



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN BUCAL CON CORONAS DE ACERO
CROMO EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE ASISTIERON A
LA CLÍNICA PERIFÉRICA XOCHIMILCO EN EL PERIODO
ESCOLAR 2003-2004**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JUANITA RODRÍGUEZ SALINAS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juanita Rodríguez Salinas'.

**DIRECTORA: MTRA. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA
ASESOR: C. D. MANUEL GARCÍA LUNA Y GONZÁLEZ RUBIO**

ÍNDICE

Introducción

1. Antecedentes	1
2. Marco Teórico	5
2.1 Niveles de prevención	5
2.1.1 Prevención Primaria	5
2.1.2 Prevención Secundaria	6
2.1.3 Prevención Terciaria	6
2.2 Niveles de aplicación de los métodos preventivos	7
2.3 Teorías de la caries	9
2.4 Triada de Keyes	11
2.5 Diagrama de Ven	14
2.6 Clasificación de las lesiones cariosas	15
2.7 Clasificación de lesiones cariosas según la duración	17
2.8 Tratamientos pulpares	18
2.8.1 Pulpotomía	18
2.8.2 Pulpectomía	19
2.9 Fracturas dentales	21
2.9.1 Clasificación de las Fracturas Dental	22
2.10 Fluorosis	24
2.11 Amelogénesis Imperfecta	25
2.11.1 Hipoplasia	26

2.11.2 Hipocalcificación	28
2.11.3 Hipomaduración	29
2.12 Dentinogénesis Imperfecta	30
2.12.1 Tipo I	31
2.12.2 Tipo II	32
2.12.3 Tipo III	33
2.13 Tipo de coronas preformadas según la composición	34
2.14 Tipo de coronas preformadas según la disposición del margen libre	35
2.15 Ventajas y Desventajas	36
2.16 Indicaciones y Contraindicaciones	37
3. Planteamiento del problema	38
4. Justificación	39
5. Objetivo	40
5.1 Objetivo General	40
5.2 Objetivo Específico	40
6. Metodología	41
6.1 Material y método	41
6.2 Tipo de estudio	41
6.3 Población de estudio	41
6.4 Criterios de inclusión	42
6.5 Criterios de exclusión	42
6.6 Criterios de eliminación	42
6.7 Variables	42
6.7.1 Variables dependientes	42

6.7.2 Variables independientes	43
6.8 Análisis de la información	43
6.9 Recursos	43
6.9.1 Humanos	43
6.9.2 Materiales	43
6.9.3 Financieros	44
6.10 Cronograma	44
7. Resultados	45
8. Conclusiones	57
9. Referencias Bibliográficas	58
10. Anexos	62

INTRODUCCIÓN

La restauración de dientes temporales es un tratamiento muy frecuente en la atención dental, tal vez debido a la ignorancia de los padres ya que la educación no existe con programas establecidos de Educación para la Salud Bucal en la población infantil por lo tanto debemos intentar educar en nuestro país a nuestros pequeños pacientes, pero además, ofrecer y conocer algunas alternativas existentes para rehabilitar adecuadamente a la población infantil.

Durante muchos años y hasta la fecha, la restauración con coronas acero cromo prefabricadas han sido una excelente opción, ya que estas ofrecen una adecuada función, un costo accesible para los padres de familia, una fácil preparación y colocación en boca, además de ser de fácil adquisición para el operador. Tal vez la única desventaja sea su estética.

El estudio realizado a la rehabilitación bucal con coronas acero cromo en la clínica periférica Xochimilco del periodo escolar (2003-2004) fue un estudio retrospectivo analizando los expedientes pasados para saber la frecuencia de casos en los que se colocó coronas acero cromo, así como el Diagnóstico que llevo a la decisión de éste tipo de rehabilitación que a lo largo de ésta se expondrán.

De esta manera estaremos contribuyendo para el ejercicio de las funciones masticatoria, estética, fonética así como de mantenimiento de espacio, lo cual debe mantener la integridad de la forma del arco y de los dientes deciduos, posibilitando la correcta transición entre la dentición decidua y la permanente.

También en el correcto posicionamiento de la lengua, además de permitir que el niño alcance su bienestar psíquico, psicológico y emocional, facilitando así su relación social.

1. ANTECEDENTES

1000 a 400 años antes de J. C entre la civilización etrusca que floreció en Italia Central se hacían coronas artificiales y se sustituían los dientes ausentes mediante primitivos dientes sujetos a los vecinos mediante coronas y bandas de oro, o ligadura de alambre de oro. ⁷

En 1728 Pierre Fauchard fue por primera vez quien describió una corona. ⁷

En 1746 C.Mouton creó la primera corona enteramente de oro. ⁷

En 1850 comenzó el desarrollo de las modernas coronas. ^{7,9}

1950 Humphrey introdujo a la odontología infantil el uso de coronas preformadas o de acero inoxidable. Desde entonces, este recurso restaurativo es invaluable en el tratamiento de dientes primarios muy destruidos. ⁶

En 1971 Mink y Hill expusieron diversas maneras de modificar la corona de acero inoxidable. ²¹

En 1979 Doyle introdujo los Jackets de acrílico prefabricados.

1981 Dawson y Colaboradores elaboraron coronas como cubiertas metálicas y con estructura anatómica preformada en tamaños diferentes, estas se recortan y contornean conforme sea necesario para su ajuste. ⁹

En 1983 Harmany y Helpin elaboraron las coronas acero cromo con frente estético⁹

En 1984 Spedding tomó en consideración dos principios para obtener la adaptación óptima de las coronas de acero inoxidable en los molares primarios. 1) Longitud de la corona 2) Forma de los márgenes gingivales de la misma.⁹

En 1988 Messer y Levering elaboraron coronas de diferentes tamaños, diferentes como una cubierta metálica con alguna anatomía preformada, y se cortan y contornean lo necesario para ajustar a los dientes individuales.

En 1995 viendo la necesidad de mejorar Kenneth R, Wiedenfeld, Robert A, Draughn, Sheryl E y Goltra publican una técnica para elaborar coronas con frente estético.

En el 2000 José de Jesús Martínez revoluciona la técnica de Wiedenfeld para elaborar coronas veneer de acero con carilla de resina fotocurable.

En el 2000 E Vaslenzuela y E Barceló desarrollan una técnica de coronas metálicas arenadas con frente estética para dientes incisivos superiores e inferiores.

En el 2001 Charles Roberts, Jessica Y Lee, Timothy Wright evaluó las coronas preformadas (Whiter bitter II).

-Coronas de Acero Cromo para Molares Primarios “Evaluación de Dos Tipos”.

Ambas coronas demostraron que previenen el movimiento de los dientes adyacentes y la subsecuente pérdida de espacio. No obstante, las coronas Unitek parecieron mantener mejor la dimensión vertical debido a su anatomía oclusal.

Ambas coronas Ionhan y Unitek restauraron satisfactoriamente el contacto u contorno proximal. Sin embargo, en las coronas Unitek las áreas de contacto interproximal son muy anchas y lisas, mientras que las Ionhan solucionan esta dificultad pero están confeccionadas en un material muy blando.

Durante esta investigación las coronas Ion aparentaron ser más elásticas y resistentes que las coronas Unitek y fueron causa de que los márgenes gingivales de las coronas se ajustaran al sobrepasar el punto de mayor circunferencia del diente preparado. Sin embargo, una vez recortadas, las coronas Ion presentaron mayor dificultad para brindar un ajuste gingival uniforme.

Los márgenes gingivales de las coronas Unitek demostraron que no se deforman tan fácilmente como los márgenes de las coronas Ion. En éstas, después de recortarse y contornearse, el metal perdía sus propiedades y se reblandecía.

Las coronas Unitek resultaron mejores para restaurar dientes con lesiones cariosas extensas. Cuando estas lesiones se extendían por debajo de la encía, era necesario añadir un pedazo de matriz de acero como extensión gingival. La unión metálica posteriormente se pulía, se contornea y la corona era cementada en su sitio.²⁹

-Evaluación de coronas preformadas de acero cromo en Odontopediatria.

En la Universidad Quetzalcoatl de Irapuato, en el departamento de Odontopediatria se revisaron 30 niños de ambos sexos con edad promedio 5.9 años en los que se colocaron 70 coronas de acero cromo de Marzo del 1993 a Julio del 1994 para definir los factores pronóstico del grado de ajuste en dichas coronas.

Se utilizó explorador dental explorando alrededor del diente en el tercio cervical cuantificando la penetración del instrumento, otorgando un valor de un buen ajuste cuando el explorador no penetra, regular penetrando 2mm y malo penetrando 2.1mm o más.

Radiográficamente se cuantificó bueno con una medida de 0.5 a 1mm, desde el borde cervical de la corona hasta el borde del diente: regular, midiendo 1.5 a 2mm: malo, 2.5 a 3mm.

Colocándose más coronas en el segundo molar inferior.

La pulpotomía fue la causa más frecuente de colocación con 38 casos (54.29%).

Predominaron las coronas entre uno y cuatro meses de servicio con 31 casos (44.19%); 49 coronas, 70% tuvieron excelente adaptación y de éstas 38.86% tenían entre cinco y ocho meses colocadas.

Se determinó que el grado de ajuste es independiente de la etiología y del tiempo que dure la corona en cavidad bucal.²²

-El objetivo fue aplicar una técnica de restauración de la dentición primaria. Donde se realizó un estudio clínico en 10 niños de 2, 4 y 5 años de edad con Coronas de Acero Inoxidable en 22 incisivos primarios. Fue colocando una porción metálica soldada en la cara labial de la corona veneer la cual fue grabada, se le aplicó una delgada capa de adhesivo, composite, la cual fue pulida, terminada y cementada.

