



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CARACTERÍSTICAS DE LAS CORONAS PARA LA
REHABILITACIÓN DE DIENTES ANTERIORES EN
DENTICIÓN PRIMARIA**

**Trabajo terminal escrito del diplomado de
actualización profesional que para obtener el Título de**

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

KARY JIMÉNEZ CASTELLANOS

TUTORA: C.D. MARIA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: MTRA. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA

MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A MIS PADRES:

*Por siempre apoyarme en esta carrera que es el tesoro mas grande que me han dado, por preocuparse por mí, por todo el apoyo que siempre me han brindado, pero sobre todo por lo más valioso de ustedes y una familia unida.
Los adoro y admiro*

A MIS HERMANOS:

A ti Reneé y Hamed, por haberme demostrado su cariño y apoyo siempre que lo necesité.

A MIS AMIGOS:

A KarinaLópez Gazcón , Ma. Fernanda Quiroz, Frida González ,y Carlos Monteagudo por contar siempre con su apoyo, por estar conmigo en mis alegrías y tristezas, por nunca dejarme caer y hablarme con honestidad.

AI DR. JOSE ARTURO FERNÁNDEZ PEDRERO

Por confiar en mí y brindarme su afecto y apoyo durante mi carrera en mi Facultad.

ÍNDICE

| | Pags |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPÍTULO I | |
| ANTECEDENTES | 1 |
| CAPÍTULO II | |
| ANATOMÍA DENTAL DE DIENTES PRIMARIOS | 5 |
| 2.1 Incisivo central superior | 6 |
| 2.2 Incisivo lateral superior | 7 |
| 2.3 Canino superior | 8 |
| 2.4 Incisivo central inferior | 10 |
| 2.5 Incisivo lateral inferior | 11 |
| 2.6 Canino inferior | 12 |
| CAPÍTULO III | |
| AUTOESTIMA INFANTIL | 13 |

| | Pags |
|---|------|
| CAPÍTULO IV | |
| CORONAS | |
| 4.1 CORONAS ANTIESTÉTICAS | |
| 4.1.1 CORONAS ACERO CROMO | 20 |
| 4.2 CORONAS ESTÉTICAS | |
| 4.2.1 CORONAS DE CELULOIDE | 24 |
| 4.2.2 CORONAS DE POLICARBONATO | 27 |
| | |
| 4.2.3 CORONAS DE ACEROCROMO CON VENTANA | 30 |
| 4.2.4 CORONAS CON CARILLA PREFABRICADA | 32 |
| | |
| CONCLUSIONES | 35 |
| | |
| REFERENCIAS | |

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Kary Jimenez
Castellanos

FECHA: 2-JULIO-2004

FIRMA: 

INTRODUCCIÓN

Las caries es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la destrucción localizada y progresiva del diente, que comienza por la superficie externa, debido a la desmineralización causada por los ácidos orgánicos producidos por las bacterias.

En la dentición temporal las lesiones causadas por las caries son comunes encontrarlas en primeros y segundos molares, así como en incisivos superiores, éstos últimos son afectados por las caries de alimentación infantil. La función principal de los dientes temporales es la de servir como guía para la dentición permanente, así como la masticación y apariencia, es por eso que como cirujano dentista, la principal preocupación es devolver la salud buco-dental de los pacientes, pero también es importante ofrecer un tratamiento integral, que de funcionalidad, pero también estética. La atención pediátrica cuenta con los materiales necesarios para realizar dichos tratamientos.

Debido a lo anterior, este trabajo pretende mostrar las alternativas para la restauración de dientes anteriores, existen en el mercado diversidad de coronas, entre ellas las coronas de acero cromo, las cuales reúnen las características deseables, sin embargo son antiestéticas y por lo tanto no muy aceptadas por los padres. Otro tipo de corona son las de policarbonato y de celuloide las cuales se rellenan de resina, sin embargo son frágiles, difícil de colocarlas y necesitan un mayor desgaste de tejido dental. Las coronas

de acero con carilla, al igual que las de acero reúnen la mayoría de las características, pero siempre se observa un poco de metal y las carillas pueden desprenderse, además su colocación requiere de mas tiempo. Las coronas con carilla prefabricada cumplen con las características estéticas que se requieren pero sufren de fracturas y desprendimientos, y son difíciles de ajustar a los dientes.

Se espera que este trabajo sirva a estudiantes con la finalidad de consultar las ventajas y desventajas de éstas y seleccionar la mejor opción en beneficio de los pacientes.

**AGRADEZCO A LAS DOCTORAS MARIA ELENA NIETO Y
EMILIA VELENZUELA**

Por haberme permitido contar con su apoyo en la elaboración de la tesina, y creer y confiar en mí.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Joel Nava Romero hace una reseña histórica desde 1683, acerca de los avances de los que se han tenido en cariológia, que han permitido conocer los agentes etiológicos, así como los métodos de prevención.

En 1950, Humphrey introdujo en Odontopediatría el uso de coronas preformadas o de acero inoxidable, mas tarde en 1988 Levering y Messer realizaron estudios sobre la durabilidad y término de vida de las coronas de acero inoxidable ya que comprobaron que las coronas que se colocan en niños de 4 años de edad o menos tienen un índice de éxito de 10 años.

Desde que 1962 logró combinar exitosamente una matriz orgánica con relleno mineral de cuarzo, dando origen a los composite, permitió alentar nuevas esperanzas para las restauraciones estéticas. Ventaja esta que ofrece los materiales restaurativos en la actualidad.

Mink en 1973, las colocó con éxito en dientes anteriores, esto dependió de la apropiada selección del paciente y el cuidado en la preparación, ya que esto proporcionaría una buena retención.

Gilmore 1976: "Las condiciones estéticas que miden el éxito y aceptación en muchos segmentos de la odontología restaurativa son especialmente de considerar".

Por otro lado J.D. Eccler 1978 dice que:"... el problema de proporcionar materiales estéticos satisfactorios está lejos de ser sencillo, y los disponibles en la actualidad no satisfacen plenamente".

Los jackets de acrílico prefabricados fueron introducidos por Doyle en 1979

Las coronas de acero cromo con frente estético fueron experimentadas por Harman y Helpin en 1983

Barrancos en 1993 menciona que: "...ante pacientes con exigencias estéticas y que no aceptan una restauración de color desfavorable, la profesión ha intentado diferentes materiales con bastante poco éxito, ya que es difícil hallar uno que reúna simultáneamente condiciones mecánicas y estéticas aceptables".

