juntos.

A Mónica Martínez por
su apoyo durante mis
estudios.

A la Universidad Nacional Autónoma de México,
a la Facultad de Odontología y a todos mis
Maestros. (GRACIAS)

I N D I C E

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| CORONAS DE CELULOIDE | 3 |
| - Ventajas. | |
| - Indicaciones. | |
| - Preparación y colocación de la corona de celuloide con resina. | 4 |
| - Esquemas consiliatorios. | 7 |
| | |
| CORONAS DE POLICARBONATO | 11 |
| - Indicaciones. | |
| | |
| PROTESIS TOTAL INFANTIL | 13 |
| - Esquemas consiliatorio. | 17 |
| | |
| PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE | 18 |
| - Ventajas. | |
| - Técnica Clínica. | 19 |
| - Esquemas Consiliatorios. | 22 |
| | |
| CONCLUSIONES | 23 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 25 |

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

INTRODUCCION

La estética dental en odontopediatría en dientes anteriores, es muy importante para el niño desde el punto de vista psicológico, y de fonética.

Esta reconstrucción estética se puede realizar por medio de coronas fabricadas, ya sea de celuloide, cuando la destrucción del diente anterior es amplia pero sin abarcar el ángulo incisal, y las coronas de policarbonato, cuando el diente se encuentra más destruído.

También existe otro tipo de restauraciones estéticas, como sería una placa total para niños cuando por problemas hereditarios o por algun accidente no se presentan o se pierden todos los dientes del niño. Prótesis parcial en ausencia de uno o más dientes.

Las principales indicaciones para este tipo de coronas son de estética y necesidades funcionales " ISLER S. " (1989); lesiones por traumatismos " García-Godoy " (1989); lesiones cariosas "Spencer P. et al " (1989); defectos del esmalte " Bhat M. et al " (1992); amelogenesis imperfecta hereditaria " Sundell S. " (1986); fractura de raíz y corona "Mackie IC. et al " (1992); fonética " Hickel R. et al " (1990); reemplazo

prostodóntico en dientes ausentes o perdidos
congénitamente " Lanzi GL. et al " (1990).

C O R O N A S

D E

C E L U L O I D E

CORONAS DE CELULOIDE

Las coronas de celuloide estan fabricadas de moldes de plástico, las cuales existen en diferentes tamaños (e.g., Ion Crown Form, 3M, Inc.). Son utilizadas si el diente está meramente decolorado y si no se encuentran interferencias oclusales (e.g., una mordida abierta). Estan empacadas en un juego de 4 tamaños de incisivos centrales y laterales derechos e izquierdos de los maxilares.

Las ventajas de las coronas de celuloide son:

- 1.- Apariencia estética
- 2.- Requieren unicamente el desgaste necesario de las estructuras del diente.
- 3.- Para obtener retención suplemental se coloca un agente de unión en el esmalte restante.

Indicaciones:

- 1.- Incisivos con lesiones interproximales extensas.
- 2.- Incisivos con tratamiento pulpar.
- 3.- Incisivos fracturados que pierden una cantidad considerable de estructura dental.

4.- Incisivos con defectos hipoplásicos múltiples o alteraciones en su desarrollo.

5.- Incisivos pigmentados, desagradables desde el punto de vista estético.

6.- Incisivos con lesiones interproximales pequeñas y zonas extensas de descalcificación cervical.

El reparar los dientes muy destruidos por medio de restauraciones durables, retentivas y estéticas constituye un trabajo desafiante.

-Preparación y colocación de la corona de celuloide con resina.

1.- Se coloca anestesia local.

2.- Se coloca el dique de hule.

3.- Se remueve la caries interproximal con una fresa (33 1/2 o 34) o una fresa 330 o 331.

4.- Realizar el recubrimiento pulpar, si es necesario.

5.- Si el diente se ha fracturado, aplicar una capa adecuada de hidróxido de calcio.

6.- Preparar el diente utilizando una fresa de punta de lápiz fino de diamante o una fresa 169L, para las áreas labial y proximal. Una fresa de pera de diamante

puede ser utilizada para rebajar la superficie lingual.

7.- Se desgasta el diente como lo mencionaremos a continuación:

a) mesial y distal, 1.0 mm

b) bucal, 0.5 mm

c) Lingual, 0.5 mm

d) Incisal, 0.5 mm

8.- Se crea una (feather-edged) linea terminal subgingival.

9.- Probar y ajustar la corona cervicalmente.

10.- Proteger la dentina con hidróxido de calcio.

11.- Grabar con el ácido el esmalte de 3 a 4 veces por 30 o 40 segundos, lavar, secar y aplicar un agente de unión.

12.- Se le realiza a la corona dos agujeros hechos con la punta de un explorador uno en incisal y otro por lingual, para que fluya el excedente de la resina composite.

13.- Se seca con aire el area incisivolingual y se rellena la corona con resina composite.

14.- Colocar la corona.