Después de 6 meses, la corona hizo que se perdiera en un 4.5% el trauma anterior, y el 95.5% estuvo sin cambio. Concluyendo que ésta técnica ofreció excelentes resultados estéticos, fácil de usar y muy exitoso en tratamientos en niños.³⁰

2. MARCO TEÓRICO

2.1 NIVELES DE PREVENCIÓN

La prevención implica cualquier medida que reduzca la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien que interrumpa o aminore su progresión. Esto significa que siempre puede hacerse algo. Los tres niveles básicos de prevención son primario, secundario y terciario.¹⁵

2.1.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Se lleva a cabo durante el periodo prepatogénico y tiene el propósito de mantener y promover la salud, así como de evitar la aparición de la enfermedad, incluye la promoción de la salud y la protección específica.¹⁵

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud tiene como propósito:

1. Educación para la salud.
2. Buenos niveles de alimentación, ajustado a las diferentes fases de desarrollo.
3. Atención al desarrollo de la personalidad.
4. Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.
5. Educación sexual y para el matrimonio.
6. Consejo genético.
7. Exámenes selectivos periódicos.¹⁵

2.1.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se aplica cuando la prevención primaria fracasa, es decir cuando el individuo enferma, e incluye:

1. Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Tiene como objetivo detener el proceso de enfermedad para que no avance, prevenir la difusión de enfermedades transmisibles, así como las complicaciones y secuelas, además de acortar el periodo de incapacidad.¹⁵

A. Medidas para encontrar casos individuales y de masa.

B. Pruebas selectivas.

C. Encuestas de selección de casos.¹⁵

2. Limitación de la incapacidad.¹⁵

A. Es necesario proporcionar tratamientos adecuados para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas.

B. Provisión de facilidades con el fin de limitar la incapacidad y prevenir la muerte.¹⁵

2.1.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria consiste en la rehabilitación.¹⁵

1. Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes.

2. Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado.

3. Proporcionar trabajo como terapia en los hospitales.

4. Ubicación selectiva.¹⁵

2.2 NIVELES DE APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS PREVENTIVOS

*Primer Nivel: Acción gubernamental amplia.

Determinados problemas de salud, como las enfermedades nutricias y la tuberculosis, requieren de programas gubernamentales encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población. Constituyen una acción de prevención inespecífica en la promoción de la salud, la cual exige acción política y social muy compleja.¹⁵

*Segundo Nivel: Acción gubernamental restringida.

Ciertos métodos de prevención hacen necesaria una acción gubernamental más restringida y limitada a una o dos secretarías de Estado.¹⁵

*Tercer Nivel. Paciente y profesional.

La puesta en marcha de métodos para prevención secundaria y terciaria necesita de la concurrencia de una acción bilateral que relacione al paciente y al profesional egresado de la universidad. Dichas relaciones presupone la existencia de una voluntad individual, un deseo y un requerimiento de servicios profesionales por parte del paciente, asimismo, implica factores económicos, educativos y culturales. Tiene el inconveniente de su alto costo.¹⁵

*Cuarto Nivel. Paciente y auxiliar o subprofesional.

Este nivel es una aplicación del anterior y presupone también una acción bilateral del paciente con una persona cuyo grado de estudios es inferior al universitario. Este personal auxiliar puede realizar determinados trabajos bajo la supervisión de profesionales; por ejemplo, las aplicaciones tópicas de fluoruros en programas escolares amplios, lo cual sería imposible de llevar a cabo por un solo odontólogo. Esta participación permite ampliar los horizontes de trabajo y reducir los costos per cápita¹⁵

***Quinto Nivel: Acción Individual**

La aplicación de muchos métodos preventivos depende de decisiones individuales. La propia persona interesada en su salud aplica dichos métodos, para lo cual necesita un sentido desarrollado de responsabilidad y de cooperación. En la mayoría de los casos, esos aspectos son difíciles de lograr. ¹⁵

2.3 TEORÍAS DE LA CARIES

TEORÍA PROTEOLÍTICA

El esmalte maduro está mineralizado en un grado más alto que cualquier otro tejido de los vertebrados. El diente humano contiene sólo aproximadamente de 1.5% a 2% de materia orgánica de la cual de 0.3% a 0.4% corresponde a proteína. De acuerdo con la teoría proteolítica, el componente orgánico es más vulnerable y lo atacan las enzimas hidrolíticas de los microorganismos. Este proceso ocurre antes de terminar la fase inorgánica.⁸

Frisbie en 1944 describió la caries como un proceso proteolítico que incluía la despolimerización y la licuefacción de la matriz orgánica del esmalte. Por tanto las sales inorgánicas menos solubles podrían liberarse de su “enlace orgánico”, lo que ayudaría a su propia disolución provocada por bacterias acidógenas que luego penetrarían a través de vías más amplias.⁸

TEORÍA DE PROTEÓLISIS-QUELACIÓN

La teoría de proteólisis-quelación considera que la caries es una destrucción bacteriana de los dientes en la que el primer ataque se dirige principalmente a los componentes orgánicos del esmalte. Los productores de descomposición de esa materia orgánica tiene propiedades quelantes y, por tanto, disuelven los minerales del esmalte.

De este modo, tanto los constituyentes orgánicos del esmalte como los inorgánicos, se destruyen simultáneamente.⁸

De acuerdo con esta teoría, la descalcificación se produce por medio de una variedad de agentes complejos, como los aniones ácidos, aminos, aminoácidos, péptidos, polifosfatos y los derivados de carbohidratos. Esas sustancias son productos de la descomposición microbiana ya sea de los componentes orgánicos del esmalte o de la dentina, o de los alimentos ingeridos que atraviesan la placa. Se piensa que las bacterias orales queratinolíticas intervienen en el proceso.⁸

DESMINERALIZACIÓN

Mörch y colaboradores propusieron la hipótesis de que la desmineralización se inicia con disolución ácida cuando el pH de la placa es bajo, y que continúa mediante la intervención de agentes formadores de complejos cuando el pH de la placa es neutro.⁸

OTRAS TEORÍAS DE CARIES

Se considera como deficiencia nutricional provocada por una insuficiente fijación de fosfato o por una proporción inadecuada de calcio y fosfato en la dieta. Ninguna de estas explicaciones tiene bases estadísticas o experimentales y ambas se mantienen principalmente como simples conjeturas.⁸

Otra teoría es que la fosfatasa alcalina bacteriana obtenía fosfato del esmalte. Se especuló acerca de la posibilidad de que esa enzima participara en la destrucción de la caries al actuar sobre las fosfoproteínas del esmalte. Se utilizó un preparado comercial de enzimas obtenido por precipitación de sulfato, pero después se observó que el sulfato de amonio puede por sí mismo liberar fosfato de los dientes. Otra dificultad que presenta esta teoría se refiere a que la fosfatasa alcalina de las bacterias es una enzima intracelular. Así, en consecuencia, para liberar la enzima tendría que producirse una lisis de las células.⁸

2.4 TRIADA DE KEYES

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos. ^{2,5}

- 1^{er} Factor Huésped-Diente y Saliva.
- 2^o Factor Microflora-Alimento.
- 3^{er} Factor Sustrato-Defectos congénitos. ⁵

HUÉSPED: DIENTE

Es sobre la estructura dura de los dientes, se manifiesta y ocurre cuando el esmalte se torne susceptible de ser destruido, por los ácidos o por su propia configuración anatómica como en los casos de surcos, fosetas y puntos estructurales. Así cuanto mayor sea el pH de Potencial de Resistencia.

Cuando los dientes deciduos sanos son menos mineralizados que los permanentes, lógicamente serán más susceptibles, ya que la resistencia del esmalte es menor a un pH más alto y franco.

Otros factores también interfieren tales como la capacidad de tamponamiento salival y la placa, la concentración de flúor, fósforo y calcio existente en la placa, así como la capacidad salival para remover el sustrato. ⁵

HUÉSPED: SALIVA

La acción físico-química, el flujo y la viscosidad influyen en la determinación de un riesgo mayor o menor que el individuo pueda tener con relación a caries.

En cuanto a la capacidad buffer o mecanismo de regulación ácido-básico, éste depende de dos acciones:

- 1) Química: representada por la relación carbonato/bicarbonato.
- 2) Física: flujo salival. En resumen se puede afirmar que a menor capacidad buffer mayor riesgo de caries.⁵

Considerando que la consistencia de la saliva es diferente entre el Bebé y el Niño.

Bebé tiene una consistencia rica en H₂O

Niño la consistencia es poco densa del H₂O.

MICROFLORA

Se origina de una matriz glico-proteica donde el componente bacteriano se coloniza y cuando es cariogénico y organizado, se puede convertir en una fuente generadora de caries dentaria. Los Streptococcus Mutans están relacionados con la caries o lesiones que ocurren en surcos, fosetas, y fisura, como también en las de superficie lisa y sobre el cuello y la raíz, por la acción formadora de glucanos que los habilita a adherirse en cualquier superficie.

Los Lactobacilos Acidófilos son también generadores de ácidos y de polímeros tipo fructanos y son los responsables por la mayoría de la caries de surcos y fisuras. Sin la presencia de las bacterias no hay caries como demostró Orland 1955 y Fitzgerald 1968.⁵

SUBSTRATOS

No obstante, la simple inoculación de bacterias cariogénica no generan de por si la caries dental, siendo necesaria la presencia de un sustrato cariogénico constituido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa.

Los Streptococcus Mutans actuando sobre la sacarosa determinan la formación de glucano y la formación de ácido. Cuando la acidificación es alta y el pH cae para menos de 5.2 existe la posibilidad de que ocurra desmineralización y consecuentemente la ruptura del esmalte y el inicio de la formación de una lesión cariosa. Como en la saliva y en la placa existen iones de Ca, P y F, ellos producen un efecto de remineralización, que evita que la lesión se forme; y cuando existe el desequilibrio este se lleva por un lado a la cavitación y por otro a la remineralización.⁵

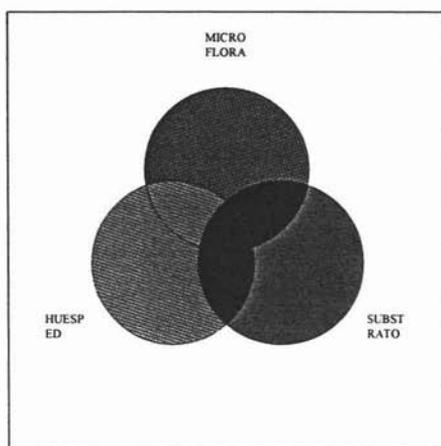


Fig. 1 Triada de Keyes Fuente: Directa.