Para 1994 Wiedenfiel, publica una técnica para elaborar coronas dando mayor retención a las coronas con frente estético, que son realizadas de la siguiente manera: la corona es pasada por un Sandblaster para producir una superficie rugosa. Se coloca un agente de adhesión, un opacador de metal y resina en la superficie vestibular y finalmente la corona se cementa.

En 1995 Kenneth R. Wiedenfeld, Robert A. Draughn, Sheryl E. Goltra publican una técnica para elaborar coronas con frente estético, que es realizada de la siguiente manera: La corona es pasada por un Sandblaster para producir una superficie rugosa. Se coloca un agente de adhesión, un opacador de metal y resina en la superficie vestibular y finalmente la corona es cementada de la manera habitual.

En 1998 Theodore P. Croll refiere que las coronas de acero cromo son las más fáciles de colocar, pero su estética no es buena. Las coronas con carilla veneer, mejoran la apariencia pero el procedimiento es más largo y en algunas ocasiones se observa el metal marginal

Ana C. Durante Ramírez-Romito, Marcia Turolla Wanderley, Marta Dutra Machada Oliveira, José Carlos Pettorossi Imparato, Maria Salette Nahas Pires Correa en el 2000 refieren dientes naturales para restaurar la pérdida de las coronas dentales. Preparando un poste y una corona natural que son cementados al canal radicular del diente afectado.

En el año 2000 José de Jesús Martines revoluciona la técnica de Wiedenfeld para elaborar coronas veneer de acero, con carilla de resina fotocurable, elaborada con el sistema multiusos Scotchbond y resina Z100, teniendo una técnica sencilla, en poco tiempo y más barata.

En el 2000 E. Valenzuela, y F. Barceló desarrollan una técnica estética para dientes incisivos superiores e inferiores, en la que se solda una malla metálica en la superficie vestibular de la corona y se prepara la superficie con ácidograbador y silano, posteriormente se coloca adhesivo para resina, opacador y resina.

Era importante realizar una evaluación de las coronas prefabricadas (Whiter bitter II) este estudio fue realizado en el 2001 por Charles Roberts, Jessica Y Lee, Timothy Wright, encontrando que tiene un alto grado de retención, fractura de la superficie después de algunos años, un incremento en el overbite asociado con el fracaso de la superficie.

Para el 2002 Ari Kupietzky refiere que las coronas de resina son las restauraciones más estéticas de las que se dispone y describe la técnica para colocar dichas coronas en las que se debe incluir higiene oral, preparación de corona, dique de hule, remoción de caries y cementado.

El color de dientes anteriores, fueron evaluados en el 2002 por Yumico Hosoya, Koichi –Omachi, y Michalñ Stanineo, encontrando que las coronas De White Steel y Zinder Krown Pedro I eran sustancialmente diferentes del color de los dientes naturales y la diferencia con las coronas Pedro II fue relativamente alto, siendo mas aceptable para el uso clínico.

William F Waggoner en el año 2002 describe las características de las coronas usadas con mas frecuencia, resaltando que el material mas recomendado para cementarlas, es el ionómero de vidrio, ya que no solo brinda una buena retención para las coronas , sino también una menor microfiltración.

En el 2002 Fres S. Margolis describe una técnica de restauración para dientes incisivos primarios llamada "Sándwich technique" refiriéndose a la colocación de varias capas de materiales, que van a proporcionar mayor retención y estética, utilizando coronas de celuloide.

Para lograr una rehabilitación satisfactoria, el operador puede optar por este material ya que los resultados clínicos satisfacen nuestros objetivos. Como se dijo anteriormente, para lograr una buena restauración es indispensable y fundamental que se ponga énfasis en el diagnóstico, oclusión, exámen radiográfico y morfología de la pieza. Debe recordarse que el sector anterior de la boca, existen reglas distintas que las del sector posterior; ya que este tiene un valor estético más fuerte y el esmalte se debe dejar sin soporte dentinario (por vestibular) además de que en esta zona, no se reciben presiones masticatorias muy grandes.

CAPITULO II

ANATOMÍA DE DIENTES ANTERIORES TEMPORALES

La forma de los dientes temporales difiere ligeramente, en rasgos generales de los dientes permanentes. La corona es más pequeña y redondeada. Las cúspides más agudas y los bordes más afilados. El esmalte que los cubre tiene un grosor uniforme. Es probable que por ésta razón se vean más translúcidos y de color blanco lechoso. La dentina es muy delgada si se compara con el grosor de las paredes dentinarias de los dientes de la segunda dentición. Se reconoce en ella que posee una gran flexibilidad, pero menor mineralización.

La cámara pulpar es muy grande comparada con los dientes permanentes. El cuello de estos dientes es fuertemente estrangulado y de forma anular y homogénea.

La forma de la raíz es muy especial en cada diente. En los anteriores tiene forma de bayoneta, con el ápice inclinado hacia labial.

MORFOLOGÍA

DIENTES ANTERIORES

Incisivo Central Superior

La formación del folículo principia en la 6^a. Semana de vida intrauterina, la matriz orgánica del esmalte empieza su calcificación, a las 18 o 20 semanas de la vida fetal, y termina la mineralización de la corona 4 o 5 semanas después del nacimiento 1

Corona: las superficies de la coronas son más continuadas una con otras, los ángulos lineales son más contorneados, los ángulos punta son redondeados o romos, y el borde incisal es más agudo, con los mamelones más afilados.

La pequeña corona es más ancha que larga. La dimensión mesiodistal es mayor que la cervicoincisal.

Cuello: el cuello es fuertemente estrangulado, de forma anular y sin ondulaciones. Su diámetro labiolingual es ligeramente más corto que el mesiodistal, esta dimensión es 2 mm más corta en el cuello que la corona. El esmalte termina bruscamente y forma un escalón a expensas de la raíz. Nunca se expone fuera de la encía como sucede muy comúnmente con los dientes adultos.

Raíz: principia la mineralización alrededor del segundo mes después del nacimiento y termina a la edad de 4 años, única época en la que se puede encontrar completamente formada sin que exista reabsorción.