15.- Recortar la corona de celuloide a lo largo de la superficie lingual o palatina, para evitar dañar la

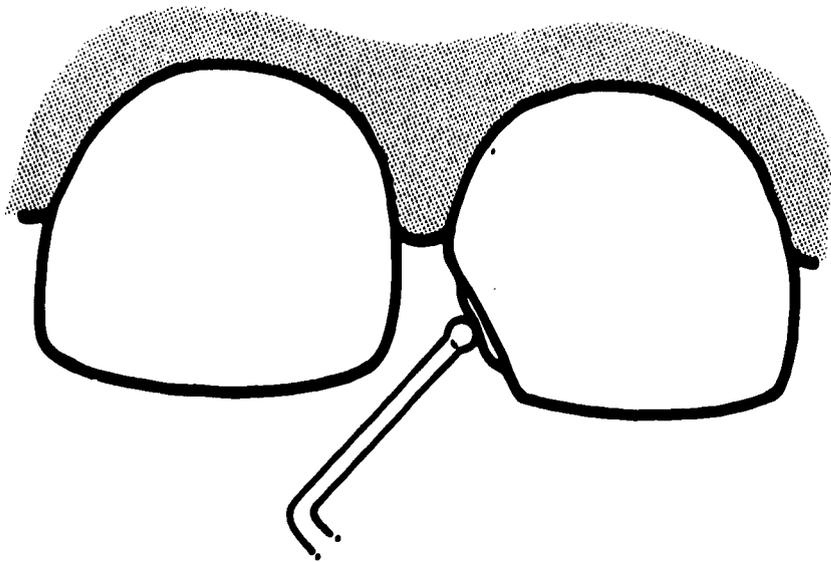
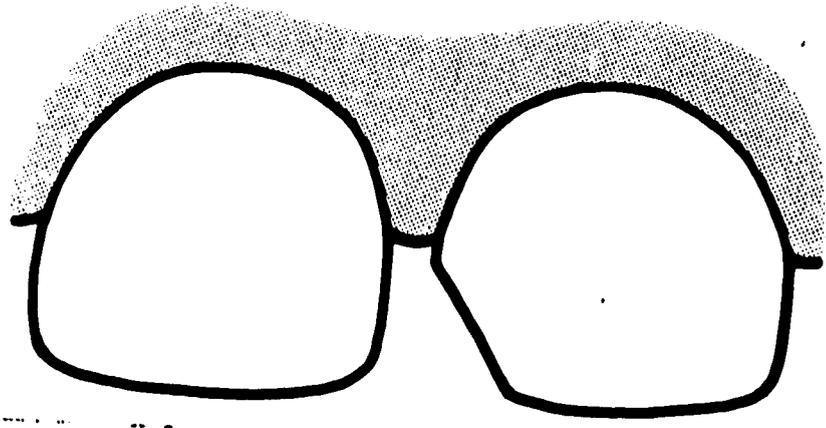
superficie tersa de la porción labial y retirar el material sobrante.

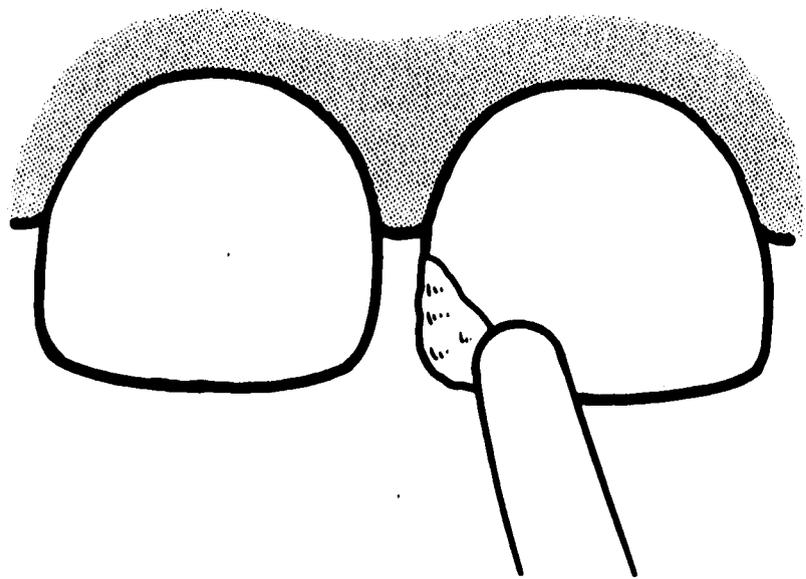
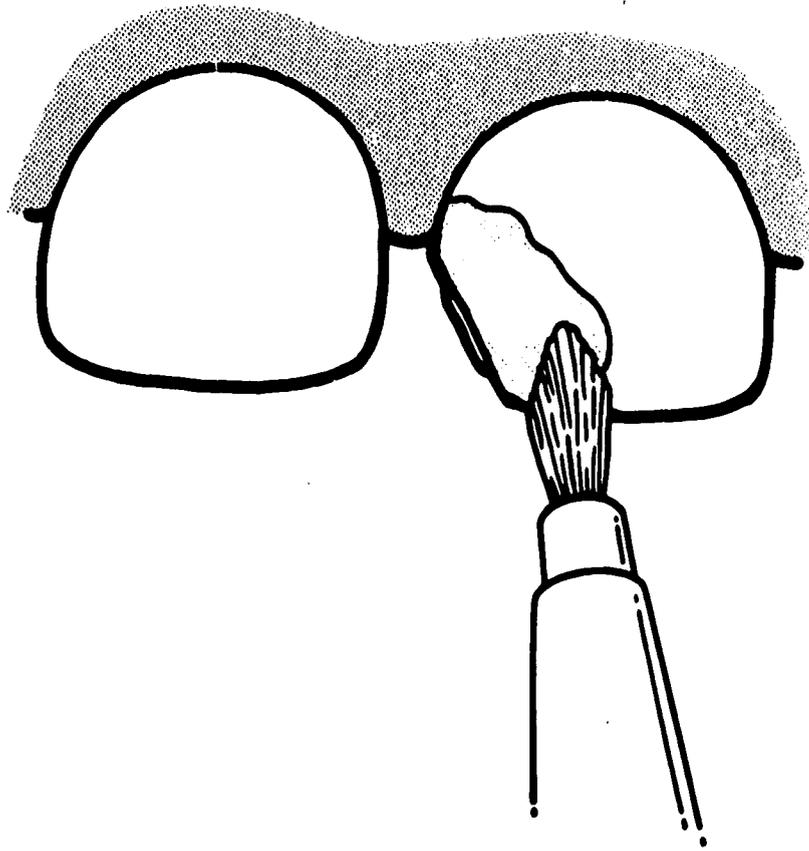
16.-Ajustar la oclusión.

