



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ESTÉTICA O FUNCIONALIDAD EN NIÑOS:
LA DISYUNTIVA A LA QUE
SE ENFRENTA EL CIRUJANO DENTISTA.**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Y. Rivera Cortez', written over the word 'Presenta:'.

YENITZE RIVERA CORTEZ

DIRECTOR: C.D. MARIO ALFREDO SANTANA GYOTOKU

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE DE 2004



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.

Gracias Señor:

Por permitirme llegar hasta este momento con salud y vida, por darme la fuerza y la voluntad necesaria para enfrentar todos los obstáculos en el transcurso de mi carrera profesional y el poder de resolverlos con inteligencia.

Gracias Madre:

Por su esfuerzo, apoyo, dedicación, tiempo y comprensión, por sembrar en mí la semilla de la fe y la esperanza de ser alguien en la vida con responsabilidad y dignidad.

Gracias Padre:

Por tu dedicación y consejo en mis primeros años de vida.

Gracias hermano:

Por su paciencia y comprensión, por ser un motivo mas en el desarrollo de mi carrera para que pueda inculcarle el amor a una profesión.

Gracias Abuelas:

Por su cariño, su confianza y todos los momentos que he vivido a su lado a lo largo de mi vida.

Gracias a mis tíos:

Por la confianza que depositaron en mí a lo largo de mi carrera por su compañía y por el tiempo que dedican cuando los necesito.

Gracias a mis tías:

Por su cariño, su comprensión y el apoyo que siempre he recibido de ellas.

Gracias a mi familia:

Por recibir siempre una palabra de aliento y su motivación para llegar a este momento.

Gracias a todos mis Maestros:

Por su participación a lo largo de mi vida académica, que de una forma u otra aportaron gran parte de mi formación, que han compartido conmigo conocimientos y por su paciencia y dedicación, ya que sin ellos no hubiera podido llegar a realizar este sueño.

Gracias Universidad Nacional Autónoma de México:

Por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de pertenecer a la máxima casa de estudios, es para mi un honor el haber disfrutado sus instalaciones y me siento comprometida para poner en alto su nombre y poder decir: "orgullosamente UNAM".

Gracias a La Facultad de Odontología:

Por encontrar en ella la vocación de mi vida, por prepararme y hacer la estancia placentera y día a día muy interesante, gracias a sus profesores e instalaciones de primer nivel.

Gracias a la Clínica Periférica Oriente:

En donde complementé todos mis conocimientos y encontré en sus profesores la confianza y la amistad que nunca imaginé.

Gracias a mis pacientes:

Por su colaboración que desde el primer año de mi carrera me permitieron llevar a la practica todos los conocimientos que iba adquiriendo, por depositar en mi la confianza y respeto, por su paciencia y comprensión, ya que sin ellos no hubiera llegado a este momento tan especial para mí.

Gracias a mis compañeros del grupo 01:

Por su amistad, por amistad, por todos los momentos que compartimos a lo largo de la carrera, por hacer de el un ambiente de trabajo agradable y diferente.

Gracias Aldo, Alejandro y Rocío:

Por su apoyo, consejos y amistad, por permitirme encontrar en ellos un momento para mí cuando los necesito y saber que son amigos que siempre podré contar con ellos.

A todas aquellas personas:

Que de alguna u otra manera participaron en mi desarrollo tanto académico como personal.

A ti:

Que me acompañaste y compartiste todos los momentos de mi carrera, por tu amor, tu cariño, tu compañía, tu esfuerzo y apoyo, por estar siempre a mi lado, por todo el tiempo que me dedicaste cuando más te necesite, Gracias Pequeño.

A todas las personas queridas que ya no se encuentran físicamente a mi lado.

Mil Gracias.

GRACIAS:

A todos los doctores que participaron en el seminario de titulación, por compartir sus experiencias y conocimientos, sin escatimar detalle alguno para fortalecer nuestra formación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes históricos	2
2. Conceptos	5
2.1 Estética	5
2.1.1. Fundamentos de estética en odontología	6
2.1.1.1 Luces y sombras	6
2.1.1.2 Principios del color	7
2.1.1.3 Los principios de la forma	9
2.2 Cosmética	11
2.3 Funcionalidad	11
3. Restauraciones dentales en niños	12
3.1 Indicaciones	12
3.1.1 Caries	13
3.1.2 Lesiones traumáticas	14
3.1.3 Alteraciones del desarrollo	16
3.2 Restauraciones estéticas	18
3.2.1 Coronas de tira de celuloide	18
3.2.2 Coronas ceramometálicas preformadas	19
3.2.3 Coronas de Artglass	21
3.2.4 Postes y muñones con coronas.	22
3.2.5 Mantenedores de espacio fijo	24
3.2.6 Microabrasión del diente	25
3.2.7 Carillas de esmalte	26
3.2.8 Prótesis fija funcional o prótesis parcial anterior en sistema tubo-barra	27
3.2.9 Adhesión de fragmentos dentarios (restauración biológica)	29
3.2.10 Prótesis fija anterior en cantilever	30

3.2.11 Reimplante de dientes primarios	32
3.2.12 Coronas de acero cromo con frente estético (Venner)	34
3.2.13 Restauraciones de resina y compómeros en dientes primarios	35
3.2.14 Prótesis sobrepuesta (Overdeture)	38
3.2.15 Amalgama con resina compuesta (AMALCOMP)	40
3.3 Restauraciones no estéticas o tradicionales	42
3.3.1 Coronas de acero inoxidable	42
3.3.2 Amalgama convencional	44
3.3.3 Amalgama adhesiva	45
3.3.4 Incrustaciones con amalgama de plata	47
3.3.5 Coronas de acero confeccionadas en el laboratorio dental	48
3.3.6 Incrustación en metal	49
3.3.7 Coronas metálicas fundidas	50
4. Aspectos que influyen en la elección del Tratamiento dental	52
4.1 Conocimientos y habilidades del Cirujano Dentista	52
4.2 Aspecto familiar	54
4.3 Aspecto social	55
4.4 Aspecto económico	57
4.5 Aspecto psicológico del niño	58
4.5.1 Edad	59
4.5.2 Medio en el que se desarrolla	60
4.5.3 Hábitos	61
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	66

INTRODUCCIÓN

En este tema se abordará la difícil decisión a la que se enfrenta el Cirujano Dentista en cuestión de la adelantada tecnología en cuanto a los diversos tratamientos y avanzadas técnicas que la odontología actual nos ofrece, tomando en cuenta uno de los principales objetivos: la función que aunado a la estética en condiciones idóneas obtendremos una restauración ideal.

La valoración clínica y un diagnóstico certero e individualizado donde tendremos que llegar a la pregunta: ¿en dónde y en qué casos darle prioridad a la estética o a la función?

En la presente revisión bibliográfica se trata a la estética como una necesidad para los pacientes en general ya que desde las civilizaciones antiguas se consideraba un factor determinante para la distinción en sus diferentes grupos y rangos sociales.

Actualmente en esta situación intervienen múltiples factores para la realización de tratamientos restauradores en la odontología pediátrica, como la actitud de los padres, el aspecto económico, el ámbito social, los conocimientos y habilidades del Cirujano Dentista y el que se considera más importante, el aspecto psicológico del paciente infantil.

A pesar de la creación y variedad de nuevos y avanzados materiales estéticos en el campo odontológico, se debe conocer a fondo las ventajas y desventajas de cada uno de ellos y sus aplicaciones, sin olvidar o excluir a las restauraciones y técnicas tradicionales, debido a que ha sido comprobada su eficiencia y funcionalidad.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El tratamiento dental cosmético más antiguo se remonta al segundo milenio a. C. A lo largo de la historia, las civilizaciones han considerado que sus logros en el campo de la odontología restauradora y estética eran una medida de su nivel de competencia en la ciencia, el arte, el comercio y los negocios.

Existen repetidas referencias históricas sobre el valor de la sustitución de la falta de dientes. En el cementerio El Gigel, situado en las inmediaciones de las grandes pirámides de Egipto, se encontraron dos molares rodeados de alambre de oro; se trataba aparentemente de un aparato protésico.

La ley talmúdica de los hebreos permite a las mujeres la sustitución de dientes.

Los etruscos estaban muy versados en el uso de dientes humanos o tallados a partir de dientes de animales para restituir la ausencia de los mismos.

Otro dato histórico que refleja la preocupación de las culturas antiguas por las alteraciones cosméticas de los dientes son las referencias a la costumbre japonesa de las tinciones dentales decorativas, denominadas «ohaguro», en documentos de 4.000 años de antigüedad es descrito como un tratamiento puramente cosmético, el procedimiento tenía su propio equipo de utensilios, que se guardaban en un estuche cosmético.

El resultado principal del proceso era una tinción marrón oscura o negra sobre los dientes, aunque los estudios también sugieren que podría tener un efecto preventivo de la caries.

Las sonrisas ya aparecen en fecha tan temprana como el año 3000 a. C. En el arte sumerio, se observa una sonrisa en el rostro de una estatua que representa a uno de los primeros reyes de Abab, Aboucaya, comentó en su

tesis que la sonrisa estaba ausente o apenas esbozada en las primeras obras de arte y, cuando aparecía, era casi siempre labial.

La sonrisa dentolabial, que deja ver los dientes por detrás de los labios, empieza a observarse en las primeras décadas del siglo XX; esto se atribuye a la creciente importancia de la conciencia del cuerpo y del arte de los cosméticos derivada de la evolución de la vida social y de los cambios en los hábitos y las costumbres.

Los dientes empezaron a desempeñar un papel cada vez más importante a medida que se prestaba más atención al rostro, que mostraba expresiones más abiertas y menos reprimidas.

El énfasis resultante de los tratamientos y cuidados dentales también derivó en un interés por mejorar la estética de la sonrisa.

La civilización maya desarrolló un sistema de decoración dental que tallaba algunos dientes con formas complicadas y decoraba otros con *inlays* de jade; estos procedimientos dentales eran puramente cosméticos y no restauradores.

Los antiguos japoneses mostraban con orgullo los dientes negros, mientras que en los mayas una sonrisa llena de jade testimoniaba la profunda necesidad de decorar el cuerpo.

Si bien estos antiguos intentos de odontología cosmética eran estrictamente ornamentales, en ocasiones aportaban efectos colaterales beneficiosos, como la posible prevención de la caries con el ohaguro. Sin embargo, resultaba más frecuente que los efectos colaterales fuesen perniciosos: al intentar iluminar sus sonrisas con jade, algunos mayas desarrollaban abscesos periapicales debido a un «pulido de los dientes», como lo denominaban sus dentistas, poco cuidadoso o demasiado enérgico.