La raíz vista desde su proyección labial, es conoide y recta, pero desde su proyección proximal es curva como una letra S con el ápice hacia labial, dejando una hondeada por la parte lingual en su tercio apical, en donde se coloca el folículo del diente central de la segunda dentición.

Cámara pulpar: es de grandes dimensiones, en comparación con los de la dentición primaria. La parte coronaria puede considerarse constante en tamaño, el conducto radicular está sujeto a los cambios que sufra la raíz al ir formándose o mineralizándose, acción que termina alrededor de los tres y medio o cuatro años, e inmediatamente principia su destrucción.

Incisivo lateral superior

Todo lo dicho acerca del incisivo central superior primario puede considerarse válido para el lateral, con la diferencia de su menor dimensión en corona y raíz.

La mineralización de la corona es más retrasada en tiempo; se realiza aproximadamente a los 6 meses de edad, de 4 a 8 semanas después que inicia la del central.

Hace erupción 2 meses después que el diente central, en casos normales. Su caída tarda un poco más, pero siempre sucede antes que el central de la segunda dentición esté en contacto de oclusión con los inferiores.¹

Caninos superiores

Los caninos de la dentición primaria tienen forma conoide, esto hace que se les distinga de los otros dientes anteriores. Son semejantes a los de la segunda dentición, aunque de menor talla.

La mineralización comienza unas 4 semanas después que el incisivo central. Hacen erupción alrededor de los 2 años, un poco después que el primer molar de la primera dentición, y se exfolia alrededor de los 11 o 12 años.

Corona: La diferencia entre el temporal y el permanente es que es de menor talla, esto hace que las convexidades sean más exageradas.

- Se aprecia la menor longitud y más anchura de la corona, proporcionalmente.
- Comparando con los incisivos es de mayor volumen; la cima de la cúspide sobresale de la línea incisal más de 1 mm.
- de los tramos o brazos de la cúspide, es mayor el mesial que el distal (lo contrario del permanente)

Cara labial: la cara labial del canino superior primario es pentagonal pero más ancha que larga. Alguna vez parece triángulo. En el borde incisal se observa la cúspide muy prominentes, con el brazo mesial más largo que el distal.

La superficie esta dividida en dos vertientes: mesial y distal, que provocan una giba formada por el lóbulo central.

Cara lingual: cuando el canino primario está recién erupcionado, la cara lingual de la pequeña corona clínica tiene forma de rombo, cuyos ángulos están, por una parte, en el vértice o cima de la cúspide coronaria, y el otro en

lo que debería ser lado o perfil cervical. Los cuatro lados del rombo son: los brazos del borde incisal, mesial y distal; los otros dos, el borde cervical dividido en dos tramos también mesial y distal.

En la corona anatómica, la forma de la cara lingual es pentagonal, como en el diente adulto. Está formada por cinco lados o perfiles que son: el borde incisal, con dos brazos, el mesial más largo que el distal; además los lados

mesial y distal, éste último más largo. La superficie en su configuración presenta una eminencia que es el cingulo.

Cara mesial y dista: son superficies muy pequeñas, que casi se reducen al área de contacto. Son prominentemente convexas y armoniosamente continuadas con las otras superficies.

Cuello: el cuello del canino superior primario es casi anular, con un pequeño festoneo de ondulación en las caras proximales. El escalón que hace el esmalte hacia la raíz es brusco y forma un rodete muy marcado.

Raíz: la raíz del canino superior primario es proporcionalmente más larga que la del canino de adulto, pero también se ve más delgada que aquella .

Tiene forma conoide como todas las de los incisivos anteriores de la dentición primaria, el tercio apical está inclinado hacia labial en forma de bayoneta.

Su formación principia alrededor de los 8 a 9 meses del nacimiento y termina a los 4 años de edad. La reabsorción principia desde los 5 o 6 años, y termina a los 11, cuando es reemplazado por el diente de la segunda dentición.

Cámara pulpar: en la porción incisal reduce su espacio labiolingual, formando un filo que corresponde al borde cortante, en donde pueden observarse los 3 cuernos de la pulpa, siendo más desarrollado el central.

La luz del conducto es también muy amplia. El agujero apical bastante reducido, antes de la reabsorción radicular .

Incisivos inferiores

Hacen erupción 4 o 6 semanas antes que los superiores. Primero los dos centrales inferiores y en seguida los superiores, después erupcionan los laterales inferiores y posteriormente los laterales superiores.

Las dimensiones de estos dientes son muy reducidas. La forma coronaria es comparable proporcionalmente a los de la dentadura adulta, pero de menor longitud y mayor anchura.

La afección cariosa es rara, porque la posición que guardan en el arco les proporciona una autooclisis, muy intensa.

Las raíces tienen la misma evolución que los incisivos superiores. La forma de ella es propiamente conoide y bastante regular, con forma de bayoneta en el tercio apical hacia lingual.

Incisivo central inferior

-cara labial: la cara labial de esta corona tiene una superficie plana sin surco de desarrollo. La cara mesial y distal de la corona se afina regularmente desde las zonas de contacto; la medida menor está en el cuello. Esta corona es ancha en proporción a su longitud. El aspecto sólido de la raíz hace que este pequeño diente se asemeje al incisivo lateral superior permanente.

La raíz del incisivo central inferior es larga, regularmente ahusada hasta el ápice, que es puntiagudo. La raíz es dos veces más larga que la corona.

-cara lingual: en la superficie lingual se localizan fácilmente las crestas marginales y el cíngulo. La cara lingual de la corona en sus tercios medios e incisal puede presentar una superficie plana a nivel de las crestas marginal, o puede ser ligeramente cóncava; se habla entonces de la fosa lingual . La parte lingual de la corona y la raíz convergen, de modo que resulta más estrecha hacia lingual que hacia labial.

- **cara mesial:** la cara mesial presenta los contornos típicos de un incisivo, aunque sus medidas son pequeñas. La cresta incisal está centrada sobre la línea media de la raíz y en medio de las crestas de la curvatura de la corona, por labial y lingual. La convexidad cervical en labial y lingual en este tercio es tan pronunciada como en todos los incisivos deciduos, y mucho más que en el mismo lugar del incisivo central permanente.

-cara distal: el contorno de este diente visto desde distal es el inverso de mesial. Hay poca diferencia entre estas caras, excepto en que al línea cervical de la corona es menos curva en la cresta incisal que en la cara mesial. Muchas veces hay un surco principal en el lado distal de la raíz.