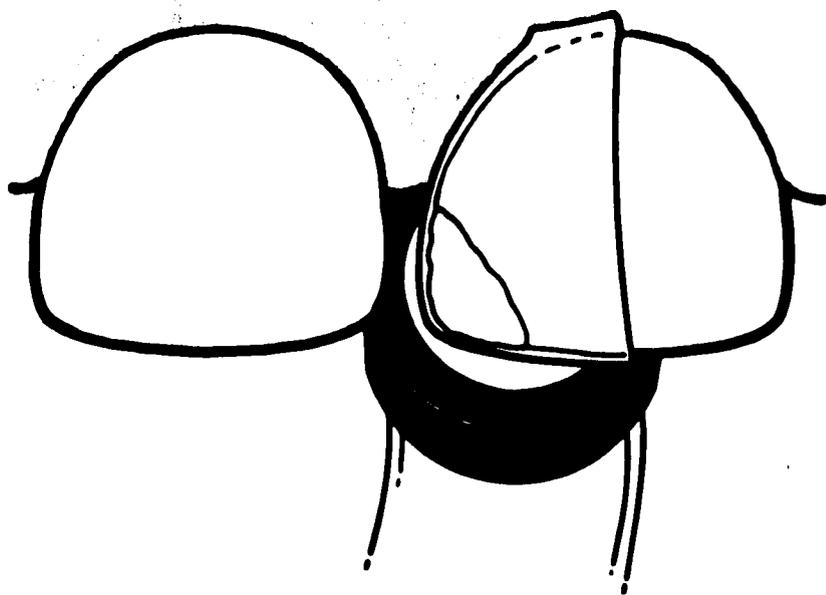
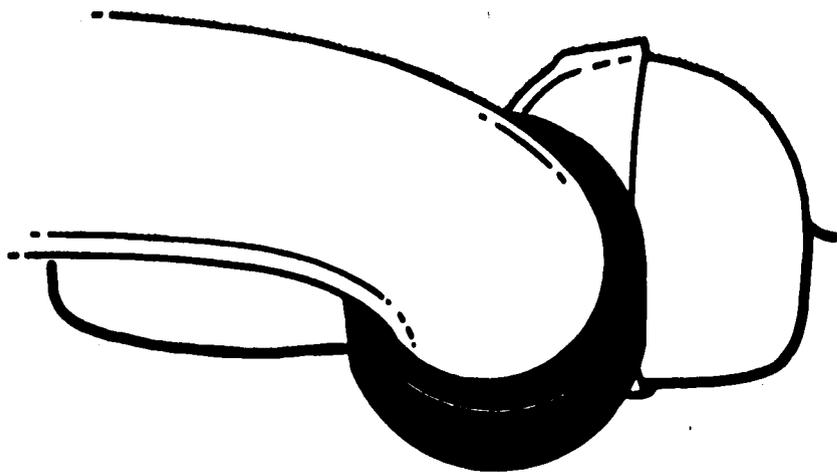
17.- Fotocurar.