2.5 DIAGRAMA DE VEN

Newbrum agregó el cuarto factor.

4° Factor-Tiempo⁵

TIEMPO

La presencia y formación de caries no está solamente relacionada con la calidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, las frecuente ingesta contribuyen para aumentar el riesgo de caries.

Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de Remi-Desmi aumentando el riesgo de caries.⁵

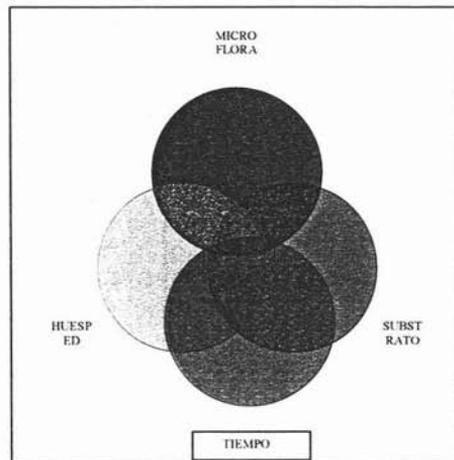


Fig. 2 La conjunción de estos factores da como resultado el Diagrama de Ven Fuente: Directa.

2.6 CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES CARIOSAS

Las coronas acero cromo prefabricadas son indicadas en los casos en que la caries dental destruye gran parte de la estructura coronaria de los dientes deciduos trayendo como consecuencia la pérdida de la estructura cérvicooclusal y el diámetro mesiodistal del propio diente.²

1er grado Son las lesiones que ocurren en fosetas y fisuras sobre las superficies vestibulares, lingual y oclusal de molares y premolares, y son menos frecuencia, en las superficies linguales de dientes anteriores superiores, con mayor frecuencia en los incisivos laterales, menor frecuencia en los incisivos centrales y raramente en caninos.³

2º grado Las lesiones ocurren en las superficies proximales de los dientes posteriores principalmente frecuente en molares y premolares.³

3er grado Las lesiones ocurren en las superficies proximales de los dientes anteriores principalmente frecuente en incisivos centrales, laterales y caninos.³

4º grado Las lesiones ocurren en las superficies proximales de los dientes anteriores cuando el ángulo incisal requiere restauración. El ángulo puede haber sido removido debido a fragilidad o para la apropiada colocación de la restauración, o este puede haber sido fracturado por trauma.³

5º grado Las lesiones ocurren sobre superficies lisas, vestibular o lingual en el tercio gingival de los dientes.³

6º grado Las lesiones son defectos en punto o desgaste sobre los bordes incisales de los dientes anteriores o en las puntas de las cúspides de los dientes posteriores.³

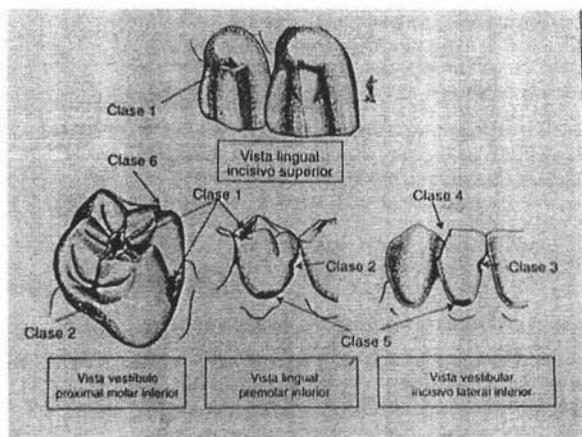


Fig. 3 Clasificación de las lesiones cariosas. Fuente: Schwarts.

2.7 CLASIFICACIÓN DE LESIONES CARIOSAS SEGÚN LA DURACIÓN

Caries aguda.

Es un proceso rápido que involucra un gran número de dientes. Estas lesiones están coloreadas de modo más ligero que otros tipos, son de color café claro o gris y su consistencia hace más difícil su limpieza.

Caries crónica.

Estas lesiones son una afección a largo plazo, envuelve pocos dientes y son más pequeñas que las caries agudas, la dentina descalcificada es correosa y de color café oscuro.

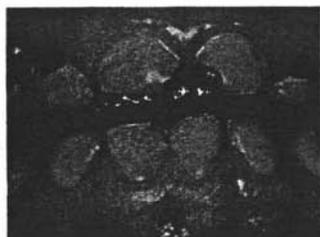


Fig. 4 Caries Aguda. Fuente: Huberts.



Fig.5 Caries Crónica. Fuente: Huberts.

2.8 TRATAMIENTOS PULPARES

Los dientes con tratamientos pulpares son restaurados mejor con coronas de acero inoxidable, no sólo por que han sido destruido considerablemente sino porque la dentina no vital es más frágil y puede fracturarse bajo las fuerzas masticatorias.^{11,12}

2.8.1 PULPOTOMÍA

Es un tratamiento de la pulpa vital consistente en la extirpación o amputación quirúrgica de la pulpa cameral o coronaria, con el objeto de mantener la pulpa radicular, fijándola por medio de medicamentos.^{1,2,10}

El cual se realiza únicamente en dientes temporales que presenten exposición pulpar por caries o mecánicas de manera accidental.^{1,2}

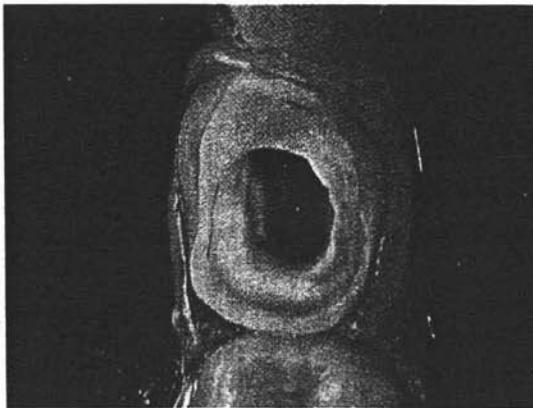


Fig. 6 Pulpotomía donde se extirpo la pulpa cameral. Fuente: Escobar.

2.8.2 PULPECTOMÍA

Es un tratamiento pulpar consistente en la remoción completa de tejido pulpar vital o no vital del diente¹⁶ y la obturación de los canales radiculares correspondientes.²

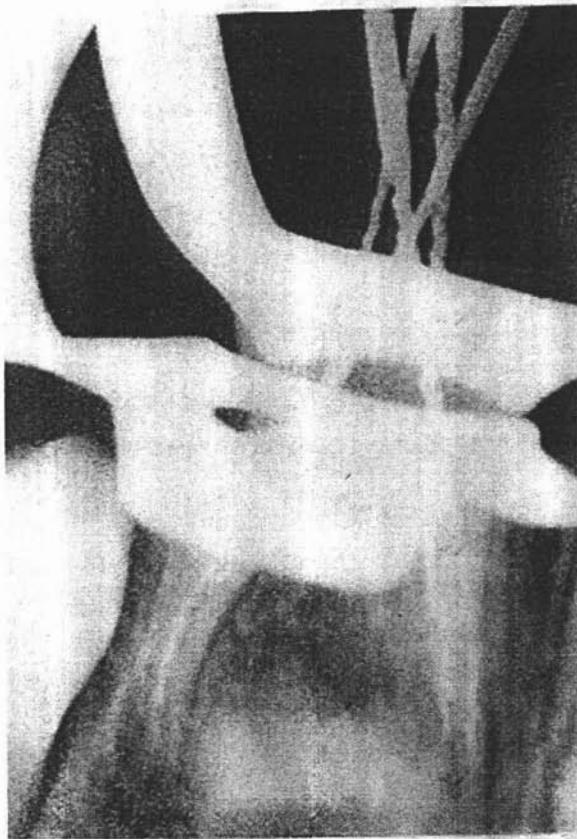


Fig. 7 Tratamiento de Pulpectomía remoción completa de tejido pulpar. Fuente: Huberts.



Fig. 8 Radiografía de Pulpotomía ya obturados los conductos. Fuente: Huberts.

2. 9 FRACTURAS DENTALES

La mayoría de las lesiones en los dientes primarios acontecen entre 1.5 y 2.5 años de edad, las principales causas son:

- 1) Cuando el niño empieza a caminar y a menudo cae hacia delante, y la carencia de coordinación en dicha etapa del desarrollo le impide protegerse de golpearse contra objetos que pudiera encontrar al desplomarse.
- 2) Accidentes automovilísticos que causan graves lesiones dentarias al golpearse a menudo contra el parabrisas o tablero.
- 3) Cuando los niños padecen convulsiones crónicas.
- 4) Maltrato Infantil es otra de las causas y como referencia el 50% de los niños maltratados sufren lesiones en la región de la cabeza y cuello (Needleman 1986).⁹

Después de realizar la terapéutica adecuada si es necesario es totalmente recomendable la restauración de coronas de acero cromo preformada, se emplea la misma técnica para preparar la pieza y adaptación de la corona.¹⁴

A pesar de los avances que han experimentado las reconstrucciones con composite, las coronas metálicas que antes eran el único método para el tratamiento de fracturas coronarias aún están indicadas en ocasiones, especialmente en fracturas que penetran hasta el surco gingival, ya que no es posible el sellado hermético con composite porque la cantidad de esmalte es insuficiente y el aislamiento difícil.¹⁸

2.9.1 CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DENTALES

* Fracturas del esmalte.

Cuando afectan solamente al esmalte y comprende la fractura de ángulos, fracturas incompletas o fisuras.⁴

* Fracturas de la corona sin afectación pulpar.

Son las fracturas no complicadas que afectan al esmalte, la dentina pero sin exposición pulpar.⁴

* Fracturas de la corona con afectación pulpar.

Llamadas también fracturas complicadas por afectar esmalte y dentina y por la presencia de una exposición pulpar.⁴

* Fracturas radiculares.

Cuando solamente hay fracturas de la raíz, cemento, dentina y pulpa, igualmente llamadas fracturas horizontales o transversales de la raíz.⁴

* Fracturas corono radiculares.

Son aquellas que afectan esmalte, dentina y el cemento radicular y pueden o no incluir la pulpa.⁴

* Luxaciones.