-cara incisal: el borde incisal es recto y divide por la mitad a la corona en sentido labio lingual.1

Incisivo lateral inferior

Los contornos fundamentales del incisivo lateral inferior primario, son similares a los del incisivo central deciduo. Estos dos dientes e complementan en su función. El incisivo lateral es algo más grande en todas las medidas, excepto en labio lingual, en que los dos dientes son prácticamente iguales. El cíngulo del incisivo lateral puede ser algo más pronunciado que el del central, y la superficie lingual de la corona entre las

crestas marginales puede ser más cóncava. Además, el borde incisal tiende a inclinarse en declive hacia distal. 1

Canino inferior

Es semejante en todo al canino superior; el parecido de la corona con el diente que le sustituye es mucho mayor que en el caso del canino superior, porque la fosa lingual es francamente marcada, lo que no pasa en aquél.

Puede distinguirse del canino superior en que, tanto en la corona como en la raíz es de menor volumen, pero las superficies son de mayor convexidad.1

CAPITULO III

AUTOESTIMA INFANTIL

El estudio de desarrollo de los niños tanto física como emocionalmente, nos permite dar una mejor atención buco-dental a nuestros pacientes infantiles.

La psicología del desarrollo infantil representa un medio para comprenderlos a través de la descripción y la explicación de los cambios psicológicos que experimentan en el transcurso de tiempo, y cómo éstos en conjunto van a ayudar o a alterar la estabilidad emocional.

Para el psicólogo Carl Rogers la percepción del valor, habilidad. Logros, y una visión positiva o negativa de nosotros mismos, es decir, la capacidad de reconocerse y describirse, se le conoce como AUTOESTIMA. Estos juicios autoevaluativos se van formando a través de un proceso de asimilación y reflexión ^{2,3}

La autoestima se comienza a desarrollar desde el nacimiento pero se acentúan más en la edad preescolar (tres años de edad), donde los niños comienzan a interiorizar las opiniones de las personas socialmente relevante para ellos como son sus padres, hermanos, profesores y amigos, y la utilizan como criterio para su propia conducta ⁴

El psicólogo Harry Stack Sullivan puso de relieve la importancia de éstas relaciones en los niños para el desarrollo de sus personalidades. Él creía que la personalidad en desarrollo de un niño era igual a la suma de todas sus relaciones interpersonales comenzando con los padres, pero incluyendo también la influencia profunda de sus pares. ⁵

La socialización con el medio ambiente que lo rodea va formando el "yo" del infante, quien primero tratará de emitir el poder ser aceptado. Los niños asumen gradualmente muchas de las características de sus padres. Este proceso se llama identificación; a través de ésta, los niños hacen suyas las normas morales e ideales de los padres, para bien o para mal. La mayoría de las mediciones del concepto "yo", incluyen la idea de deseabilidad e indeseabilidad, es decir, ser bueno y ser malo, feo o tonto como una característica negativa. 5,6

Para el psicólogo Bertrand Russel todos los padres de familia tienen una imagen de los que un "niño perfecto" o de cómo les gustaría que fueran sus hijos e inconscientemente aprueban o desaprueban selectivamente, con gestos, las actitudes que se ajustan o no a ese "modelo ideal" y poco a poco van influyendo en su personalidad.

Es frecuente que cuando las expectativas de los padres respecto a las características de sus hijos no son las esperadas, hace que el niño perciba un ambiente hostil, que perjudicará el desarrollo de su autoestima y se autoevaluará. 7,8,9.

La motivación que se brinde por parte de los padres, aunque en la familia el apoyo emocional se da por sentado, será determinante para que la autoestima del niño se desarrolle adecuadamente y se acepte como es; es decir, un niño que presenta un buen concepto de sí mismo se mostrará feliz, sociable, estable psicológicamente, cooperativo y con un buen desarrollo escolar.

Cuando los niños saben que se les acepta tal como ellos son, entonces pueden crecer, cambiar y sentirse bien consigo mismos, por lo que tienen mayor posibilidad de llevarse bien con los demás. 10

La competencia y comparación social con sus compañeros se convierte en un componente creciente de la autoestima, ya que durante los años de la escuela elemental puede influir en la propia imagen del niño;

inteligente, el mejor deportista, hasta ser el más popular entre sus compañeros del sexo opuesto ¹¹

Para Sullivan, la amistad entre los niños imprime hábitos de por vida en la relación con los demás, así como un sentido de autoestima casi igual al que se desarrolla a través del amor y cuidado de los padres. La influencia que ejercen los coetáneos sobre las actitudes y valores del niño en desarrollo, será un factor que lo afectará dependiendo del tiempo que un niño conviva con ellos, si se toma en consideración que un infante en edad preescolar para medio día en la escuela o en actividades recreativas, el impacto será relevante, ya que los coetáneos funcionan como agentes de socialización. ¹² Cabe mencionar que los niños pueden ser crueles, con intención o sin ella, ya que generalmente visualizan las diferencias o defectos físicos como la obesidad etc y la utilizan como mofa.

Resumiendo: la mejor manera de ayudar a los niños a desarrollar una buena imagen de sí mismos y una identidad positiva, es tratándolos con amor y respeto, dándole a cada uno la oportunidad de demostrar su valor y desarrollar sus habilidades; reconociéndoles todos sus esfuerzos y sus logros por pequeños que sean, permitiéndoles ser lo que ellos quieren ser y evitando la crítica destructiva.

“LO QUE QUIERAS DECIR... ¿SE ESCUCHARÁ?”

Luisa tuvo que volver hoy donde el dentista. Siempre es su abuela la que la lleva, porque el doctor no está en las horas en las que Venus, la madre de Luisa, podría llevarla. Es lo peor que a Luisa le puede suceder. La primera vez que su abuela la llevó, hace años, Luisa le preguntó qué era un dentista. Ella le dijo que un doctor que sacaba las muelas. Luisa le preguntó si le iban a sacar a ella todas sus muelas. La abuela le dijo que si seguía preguntando tonteras, sí.