Actualmente la estética dental se basa en una base más sólida éticamente: la mejora general de la salud dental. Sin embargo, los mismos deseos de aquellos antiguos hombres y mujeres de decorar sus dientes como reflejo externo de su personalidad motivan que los adultos y niños actuales busquen tratamiento estético.¹

Aunque la odontología estética puede ayudar a conseguir autoconfianza, siempre debe realizarse dentro de una práctica correcta de la odontología y conseguir una salud dental integral.

Los odontólogos, que conocen perfectamente las técnicas, los métodos y los materiales disponibles, deben comunicar a sus pacientes las limitaciones del tratamiento estético.

¹ Goldstein, Ronald, E. Odontología Estética. Editorial Ars. Médica. Tomo I. 2003. Pág. 3-4

2. CONCEPTOS

2.1. ¿QUÉ ES LA ESTÉTICA?

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia define «estética» como: "perteneciente o relativo a la apreciación de la belleza; artístico, de aspecto bello y elegante."²

Cada uno de nosotros tiene un concepto general de belleza. Sin embargo, nuestra interpretación y experiencia personales la hacen única, sin dejar al mismo tiempo de estar muy influida por la cultura y la imagen propia.

"La estética no es absoluta, sino extremadamente subjetiva."²

La odontología estética requiere prestar atención a los deseos del paciente y al tratamiento de los problemas individuales del paciente. La odontología estética es el arte de la odontología en su forma más pura. El objetivo no es sacrificar la función, sino utilizarla como base de la estética.

² Goldstein, Ronald E. Op. cit. Pág. 3

2.1.1. FUNDAMENTOS DE ESTÉTICA

El desarrollo de nuevos materiales y técnicas en el campo de la odontología han obligado a los profesionales bien informados a desarrollar nuevas habilidades artísticas.

El odontólogo restaurador debe tomar en cuenta la manipulación de diversos factores, esto es para poder obtener un resultado estético, como:

- ◆ la luz
- ◆ el color
- ◆ la ilusión
- ◆ la forma

La experiencia en estos campos es lo que diferencia a un odontólogo técnicamente competente de otro con un nivel y conocimientos superiores de pericia asistencial y artística.

2.1.1.1. LUCES Y SOMBRAS

Dale, afirma que: "Sin la luz no es posible distinguir los objetos". Al iluminarlos, la mayoría de estos muestra dos dimensiones: longitud y anchura. Sin embargo, la verdadera luz natural es multidireccional; revela textura y produce sombras, añadiendo la tercera dimensión de la profundidad, que da un aspecto más realista. Por consiguiente, "la forma se comunica por medio de la sombra".³

En cuanto a las restauraciones dentales expresa que éstas pueden simular las sombras de los dientes contiguos para crear una forma que sea congruente con los dientes circundantes. En donde la manipulación permite conseguir que algunos dientes con una forma defectuosa tengan un aspecto estéticamente más agradable.

³ Dale, Barry G. Odontología Estética. 2ª. Edición. Ed. Harcourt. Pág. 27

2.1.1.2. PRINCIPIOS DEL COLOR.

En 1666, sir Isaac Newton observó que la luz blanca que pasaba por un prisma se dividía en un patrón ordenado de colores, que actualmente conocemos como espectro. También descubrió que esos mismos colores producían luz blanca al volver a pasar a través del prisma, lo que demostraba que los colores del espectro se encontraban ya en el rayo de luz original.

Tal como lo interpreta el ojo, el color es el resultado de la absorción o la reflexión.

En el caso de la absorción, la luz blanca pasa a través de un filtro. Los colores que pasan a través del filtro y llegan al ojo son percibidos como del color del filtro.

En el caso de la reflexión como sucede con los objetos sólidos, el color que vemos corresponde al espectro que refleja y llega al ojo.

La luz que penetra en el ojo estimula los fotorreceptores en forma de conos y bastones que existen en la retina.

Mediante una reacción fotoquímica, la energía se convierte en impulsos nerviosos y viaja a través del nervio óptico hasta el lóbulo occipital de la corteza cerebral. Los bastones se encargan de interpretar el valor y las diferencias de brillo y los conos interpretan el tono y el croma. Si la fuente de luz tiene todos los colores del espectro se produce una lectura verdadera. Si la fuente de luz carece de un determinado color, se produce una lectura falsa. No obstante, no se dispuso de una descripción exacta de estos colores y de la organización de sus interrelaciones hasta 249 años después de los trabajos de Newton. Robert Louis Stevenson, uno de los escritores más concisos de la lengua inglesa, demostró los problemas que surgen al intentar describir el color: «rojo: no es turco, no es romano, y no es indio, aunque parece que participa de los dos últimos. En 1915, Albert Henry Munsell creó un sistema numérico ordenado para la descripción del color que sigue siendo el sistema de

referencia actualmente. En este sistema, el color se divide en tres parámetros: tono, croma y valor.

❖ Tono

El tono es el nombre del color. Roy G. Biv (rojo, naranja, amarillo, verde, azul índigo, violeta) es un acrónimo inglés que se utiliza para recordar los tonos del espectro. En la dentición permanente de las personas jóvenes, el tono suele ser muy parecido en toda la boca. Con el paso de los años, suele producirse variaciones de tono debido a la pigmentación intrínseca y extrínseca producida por los materiales de restauración, los alimentos, las bebidas, el tabaco y otros factores.

❖ Croma

El croma es la saturación o intensidad del tono; sólo puede aparecer con el tono. Por ejemplo, para aumentar el croma de una restauración de porcelana, se añade más de ese tono: El croma es la cualidad del tono que mejor se puede reducir por el blanqueo. En casi todos los tonos es posible reducir el croma mediante el blanqueo vital y desvitalizado. En general, el croma de los dientes aumenta con la edad.

❖ Valor.

El valor presenta la claridad y la oscuridad relativa de un color. Un diente claro tiene un valor elevado; un diente oscuro tiene un valor reducido. No es la cantidad del color gris, sino más bien la calidad de luminosidad en una escala de grises.

Es decir el matiz de un color (tono mas croma) puede parecer claro y brillante u oscuro y apagado. Conviene considerar el valor de este modo, ya que el uso del valor en odontología no significa añadir gris, sino más bien manipular los colores para aumentar o reducir la cantidad de gris.

2.1.1.3. LOS PRINCIPIOS DE LA FORMA

❖ Percepción

Cuando observamos un diente rodeado de otros dientes, percibimos de modo inconsciente muchas de sus cualidades.

La percepción del color, el tamaño, la forma, la textura, la edad y el sexo se basa en determinadas ideas concebidas inherentes al entorno cultural de un individuo.

Estos condicionantes de la percepción pueden dividirse en dos tipos:

❖ Condicionantes culturales:

Este tipo de condicionantes influyen de manera natural en la observación del mundo que nos rodea. Percibimos y creemos que los dientes oscuros, muy desgastados, manchados y alargados pertenecen a una persona mayor, ya que sabemos que los dientes con el tiempo sufren determinados cambios.

Percibimos también que de acuerdo a su forma los dientes redondeados y de formas ligeramente sinuosas son femeninos, mientras que los dientes más angulosos y duros son masculinos.

De acuerdo con Dale, la proporción Áurea en la civilización occidental se llegó a la conclusión de que para que los objetos sean proporcionales entre sí, resulta estéticamente muy agradable la proporción 1:1,618. Es mucho lo que se ha hablado de esta proporción, desde la relación matemática de las cámaras de la concha de nautilus hasta las proporciones faciales.⁴

Como norma general, si el tamaño aparente de cada diente, observado frontalmente, equivale al 60% del tamaño del diente anterior al mismo, se considera que esa relación es estéticamente agradable.

⁴ ib. Dale. Barry. G.pag.31

❖ Condicionantes artísticos

Intervienen y son inherentes en la percepción de la forma, la más importante de ellos es la percepción de la luz acerca de los objetos y la oscuridad los hace retroceder; este es el principio de la iluminación.

Esto produce la ilusión de la tercera dimensión (profundidad) a pesar de la naturaleza bidimensional (longitud y anchura).

El segundo condicionante es de gran importancia en odontología el uso de las líneas horizontales y verticales. Una línea horizontal hace que un objeto parezca más ancho, mientras que una línea vertical hace que un objeto parezca más alargado. Esto se le conoce como el principio de la línea.

Estos condicionantes artísticos y culturales están tan arraigados en nuestro pensamiento subconsciente que resultan inevitables y automáticos, la manipulación artística de estos condicionantes permiten engañar al ojo del observador cuando fabrica una restauración estética artificial.

❖ Ilusión

Es el arte de modificar la percepción para conseguir que un objeto parezca diferente de lo que es en la realidad.

Se puede conseguir que los dientes parezcan más anchos, más estrechos, más pequeños, más cortos, más largos, de más edad, de menos edad, femeninos o masculinos.

Antes de poder utilizar la ilusión es necesario conocer bien los principios elementales de la percepción y su aplicación para el control de la ilusión.

2.2. COSMÉTICA DENTAL

En la actualidad debido a la avanzada tecnología que se aplica a la odontología restauradora, exige un tipo de tratamientos más conservadores y al mismo tiempo las técnicas y los recursos necesarios para este fin.

En el paciente pediátrico no sólo requiere funcionalidad sino también un aspecto estético que permita un desarrollo social y psicológico del niño en su medio.

Por tal motivo se requiere del empleo de materiales, que han sido probados actualmente y han resultado eficientes y eficaces en su uso para el cual se requiere de técnicas igualmente actualizadas para ofrecer una estética y una aceptable funcionalidad ya que con esto tendremos como resultado: cosmética dental.

“La **Cosmética dental** comprende todos los procedimientos encaminados a conservar e incrementar la belleza natural de los dientes y a mejorar la apariencia física de los mismos.”⁵

2.3. FUNCIONALIDAD.

El sistema masticatorio esta formado por músculos, maxila, mandíbula, articulación temporomandibular, dientes y periostio, todos estos componentes actúan como una unidad funcional.

En el periodo que va desde final de la dentición temporal a las primeras fases de la dentición mixta, la estética y la armonía de las arcadas dentales están determinadas por el cambio fisiológico de elementos dentales, la presencia de diastemas, la correcta relación canina y el plano oclusal correcto.

⁵ http://www.odontologiaestetica.com/cosmetica_dental.htm

La oclusión de la dentición temporal debe considerarse como una unidad biológica, con características estéticas, funcionales y esqueléticas especiales.

De hecho, la principal función de la odontopediatría es controlar el crecimiento durante la adolescencia.

La doble tarea del odontopediatra se expresa no sólo aplicando la odontología preventiva y/o conservadora, sino también procurando crear el espacio que se requiere para conseguir una recuperación morfológica y funcional.⁶

El aparato masticatorio nos permite realizar funciones como:

- ❖ Masticación
- ❖ Deglución
- ❖ Fonética

3. RESTAURACIONES DENTALES EN NIÑOS

3.1 INDICACIONES

El término "restauración" se comprende como cualquier técnica que devuelva el aspecto y la funcionalidad a un órgano dentario que haya sufrido alguna lesión.