Cuando hay desplazamiento dental, ya sea contusión, subluxación, luxación lateral, luxación extrusiva y luxación intrusiva.⁴

* Avulsión

Cuando el desplazamiento del diente es total y sale fuera de su alveolo.⁴

*Fractura del hueso alveolar.

Cuando hay fracturas del alveolo o del proceso alveolar. ⁴

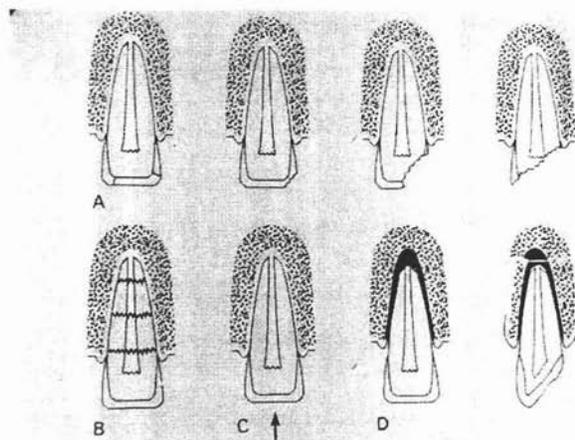


Fig. 9 Traumatismos dentarios. Fuente: Huberts

- A) Fracturas de la corona.
- B) Fracturas radiculares a distintos niveles.
- C) Intrusión dentaria.
- D) Extrusión dentaria.

2.10 FLUOROSIS

Es un defecto del esmalte producido por la concentración alta de flúor en el microentorno de los ameloblastos durante la formación del esmalte y produce modificaciones de él, desde delgadas líneas blancas hasta esmalte cretáceo, que se desmorona después de la erupción.¹⁰

En dientes poco afectados puede ser suficiente el desgaste y pulido de la superficie del esmalte y en los defectos más avanzados pueden ser tratados con resinas o coronas.¹⁰

En los dientes temporales exhiben menos fluorosis dentaria que los permanentes, la explicación es que la mayor parte del esmalte se forma in útero con menor flúor sérico fetal.¹⁰



Fig. 10 Fluorosis dental. La lesión comienza a manifestarse cuando la concentración de flúor es superior a 1.8 ppm/día. Fuente: Barbería.

2.11 AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

La amelogénesis imperfecta es una anomalía estructural del esmalte de tipo hereditario. Este trastorno del desarrollo de la dentición se debe bien a una función anormal de los ameloblastos o a una alteración en el depósito estructural y la calcificación de la matriz del esmalte que segregan los ameloblastos.¹

Suele afectar a las dos denticiones y la alteración se limita exclusivamente al esmalte.

Los portadores de este defecto presentan baja tasa de caries que, según algunos autores, puede deberse a la falta de contactos interdentarios y a la escasa profundidad de las fisuras.¹

Presentan mayor tendencia a sufrir patología periapical¹, esto se debe a que presentan defectos en el epitelio de contacto gingival ya que tienen mayor susceptibilidad para retener placa bacteriana por la anómala forma dentaria así como hipersensibilidad, que dificulta la masticación e higiene bucal.²

Según la etapa del desarrollo dental que se altera, los defectos estructurales del esmalte se clasifican en tres tipos o formas clínicas.

- * Tipo Hipoplásico.
- * Tipo Hipocalcificado.
- * Tipo Hipomaduro.

El tratamiento de piezas en individuos jóvenes con Amelogénesis Imperfecta es indicada la rehabilitación empleando coronas de acero cromo. Esto ayuda a mantener la dimensión vertical adecuada y la longitud del arco.^{2, 14}

2.11.1 HIPOPLASIA

Es la alteración en la formación del esmalte es un defecto cualitativo que rompe la continuidad superficial del esmalte. Se debe a un fallo en la aposición y la formación de la matriz proteica o a una alteración de la mineralización de la matriz.¹

Se caracteriza por que el diente muestra zonas ausentes de esmalte ya que en el estado embrionario hay partes del órgano dental carentes de epitelio interno. Se han identificado seis tipos diferentes de amelogenesis imperfecta del tipo hipoplásico.¹

Dependiendo de la severidad de los diferentes tipos de hipoplasia puede o no manifestar hipersensibilidad que dificulta la masticación e higiene bucal²

* Hipoplásico local.

Varía desde hileras horizontales de huecos o depresiones lineales hasta grandes zonas de depresiones hipoplásicas.¹

* Hipoplásico liso.

Esmalte delgado, duro, lustroso y de superficie lisa. El color varía del blanco al café. Espaciamiento entre diente y diente.

* Hipoplásico rugoso.

Esmalte duro, con superficie rugosa y granular. Deficiente cantidad de esmalte, de color blanco a amarillo blanquecino.¹

* Hipoplásico rugoso

También llamada Agenesia de esmalte la cual se caracteriza por la ausencia casi total de esmalte. De color amarillo, superficie rugosa y granular. Los dientes están muy separados, ausencia o impactados.¹

* Hipoplásico con agujeros.

Esmalte duro, grosor normal con múltiples huecos puntiformes en todas las superficies. Los huecos se tiñen de color café o negro.¹

* Hipoplásico liso.

Se manifiesta en Hombres:

En liso, brillante, delgado, se tiñen de color de amarillo a café.

Se manifiesta en Mujeres:

En línea de esmalte que alternan entre el normal y el hipoplásico.¹

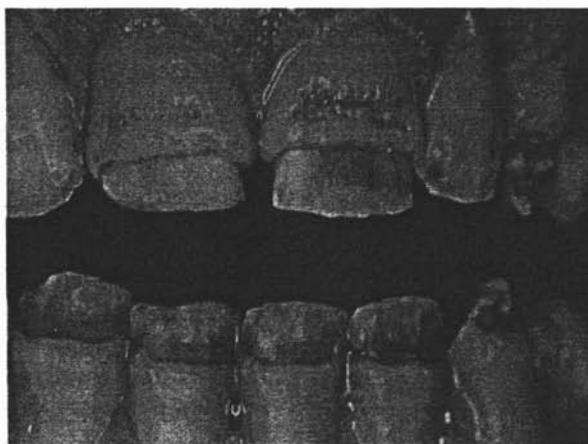


Fig. 11 Hipoplasia del esmalte producida en la infancia. Se pone de manifiesto una banda ancha de esmalte defectuoso. Fuente: Barbería.

2.11.2 HIPOCALCIFICACIÓN

Es la alteración en la formación del esmalte, la alteración se presenta en la fase de calcificación de la matriz orgánica. La displasia se manifiesta como un problema cualitativo y no de cantidad de esmalte. El esmalte se forma en cantidades adecuadas y los dientes erupcionan con normalidad, pero al haberse calcificado probablemente será frágil y se desprenda sin dificultad, dejando al descubierto la dentina con el consiguiente aumento de sensibilidad a los estímulos térmico y mecánicos¹ que dificulta la masticación e higiene bucal.²

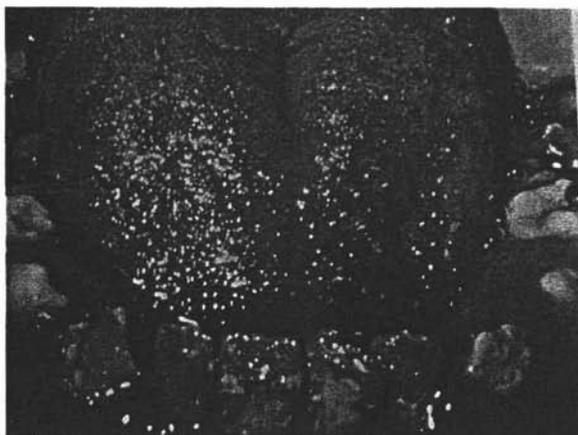


Fig. 12 Amelogenesis Imperfecta de Tipo Hipocalcificado. En donde los dientes temporales se ven afectados. Fuente: Barbería.

2.11.3 HIPOMADURACIÓN

Es la alteración en la formación del esmalte, se presenta durante el proceso de maduración del esmalte. Los dientes, en este caso, tienen un espesor normal; el grosor es adecuado, pero hay disminución del contenido mineral y de radiodensidad, por lo que la calcificación será deficiente. ¹

Se observa que al ser pobre la calcificación, aunque la matriz se ha formado con un espesor adecuado, el esmalte es blando rugoso y de gran permeabilidad. ¹

Presentando hipersensibilidad, que dificulta la masticación e higiene bucal. ²

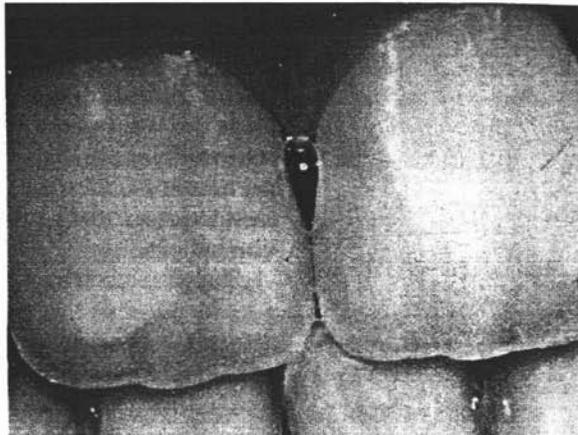


Fig. 13 Mancha blanca de Hipomaduración. Fuente: Barbería.

2.12 DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA

Es una anomalía en la cual el esmalte es normal pero se encuentra apoyado insuficientemente por una dentina anómala y por consiguiente tiende a desprenderse, de ahí que con cierta frecuencia la lesión se confunda con una alteración del esmalte que al no tener un apoyo dentinario se fractura y cae fácilmente. Clínicamente los dientes son blandos, de consistencia terrosa y tienden a fragmentarse fácilmente y puede llegar hasta el desgaste total a la altura de la encía que afecta a las dos denticiones.

Ha sido descrita con diferentes nombres: Dentina Opalescente Parda Hereditaria, Displasia de Capdepot, Dientes sin Corona, Dentinogénesis Hereditaria.¹

Según criterios clínico, radiográficos e histológicos. Shields clasifica la enfermedad en tres tipos.