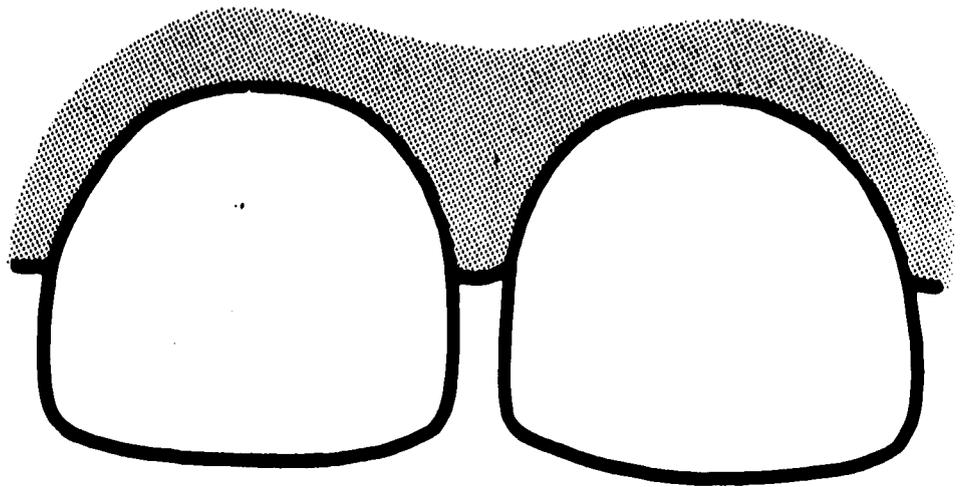
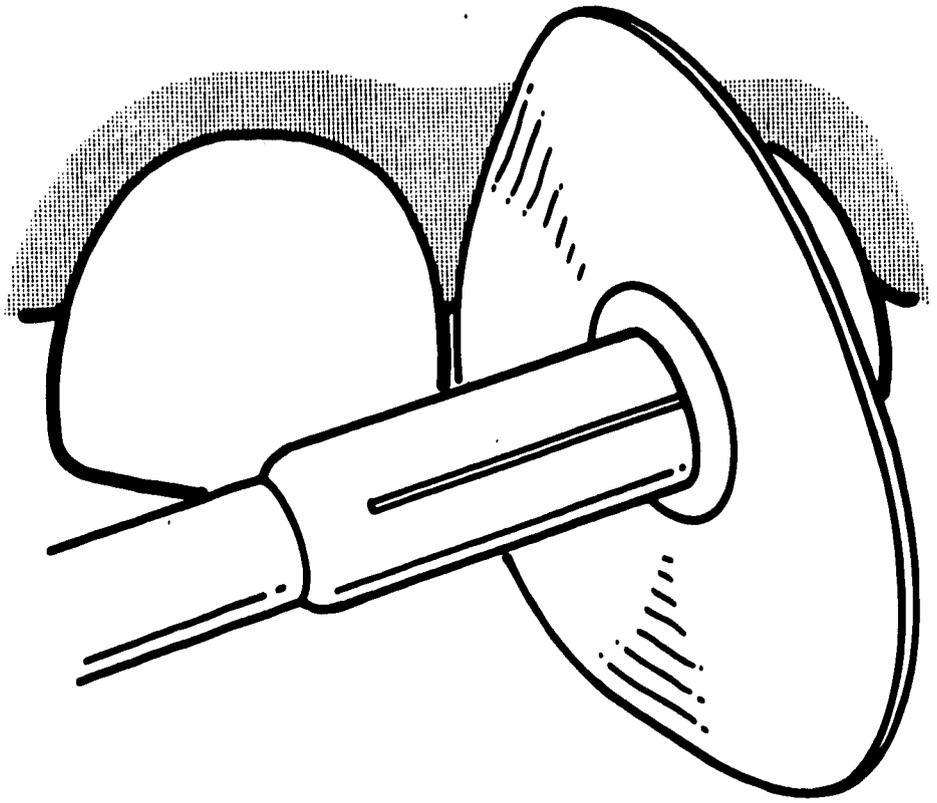
18.-Retirar la corona de celuloide, por medio de un corte con una hoja de bisturí, por la cara palatina o interproximal.

19.- Pulir la resina.









C O R O N A S

D E

P O L I C A R B O N A T O

CORONAS DE POLICARBONATO

Existen diferentes tipos de coronas de policarbonato, las que satisfacen los requisitos de un material de restauración ideal menos la facilidad de inserción. Requieren algo más que una mínima restauración dentaria y es muy difícil lograr una adaptación gingival. Se elige la corona, se adapta mediante recortes del borde incisal y del margen gingival.

La corona debe ser rellenada ya sea con resina o acrílico autopolimerizable, al diente se le coloca vaselina y se lleva la corona al diente, se espera a que polimerice. Se retira la corona, se recortan los excedentes y se alisan los márgenes con fresas o ruedas de pulir. Se limpia el diente con pasta abrasiva para profilaxis, para retirar la vaselina y se cementa la corona.

La preparación de restauraciones para las coronas de policarbonato se utilizan para restaurar los dientes anteriores cuando no se puede retener otro tipo de restauraciones.

Indicaciones:

- 1.- Dientes con caries proximales.

2.- Dientes anteriores con pulpectomía. Estos dientes se vuelven frágiles y se pueden fracturar si no se protegen.

3.- Dientes con malformación (hipoplasia, hipocalcificación, dentinogénesis o amelogénesis imperfecta).

4.- Dientes anteriores fracturados.

P R O T E S I S

T O T A L

I N F A N T I L

PROTESIS

Muchos tipos de terapias protésicas pueden ser relevantes en odontopediatría, e.g. dentaduras, puentes con retención a base de grabado ácido, coronas y veneers laminados.