La odontología restaurativa de la dentición primaria se basa en principios y preparaciones que han superado la prueba del tiempo.⁷

La dentición primaria puede necesitar restauración por factores fundamentales:

- ❖ Lesiones traumáticas
- ❖ Caries
- ❖ Problemas del desarrollo

⁶ Ronald E. Goldstein. Op. cit. Pág. 833

⁷ Pinkham, JR. Odontología Pediátrica, 2a. Edición, Ed. McGraw Hill, 1991. Pág.306

Cuando los dientes anteriores están comprometidos por pérdida de estructura dental debido a cualquiera de las causas anteriores lo primero que se piensa es en el factor estético, sin embargo no se debe pensar que la estética es lo primordial ya que antes de ésta se requiere la función.

3.1.1 CARIES

La práctica de la odontología ha cambiado de forma espectacular debido a los progresos de la odontología preventiva y su aplicación odontológica, no obstante la restauración de las lesiones de caries de los dientes temporales y permanentes es todavía uno de los servicios más importantes que tanto los odontopediatras como los Cirujanos Dentista de práctica general proporcionan.

En la Fig. 1 se muestra caries por biberón.



Fig. 1 Caries por síndrome de biberón.

3.1.2 LESIONES TRAUMÁTICAS

En odontología pediátrica, el traumatismo es muy frecuente. A menudo resulta muy difícil establecer un diagnóstico preciso de la extensión y gravedad de la lesión traumática, tratar el aspecto inicial agudo de la lesión y determinar el seguimiento a largo plazo. Los traumatismos, así como la caries representan una verdadera urgencia y requieren un diagnóstico certero para conservar los dientes, restaurar la función de las arcadas dentales, mejorar la estética y evitar complicaciones.

Los estudios epidemiológicos de Andreasen informaron que desde los 3 años los niños sufren traumatismos dentales. De hecho, los dientes primarios experimentan más luxaciones que fracturas, principalmente a causa de sus características anatómicas, y el 25% de ellos sufre avulsiones.⁸

En lo que se refiere a los traumatismos de los tejidos duros, los pacientes jóvenes padecen con frecuencia fracturas de la corona (con exposición pulpar o sin ella).⁹ Por lo tanto, el plan de tratamiento depende de la extensión de la exposición pulpar, de la cooperación del paciente y de su familia, de la habilidad del odontólogo y del intervalo de tiempo entre el traumatismo y el tratamiento de urgencia.¹⁰

En la Fig. 2 se muestra fractura de corona en los dientes anteriores provocado por traumatismo.

Las lesiones más graves de los dientes temporales en término de daños a los sucesores permanentes son:

- ❖ La luxación intrusiva
- ❖ La avulsión
- ❖ La luxación extrusiva
- ❖ La subluxación

⁸ Andreasen JO, Andreasen FM. Traumatic Dental Injuries. Manual. Copenhagen: Uunskgaard, 1999.

⁹ Figueredo Walter, Luis Reynaldo de; Isao Mayaki. Odontología para el Bebè. Editorial Amolca. Colombia. 2002. Pág. 155

¹⁰ Ronald E Goldstein. Odontología Estética Tomo II. Editorial Ars. Médica. 2003. Pág. 839-841

Los efectos sobre los dientes sucesores pueden ser:

- ❖ Tinción e hipoplasia del esmalte
- ❖ Inclinação y malposición
- ❖ Malformación de la corona anatómica y la raíz
- ❖ Erupción retardada

El plan de tratamiento de los dientes temporales es distinto al de los dientes permanentes y depende de la gravedad de la lesión, se puede hacer una clasificación de las lesiones traumáticas:¹⁰

Clase	Problema
I	Fractura de la corona que afecta al esmalte pero no a la dentina
II	Fractura de la corona hasta la dentina, pero no interesa la pulpa dental.
III	Fractura de la corona con exposición dental.
IV	Desplazamiento del diente sin fractura de la corona o la raíz.
V	Fractura radicular con pérdida de la estructura coronal.
VI	Diente traumatizado (vital o desvitalizado) que puede cambiar de color o no.



Fig. 2 Fractura de corona en dientes anteriores causa de un traumatismo.

¹⁰ Dale, Barry. G. Op. cit. Pág. 330

3.1.3. ALTERACIONES DEL DESARROLLO

Los dientes anteriores primarios poseen una morfología muy característica que debe respetarse al restaurar estos dientes.

Los odontoblastos de los dientes primarios manifiestan actividad durante menos de la mitad del tiempo que los de la dentición permanente.

Defectos del esmalte

- **Hipoplasia del esmalte:** Es cuando están presentes los defectos cuantitativos del esmalte y su dureza es normal.

- **Hipocalcificación del esmalte:** Es cuando los defectos cualitativos en los que produce el esmalte en cantidad normal pero hipomineralizados, en este defecto el esmalte es mas blando de lo normal.

Causas:

- ❖ Administración de medicamentos para controlar enfermedades sistémicas.

- ❖ Cuando el diente deciduo ha sufrido un absceso y en consecuencia el diente permanente puede dañarse.

- ❖ Defectos nutricionales como raquitismo, sífilis congénita, traumatismos durante el nacimiento, fluoruros (fluorosis dosis mayor de una parte por millón) y factores idiopáticos

- **Amelogenesis imperfecta:** Pertenece a un grupo de enfermedades hereditarias de apariencia similar que afectan la formación del esmalte en ambas denticiones. (Fig. 3)

Existen tres tipos:

TIPO	CARACTERÍSTICAS
I HIPOPLÁSICO	Los dientes erupcionan con deficiencia del esmalte.
II HIPOCALCIFICACIÓN	La cantidad de esmalte es normal, pero es blando y débil de modo que se fractura y se desgasta con facilidad.
III HIPOMADURACIÓN	Como su nombre lo indica el esmalte no alcanza una adecuada maduración, por lo que es delgado y frágil.

Se debe tomar en cuenta que en el examen radiográfico el esmalte parece reducido en bloque y a menudo se observa una delgada capa sobre las superficies oclusales e interproximales. La dentina y la cámara pulpar parecen normales.

Aparte de la restauración estética, no es necesario tratamiento alguno. Aunque el esmalte es blando e irregular, los dientes no son susceptibles a la caries.¹²

¹² Regezi, Joseph A. Patología Bucal. 3ª. Edición. Ed. McGraw Hill. México 2000. Pág.466-477

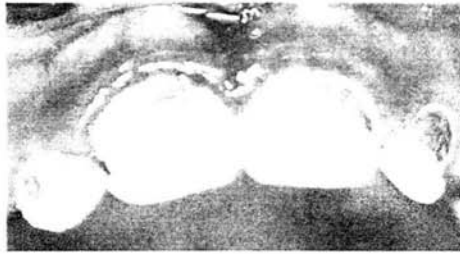


Fig. 3 Amelogénesis imperfecta.

RESTAURACIONES ESTÉTICAS

3.2.1 CORONAS DE TIRA DE CELULOIDE

Las coronas de tira de celuloide son moldes coronales preformados de plástico, se fabrican en diferentes tamaños.¹¹ (Fig. 4)

Indicaciones:

- Se usan cuando solo está pigmentado, sin interferencias oclusales
- En lesiones cariosas sin daño en el tercio oclusal
- En traumatismos con fractura coronal mínima

Ventajas:

- ❖ Aspecto estético
- ❖ Sólo es necesario eliminar una pequeña cantidad de estructura dental
- ❖ Se puede reforzar la retención adhiriéndolas a lo que queda de esmalte

¹¹ Dale, Barry G. Op. cit. Pág. 340

Desventajas:

- ❖ La restauración suele tener un volumen de material insuficiente para soportar las tensiones oclusales.
- ❖ Se fabrican únicamente para los dientes superiores y deben adaptarse a los dientes anteriores inferiores.
- ❖ Son difíciles de utilizar cuando los contactos interdentes están muy cerrados.

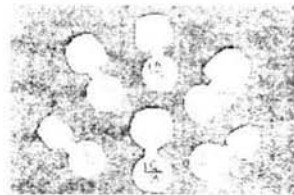


Fig. 4 Coronas de celuloide

3.2.2 CORONAS CERAMOMETÁLICAS PREFORMADAS

Las coronas ceramometálicas preformadas constituyen la restauración de elección si el diente ha perdido una cantidad significativa de estructura a causa de caries o un traumatismo, o si las tensiones oclusales son muy elevadas.

Estas coronas fueron ideadas por el Dr. Logan Childers, se fabrican en cinco tamaños diferentes que se adaptan a los incisivos superiores derechos o izquierdos primarios.

Sólo se fabrican en porcelana de tonos claros y muy universales (Fig. 5). El odontólogo es el encargado de dar a cada corona la forma correcta.

Ventajas:

- ❖ Estética excelente.
- ❖ Resistencia.
- ❖ Longevidad.

Desventajas:

- ❖ Requieren una reducción dental significativa.
- ❖ Llevan mucho tiempo para su colocación.
- ❖ Costo elevado.
- ❖ Son difíciles de adaptar debido a su dureza y rigidez.
- ❖ La porcelana puede fracturarse durante su colocación.
- ❖ Posible riesgo de alergia al níquel.

Como con otros tipos de coronas, debe adaptarse el diente a la corona fabricada. La preparación es parecida a la que se realiza en las coronas de celuloide, pero hay que eliminar más estructura dental. Las coronas ceramometálicas no son flexibles ni se adaptan al diente como las coronas de acero-cromo; debido a ello, no siempre se consigue un ajuste perfecto. Si se intenta contornear la zona cervical, se puede fracturar la porcelana; por consiguiente sólo es posible conseguir el ajuste marginal mediante una correcta preparación del diente.¹⁴

¹⁴ Dale, Barry. G. Op. cit. Pág. 341

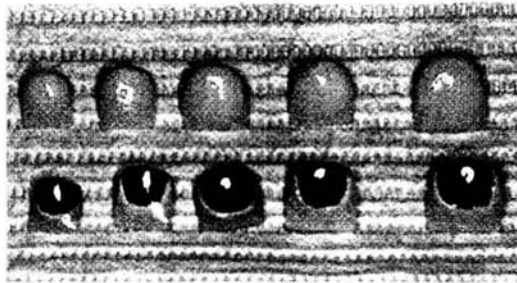


Fig. 5 Coronas ceramo-metálicas

3.2.3 CORONAS DE ARTGLASS

Recientemente, se han empezado a utilizar en odontología coronas preformadas de Artglass, ya que es un material polivitreo diseñado como una alternativa de la porcelana. Con este material se han obtenido resultados estéticos iguales o mejores que la porcelana sobre el metal (Fig. 6).¹³

La preparación de los dientes para estas coronas es muy parecida a las que se realiza para las coronas ceramometálicas preformadas pero se suprime menos estructura dental.