El tratamiento de piezas en individuos jóvenes con Dentinogénesis Imperfecta es indicada la rehabilitación empleando coronas de acero cromo. Esto ayuda a mantener la dimensión vertical adecuada y la longitud del arco.¹⁴

2.12.1 Tipo I.- Clínicamente los dientes son blandos, de consistencia terrosa, y tienden a fragmentarse fácilmente, por lo que las exodoncias deben ser muy cuidadosas.¹

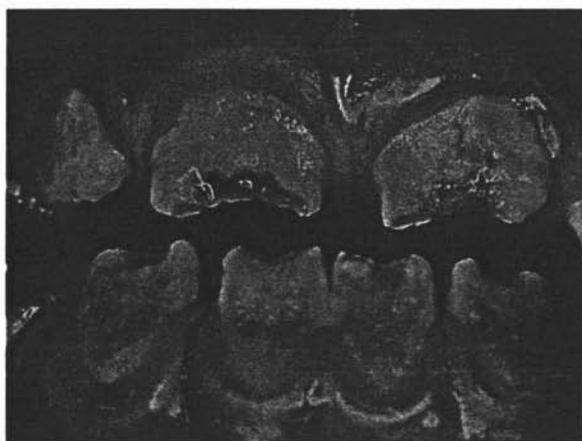


Fig. 14 Dentinogénesis Imperfecta. Alteración del color y atrición grave de los dientes. Fuente: Barbería.

2.12.2 Tipo II.- Son alteradas ambas denticiones. Los temporales lo hacen más intensamente que los permanentes, ya que en estos el desarrollo tiene lugar cronológicamente más tarde, el esmalte es normal pero se encuentra apoyado insuficientemente por una dentina anómala y por consiguiente tiende a desprenderse, de ahí que con cierta frecuencia la lesión se confunda con una alteración del esmalte que al no tener un apoyo dentinario se fractura y cae fácilmente llegando incluso a una amputación coronal.

La atrición marcada es visible sobre todo en la dentición temporal, puede llegar en casos extremos hasta el desgaste total y observarse la superficie dentaria a la altura de la encía. Las fracturas espontáneas de raíz son frecuentes. ¹

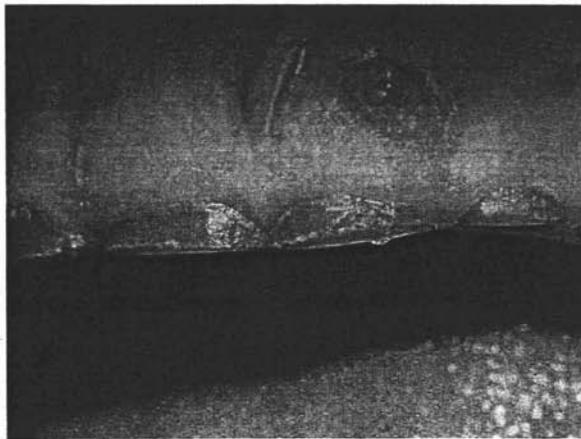


Fig. 15 Dentinogénesis Imperfecta Tipo II en donde en casos extremos de desgaste total de los dientes temporales en que se observa la superficie dental a nivel gingival.

Fuente: Barberia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.12.3 Tipo III.- Es una forma de dentinogénesis imperfecta extremadamente rara que se hereda de forma autonómica dominante. Afectando de diferente modo a las dos denticiones.

En la primera dentición presentan un aspecto translúcido, obliteración de la cámara pulpar, pero sus conductos radiculares son pequeños y delgados llegando al ápice.

En la segunda dentición el color puede considerarse normal así como la cámara pulpar.¹



Fig. 16 Dentinogénesis Imperfecta Tipo III en donde se observa desgaste total de dientes temporales. Fuente: Directa..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.13 TIPOS DE CORONAS PREFORMADAS SEGÚN LA COMPOSICIÓN

Básicamente se diferencian en la composición y en la disposición del margen libre:

1. Las coronas de acero inoxidable.

Contienen mayor porcentaje de hierro en la aleación, alcanzando hasta el 70%.

Son blandas y maleables, lo que facilita el recortado si se precisa y la adaptación.¹

2. Las coronas de acero cromo-níquel.

Contienen una aleación que contiene mayor porcentaje de níquel, aproximadamente el 70%. Son más duras y ofrecen mayor resistencia a la deformación.¹

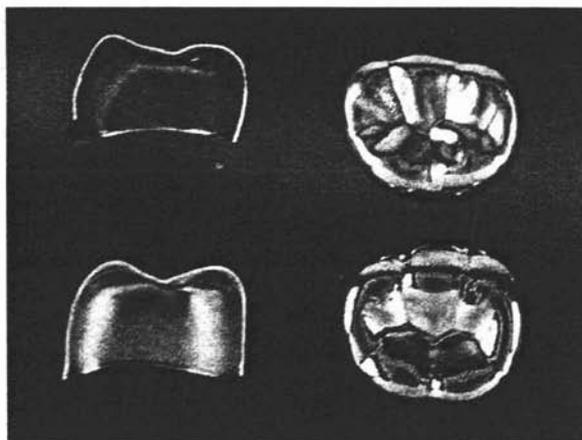


Fig. 17 Coronas Preformadas de Acero Cromo. Fuente: Huberts.

2.14 TIPOS DE CORONAS PREFORMADAS SEGÚN LA DISPOSICIÓN DEL MARGEN LIBRE

Están disponibles dos tipos de coronas, preformadas y estándar cuya diferencia radica en que el borde cervical este doblado hacia adentro o no.¹⁰

1. Coronas con el margen precontorneado Tipo 3M. Se caracteriza porque en su aspecto vestibular la, porción mesial desciende hacia gingival, de forma semejante al diente natural es el tubérculo cervical en los molares temporales. En general son más cortas en sentido ocluso-gingival, pero requieren menor manipulación para su ajuste en la boca que las no precontorneadas.¹

2. Coronas con el margen no precontorneado Tipo Unitek, Rochy Mountain, Saukin. Tienen las mismas dimensiones mesiodistal y vestibulo-lingual, tanto en el tercio gingival como en el tercio oclusal y para su ajuste en boca requieren un recortado individualizado y un bombeado de los márgenes. Por ser más largas en sentido ocluso-gingival, son muy útiles en casos de caries proximales profundas.¹

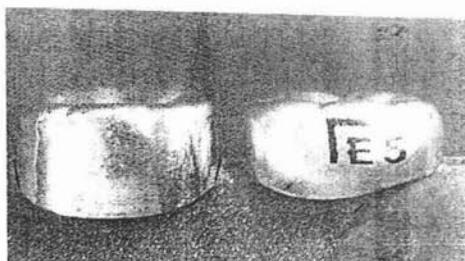


Fig. 18 De izquierda a derecha, corona preformada con el margen no precontorneado y contorneado preformada con el margen precontorneado. Fuente: Barbería.

2.15 VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS

Su costo es relativamente bajo ya que desplaza la fase de laboratorio por ser prefabricadas.^{2,6}

La variedad de tamaños disponibles facilita su selección.²

Su forma anatómica permite una buena retención.²

Exige un mínimo ajuste.²

Poco tiempo de tratamiento.^{2,11}

Protegen y soportan lo que queda de estructura dental.¹¹

Se reduce el peligro de exposición pulpar.

Permite restaurar piezas con caries más allá del margen gingival.

Son muy durables.^{11,19}

Son fáciles de limpiar.

No mancha y resisten a los fluidos bucales.²

Son bien toleradas por los tejidos gingivales.

Restaura la forma y función.⁶

DESVENTAJAS

Irritación de los tejidos gingivales por la acumulación de placa dento bacteriana en el margen gingival.

Enpaquetamiento de comida al no dejar lugar suficiente para la papila incisiva y se establezca además un firme contacto.

Caries recurrente si los márgenes gingivales no están por debajo de la encía.

No son estéticas.¹¹

2.16 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES DE USO

Lesiones cariosas extensas. 2, 6, 9, 11, 16, 18, 19

Restauración de un diente Fracturas. 9, 10, 11, 13, 16, 18

Tratamientos pulpares. 6, 9, 11, 12, 18

Fluorosis. 10

Amelogénesis Imperfecta. 1, 2, 6, 9, 16

Hipoplasia. 1, 2, 6, 9, 11, 16

Hipocalcificación. 1, 2, 16

Hipomaduración¹

Dentinogénesis Imperfecta. 1, 6, 9, 16

CONTRAINDICACIONES

En piezas jóvenes como restauraciones permanentes.

Cuando hay dolor espontáneo existiendo patología apical o degeneración pulpar.

Reabsorción patológica por lo menos una parte de la raíz y por consiguiente movilidad del diente.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha visto que existe un grave problema de salud bucal en la población infantil debida a la presencia de procesos cariosos extensos, el cual avanza rápidamente en la primera dentición aunado con los malos hábitos de higiene, por lo que el profesional se ve en la necesidad de rehabilitar la cavidad oral del niño en las que se colocan coronas acero cromo para que la 1ª dentición realiza sus funciones en la cavidad oral y se mantenga hasta el periodo de exfoliación y recambio.

En la actualidad se ha demostrad que la colocación de las coronas acero cromo son restauraciones con grandes ventajas de rehabilitación.

4.- JUSTIFICACIÓN

Siendo la rehabilitación bucal con coronas acero como un tratamiento muy frecuente en niños menores de 5 años es importante señalar que la profesión odontológica tiene una gran responsabilidad en la atención de dichos pacientes así como la prevención u orientación encaminada a una buena higiene bucal.

Será conveniente establecer programas preventivos relacionados con dichos trastornos para llevar una mejor calidad de atención.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuantos niños de 2 a 5 años fueron rehabilitados con coronas acero cromo que asistieron a la Clínica Periférica Xochimilco en el periodo escolar 2003-2004 en el Turno Matutino.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer los Dx por los cuales se rehabilitan a los niños con coronas de acero cromo.

Determinar cuantas coronas se colocaron por paciente.

Determinar en que piezas se colocaron las coronas de acero cromo.