Luisa no le preguntó nada más. Por el camino iba imaginándose cómo se vería sin muelas, cómo podría comer, por qué le iban a sacar sus muelas si a ella no le dolían... Pero no dijo nada. En una de esas su abuela, que sabía cumplir sus amenazas, lograba que el doctor la dejara sin dientes. Entre la casa y el consultorio del doctor, en el centro de Portoviejo, había ocho cuadras. A Luisa le pareció media... hubiera querido no llegar nunca.

Cuando llegaron, Luisa respiró. El doctor era joven y se veía buena gente. La madre de Luisa repite siempre que “las apariencias engañan”. Y en este caso, tenía razón. El tal doctor no le preguntó el nombre y peor aún si le dolía, no le dolía o qué le pasaba. La hizo sentar, abrir la boca, la miró un rato y le dijo a la abuela que una muela estaba mala y que mejor sacarla de una vez.

Luisa miró a su abuela, con la esperanza de que la defendiera. Nada. Miró al doctor y, cuando ya se había decidido a decir que a ella no le dolía ninguna muela, que mejor le diera alguna medicina a la muela y no la sacara,

que ella quería a su muela y que la iba a echar de menos, la abuela de Luisa le dijo, clavándole una mirada paralizadora: "Tú no hables. El doctor es el que sabe. Siga, siga doctor. Quítele esa muela y todas las que usted crea que no le sirven".

¿Ahora entiende por qué, cada vez que la abuela de Luisa decide llevarla al dentista, a ella le corre un frío de espanto? ¿Será que, como sale en la propaganda esa de la tele, Luisa va a tener que ser grande y con celular para que el dentista la escuche y deje de sacarle las muelas cuando le da la gana?

Preguntándose

Posiblemente, mientras leía la historia de Luisa, usted recordó situaciones similares. A lo mejor a usted le sucedieron cosas parecidas cuando era niño, niña. No sería raro. Por eso, le invitamos nuevamente a parar y a pensar.

- ¿Cuál es su opinión sobre la actitud del dentista?
- ¿Qué le parecen las respuestas de la abuela?
- ¿Cree usted que Luisa debió haber tenido oportunidad de decir algo sobre sus muelas?
- ¿Cree que efectivamente, los niños y niñas deben esperar a ser adultos, para opinar?

Usted... ¿qué piensa?

Según la Convención...

- * "Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio **el derecho de expresar su opinión libremente**

en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones de los niños” (Art. 12).

- * **“El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño” (Art. 13).**
- * **“Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán **porque el niño tenga acceso a información** y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental” (Art. 17).**

Reflexionando

Los anteriores textos y otros más, en los que la Convención hace referencia al derecho a la libre expresión por parte de los niños/as, así como a la responsabilidad que tenemos los adultos de escucharlos y entregarles toda la información necesaria sobre los asuntos que les conciernen, nos sugieren afirmaciones y posturas muy ricas.

La primera, quizás la más obvia pero también la menos tenida en cuenta es esta: **LOS NIÑOS Y NIÑAS TIENEN OPINIÓN**. Esta afirmación refleja el reconocimiento de cada niño y cada niña en su calidad de persona, de sujeto, de ser humano que construye pensamiento, que tiene comprensiones y criterios.

La segunda, no menos importante, es que **EXPRESAR SU OPINIÓN**, es un derecho de todo niño, de toda niña. Un derecho, no una concesión adulta. Pueden y deben exigir ser escuchados.

Dos afirmaciones que, puestas en la cotidianidad, son profundamente transformadoras de las relaciones entre los adultos y los niños y niñas. La imagen de ellos y ellas opinando sobre las situaciones familiares, sobre su educación, sobre los servicios de salud que se les ofrecen, sobre sus espacios de recreación, es sin duda una imagen muy desafiante para nosotros, los adultos.

Y hay todavía más. La Convención vincula el derecho a la libre expresión, con el derecho a acceder a información pertinente y veraz sobre las cuestiones que les afectan, o que les interesan. Establecer este vínculo confirma otra mirada sobre el niño y la niña, una mirada que los afirma como seres capaces de seleccionar, analizar, valorar información y construir opinión. Conciencias activas que pueden tomar postura frente a los hechos de su vida cotidiana y también de la vida social.

Ahora bien. El derecho de niños y niñas a expresarse libremente tiene un correlato sin el cual, ese derecho pierde sentido: la obligación, por parte de los adultos, de ESCUCHARLOS.

Evidentemente, el ejercicio de la libre expresión cae en el vacío si no hay otro que escucha. Es un derecho que tiene como correlato una responsabilidad desde el mundo adulto: escuchar a los niños y las niñas. De lo contrario... para qué expresarse?

He aquí una clave de la construcción ciudadana y democrática.

CAPITULO IV

CORONA ACERO CROMO

La introducción de las coronas de Acero cromo fue por Humphrey en los 50s ayudo a cambiar la odontología restauradora en niños, desde entonces ha sido un material de restauración invaluable en el tratamiento de dientes gravemente afectados.

Las coronas de acero inoxidable (acero-cromo) son básicamente un forma de recubrimiento total de la corona dentaria que puede ser utilizada en un gran número de situaciones con gran éxito.

Las coronas de acero cromo vienen disponibles en seis diferentes tamaños para cada uno de los dientes temporales y para el primer molar permanente.

Actualmente en el mercado existen diferentes marcas comerciales, entre ellas las mas utilizadas son las de la casa Unitek-3M ¹³ (Fig. 1,pag 23)

INDICACIONES

- lesiones cariosas muy extensas que abarquen tres superficies o mas
- apariencia estética de poca importancia
- incapacidad para controlar de manera adecuada la hemorragia gingival
- necesidad de aplicar una restauración rápidamente debido a que la cooperación es inadecuada o por razones de tiempo

CONTRAINDICACIONES

- cuando hay resorción radicular fisiológica avanzada de los dientes temporales
- como restauración definitiva de dientes permanentes, ya que no es posible obtener una correcta adaptación del margen gingival
- en dientes temporales excesivamente destruidos por caries o por extensos problemas pulpares en los cuales el tratamiento indicado debe ser la exodoncia

VENTAJAS

- son fáciles de colocar y su tiempo de duración es mas alto
- se puede colocar aun cuando la estructura de dientes después de haber removido la caries no sea suficiente, y en presencia de sangrado y saliva

TÉCNICA

- anestesia
- aislado
- remoción de la lesión cariosa con una fresa redonda
- se desgastan la superficie mesial y distal
- se desgasta superficies labial palatina/ lingual
- se desgasta el borde incisal
- no se deben dejar áreas retentivas sobre cervical
- la selección de la corona comienza como un procedimiento de ensayo y error. El objetivo es colocar la corona más pequeña que pueda asentar en el diente y establecer los contactos preexistentes. La corona elegida se prueba, asentando primero su porción lingual y aplicando presión en dirección vestibular, La corona se extiende casi 1mm en el surco gingival.