Las causas para la necesidad del tratamiento protésico en niños preescolares puede ser para dientes perdidos por caries, traumas, o presencia de alteraciones. La razón que estos deben ser reemplazados por prótesis son sus influencias en estética, función del habla, función labial, lengua y carrillos, funciones de masticación y deglución, la posición de los dientes presentes y la relación de los maxilares.(21). Con estos factores, las dos primeras menciones constituyen las principales indicaciones. En la temprana niñez, la gente se tornó consciente por la importancia de la estética, relacionado a la vestimenta, corte de pelo, joyas y otras, y también una dentadura con sonido es uno de los factores importantes. De ahí, el efecto psicológico de dientes ausentes no deben ser subestimados, aún en niños preescolares. La profesión dental debería estar orgullosa de esta actitud, desde que es un resultado con éxito para el tratamiento preventivo. La correcta

pronunciación de los sonidos de la S y T es dependiente de la presencia de los incisivos superiores. En la ausencia de estos dientes, el niño tiene que comprenderla por establecer hábitos erróneos, los cuales podrían ser difíciles de tratar posteriormente.

Las dentaduras son realizadas generalmente en niños de 3 a 4 años de edad con la pérdida de incisivos y primeros molares debido a caries rampante. Las cúspides y segundos molares son menos propensos a la caries temprana, y desde que estos dientes son los más importantes para la aparición de una oclusión normal, los esfuerzos son realizados generalmente para preservarlos. En apoyo a estética y motivos funcionales, la dentadura actúa como un mantenedor de espacio para los premolares. Las impresiones hechas de los dos maxilares son tomadas con alginato, y una mordida en cera para articular los modelos en el articulador. La base de la dentadura es soportada totalmente por la mucosa y sigue los márgenes gingivales de los dientes para obtener suficiente estabilidad. La extensión posterior generalmente es la superficie distal del segundo molar. Las cúspides y segundos molares son suplementados ya sea por ganchos Adam's ó ganchos de dedo. Los dientes son

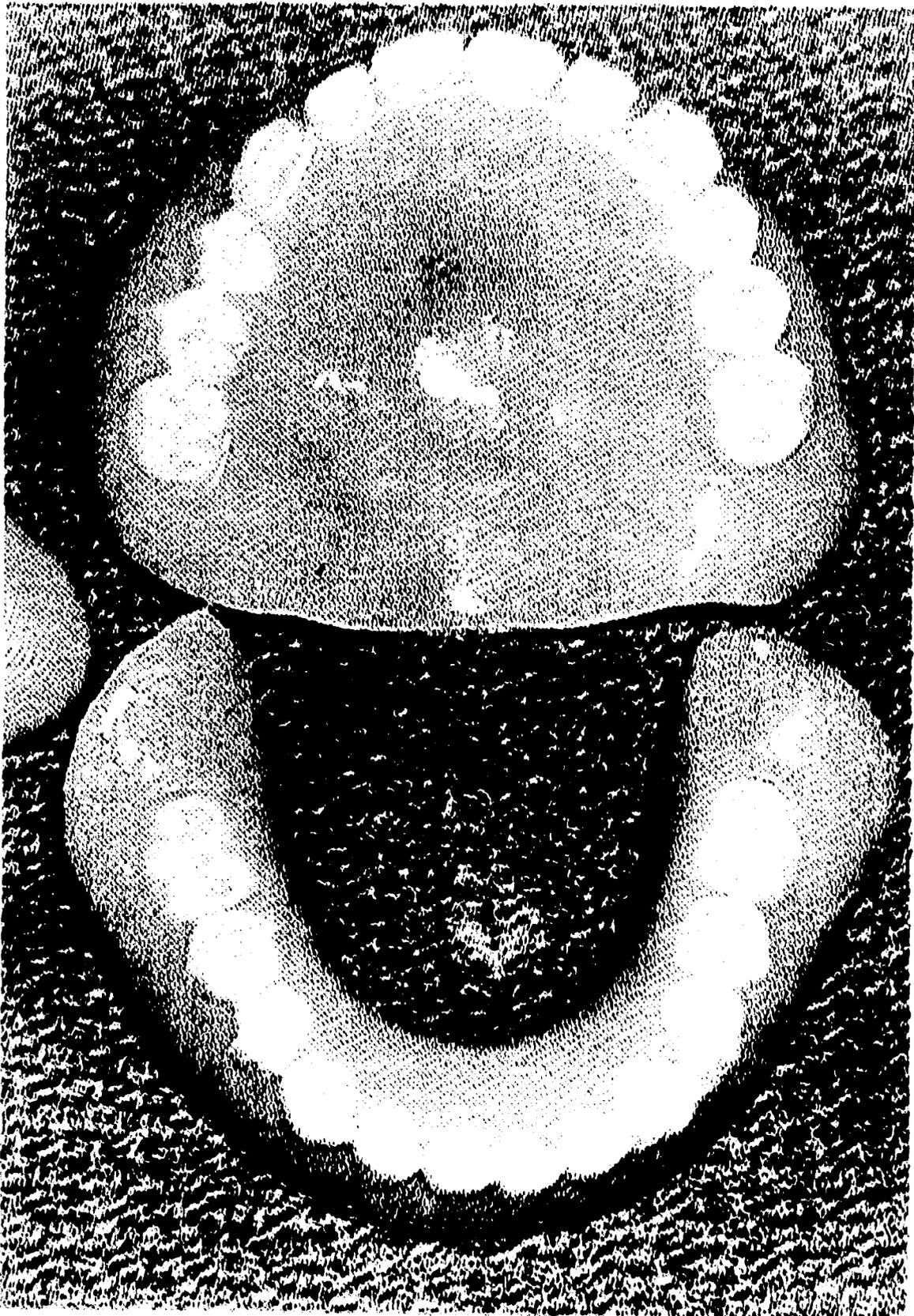
prefabricados del color y tamaño de los dientes temporales, los más utilizados son los de la marca Milk Teeth, fabricados en Japón. Deben ser extremadamente blancos y montados en una posición vertical con pequeños diastemas para dar una representación convincente de la dentición primaria.