Determinar cuantas coronas se colocaron en total.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se realizó en la Clínica Periférica Xochimilco que está ubicada en Calle De Maíz s/n Manzana 167 Lote 145 Barrio Xaltocan Xochimilco Delegación Xochimilco presentando una solicitud de permiso (Anexo 1) al Jefe de la Clínica Periférica Xochimilco del Turno Matutino para tener acceso a los expedientes de los pacientes de Odontopediatría del periodo escolar 2003-2004.

El universo de estudio estuvo constituido por niños de 2 a 5 años de edad tanto del sexo femenino como masculino que fueron rehabilitados con coronas acero cromo en la Clínica Periférica Xochimilco, en el periodo escolar 2003-2004 del turno matutino.

En la primera etapa se recolecto la información en un formato individualizado (Anexo 2) para conocer la rehabilitación bucodental por cada niño, con coronas acero cromo que se presentaron en ésta clínica periférica.

Con los datos obtenidos se graficará los resultados obtenidos con ayuda del programa Excel.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Retrospectivo, Transversal.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Expedientes clínicos de los pacientes Odontopediátricos de 2 a 5 años de edad que asistieron a la Clínica Periférica Xochimilco del periodo escolar 2003-2004 del turno matutino.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes clínicos Odontopediátricos de la Clínica Periférica Xochimilco del periodo escolar 2003-2004 del turno matutino que tengan edades entre 2 a 5 años con información completa, diagnóstico clínico dental y que hayan sido rehabilitados con Coronas Acero Cromo.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expedientes clínicos Odontopediátricos de la Clínica Periférica Xochimilco del periodo escolar 2003-2004 del turno matutino que no tengan el rango de edad de 2 a 5 años con información dental incompleta y sin rehabilitación dental de coronas acero cromo.

6.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expedientes clínicos que no sean de la Clínicas Periféricas Xochimilco y de la Clínica de Adultos.

6.7 VARIABLES

Se tomaron en cuenta:

6.7.1 VARIABLES DEPENDIENTES

Caries.
Fracturas.
Tratamientos pulpares.
Fluorosis.
Amelogénesis Imperfecta.
Hipoplasia.
Hipocalcificación.
Hipomaduración.

Dentinogénesis imperfecta.

Tipo I.

Tipo II.

Tipo III.

6.7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Sexo.

Edad.

6.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó la captura de datos por medio del programa porcentual para las estadísticas descriptivas y así poder establecer el número de rehabilitaciones bucodentales con coronas acero cromo.

6.9 RECURSOS

Se consideraron:

6.9.1 RECURSOS HUMANOS

Director de la tesina.

Un asesor de tesina.

Pasante de la Facultad de Odontología.

Jefe de enseñanza de la Clínica Periférica Xochimilco.

6.9.2 RECURSOS MATERIALES

Expedientes clínicos.

Lápiz.

Hojas.

Formato escrito individualizado por expediente.

6.9.3 RECURSOS FINANCIEROS

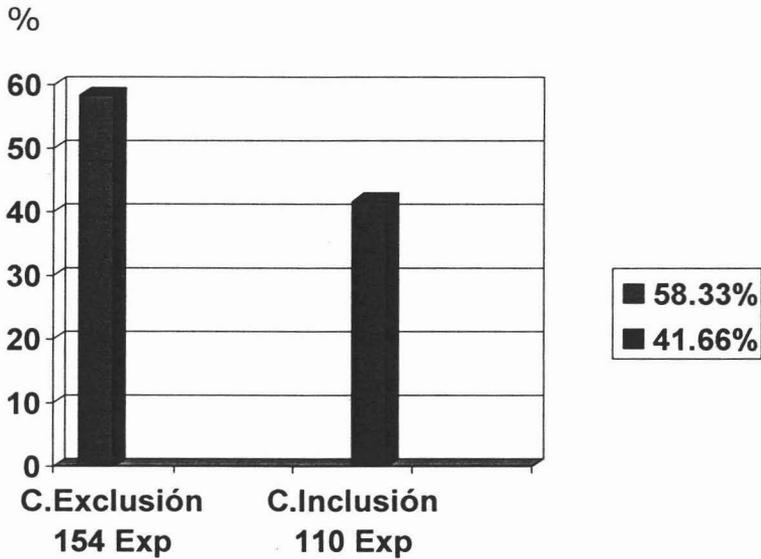
Propios del tesista.

6.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Revisión de la literatura	X			
Revisión de expedientes		X		
Análisis de datos			X	
Captura de datos			X	
Elaboración e impresión de la tesina				X

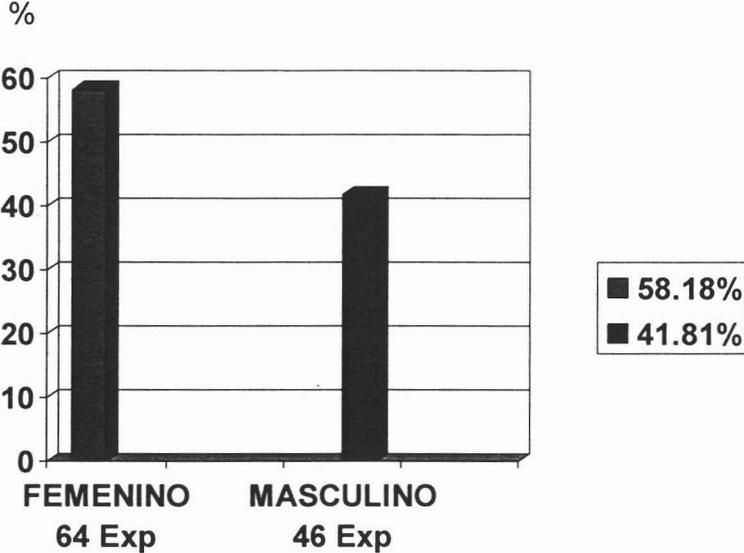
7. RESULTADOS

Gráfica 1 De los 264 Expedientes Obtenidos en la Clínica Periférica Xochimilco del Turno Matutino 110 expedientes se tomaron como criterio de inclusión que corresponde al 41.66% y 154 expedientes fueron el criterio de exclusión que corresponde al 58.33%.

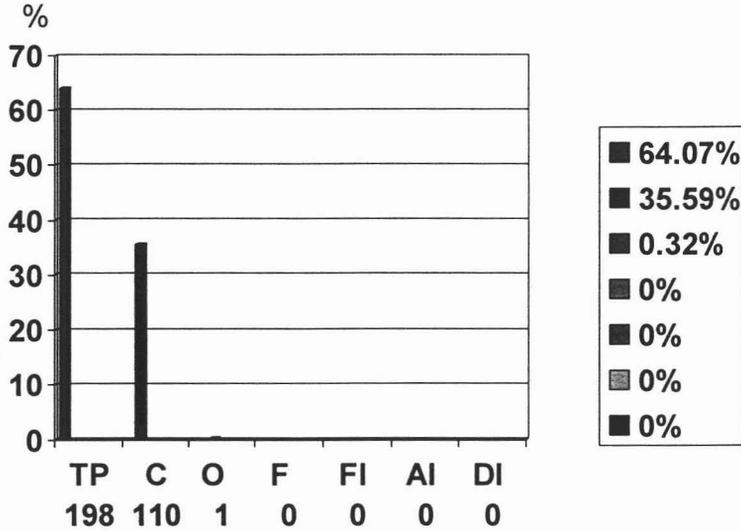


Fuente Directa

Gráfica 2 De los 110 Expedientes obtenidos 64 Expedientes son del sexo Femenino que corresponde al 58.18% y 46 Expedientes son del sexo Masculino que corresponden al 41.81%.



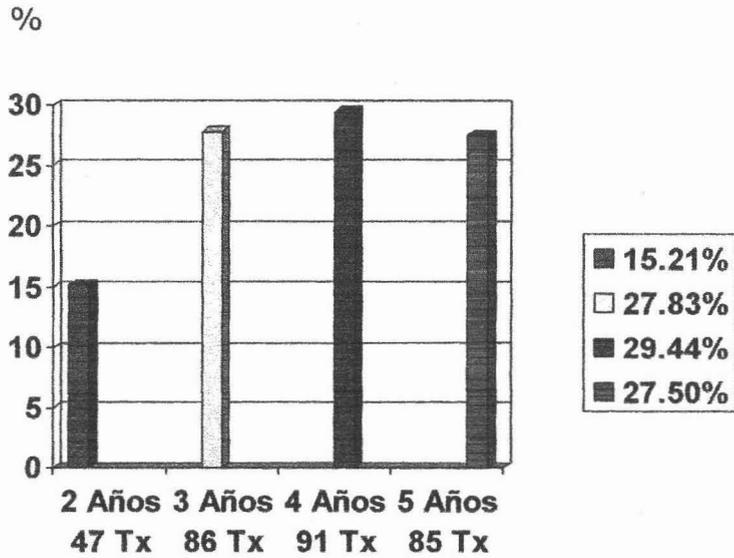
Gráfica 3 El total de Tratamientos realizados fue de 309 siendo la primera causa más frecuente de rehabilitación el Tx Pulpar con 198 Tx que corresponde el 64.07%, la segunda causa más frecuente fue Caries con 110 Tx que corresponde al 35.59%, la tercera causa más frecuente fue Otros siendo el Retratamiento con 1 Tx que corresponde al 0.32%, no obteniendo un lugar las Fracturas, Fluorosis, Amelogénesis Imperfecta y Dentinogénesis Imperfecta.