- La corona se contornea doblando hacia adentro el tercio gingival con una pinza de Gordón núm. 137 se examinan los márgenes gingivales, con un explorador, En busca de áreas de poco ajuste. Se observa si el tejido muestra isquemia y se examinan los contactos proximales
- el dique se extrae y la corona se maneja con precaución especial. Se coloca una gasa en sentido posterior al diente, para que funcione como red de seguridad.
- la restauración se lava se enjuaga y se seca y se prepara la cementación. Se prefieren los cementos de fosfato de zinc, o ionómero de vidrio
- la restauración se asienta por completo con un mango de espejo o un abatelenguas
- es indispensable retirar el cemento de surco gingival

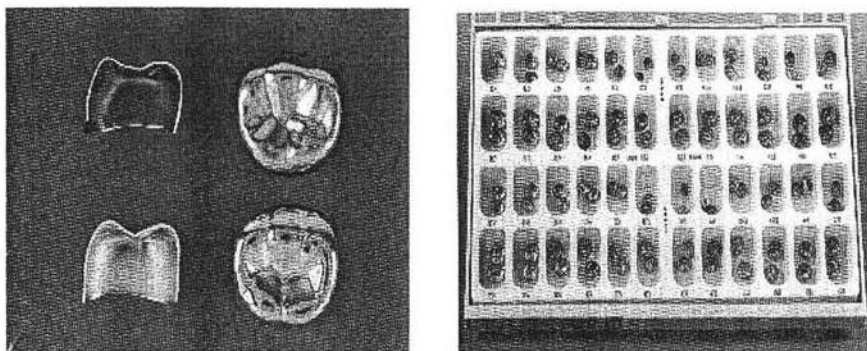


Fig. 1: CORONAS ACERO CROMO

CORONAS DE CELULOIDE

Son las restauraciones más estéticas sin embargo la retención va a depender de la cantidad de esmalte y dentina después de haber removido la caries, ya que en ello se lleva a cabo el grabado. Así mismo se requiere de un mayor control de la humedad en el campo de trabajo. Son sumamente frágiles, difíciles de ajustar. Además de que requieren de mayor desgaste de tejido.¹⁴ Puede existir un pequeño cambio en el color, por el envejecimiento de la resina, pero con las resinas de microrelleno se puede lograr por medio de un pulido un alto brillo ya que sus moléculas se encuentran más juntas, a diferencia de las convencionales.

INDICACIONES

- cuando la estructura dental es adecuada para el grabado y la adhesión
- cuando la apariencia estética es de gran interés
- cuando se controla la hemorragia gingival ya que puede interferir en el color y la adhesión de material ¹⁴

TÉCNICA

- anestesia y selección del color
- colocar el dique de hule
- selección de la corona de celuloide preformada de acuerdo al tamaño mesio-distal del diente a restaurar (Fig. 2-a, pag 26)
- remover tejido carioso con una fresa redonda
- reducción incisal de 1.5 mm aproximadamente, tallado proximal en paredes mesial y distal paralelas y un margen de filo de cuchillo

- recortar la corona y perforar en un extremo con la punta de una fresa, para permitir el escape del material
- grabar el esmalte por 15 seg, lavar por 10 seg y secar el diente
- colocar el agente de enlace dentinario
- rellenar la corona con resina y polimerizar desde vestibular y lingual (Fig. 2-b, pag 26)
- polimerizar y remover la corona, usando una aguja de bisturí curva (Fig. 2-c, pag 26)
- evaluar la oclusión y pulir la resina ¹⁵ (Fig 2-d, pag 26)
- corona terminada cumpliendo la estética que se requería (Fig. 2-e, pag 26)

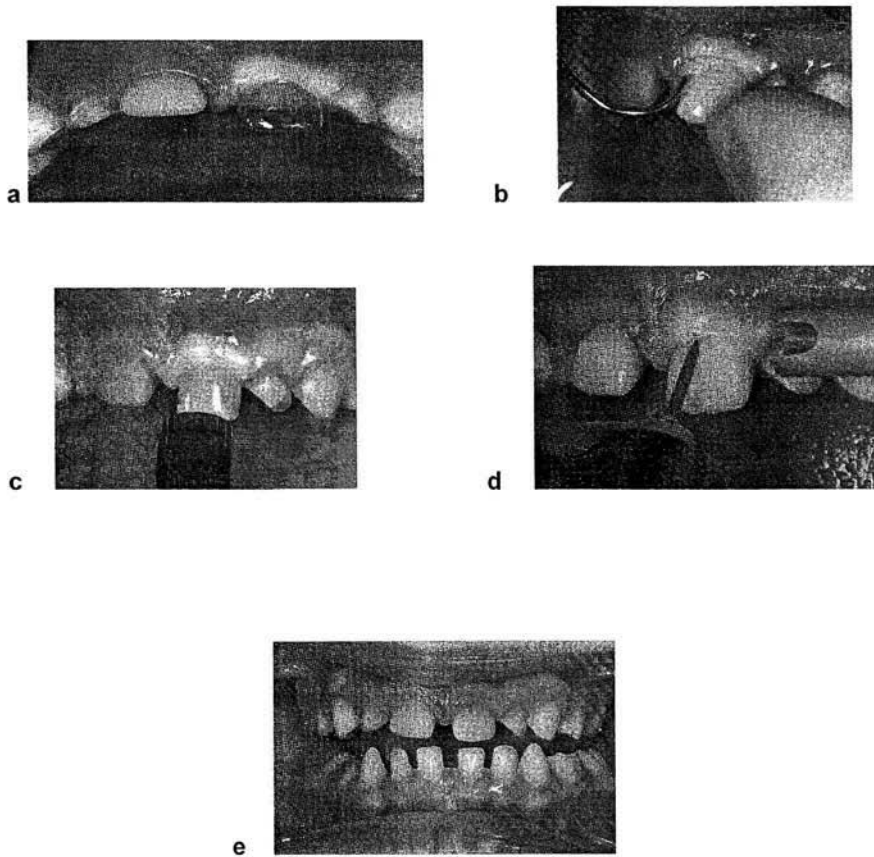


Fig. 2 TÉCNICA DE COLOCACIÒN DE CORONA DE CELULOIDE

CORONAS DE POLICARBONATO

Las coronas de policarbonato son de una estructura delgada, mas flexibles, se adaptan con facilidad (Fig 3-a pag 29). La colocación exitosa de las coronas de policarbonato en dientes anteriores depende de la selección apropiada del paciente y del cuidado al preparar lo que va a proporcionar una buena retención.