Es importante mantener una buena higiene oral en pacientes con dentaduras para que la caries y enfermedades parodontales sean prevenidas. La dentadura debe de ser lavada después de cada comida y debe mantenerse en un vaso con agua durante la noche, y los dientes restantes presentes deben ser cepillados 2 veces al día, comúnmente después del desayuno y de la comida de la tarde.

La dentadura comúnmente es retirada en el momento de la erupción de los dientes permanentes a la edad de 6 años. En este grupo de edad, los niños comúnmente presentan los incisivos por lo que la necesidad estética es reducida. También hay un incremento del crecimiento de los maxilares en este período, el cual puede interferir con la adaptación de la dentadura. Es reconocido que las dentaduras no inhiben el crecimiento, el problema puede ser que ya no le quedan más, si el período de uso es prolongado.

Los niños parecen aceptar muy bien las dentaduras, si han sido motivados. La habilidad para adaptarse es mejor que en adultos, tienen un buen tono muscular el cual facilita la retención, y la distancia entre los maxilares es menor y favorable para la estabilidad. Y, al igual que en los adultos, los motivos estéticos parecen ser muy relevantes para ellos.

Se debe de recordar que el acrílico que sea utilizado en la prótesis en niños, no deberá ser de color rosa, ya que los niños muchas veces lo podrían relacionarlo con la placa total de algún familiar de edad avanzada y tener un cierto rechazo hacia la prótesis.



P R O T E S I S

P A R C I A L

R E M O V I B L E

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La prótesis parcial removible es necesaria para los niños cuando las restauraciones con mantenedores de espacio no son adecuados para reemplazar la ausencia de dientes debido a un trauma y caries. También las anomalías hereditarias del número de dientes, también deben ser dirigido. Anodoncia (ausencia completa de dientes) u oligodoncia (ausencia parcial de dientes) se observan en la displacia ectodérmica y en Síndrome de Dawn. Otras enfermedades causan la pérdida prematura de dientes (e.g., histocitosis X, Síndrome de Papillon-Lefevre, e hipofosfatasa). Todas estas condiciones crean la necesidad de la prótesis parcial removible. (1)

Las ventajas de las prótesis removibles son las siguientes (2) :

- 1.-Buena estética
- 2.-Restauración de la función.

Las desventajas son:

- 1.-Se necesita un paciente más maduro ó cooperador.
- 2.-Se pierde muy fácilmente.

El concepto de que las prótesis se deben cambiar cada año es falso. No hay un crecimiento intersticial esencial en la porción anterior del diente desde la edad de 3 años hasta que los dientes anteriores permanentes erupcionan. Sólo hay un crecimiento vertical.

Las prótesis se mantienen estables, con el mínimo ajuste necesario en los años antes de la erupción de la dentición permanente; aunque si es necesario relinear las dentaduras aproximadamente cada 12 a 18 meses para acomodar el crecimiento vertical. Con la erupción de los dientes permanentes, se encuentra una proliferación del hueso alveolar. Es imposible de hacer hoyos en la dentadura para que estos dientes quepan. Nuevas prótesis deben de ser realizadas para este tiempo.

- Técnica Clínica.

- 1.-Realizar una impresión con un hidrocoloide irreversible
- 2.-Correr las impresiones.
- 3.-Fabricar las cucharillas individuales.
- 4.-Realizar impresiones fisiológicas, como para el adulto.

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

5.-Realizar las cucharillas con hojas de cera con rodillos oclusales en los modelos de trabajo.

6.-Si 1 ó 2 dientes están presentes en la arcada dental, no es difícil para determinar la relación mandibular. Si no hay dientes presentes, utilizar los rodillos de cera como una guía para la orientación apropiada de los dientes. Aunque, es casi imposible obtener una relación céntrica correcta de un niño, al menos que sea extremadamente cooperador.