T.P= Tratamiento Pulpar
 C= Caries
 O= Otros
 F= Fractura
 FI= Fluorosis
 A.I = Amelogénesis Imperfecta
 D.I = Dentinogénesis Imperfecta

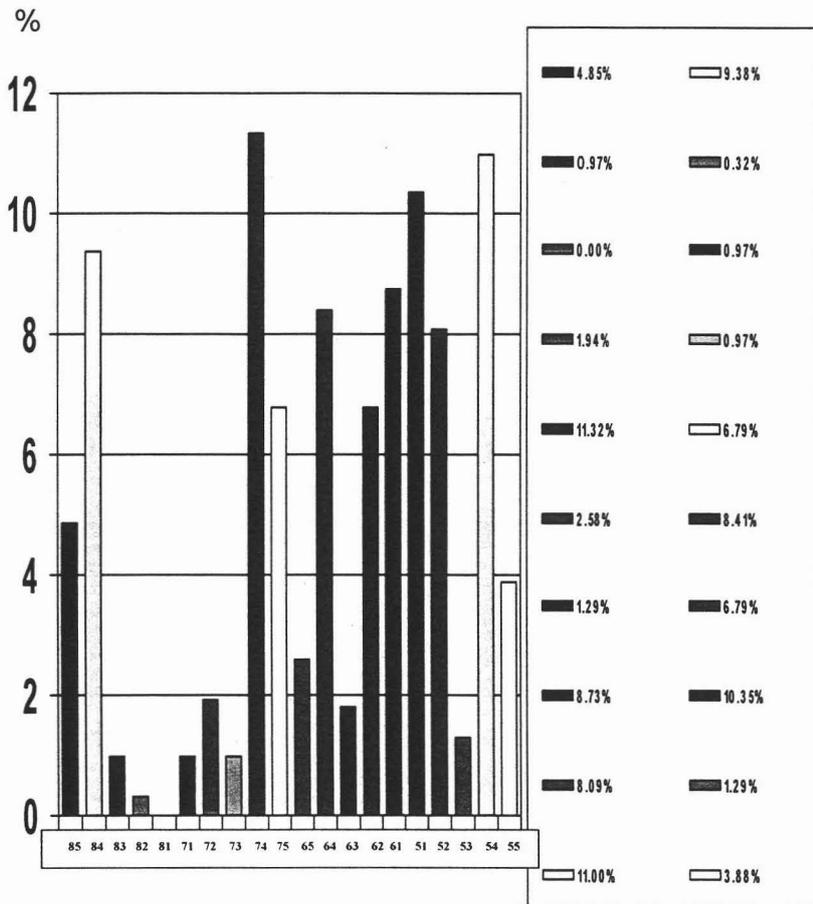
Fuente Directa

Gráfica 4 De los 309 Tx realizados en la Clínica Periférica Xochimilco, la edad más frecuente de rehabilitación fue a los 2 Años de edad con 47 Tx que corresponde al 15.21%, a los 3 Años de edad con 86 Tx que corresponde al 27.83%, a los 4 Años de edad con 91 Tx que corresponde al 29.44% y a los 5 Años de edad con 85 Tx que corresponde al 27.50%.



Fuente Directa

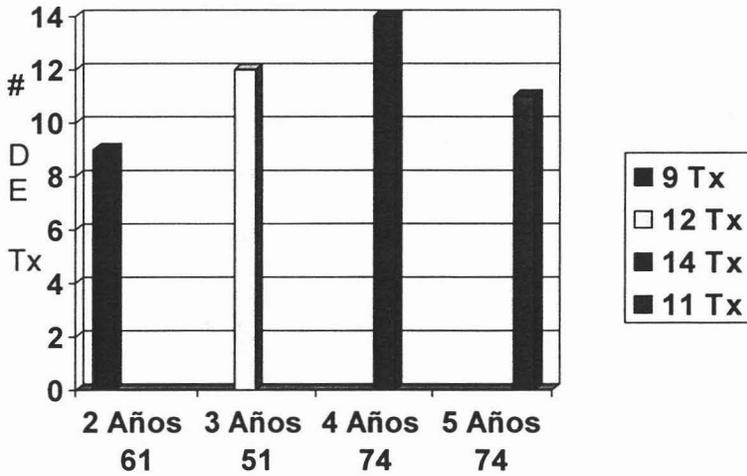
Gráfica 5 Rehabilitación de Órganos Dentarios con Coronas Acero Cromo en niños de 2 a 5 Años de edad



Fuente Directa

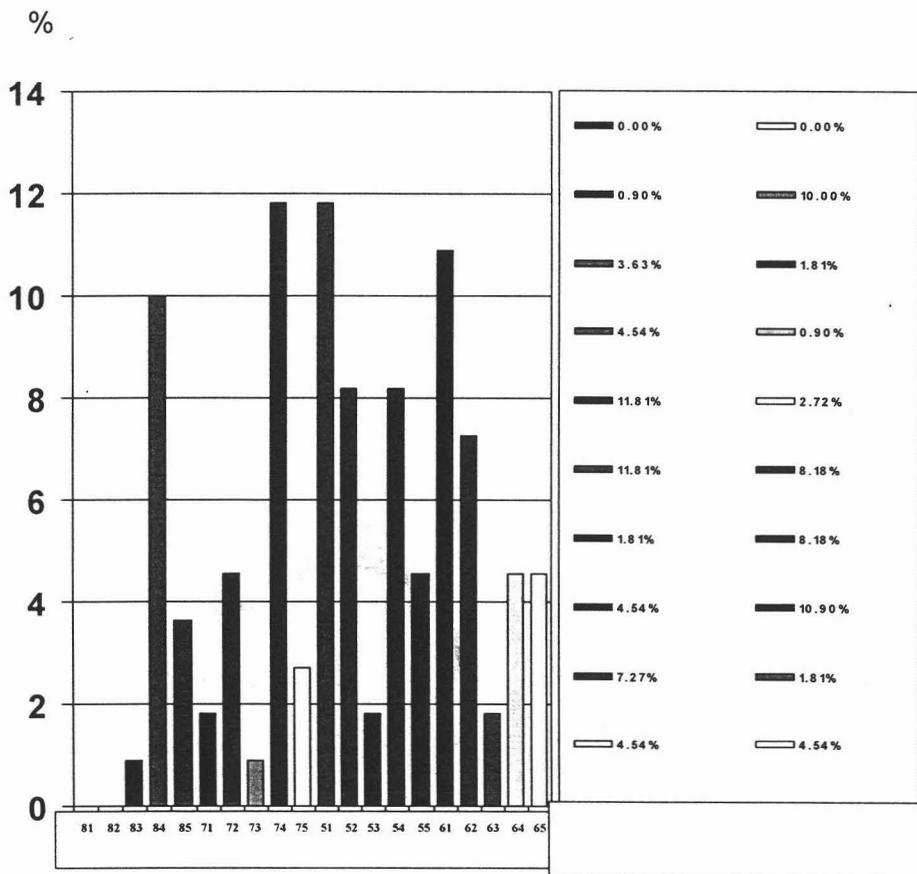
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Gráfica 6 De acuerdo a la edad el Órgano Dentario más Rehabilitado fue, a los 2 Años de edad el Órgano Dentario 61 con 9 Tx, a los 3 Años de edad el Órgano Dentario 51 con 12 Tx, a los 4 Años de edad el Órgano Dentario 74 con 14 Tx y a los 5 Años de edad el órgano Dentario 74 con 11 Tx.

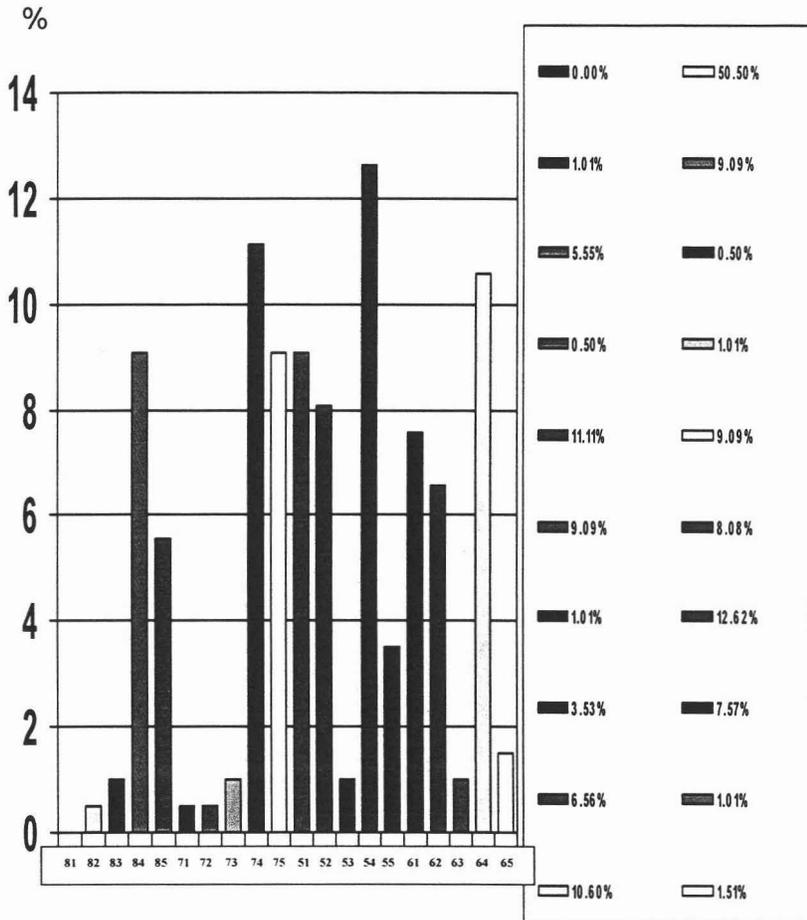


Fuente Directa

Gráfica 7 Porcentaje de Rehabilitación de Órganos Dentarios por caries

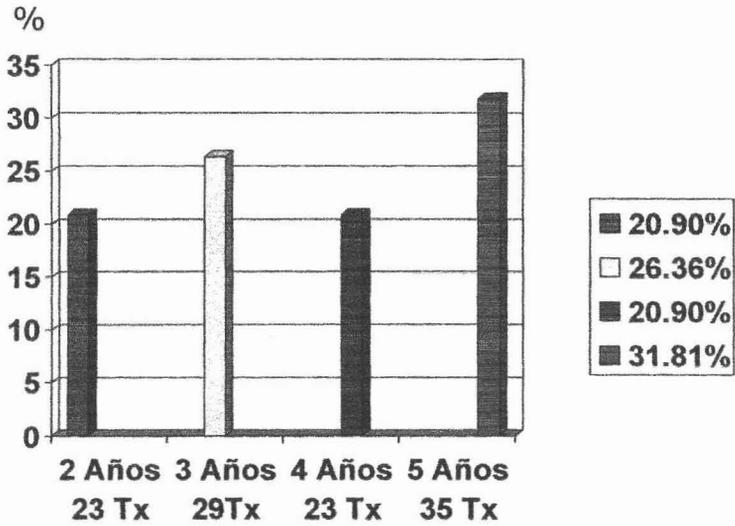


Gráfica 8 Porcentaje de Rehabilitación de Órganos Dentarios por Tratamientos Pulpares.