INDICACIONES

- esta indicado para restaurar dientes superiores temporales con multiples lesiones cariosas por alimentación infantil (Fig 3-b, pag 29)
- dientes con hipoplasia en el esmalte
- dientes que hayan sufrido de fractura
- para cubrir un dientes que hayan tenido tratamiento pulpar

CONTRAINDICACIONES

- no resisten fuerzas de abrasión como las de acero cromo
- no se pueden colocar en pacientes con problemas de bruxismo, una severa evidencia de abrasión en dientes anteriores o sobremordida

TÉCNICA

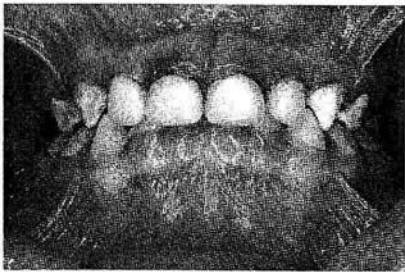
Se selecciona la corona, antes de la preparación del diente, ya que la dimensión mesio- distal será necesaria para restaurar los contornos originales del diente.

PREPARACIÓN

- se realiza una reducción mesio distal con una fresa delgada de diamante o 169L
- la vestibular, lingual e incisal se reducen .5 mm a 1 mm por debajo de la encía en las caras vestibular y proximal
- el último paso en la preparación es la colocación de una delgada ranura o un corte sobre la superficie vestibular a nivel del margen gingival y a la mitad para proporcionar retención a la preparación
- se adapta la corona
- para la cementación se colocan unas gotas de acrílico líquido, directamente a la corona, seguido de una pequeña cantidad de polvo el suficiente para formar una pasta y mezclarla. Se llenan 2/3 de la corona. Después de que el glaseado ha desaparecido, se asienta la corona haciendo presión con los dedos. Una alternativa es colocar separador antes de colocar la corona, y se retira el excedente con el explorador



a



b

Fig. 3 CORONAS DE POLICARBONATO

CORONAS DE ACERO CROMO CON VENTANA

Las coronas de acero con ventana, al igual que las coronas de acero reúnen la mayoría de las características; pero siempre se observa algo de metal y las carillas pueden desprenderse; además incrementa el tiempo de trabajo.¹⁵

INDICACIONES

- lesiones cariosas muy extensas que abarquen tres superficies o más
- cuando se necesita durabilidad
- cuando el niño es muy activo y propenso a accidentes
- cuando hay bruxismo grave evidente ¹⁶

TÉCNICA

- El operador debe anestesiarse el diente a tratar
- Se hace un desgaste en mesial, distal y vestibular con una fresa 699 de alta velocidad manteniéndola paralela a la longitud del diente. El desgaste es de .5 mm por debajo de la encía. En incisal el desgaste es de 1.5 mm. Finalmente se remueven las caries con una fresa de bola del # 4 de baja velocidad

adaptación de la corona la corona se escoge y se coloca de manera acostumbrada, se cementa con fosfato de zinc y se elimina el excedente

preparación de la ventana después de haber verificado que la corona esté adecuadamente cementada se abre una ventana vestibular con una fresa # 330 o 35 de diamante, desde incisal hasta la altura de la cresta gingival y mesiodistalmente hasta los ángulos diedros. Con una piedra verde de alta o

de baja, se remueven las irregularidades que se hayan creado cuando se cortó la ventana

- retirar el cemento que se encuentra sobre el diente a una profundidad de 1 mm ya que la óptica y color del composite cambia cuando hay algo detrás de ellos, debido a que está descubierta la superficie y si la dentina esta expuesta, se coloca un protector pulpar (CaOH)

- se graba

- se coloca una capa delgada de agente de adhesión dentinaria

- se coloca la resina, se inserta primero del canal gingival , después la superficie proximal, de incisal a la otra superficie proximal, esto dará retención y por último la porción central de la ventana. Con una matriz 722 se conforma adecuadamente los márgenes de la ventana y se establece un buen contorneado vestibular. La matriz se desliza 1 mm por debajo del tejido y con un algodón se presiona la corona con los dedos hasta que haya contacto con todos los márgenes . esto ayudará a que la resina se coloque hasta donde de acentúa

- pulir la corona con discos softflex 17

CORONAS CON CARILLA PREFABRICADA

Uno de los problemas en la rehabilitación de diente anteriores primarios es la escasa estética que nos proporcionan las coronas de acero inoxidable. Actualmente contamos con coronas prefabricadas tales como **Cheng crown** cuya carilla esta hecha a base de resina, **Kinder Crown** de resina (Fig 4-a, pag 34), **Whiter Biter**, **NuSmile** de resina y las de **Polividrio** a base de artglass, proporcionan un resultado estético agradable en un tiempo de operación relativamente corto y la corona de acero es durable. Son menos sensible a la humedad y representan una buena opción, pero la adaptación de las coronas ofrece mayores dificultades, ya que no pueden contornearse los márgenes. Por ello se debe conseguir el ajuste cervical mediante el tallado dentario.¹⁸

INDICACIONES

- cuando es importante la apariencia estética (Fig 4-b, pag 34)
- cuando es difícil controlar la hemorragia
- cuando la destrucción del tejido no ha sido considerada
- edad del paciente

VENTAJAS

- proveen buena estética (Fig. 4-c, pag 34)
- se puede disponer de diferentes números

TÉCNICA

La preparación de diente para estas coronas es similar al de las coronas con ventana. Por lo general se requiere más reducción del diente, sobre todo en la cara lingual, para ajustar estas coronas. Es importante que la colocación no sea de golpe, ya que puede provocar microfracturas en la carilla ¹⁸