Estas coronas han proporcionado excelentes resultados en sus aplicaciones recientes.

Ventajas:

- ❖ Se requiere poco desgaste de la estructura dental a comparación con las coronas ceramometálicas.
- ❖ Excelente estética
- ❖ Resistencia

¹³ Farah J, Powers J: The dental advisor plus, 7, 1997.

Desventajas:

- ❖ Requieren una reducción dental significativa.
- ❖ Llevan mucho tiempo para su colocación.
- ❖ Costo elevado.
- ❖ Son difíciles de adaptar.
- ❖ Riesgo de fractura.

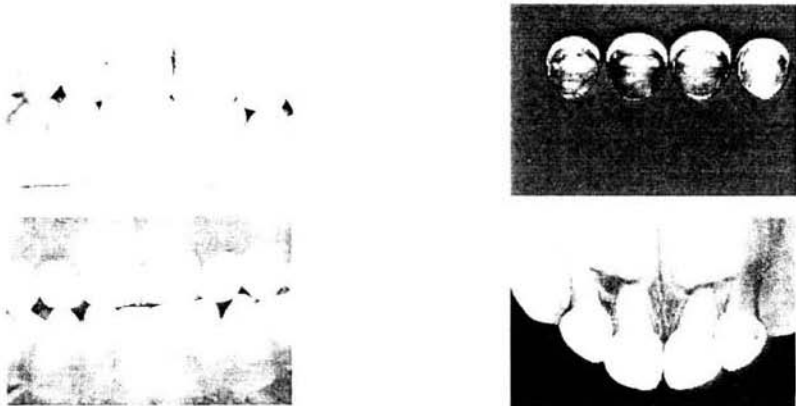


Fig. 7 Coronas de Artglass

3.2.4 POSTES Y MUÑONES CON CORONAS.

En los diferentes casos donde hay pérdida de la estructura dental ya sea por caries, traumatismos o alteraciones del desarrollo, se ha propuesto ésta técnica para restaurar los dientes si la estructura radicular esta en buenas condiciones (Fig. 8).

Estas restauraciones pueden permanecer colocadas en boca hasta justo antes de que erupciones los incisivos centrales superiores permanentes. Esto sucede cuando los incisivos inferiores permanentes han

empezado a erupcionar o se observan en una radiografía indicios de próxima erupción de los incisivos superiores permanentes ya que el poste puede desviar la erupción del diente sucedáneo. En ese momento se retira la corona y se desatornilla el poste o se extrae todo el diente.¹⁴

Ventajas:

- ❖ Excelente estética
- ❖ Resistencia

Desventajas:

- ❖ Costo elevado
- ❖ Se requiere de control radiográfico
- ❖ Excelentes condiciones radiculares
- ❖ Se requiere de tiempo para su elaboración
- ❖ Dificil manipulación
- ❖ Desviación de la erupción del diente permanente.
- ❖ Tratamiento endodóncico



Fig. 8 Visión clínica y radiográfica de postes y muñones con coronas.

¹⁴ Dale, Barry. G. Op. cit. Pág. 343

3.2.5 MANTENEDORES DE ESPACIO FIJO

Los dientes anteriores pueden llegar hasta el punto de que el tratamiento a seguir sea la extracción del diente (Fig. 9), ya sea por las diferentes causas que hayamos mencionado y que no se pueda realizar ningún otro tratamiento.¹³

En esta ocasión los mantenedores de espacio fijos son la restauración de elección en estas condiciones clínicas:

Ventajas:

- ❖ Proporcionan un buen resultado estético.
- ❖ Restableces la capacidad funcional.
- ❖ Mantienen el espacio necesario para evitar una erupción inadecuada.
- ❖ Evita la sobreerupción del diente antagonista

Desventajas:

- ❖ Pueden producir movimientos ortodóncicos inadvertidos si no se fabrican correctamente.
- ❖ Requieren la cementación de bandas o coronas que pueden alterar los dientes posteriores provocando descalcificación o caries por la fricción de la banda y el esmalte.
- ❖ Control radiográfico para retirar el mantenedor.
- ❖ Provoca retención dentaria de los dientes permanentes si no se retira a tiempo.



Fig. 9 Paciente con mantenedor de espacio fijo

3.2.6 MICROABRASIÓN DEL DIENTE

Se puede calificar a la microabrasión del esmalte como una técnica operatoria que tiene como objetivo una remoción superficial mediante el uso de un ácido (fosfórico al 32-37%) en la forma de gel mezclado por piedra pómez y aplicado sobre la superficie comprometida (Fig. 10).¹⁵

Indicaciones:

Principalmente en lesiones de caries poco profundas presentes en las superficies vestibulares de dientes anteriores sin cavitación profunda.

Ventajas:

- ❖ Estética aceptable

Desventajas:

- ❖ El desgaste superficial no es circunscrito o localizado.
- ❖ La extensión del desgaste puede provocar porosidades en el resto de la estructura dental.
- ❖ Se utiliza sólo en lesiones muy superficiales.

¹⁵ Guedes-Pinto, Antonio Carlos. Rehabilitación bucal en odontopediatría. Atención integral. Actualidades Medico-Odontológicas. 2ª. Edición. 2003. Pág. 147-149



Fig. 10 Procedimiento de microabrasión del diente

3.2.7 CARILLAS DE ESMALTE

Esta técnica propone el restablecimiento estético funcional a través del desgaste de la superficie vestibular comprometida y posteriormente la cementación de una carilla de esmalte seleccionada de un diente decíduo natural (Fig. 11).¹⁴

Indicaciones:

Dientes comprometidos estéticamente por lesiones de caries, traumatismo o cambios de coloración por tratamiento endodóncico.

Ventajas:

La técnica de adhesión de fragmentos dentarios facilitó la creación de esta opción restauradora, que tiene como ventaja principal:

- ❖ La estética
- ❖ Una superficie lisa
- ❖ Desgaste fisiológico natural

Desventajas:

- ❖ La manipulación es sumamente difícil debido al tamaño de la carilla.
- ❖ Se requiere de dientes deciduos extraídos que cumplan las medidas y características del diente a tratar.
- ❖ Desprendimientos constantes en niños preescolares.

CARILLAS DE ESMALTE

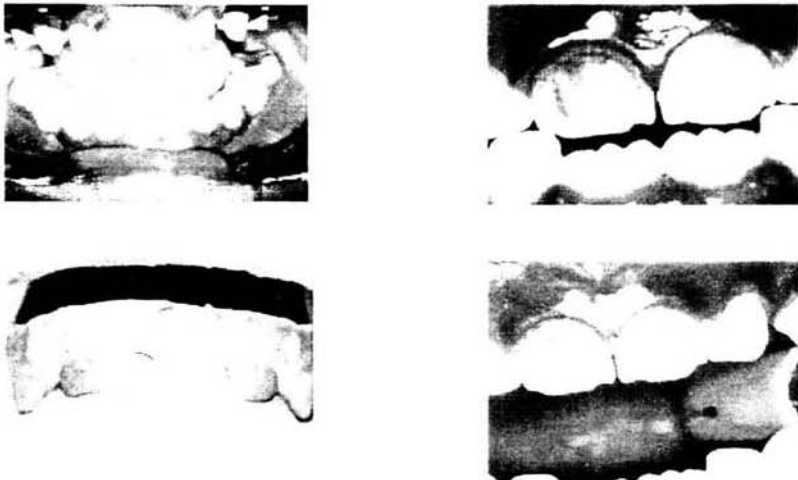


Fig. 11 Tratamiento restaurador de carillas de esmalte

3.2.8 PRÓTESIS FIJA FUNCIONAL O PRÓTESIS PARCIAL ANTERIOR EN SISTEMA TUBO-BARRA.

Esta indicado en algunas situaciones especiales, en las cuales ocurre una pérdida de elementos dentarios anteriores y la oclusión del paciente no presenta interferencias que comprometan la confección de este tipo de trabajo, constituyéndose una alternativa al uso de prótesis removible.

Para algunos profesionales y padres, su mejor característica está basada en el hecho de que son prótesis fijas que ofrecen mayor seguridad y los niños no las dejarán de usar, por lo tanto es considerado un recurso protésico más fácil de ser controlado por los padres (Fig. 12).

Las coronas son fabricadas de acero con carillas de acrílico elaboradas en el laboratorio, formando un sistema macho-hembra, en donde se fija una barra a una de las coronas y la otra se deja un anclaje equivalente a un tubo.¹⁸

Ventajas:

- ❖ No interviene en el crecimiento y desarrollo de la maxila
- ❖ Establecen la estética
- ❖ Evitan una inadecuada posición lingual
- ❖ Evitan hábitos perjudiciales de fonación
- ❖ Mantienen el espacio para la erupción de los dientes permanentes
- ❖ Permiten una adecuada higiene

Desventajas:

- ❖ Tiempo de elaboración prolongado
- ❖ Necesario control radiográfico
- ❖ Alto costo por la confección en laboratorio
- ❖ Al llegar la erupción del incisivo central se desarticula la prótesis

¹⁸ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 252



Fig. 12 Restauración con prótesis fija Tubo-Barra.

3.2.9 ADHESIÓN DE FRAGMENTOS DENTARIOS

“RESTAURACIÓN BIOLÓGICA”

La propuesta refleja un pensamiento biológico donde se consigue transformar el elemento dentario en un verdadero material restaurador, aprovechando dientes deciduos que quedan almacenados en el Banco de Dientes Deciduos (Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sao Paulo). Ellos son esterilizados (Formol al 10% durante 15 días o autoclave a 120°C durante 20 minutos). Antes de cualquier tipo de procedimiento, los padres deberán firmar un consentimiento (Fig. 13).¹⁷

Indicaciones:

- ❖ Se indica esta técnica en aquellos casos de destrucciones coronarias extensas
- ❖ En casos clínicos correctamente seleccionados con preservación mesio-distal y cervico-oclusal

Ventajas:

- ❖ Reconstrucción anatómica original
- ❖ Excelente estética

¹⁷ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pag. 142

- ❖ Resistencia y CELT (coeficiente de expansión termal lineal) semejante al de la estructura dental.

Desventajas:

- ❖ Poca aceptación de los padres hacia el diente donador
- ❖ Se necesita de estudios de laboratorio
- ❖ Costo elevado
- ❖ Contar con un Banco de Dientes



Fig. 13 Restauración biológica

3.2.10 PRÓTESIS FIJA ANTERIOR EN CANTILEVER.

La prótesis fija en cantilever es una opción adicional de tratamiento para la restauración de los dientes temporales en caso de pérdida de los dientes anteriores.