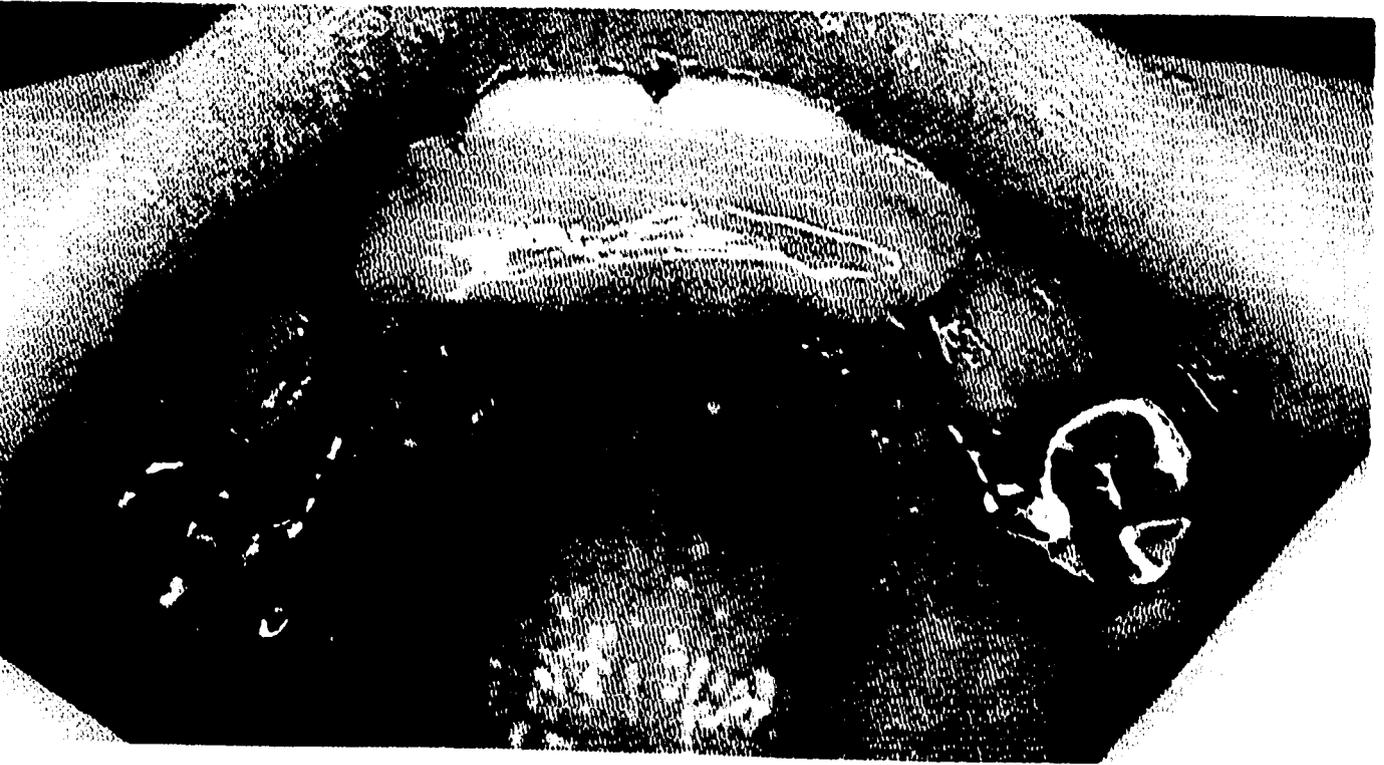
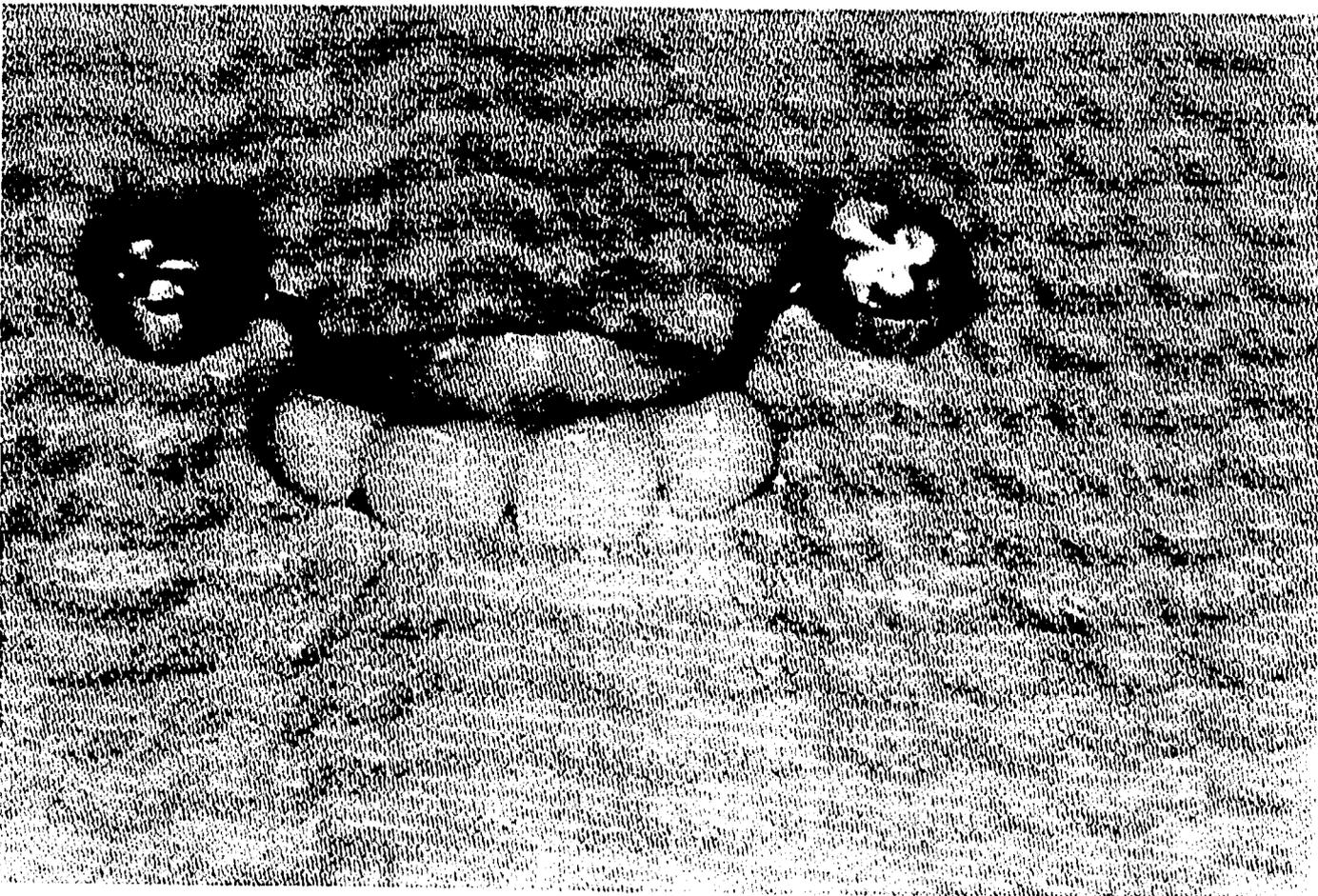
7.-Con los modelos y placas montados en el articulador, arreglar los dientes de cero grados de plástico con una placa oclusal plana. BAMBINO DENTAL TEETH (OSE DENTAL SUPPLIES AND EQUIPMENT; DIVISION ORTHODONTIC SUPPLY AND EQUIPMENT Co. Inc. Gaithersburg, MD) pueden también ser utilizados.