DESVENTAJAS

- 1.- Los dobleces se restringen sobre todo a la superficie lingual, lo cual no permite una adaptación muy estrecha
- 2.- Su costo es muy alto, comparadas con las de acero cromo
- 3.- No se dispone de información clínica publicada acerca de su durabilidad
- 4.- El diámetro mesio distal no se puede recortar en la parte de la carilla
- 5.- la carilla puede desprenderse
- 6.- no hay variedad de color

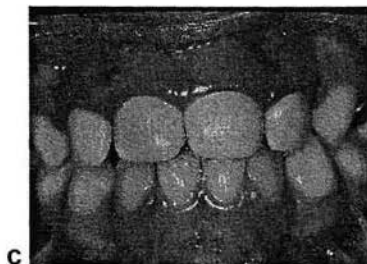
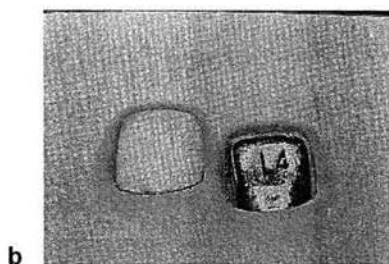
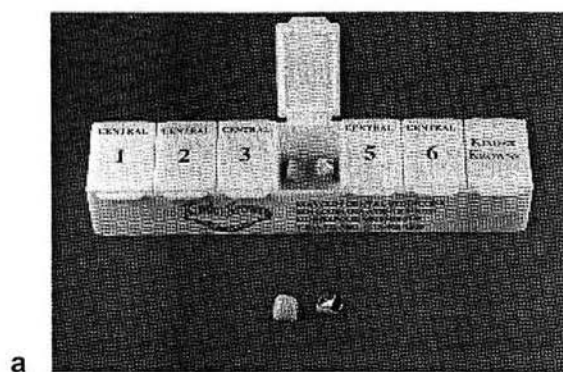


Fig. 4 CORONAS CON CARILLA PREFABRICADA

CONCLUSIONES

Este trabajo lo que pretendió fue dar a conocer alternativas en la odontología pediátrica.

Son muy variados los tratamientos que permiten restaurar los incisivos superiores temporales que son afectados por las caries; cada uno tiene sus ventajas y desventajas, así como sus indicaciones de uso.

En la mayor parte la selección del tipo de corona que se va a utilizar para restaurar el segmento anterior, va a depender del tejido remanente para dicho órgano dentario, la apariencia estética que se desee obtener y el costo de la restauración. Así mismo es importante conocer las características de cada una de las restauraciones; para poder hacer una elección adecuada de cada tratamiento.

Las coronas de acero cromo tienen la ventaja de poder usarse cuando la estructura remanente es mínima, sin embargo la apariencia metálica puede no ser del agrado de los niños o de los padres. Las coronas de celuloide son muy estéticas, pero su retención depende básicamente de la cantidad del tejido remanente, de la limpieza y el secado de la estructura dental. Las coronas de acero cromo con ventana facial pueden llegar a ser problemáticas debido al largo tiempo de trabajo necesario para completar el procedimiento. Las coronas prefabricadas tienen una apariencia estética agradable, pero llegan a ser más difíciles de colocar, al no poder ajustarlas adecuadamente al diente y su costo es muy alto si se les compara con las de acero cromo.

Es indispensable que el odontólogo conozca y aplique los conocimientos que hay sobre el aspecto psicológico de los niños, ya que así podemos interactuar con esta ciencia para lograr mayores beneficios, y así brindar una mejor atención a nuestros pacientes pediátricos.

REFERENCIAS

- 1.- Esponda Villa,Rafael. Anatomía dental. Ed. Manuales Universitarios UNSM.6ta ed. 1981.pags. 35-136
- 2.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial.Ed. Santillana. 1985. Argentina
- 3.- Fuentenebro Filiberto, Vázquez Carmelo. Psicología Médica, Psicología y Psiquiatría. Ed. Interamericana. 1990. Buenos Aires. Pags 784-791
- 4.- Pick Susan, Aguilar José Angel. Planeando tu vida. Ed. Noriega Editores.1992.Buenos Aires. Pags. 358-375
- 5.- Shapiro Lawrence, Goleman Daniel. La inteligencia emocional de los niños. Ed. Interamericana. 1997. Buenos Aires. Cap. III. Pags 962-975
- 6.- MacCandless B:R. Conducta y desarrollo. Ed. Interamericana. 1981. Argentina. pags. 37-48
- 7.- Childrens Administration Office of Chile Care Policy. Estrategias Exitosas para hablar con los niños pequeños. Ed. Department of social & health services. 1990. Estados unidos Norteamericanos. pags. 812-819
- 8.- Pick Susan, Givaudan Martha, Martínez Angela. Aprendiendo a ser papá y mamá.Ed. IDEAME. 1997. España. Cap. V. pags 97-117
- 9.- Gadea Luis. Escuela para padres y maestros. Ed. CENDI. 1992. México. Pags 23-32

- 10.- Dr. Jaquolot Eduardo. Nuestros hijos. Mi libro Encantado. Vol. 12 Ed. Cumbre. 1980. México. Cap. VII. Pags 116-135
- 11.- Rice F. Philip. Desarrollo Humano. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. 1997. Argentina. pags 295-309
- 12.- Millar Scott. Psicología Infantil. Ed. Ariel . 1996. España. Cap. IV. Pags 173-194
- 13.- Pinkham JR. Odontología Pediátrica. Ed. Macgraw-Hill Interamericana. 1999. pags 138-157
- 14.- Roberts C. Lee JY, Wright JT .Clinical evaluation of parental satisfaction with resin faced stainless steel crowns. Pediatric Dentistry 2001
- 15.- Croll TP. Primary incisor restoration using resin-veneered stainless steel crowns. J. Dent Child. 1998
- 16.- Barberia Leache E. Odontopediatría. Ed. Barcelona: Masson. 1995. pags 150-175
- 17.- Ray E Stewart. Coronas prefabricadas de policarbonato para la restauración en dientes anteriores. JADA. Vol 88. 1974
- 18.- Hubertus J:M: Van WAES. Atlas de Odontología Pediátrica. Ed. Masson. Barcelona. 1992. pags 68-82