Se realizan todos los procedimientos para una prótesis fija para la dentición permanente, ya concluido el tratamiento, tanto los padres como el paciente son orientados sobre la higienización correcta del espacio que se encuentra por debajo del pónico, así como los cuidados relacionados con la

alimentación y posibles hábitos que puedan causar algún problema con la prótesis (Fig. 14).

Al igual que todos los pacientes portadores de prótesis, ellos nunca serán dados de alta definitivamente, siendo sometidos a un seguimiento y control a través de exámenes clínicos y radiográficos.

A medida que el incisivo central erupcione debemos seccionar el pónico para posibilitar su erupción.¹⁸

Ventajas:

- ❖ Excelente estética

Desventajas:

- ❖ Requiere excesiva higiene
- ❖ Constante revisión radiográfica
- ❖ No se coloca en pacientes muy pequeños
- ❖ Hay desgaste en los dientes antagonistas
- ❖ Se tiene que destruir al erupcionar el incisivo central permanente
- ❖ Requiere de frecuentes citas para su elaboración



Fig. 14 Prótesis fija anterior en cantilever

¹⁸ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 255

3.2.11 REIMPLANTES DE DIENTES PRIMARIOS

Este procedimiento está indicado en traumatismos dentales de los dientes temporales y dientes permanentes jóvenes cuando existe avulsión del mismo. Los principales dientes afectados son los incisivos centrales superiores debido a su posición (Fig. 15).

Los dientes temporales avulsionados en que las raíces han comenzado la reabsorción normal no deben reimplantarse. La posibilidad de reabsorción radicular rápida o de infección sugiere que el reimplante es de poca utilidad.

No obstante, en pacientes jóvenes la ausencia de dientes hasta la erupción de los permanentes pueda causar problemas estéticos y funcionales, así como las complicaciones psicológicas (como la ansiedad); no solo para los pacientes sino también para los padres. Por lo tanto, hay ocasiones en que vale la pena el reimplante, éste sin embargo, no debe realizarse cuando el diente le falta poco para la exfoliación normal, cuando hay procesos patológicos o un riesgo de infección y daño del germen dental permanente.²¹

El diente sólo puede reimplantarse cuando se dan estas condiciones clínicas:

- Se debe tomar en cuenta la edad del paciente, el grado y dirección de la malposición de los dientes primarios y el tipo de traumatismo.
- El niño tiene una oclusión aceptable, no presenta hábitos nocivos y es aparentemente sano.
- El diente le falta demasiado tiempo para la exfoliación normal

²¹ Goldstein, Ronald E. Op. cit. Pág. 841

- Cuando la avulsión ocurre en menos de 1 hr. De que acude a la consulta dental.

En los casos de los dientes permanentes jóvenes esta indicado sin complicación aparente y en las condiciones de higiene el reimplante.

Ventajas:

- ❖ Estética excelente
- ❖ Mayor probabilidad de que el diente se acondicione naturalmente

Desventajas:

- ❖ Probabilidad de dañar el germen del diente permanente
- ❖ Posibles infecciones si no se cumplió con la higiene adecuada
- ❖ Probable rechazo del reimplante.

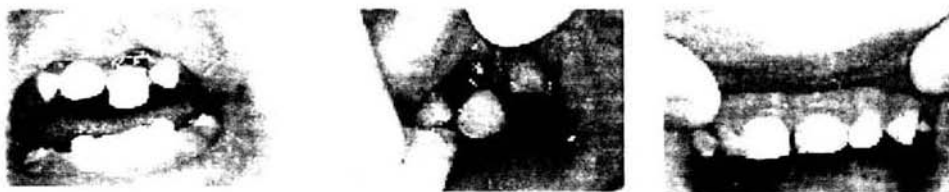


Fig. 15 Diente avulsionado con reimplante del órgano dentario

3.2.12 CORONAS DE ACERO-CROMO CON FRENTE ESTÉTICO (VENNER)

Utilizando diferentes procesos de laboratorio ha sido posible recubrir las coronas de acero inoxidable, con venners de composite y materiales termoplásticos.

Estas coronas combinan la longevidad de las coronas de acero-cromo con el acabado estético del composite.²²

Requieren una reducción dental mínima, pueden soportar las fuerzas oclusales y resultan estéticamente muy agradables.²³

Este tipo de coronas tienen las mismas indicaciones que en las coronas de acero cromo convencional, caries, traumatismos, alteraciones del desarrollo (Fig. 16). Se ha probado que ofrece una mejor estética que satisface las exigencias de los padres.

Ventajas:

- ❖ Estética agradable
- ❖ Tiempo de operación relativamente corto
- ❖ Durabilidad

Desventajas:

- ❖ Edad el paciente
- ❖ Requiere de habilidad profesional
- ❖ Deficiente sellado entre la resina y el metal
- ❖ No hay suficiente información al respecto

²² Dale. Barry G. op. cit Pág.341

²³ Baker L, Moon P, Mourion A: Retention of esthetic venners on primary stainless steel crowns, *J Dent child*. May-June, 63(3):185, 1996.



Fig. 16 Coronas de acero cromo con frente estético

3.2.13 RESTAURACIONES DE RESINA Y COMPÓMEROS EN DIENTES PRIMARIOS

Los compómeros presentan una nueva generación de materiales de restauración. Combinan las propiedades químicas, físicas y de manipulación de los composites y los cementos de ionómero de vidrio. Los compómeros reúnen todas éstas cualidades y además se adhieren fuertemente a la dentina y el esmalte.²²

La mayoría de las restauraciones sufren sólo fracturas cohesivas o adhesivas.

Estos materiales están muy indicados para las restauraciones de los dientes primarios anteriores debido a que su fuerza adhesiva inherente permite realizar sólo una preparación dental mínima (Fig. 17).

No obstante que sigue siendo recomendable utilizar elementos de retención mecánica.²³

²² Garcia-Godoy F, Rodriguez M, Barberia E. Denton bond strength of fluoride-releasing materials. Am. Journal Dent. 9:80, 1996.

²³ Barry G. Dale. Op. cit. Pág. 339

Durante los últimos 25 años se sugirió el empleo de resinas compuestas como sustitución estética de las restauraciones en clase I y II de amalgama en los molares. Los resultados iniciales fueron alentadores, pero los fracasos clínicos comenzaron a surgir luego de casi 2 años; el gran problema fue el desgaste oclusal.

Las mejoras en las resinas compuestas, como partículas pequeñas de relleno, aumentan la resistencia del material y la introducción de los agentes de unión dentinaria dieron mejores resultados clínicos.

En un estudio de 5 años que compara las resinas compuestas posteriores y las amalgamas, Norman y colaboradores (1990) informaron que ambos materiales fueron satisfactorios durante el tiempo estudiado, y sólo hubo diferencias estadísticas importantes con una integridad marginal deficiente y un índice de desgaste mayor para la resina. Sin embargo, este índice estuvo dentro de los límites establecidos por la ADA.

Roberts y colaboradores (1992) tampoco encontraron una diferencia importante en el funcionamiento clínico de la amalgama de clase II y la resina compuesta, durante una evaluación de 3 años. Después de este tiempo no encontraron diferencias importantes de desgaste entre los dos materiales.²⁶

En el caso de los dientes anteriores las obturaciones conservadoras con resina compuesta están indicadas en lesiones cariosas interproximales pequeñas de los incisivos y para la superficie mesial de los caninos.

Indicaciones:

Este material es indicado en cavidades clase I, II y en algunas situaciones atípicas ya que no se han demostrado ningún tipo de desgaste que perjudique la función.

²⁶ Pinkham, JR. Op. cit. Pag. 317, 327.

Ventajas:

- ❖ Mejorar la estética
- ❖ Eliminar el uso de mercurio
- ❖ Choque galvánico
- ❖ Baja conductividad térmica

Desventajas:

- ❖ Se requiere de una técnica exacta
- ❖ Mayor tiempo de operación
- ❖ Probable filtrado marginal
- ❖ Sensibilidad postoperatoria
- ❖ Tendencia a los contactos abiertos o perdidos

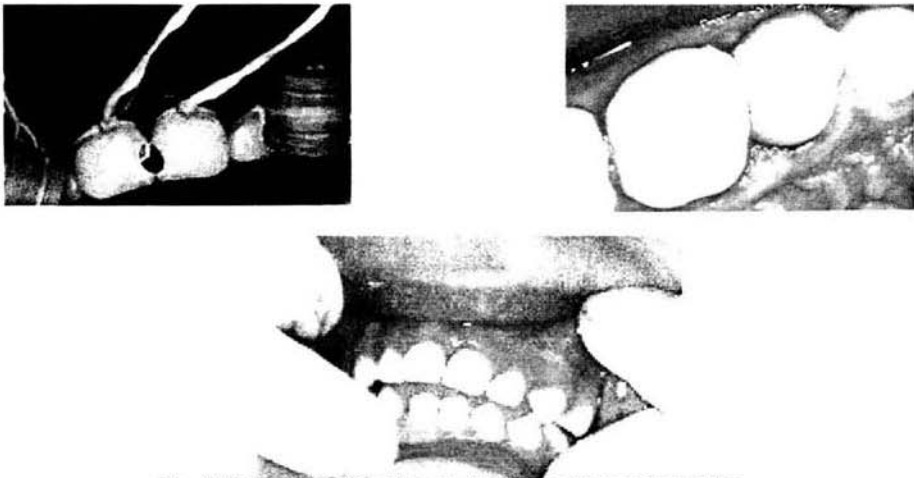


Fig. 17 Colocación de resina en dientes posteriores primarios

3.2.14 PRÓTESIS SOBREPUESTA (OVERDENTURE)

Las prótesis sobrepuestas son confeccionadas sobre los dientes que se encuentran presentes en el arco, ya sea a nivel de reborde alveolar (dentinogénesis imperfecta) o en los casos de oligodoncias (displasia ectodérmica) (Fig. 18).

Dentro de la práctica odontopediátrica, una situación especial que indicaría el uso de la prótesis sobrepuesta es, en los casos de caries rampante, que todavía mantiene un número determinado de remanentes radiculares después de las terapias endodóncicas correspondientes.