8.-Si algún diente primario se encuentra presente en la boca, se utilizan para la retención por medio de la colocación de ganchos.

9.-Procesar y entregar la prótesis al paciente.

10.-Colocar las prótesis cuidadosamente. El vestíbulo de un niño es relativamente bajo debido a que no hay hueso alveolar, únicamente hueso basal. En adición, deberá realizarse un seguimiento al paciente para determinar cuando (y si) la dentadura deberá de ser reemplazada.

Las prótesis parciales o totales pueden ser fabricadas sobre dientes retenidos o raíces que no están especialmente preparadas para aceptar restauraciones. Estas prótesis también pueden ser utilizadas en pacientes con disostosis cleidocraneal, displasia ectodérmica y paladar hendido.



C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

Con este tipo de restauraciones estéticas de coronas de celuloide o de policarbonato, me he dado cuenta de que cada día tienen mayor auge, para toda la comunidad, la estética, y sobre todo para los niños, desde el punto de vista psicológico.

Llevando acabo adecuadamente este tipo de restauraciones, el objetivo, de restaurar dientes anteriores, con buena estética se cumple.

Por otra parte también con las prótesis parciales removibles o totales , se regresa al niño la función, la fonética y sobretodo la estética.

Por lo tanto, he comprobado que ambos son tratamientos favorables para la odontopediatría.

Este tipo de restauraciones bien terminadas y adaptadas no nos van a traer ningún problema de tipo parodontal.

Se ha observado que los niños en edad preescolar o escolar, con este tipo de restauraciones estéticas, van a tener un mejor desempeño entre la comunidad, ya que en ocasiones la ausencia de dientes o coronas mal adaptadas de otro tipo de material no estético, causaban cierto tipo de adversidad entre los compañeros.

Este tipo de restauraciones, son menos complicadas para su preparación y en ocasiones es mínima. También es más fácil debido a que los materiales en la actualidad, su manejo es más sencillo y rápido con resultados favorables. Aunque, se requiere una mayor habilidad. Son bastante aceptables ya que su costo no es muy elevado y es accesible a la mayoría de los pacientes.

BIBLIOGRAFIAS

- 1.- Barry G. Dale, Kenneth W. Aschheim Esthetic Dentistry. Edit. Lea & Febigen, Philadelphia, London 1a Ed. 1993.
- 2.- J.R. Pinkham. Odontologia Pediátrica. Edit. Interamericana, México 1a. Ed. 1988
- 3.- Jasmin, J.R. Groper, J.N; Fabrication of a more durable fixed anterior esthetic appliance. J Dent Children, 51:124,1984.
- 4.- Christensen, G: Esthetic pre-formed crowns, Clinical Research Associates Newsletter 11:1, 1987.
- 5.- Goran Koch, et al.: Pedodontics, - A clinical approach. Munnksgaard, Denmark, 1991
- 6.- Kenneth, Snawder: Manual de Odontopediatría Clínica, Ed. labor, España, 1984.
- 7.- Raymond Braham: Odontologia pediátrica, Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1984.

- 21.- Krasse M. Prosthetic rehabilitation in preschool children Odontol Revy 1957; 8:37-56.