Indicaciones:

- ❖ En casos de defectos congénitos (dentinogénesis imperfecta)
- ❖ En defectos adquiridos (abrasión)
- ❖ Cuando la retención de una prótesis o corona es dudosa
- ❖ En pacientes comprometidos sistémicamente donde no es adecuado realizar extracciones

Ventajas:

- ❖ Pueden mantener la oclusión con una dentición natural intacta
- ❖ Preserva y prolonga la vida de los dientes remanentes (raíces y coronas parcialmente destruidas)
- ❖ Permite el crecimiento y desarrollo esquelético normal
- ❖ Recupera la dimensión vertical
- ❖ Pocas alteraciones en los tejidos gingivales
- ❖ Benefician la dirección de erupción debido a que se conservan los restos radiculares en buen estado

- ❖ Existe una secuencia favorable de erupción
- ❖ Mejora la eficiencia masticatoria ya que las fuerzas masticatorias se distribuyen a lo largo de la prótesis
- ❖ Excelente estética

Contraindicaciones:

- ❖ Cuando los dientes estén severamente destruidos o dañados
- ❖ Cuando exista pérdida de apoyo periodontal
- ❖ Cuando haya interferencias para la adaptación y retención de la prótesis
- ❖ Requieren de varias citas para su elaboración
- ❖ Se requiere de control radiográfico

Los autores afirman que no ocurre ninguna diferencia significativa en el tejido gingival o en la movilidad cuando las prótesis son controladas regularmente. Para mantener la salud bucal, se recomiendan cuidados en la higiene diaria; para mantener una buena salud dental y gingival, se indican consultas periódicas con menores intervalos próximas a la época de erupción de los primeros molares permanentes, es decir, durante la instalación de la dentición mixta.

La mayor responsabilidad del odontopediatra esta basada en motivar y concienciar al paciente y sus padres o responsables sobre el beneficio del uso de la prótesis y sobre la higienización correcta de los dientes remanentes y la propia prótesis.²⁵



Fig. 18 Restauración con sobredentadura (prótesis sobrepuesta overdenture)

3.2.15 AMALGAMA CON RESINA COMPUESTA AMALCOMP

Esta técnica tiene como objetivo asociar las ventajas principales de los dos materiales citados, es decir, la baja microfiltración marginal obtenida a través de la amalgama con recubrimiento adhesivo y la estética y mayor resistencia inicial de la resina compuesta en la región de las crestas marginales (Fig. 19).

Esta es una alternativa muy eficiente si consideramos los ítems ya expuestos, principalmente en lo referente a la resistencia inicial de la resina compuesta, ya que uno de los aspectos mas negativos con respecto al uso de la amalgama es su fragilidad para restablecer las crestas marginales ocasionando su fractura, hecho que no ocurre cuando se utilizan las resinas compuestas.²⁶

²⁵ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 266

²⁶ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 134,136.

Indicaciones:

- ❖ En las superficies proximales que presentan lesiones pequeñas

Ventajas:

- ❖ Disminución de la contracción de polimerización
- ❖ Menor microfiltración en la región cervical debido al uso de la amalgama
- ❖ Mejora la estética
- ❖ Menos desgaste de la estructura dentaria para la preparación de la cavidad
- ❖ Mayor resistencia inicial en la cresta marginal restaurada con resina compuesta

Desventajas:

- ❖ Cuando se seleccionan dos tipos de materiales restauradores totalmente diferentes, inevitablemente existirá un aumento del tiempo clínico y la técnica también será mas complicada



Fig. 19 Colocación de amalgama con resina compuesta (AMALCOMP)

3.3 RESTAURACIONES NO ESTÉTICAS O TRADICIONALES

3.3.1 CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

En 1950, Humphrey introdujo en odontopediatría el uso de las coronas preformadas o de acero inoxidable (Fig. 20.). Desde entonces, este recurso restaurativo es invaluable en el tratamiento de los dientes primarios muy destruidos.

Se consideran superiores a las restauraciones con amalgama que incluyan varias superficies; además proporcionan un periodo de uso clínico mayor.

Estas coronas se elaboran de tamaños diferentes como una cubierta metálica con anatomía preformada, es necesario ajustarse a los dientes individualmente.²⁹

Existen 2 tipos de coronas de acero inoxidable de uso mas frecuente:

- *Coronas preajustadas* (Unitek Stainless Steel Crown, 3M, etc.). estas coronas tienen lados rectos, pero están festoneadas para seguir una línea paralela a la cresta gingival. Aún requieren contorneado y cierto recorte.
- *Coronas precontorneadas* (Ni-Chro Ion Crowns y Unitek Stainless, 3M) estas coronas están festoneadas y precontorneadas, quizá requieran cierto recorte contorneado, pero en general es mínimo.

²⁹ Pinkham, JR. Op. cit. Pág. 320-326

La corona de acero cromado, presenta muchas ventajas en determinados casos. En la actualidad se denomina corona de *acero inoxidable* o *acero-cromo*. Sin embargo si no se utiliza correctamente la restauración no será satisfactoria.³⁰

El empleo de la corona de acero inoxidable en odontología infantil esta indicado en los siguientes casos:

- Restauración en dientes primarios con lesiones cariosas extensas, ya sea anteriores o posteriores con pérdida de estructura interproximal.
- Restauración en dientes con alteraciones del desarrollo (hipoplasias, dentinogénesis o amelogénesis imperfectas, etc.)
- Restauración de dientes primarios con tratamiento endodóncico como pulpotomía o pulpectomía
- Restauraciones en pacientes discapacitados donde la higiene bucal es deficiente y se prevé el fracaso de otros materiales
- Como soporte para mantenedores de espacio o aparatos protésicos
- Restauraciones en dientes con traumatismos coronales

Ventajas:

- ❖ Se recupera la función en la cavidad bucal
- ❖ Se adapta perfectamente al cuello del diente
- ❖ No hay daño periodontal
- ❖ Se colocan en una sola sesión

³⁰ Mc. Donald. Odontología Pediátrica y del adolescente, 6ta. Edición. Barcelona 1995. Pág. 398.

- ❖ Bajo costo
- ❖ Se pueden colocar desde los 0 años hasta el periodo de dentición mixta.
- ❖ Al momento de la exfoliación no hay ninguna complicación

Desventajas:

- ❖ No cumple con estética

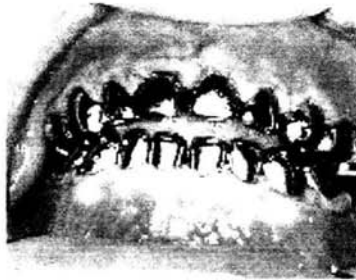


Fig. 20 Colocación de coronas de acero cromo prefabricadas

3.3.2 AMALGAMA CONVENCIONAL

La amalgama continúa siendo hoy día el material de obturación de uso más difundido entre los profesionales de la odontología (Fig. 21).²⁹

Ventajas:

- ❖ La resistencia a la compresión
- ❖ Biocompatibilidad
- ❖ Insolubilidad

²⁹ Barbería, Leache, E. Odontopediatría. 2ª. Edición. Ed. Masson. Barcelona 2002. Pág.200

- ❖ Fácil manipulación
- ❖ Larga vida de almacenaje
- ❖ Bajo costo

Desventajas:

- ❖ La deficiente estética
- ❖ Los posibles riesgos de los efectos adversos del mercurio
- ❖ Riesgo de fractura en cavidades extensas donde involucre ángulos interproximales

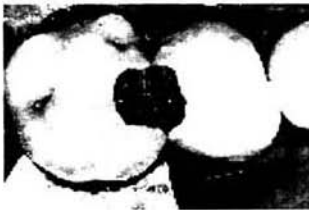


Fig. 21 Amalgama convencional

3.3.3 AMALGAMA ADHESIVA

En muchas ocasiones, los dientes presentan destrucciones coronarias extensas y en este caso, una de las facilidades restauradoras continúa siendo la amalgama de plata. Para tornar este material más retentivo a las estructuras dentales, se asocia con sistemas adhesivos (Fig. 22).

Es importante resaltar que existe una diferencia entre la amalgama con recubrimiento adhesivo. En el primer caso, el adhesivo o cemento debe ser activado químicamente o debe tener una característica dual para conseguir unión entre la amalgama y la estructura dental; en el segundo caso, el adhesivo es fotopolimerizado antes de la condensación de la amalgama.

A pesar de asociar una técnica adhesiva, en caso de requerir una mayor retención mecánica, se pueden confeccionar también pequeños orificios en la estructura dentaria.³²

Indicaciones:

Para destrucciones coronarias extensas localizadas en la arcada inferior debido a la fragilidad inicial de la amalgama, la cual tiende a fracturarse en las regiones de contacto, esto es porque la mayor parte de los puntos de contacto se encuentran en la arcada superior.

Ventajas:

- ❖ Se realiza en una sola sesión
- ❖ Se torna la amalgama adhesiva a la estructura dentaria
- ❖ Se evitan desgastes innecesarios de estructura dental

Desventajas:

- ❖ El color característico de la amalgama
- ❖ Se requiere de cooperación del paciente
- ❖ No se coloca en pacientes muy pequeños
- ❖ Posibles fracturas debido a las cargas funcionales

³² Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 147

- ❖ No se coloca en paredes proximales ya que no soporta las cargas oclusales



Fig. 22 Restauración con amalgama adhesiva

3.3.4 INCRUSTACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA

Consiste en una variante de incrustación metálica convencional en la cual se realiza la restauración con amalgama sobre un modelo de trabajo para posteriormente cementarla en la cavidad.³¹

Indicaciones:

En destrucciones coronarias extensas y como método alternativo de las incrustaciones metálicas convencionales (Fig. 23).

Ventajas:

- ❖ Permite que el clínico realice la fase del laboratorio y dé las características anatómicas funcionales
- ❖ La resistencia se ha probado que es mayor en la etapa inicial de las amalgamas colocadas de una sola intención

³¹ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 139,142

- ❖ Con respecto al tiempo de atención clínica es reducido ya que el procedimiento se realiza fuera de la cavidad bucal

Desventajas:

- ❖ Se necesita más de una cita debido a la fase del laboratorio
- ❖ La estética es deficiente por el color característico de la amalgama
- ❖ no se recomienda en pacientes pediátricos ya que hay riesgo de desalajo y la deglución de ellas

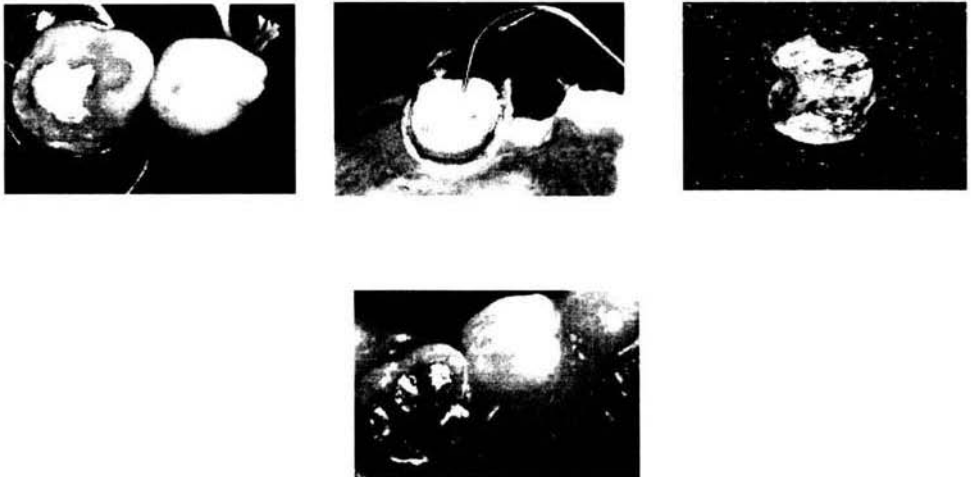


Fig. 23 Elaboración de una incrustación de amalgama de plata

3.3.5 CORONAS DE ACERO CONFECCIONADAS EN EL LABORATORIO DENTAL

Este tipo de coronas se utilizan en algunas condiciones clínicas, por ejemplo: en pacientes que han tenido una gran pérdida de la dimensión vertical y no

hay un espacio protésico adecuado, en estos casos esta contraindicado el uso de las coronas prefabricadas, sin embargo pueden ser utilizadas las coronas de acero individualizadas realizadas mediante impresión.³²

Cabe hacer la aclaración que no son fundidas, son semejantes a las coronas preformadas pero con la diferencia que se ajustan al modelo de trabajo en el laboratorio (Fig. 24).

Indicaciones:

Tienen las mismas indicaciones que las coronas preformadas y las ventajas y desventajas son similares.



Fig. 24 Coronas de acero

3.3.6 INCRUSTACIONES EN METAL

El término incrustación es utilizado en odontología para denominar una pieza restauradora que será incluida y cementada a un diente con la finalidad de reconstruirlo. Generalmente, esas piezas son confeccionadas en metal para después cementarlas (Fig. 25).

Indicaciones:

Están indicadas para aquellos casos en que las reconstrucciones convencionales de amalgama o resina, por motivos técnicos, no son capaces de devolver la forma ni la resistencia adecuada al diente, y en casos

³² Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 235

de que la corona presenta un desgaste muy grande o una forma de agresión a la región cervical, ocasionando problemas periodontales, en dientes tratados endodóncicamente o en aquellos dientes donde son sometidos a grandes esfuerzos masticatorios, por ejemplo: en los casos de rehabilitación bucal.³³



Fig. 25 Incrustación de metal

Contraindicaciones:

- ❖ En niños que sean altamente susceptibles a caries
- ❖ En niños con deficiente higiene
- ❖ En caries rampante donde el diente no ofrezca resistencia
- ❖ En caso de alta ingestión de dulces o gomas de mascar
- ❖ Tienen costo elevado

3.3.7 CORONAS METÁLICAS FUNDIDAS

Están indicadas en dientes posteriores, principalmente donde exista poco espacio oclusal y en coronas clínicas muy cortas, característica común en situaciones en las cuales ocurrió una gran pérdida de la dimensión vertical.

Al comparar las coronas de acero con las metálicas fundidas confeccionadas en plata-estaño o cobre-aluminio, estas últimas han

³³ Guedes-Pinto, Antonio C. Op. cit. Pág. 235

demostrado resultados superiores en lo que respecta al comportamiento biológico, debido a que estos metales poseen mejores propiedades físicas (Fig. 26).³⁴

Las coronas en níquel-cromo han sido citadas por algunos autores como una solución para los casos de anomalías dentarias, tales como dentinogénesis o amelogénesis imperfecta, colaborando para recuperar la dimensión vertical y proteger las estructura dental remanente.³⁵

Ventajas:

- ❖ No se requiere preparación extrema del diente
- ❖ Ofrece la misma resistencia que las coronas prefabricadas

Desventajas:

- ❖ La estética es deficiente por el metal
- ❖ Requiere de dos o más sesiones
- ❖ Puede provocar desgaste en los dientes antagonistas debido a la dureza del metal
- ❖ Alto costo



Fig. 26 Coronas fundidas.

³⁴ Van Waes, Hubertus J.M. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial. Masson. Barcelona, España. 2002. Pág. 193.

³⁵ Ib. Pág.239,245

4 ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO DENTAL

En los tratamientos restaurativos primeramente se requiere de un diagnóstico certero y un interrogatorio o anamnesis adecuada para determinar el rumbo del tratamiento, se debe tomar en cuenta distintos aspectos como son:

- Las habilidades del Cirujano Dentista
- Las necesidades del paciente infantil
- El perfil psicológico del niño
- El medio social en el que se desarrolla (escuela, familia)
- El aspecto económico
- La actitud de los padres
- Hábitos

4.1 CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL CIRUJANO DENTISTA.

En cuanto a los conocimientos y habilidades, el cirujano dentista debe tomar en cuenta que la odontología avanza con rapidez debido a la alta tecnología con que se cuenta en esta época, por tanto la preparación y actualización es necesaria día con día, se requiere de los conocimientos básicos y adquirir la información de cada material con su respectiva técnica, ya que de acuerdo a las características puede variar la técnica.

No es necesario que todos los odontólogos dominen cada uno de los tratamientos existentes. Sin embargo, todos ellos deberían comprender las ventajas, los inconvenientes, los resultados posibles de los tratamientos, el mantenimiento necesario y las expectativas de vida de cada modalidad terapéutica (Fig. 27). El derivar un paciente a otro especialista cuando el otro odontólogo es más capaz de satisfacer los deseos del paciente no sólo es ético, sino también necesario para mantener una buena relación con el paciente.

El paciente seguramente volverá a usted con confianza y lealtad, agradecido por su buen juicio al haberlo derivado para un tratamiento estético específico.

La alternativa es que el paciente previamente satisfecho pueda dejarlo por otro dentista si usted no le ofrece los tratamientos deseados o critica su eficacia sin ofrecer alternativas. Todas las modalidades terapéuticas funcionan en los pacientes indicados.

Un buen ejemplo sería un paciente con dientes amarillentos por la edad. Si usted no realiza el blanqueamiento de dientes vitales como uno de los tratamientos rutinarios de odontología estética, remita el paciente a un colega, que ofrezca este tratamiento. Es muy probable que el paciente vuelva a su consulta para proseguir con los tratamientos rutinarios. De hecho, los pacientes le apreciarán más al advertir que usted está más preocupado por el bienestar de ellos que por el suyo propio.

Parece adecuado plantearse dos preguntas: ¿Cómo odontólogos, estamos haciendo todo lo que deberíamos para motivar a nuestros pacientes respecto a la mejora de sus sonrisas? ¿Estamos, como profesión, haciendo todo lo que deberíamos para motivar al 50 % de la población, que normalmente no acude al dentista, para que mejoren estéticamente sus sonrisas?

Si se considera la enorme cantidad de investigaciones que demuestran las ventajas de una sonrisa atractiva, la respuesta a ambas preguntas parece ser «no». Nosotros podemos y deberíamos hacer

mucho más para informar al público sobre la razón de que una bonita sonrisa sea un valor importante; también, como profesión, somos el grupo lógico al que se debe acudir para lograr este objetivo. Además, es necesario demostrar lo fácil e indoloro que puede ser conseguirlo.

La mayoría de los odontólogos querría que las organizaciones odontológicas se esforzaran más en promover el valor de la odontología en el público general, a través de la radio, la televisión o los mensajes didácticos impresos. En una encuesta reciente, Wilson refirió que al 83 % de los odontólogos encuestados les gustaría que se llevaran a cabo mayores esfuerzos en este campo.

Cuando un paciente solicite determinado tratamiento, el odontólogo debe el valor ético y moral de decidir si se siente capacitado y cuenta con los conocimientos necesarios para llevar a cabo dicho tratamiento.³⁶



Fig. 27 El Cirujano Dentista y su equipo de trabajo.

4.2 ASPECTO FAMILIAR

Se cree que es un factor que determina la conducta del niño y sus gustos o aficiones, ya que el aspecto familiar influye en la percepción del niño hacia la realización del tratamiento dental por imitación.³⁷

Debido a que en la actualidad se cuenta con mayor difusión e información sobre los tratamientos dentales los padres aportan al profesional

³⁶ Goldstein, Ronald. E Op. cit. Pág. 5-6

³⁷ Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* 21:201-204, 1999.

sugerencias que pueden ser aplicables al tratamiento del niño, tienen más dudas y exigen información.

En algunas técnicas restaurativas al adulto se inclina por la estética, sin embargo el paciente infantil no es su prioridad principal, ya que prefieren algo que llame la atención como lo hacen las coronas de acero-cromo convencional.

Esta elección depende en gran parte de la personalidad de cada individuo, ya que la estética puede ser perceptible desde varios puntos de vista (Fig. 28).



Fig. 28 Interacción de la Familia en el Tratamiento Odontológico.

4.3 ASPECTO SOCIAL

El deseo de ser atractivo ya no se considera un signo de vanidad; en un mundo económico, social y sexualmente competitivo, tener un aspecto agradable es una necesidad. Dado que el rostro es la parte más expuesta del cuerpo y la boca un rasgo predominante, los dientes son cada vez más una fuente de atención. «Los dientes son sexy», anunciaba una importante revista de moda, para después explicarlo en casi 500 palabras.

El título era sólo el encabezado de una serie de artículos que versaban sobre los dientes. El público ha advertido de forma gradual las «mejoras no naturales» que las estrellas de Hollywood han utilizado

desde que empezaron a rodarse películas; ha descubierto que sus actores, modelos y cantantes favoritos usaban técnicas de estética dental para aparecer más presentables y atractivos. Algunos, siguiendo el ejemplo de Hollywood, han pedido a sus odontólogos que les construyan unos dientes similares a los de algunos famosos y así han conocido métodos y materiales susceptibles de mejorar su aspecto.

Actualmente, en Estados Unidos, se aprecia en gran medida la salud y la vitalidad; de hecho, estas dos palabras se asocian con imágenes de belleza. Goleman y Goleman lo refirieron que las investigaciones observan que las personas atractivas consiguen trabajos más prestigiosos y mejor pagados. En West Point, los cadetes guapos y del estilo Clint Eastwood (mandíbulas y facciones marcadas) consiguen un rango militar más alto antes de la graduación que sus compañeros de promoción. Las investigaciones es también hallaron que era menos probable apresar criminales con buen aspecto físico y, si iban a juicio se les trataba con más benevolencia. Se encontró que los profesores trabajaban más fácilmente con niños atractivos; tanto los profesores como los alumnos consideran a los niños atractivos más inteligentes y más aptos para lograr éxito en todos los aspectos. Muchos estudios sobre la autoestima han ilustrado que la imagen corporal era uno de los principales elementos del auto rechazo. La televisión refuerza un estándar extraordinariamente elevado del atractivo físico; en la actualidad los medios de comunicación otorgan gran importancia a la belleza y ha aportado estándares probablemente más elevados de los que la mayoría de nosotros nunca conseguirá.

La sociedad escoge a sus líderes para establecer estándares inespecíficos, aunque universales, de una forma aceptable de vestir, comportarse y divertirse.

Una frase pegadiza repetida en la radio o la televisión se convierte instantáneamente en parte del lenguaje nacional y canciones que empezaron como propaganda llegan a convertirse en música popular.

Muchas personas no influenciadas por los estándares estéticos determinados por la sociedad quieren modificar su aspecto físico para emular a sus líderes. Las actitudes sociales generales influyen profundamente en la idea que un individuo tiene de lo que significa ser atractivo; «natural», «bonito» y «guapo» implican diferentes conceptos en la población. En ocasiones los pacientes toman medidas extremas para que su boca llame la atención e intentar así conseguir una imagen atractiva. Por lo tanto, es responsabilidad del odontólogo comprender a qué se refiere el paciente cuando utiliza una palabra en particular y decidir en qué grado se puede conseguir el ideal del paciente. Lo más importante es el concepto de estética y de auto imagen del propio paciente.

La excelencia de cualquier arte radica en su intensidad, capaz de hacer que se evapore todo lo desagradable, por estar en estrecha relación con la belleza y la verdad.⁴⁰

4.4 ASPECTO ECONÓMICO

En la actualidad la situación económica del país y de los padres es deficiente y a la vez de gran importancia para la elaboración del tratamiento dental, debido a que la mayoría de los pacientes que asisten a la clínica son de bajos recursos, manifiestan preocupación por la salud buco-dental del niño y lo que prefieren es un tratamiento funcional sacrificando parte de la estética ya que las restauraciones de tipo estético tiene un precio mas elevado.

⁴⁰ Goldstein, Ronald E. Op. cit. Pág.4-5

4.5 ASPECTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta. Por ello, el conocimiento de las etapas del crecimiento general de los niños ayudará a comprenderlo, así como a tener idea de que comportamiento se puede esperar de él.

El conocimiento de las diferentes áreas del desarrollo (principios del crecimiento físico, principios de maduración y principios del aprendizaje) nos ayudara a descubrir las formas en que cambia la conducta de un individuo, como pueden promoverse los cambios deseables y evitar los indeseables.

Las teorías sobre el desarrollo intelectual infantil y la psicología del niño han evolucionado según las distintas escuelas. No existe una única teoría que explique el desarrollo humano, ya que la conducta tiene muchas facetas que interaccionan unas con otras. Cada teoría se concentra en una de ellas enfatizando su importancia en el desarrollo del niño.³⁹

Se pueden englobar en dos grandes grupos:

- ✓ **Teorías psicodinámicas:** explicación del desarrollo emocional y su influencia en la conducta del niño.
- ✓ **Teorías conductista-aprendizaje:** explicación del aprendizaje y la conducta social.



³⁹ Barbería Leache. E. Op.cit Pág. 115

4.5.2 EDAD

La edad del paciente infantil es un factor importante en la realización del tratamiento restaurador, ya que dependiendo de ella podemos valorar su conducta y las necesidades del niño, en pacientes muy pequeños de edades ente 0-4 años, se debe realizar el tratamiento lo mas rápido posible, ya que la comunicación es difícil y evidentemente no contamos con la opinión del mismo.

En cambio en pacientes de 4-7 años, hay mayor comunicación, mejor manejo de la conducta, los pacientes expresan sus inquietudes y se debe tomar en cuenta su opinión acerca de la aceptación del tratamiento en cuento a estética se refiere.

Los pacientes de 7 a 18 años de edad hay un cambio drástico para la consulta dental ya que el paciente empieza a adquirir una personalidad propia, manifiesta sus gustos y se tiene mayor inclinación hacia la conservación de la estética o conductas y aspectos que exige la moda en el momento, hay cooperación en los tratamientos dentales en la mayoría de los pacientes.

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza de forma gradual ya que se trata de un desarrollo progresivo.

Recopilando las observaciones efectuadas sobre niveles de maduración, se pueden describir patrones típicos de conducta para los niños de los distintos grupos de edades.⁴²

⁴² Barbería, Leache. E Op. cit. Pág. 115-118

4.5.3 MEDIO EN EL QUE SE DESARROLLA

Las necesidades del niño se adaptan al medio en el que se desarrolla, en niños preescolares que asisten a centros educativos la relación diaria desemboca en una conducta imitadora, debido a que los niños estéticamente beneficiados son más aceptados por sus compañeros que un niño con estética deficiente.

A nivel primaria es más importante para los niños el aspecto estético ya que comienza el desarrollo y reconocimiento de su personalidad, empieza una conducta independiente y se ocupan de que su aspecto sea adecuado de acuerdo a las necesidades de cada individuo, su integración a la aceptación social y el relacionarse con personas de su misma edad tiene gran influencia.

En la adolescencia hay diversos factores que se deben de tomar en cuenta, su conducta es impredecible, muestran una gran importancia por una identidad, así como expresar la propia individualidad, el inicio de caracteres sexuales requieren de aceptación del sexo opuesto, los medios de comunicación influyen en su comportamiento, toman como líderes a los actores o actrices de moda, quieren experimentar todo tipo de moldes o modelos con los que se identifican y puede haber o no inclinación hacia el tratamiento estético o modificaciones que ellos proponen.

4.5.4 HÁBITOS PERNICIOSOS QUE AFECTAN AL TRATAMIENTO RESTAURADOR

En la realización de tratamientos restauradores el fracaso o el éxito dependen factores como:

➤ *Higiene:*

Es determinante para el éxito del tratamiento debido a que al restaurar por cualquier método un órgano dentario si no existe una adecuada higiene pueden presentarse recidivas en caso de caries o problemas periodontales en la colocación de prótesis.

➤ *Hábitos perniciosos:*

Los hábitos dependen de factores sociales en donde las madres trabajan o no cuentan con el tiempo suficiente para atender adecuadamente a los niños preescolares y acostumbran el biberón o el chupón y pueden causar anomalías en el crecimiento de la mandíbula y el maxilar, psicológicas, cuando el niño es muy nervioso o inseguro se puede presentar onicofagia, succión digital, etc., cuando no hay una oclusión balanceada puede existir protrusión de lengua, hipotonía de los músculos orbiculares de los labios, en donde al restaurar los dientes anteriores por ejemplo, debe tomarse en cuenta no sólo la estética sino que la rehabilitación funcional es de gran importancia.

Si existe la presencia de hábitos el plan de tratamiento puede verse afectado ya que las restauraciones estéticas o convencionales pueden llevarnos al fracaso de la restauración por problemas como fracturas, desalajo de prótesis o coronas, incluso hasta el provocar maloclusiones y retenciones de los órganos dentarios permanentes.

En pacientes con este tipo de hábitos debe ser valorado cualquier tratamiento restaurador debido a que la salud dental del paciente infantil no sólo se concentra en la restauración como tal, si bien es importante en primer plano retirar cualquier hábito nocivo para lograr conseguir la armonía y el equilibrio del aparato masticatorio integralmente.

CONCLUSIONES

En esta investigación documental se han abordado los aspectos más relevantes relacionados con el tratamiento restaurador estético y funcional en odontopediatría, el objetivo principal es profundizar en la correcta elección y valoración de dicho tratamiento.

La diferencia de estos tratamientos debe considerarse aspectos de gran importancia, desde las necesidades del paciente infantil, hasta la aceptación social que pueda tener y que pueda repercutir en su desarrollo físico como psicológico.

En el proceso de elaboración de este trabajo me di cuenta que el material bibliográfico en esta época es extenso, ya que cada vez se le da más importancia a la estética no sólo en los tratamientos de los dientes de la segunda dentición sino que ya hay un interés en brindarle al paciente odontopediátrico tanto funcionalidad como una estética aceptable en una rehabilitación bucal.

La avanzada tecnología nos ofrece tanto materiales como técnicas innovadoras que el profesional debe de considerar en su atención odontológica y tener los conocimientos necesarios para enfrentar las necesidades del paciente infantil.

En la actualidad con las ventajas y desventajas que nos brinda la odontología restauradora en el campo de la odontopediatría puedo decir que se pueden cumplir las exigencias más difíciles de cualquier caso clínico, ya que contando con la actualización diaria del profesional podemos obtener la restauración ideal: "la estética aunada a la funcionalidad", ya que estos dos aspectos no están divididos, si bien es una excelente combinación para brindarle al niño una salud bucal, cumpliendo con aspectos en los que se desarrolla psicológica como socialmente.

Por tanto concluyo que el fracaso o el éxito de cualquier tratamiento restaurador depende de un adecuado y certero diagnóstico, la elaboración de una historia clínica y la consideración de aspectos que influyen en la elección del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreasen JO, Andreasen FM; "Traumatic Dental Injuries" Manual
Copenhaguen: Unskgaard, University. Vol. 3. No. 2 mayo-
junio, 1999. Pág. 3-4
- Baker L, Moon P, Mourion A: "Retention of esthetic veneers on primary
stainless steel crowns" J Dent Child. May-June, 63(3):185,
1996.
- Barbería, Leache, E. Odontopediatría. 2ª. Ed. Editorial. Masson.
Barcelona, España, 2001. 432 pp.
- Dale, Barry G. Odontología Estética. 2ª. Ed. Editorial. Harcourt. Madrid,
España 2002. 605 pp.
- Figuereido Walter, Luis Reynaldo de; Isao Mayaki.
Odontología para el Bebé. Editorial Amolca. Colombia, 2002.
246 pp.
- Farah J, Powers J: The dental advisor plus, 7, 1997.
- García-Godoy F, Rodríguez M, Barbería E.
Denton bond strength of fluoride- releasing materials. Am.
Journal Dent. 9:80, 1996.
- Goldstein, Ronald E. Odontología Estética. Tomo I. Editorial Ars. Médica.
Barcelona, España 2003. 490 pp.
- Goldstein, Ronald E. Haywood, Van B. Odontología Estética. Tomo II.
Editorial Ars. Médica. Barcelona, España, 2003. 912 pp.

Guedes-Pinto, Antonio Carlos. Rehabilitación bucal en odontopediatría.
Editorial Amolca. México D.F., 2003. 320 pp.

McDonald, R; Avery, David. Odontología Pediátrica y del adolescente.
Editorial Mosby Edición. Barcelona 1995. Pág. 398.

Peretz B, Zadik D. Parents' attitudes toward behavior techniques during
dental treatment. *Pediatr Dent* 21:201-204. 1999.

Pinkham, JR. Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana McGraw
Hill. México, 1991. 628 pp.

Regezi, Joseph A. Patología Bucal. 3ª. Ed. Editorial. McGraw Hill. México
2000. 597 pp.

Van Waes, Hubertus J.M. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial.
Masson. Barcelona, España. 2002. 388 pp.

http://www.odontologiaestetica.com/cosmetica_dental.htm