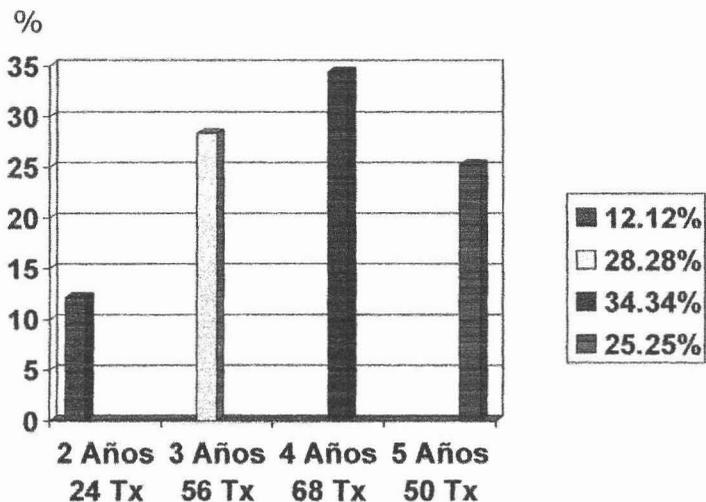
Fuente Directa

Gráfica 9 El total de Rehabilitaciones con coronas Acero Cromo por Caries es de 110 Tx de 309 y la Edad de Tratamiento por Caries es de, a los 2 Años de edad con 23 Tx que corresponde al 20.90%, a los 3 Años de edad con 29 Tx que corresponde al 26.36%, a los 4 Años de edad con 23 Tx que corresponde al 20.90% y a los 5 Años de edad con 35 Tx que corresponde al 31.81%.



Fuente Directa

Gráfica 10 El total de Rehabilitaciones con Coronas Acero Cromo por Tx Pulpar es de 198 Tx de 309 y la edad de Rehabilitación por Tx Pulpar es de, a los 2 Años con 24 Tx que corresponde al 12.12%, a los 3 Años de edad con 56 Tx que corresponde al 28.28%, a los 4 Años de edad con 68 Tx que corresponde al 34.34% y a los 5 Años de edad con 50 Tx que corresponde al 25.25%.



Fuente Directa

RESULTADOS

Se obtuvieron 264 expedientes de la Clínica Periférica Xochimilco del Turno Matutino de los cuales 110 expedientes cumplieron con los criterios de inclusión que fueron la edad de 2 a 5 años y que fueron rehabilitados con Coronas de Acero Cromo en el periodo escolar 2003 – 2004 que le corresponde el 41.66%.

De los 110 Expedientes obtenidos 64 Expedientes que son del sexo Femenino a los que le corresponden el 58.18% y 46 Expedientes que son del sexo Masculino que le corresponden el 41.81%.

El total de Tratamientos realizados fue de 309 siendo

La primera causa más frecuente de rehabilitación Tratamientos Pulpaes con 198 Tratamientos que le corresponden el 64.07%.

La segunda causa más frecuente fue Caries con 110 Tratamientos que le corresponden el 35.59%.

La tercera causa más frecuente fue Otros siendo el Retratamiento con un tratamiento anterior que le corresponden el 0.32%.

No obteniendo un lugar dentro del porcentaje las causas de Fracturas, Fluorosis, Amelogénesis Imperfecta y Dentinogénesis Imperfecta.

De los 309 Tratamientos realizados la edad más frecuente de rehabilitación fue:

A los 4 Años obteniendo el 29.44% con 91 tratamientos.

A los 3 Años obteniendo el 27.83% con 86 tratamientos.

A los 5 Años obteniendo el 27.50% con 85 tratamientos.

A los 2 Años obteniendo el 15.21% con 47 tratamientos.

Llegando a la conclusión de que los órganos dentarios más rehabilitados fueron:

El 74 con 35 Tratamientos obteniendo un porcentaje de 11.32%.

El 54 con 34 Tratamientos obteniendo un porcentaje de 11.00%.

El 84 con 29 Tratamientos obteniendo un porcentaje de 10.35%.

El 64 con 26 Tratamientos obteniendo un porcentaje de 9.38%.

El 52 con 25 Tratamientos obteniendo un porcentaje de 8.73%.

De acuerdo a la edad el Órgano Dentario más Rehabilitado fue:

A los 4 Años de edad el Órgano Dentario 74 con 14 Tratamientos.

A los 3 Años de edad el Órgano Dentario 51 con 12 Tratamientos.

A los 5 Años de edad el órgano Dentario 74 con 11 Tratamientos.

A los 2 Años de edad el Órgano Dentario 61 con 9 Tratamientos.

El total de Rehabilitaciones con coronas Acero Cromo por Caries es de 110 y la edad del tratamiento es:

A los 2 Años de edad con 23 Tratamientos que corresponde al 20.90%.

A los 3 Años de edad con 29 Tratamientos que corresponde al 26.36%.

A los 4 Años de edad con 23 Tratamientos que corresponde al 20.90%.

A los 5 Años de edad con 35 Tratamientos que corresponde al 31.81%.

El total de Rehabilitaciones con Coronas Acero Cromo por Tratamiento Pulpar es de 198 tratamientos y la edad del tratamiento es:

A los 2 Años con 24 Tratamiento que corresponde al 12.12%.

A los 3 Años con 56 Tratamiento que corresponde al 28.28%.

A los 4 Años con 68 Tratamiento que corresponde al 34.34%

A los 5 Años con 50 Tratamiento que corresponde al 25.25%.

En los resultados también se expuso el porcentaje de rehabilitación de cada órgano dentario por las causas más frecuentes siendo el Tratamiento Pulpar y Caries

8. CONCLUSIONES

Es muy común llegar a éste tipo de rehabilitación en la población infantil, debida a que la causa más frecuente es la caries dental, por lo tanto es necesario realizar programas educativos para concientizar a los padre de familia para que se incluyan métodos preventivos enfocado principalmente a los hábitos de higiene y controlar la ingesta de carbohidratos.

La prevención deberá estar encaminada a la educación mediante la concientización de las posibles lesiones cariosas que puedan ocurrir o que ya han ocurrido para poder llegar a un tratamiento lo menos invasivo posible, esta información deberá darse principalmente en los primeros meses de vida del niño y de ser posible a los futuros padres.

Es recomendable la información sobre la higiene bucal antes y después del nacimiento del niño. Es muy importante llevar a cabo programas preventivos para informar a los padres sobre la higiene bucal que pueden llevar a cabo en sus hijos y así tener un buen desarrollo dental y orofacial.

La cantidad de destrucción existente producida por la caries, tienen que ser considerada para restaurar la pieza dentaria correctamente y prevenir así problemas que puedan perturbar la integridad del resto, el desarrollo de los procesos maxilares y la dentición permanente.

La indicación de una corona para un diente primario, esta valorado de acuerdo a al Dx que se haya obtenido en cada individuo afortunadamente, la corona ya se ha aceptado en nuestro medio y muchos niños han sido ya beneficiado ya que entre otras ventajas es una restauración de alta calidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Barbería E. Boj J.R. Catalá M. García C. Mendoza A. Odontopediatría. 2ª ed. Cd España: Editorial MASSON, 2001. Pp. 85-289
- 2- Guedes A C. Rehabilitación bucal en Odontopediatría Atención Integral. 1ª. ed. Cd. España: Editorial MOLCA, 2003. Pp.34-249
- 3- Schwarts R. Summitt J. Robbins J. Dos J. Fundamentos en Odontología Operatoria. 1ª.ed. Cd Venezuela: Editorial MOLCA 1999. Pp. 72-73
- 4- Rodríguez A. Endodoncia Consideraciones Actuales. 1ª.ed. Cd. Venezuela: Editorial AMOLCA, 2003. Pp.130-131
- 5- De Figuerido L. Ferelle A. Issac M. Odontología para el bebé. 1ª.ed. Cd. Brasil: Editorial AMOLCA, 2000. Pp. 95-106
- 6- Escobar F. Odontología Pediátrica. 2ª.ed. Cd. Venezuela: Editorial AMOLCA, 2004. Pp. 223-277
- 7- Lerman S. Historia de la Odontología y su ejercicio legal. 3ª. ed. Cd. Argentina : Editorial Mundi, 1974. Pp. 335-338
- 8- Newbrun E. Cariología. 2ª. ed. Cd. México: Editorial LIMUSA, 1994. Pp. 21-29

- 9- Pinkham J. Casamassino P. Fields H. Mc Tighe D, Nowak A. Odontología Pediátrica. 2ª.ed. Cd. México: Editorial Mc Graw Hill, 1996. Pp. 217-327
- 10- Koch G, Modeér T, Poulsen Sven, Rasmussen P. Odontopediatría Enfoque Clínico. 1ª .ed. Cd Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1994. Pp. 124-197
- 11- Castillo R, Perona G, Castillo J. Manual de Odontología Pediátrica. 1ª.ed. Cd Colombia: Editorial AMOLCA, 1996, Pp. 141-150
- 12- Holloway P, Swallow J. Salud Dental Infantil. 1ª.ed. Cd Argentina: Editorial MUNDI, 1979. Pp. 91-137
- 13- Mc Donald R, Avery D. Odontología para el niño y el adolescente. 4ª.ed. Cd Argentina: Editorial MUNDI, 1987. Pp. 302-304
- 14- Finn S. Odontología Pediátrica. 4ª ed, Cd México: Editorial Nueva Editorial Interamericana, 1988. Pp. 231-549
- 15- Higashida B. Odontología Preventiva. 1ª ed, Cd México: Editorial Mc-Hill-Interamericana, 2000. Pp. 41-44
- 16- Snawder K. Manual de Odontopediatría Clínica. 2ª ed, Cd España: Editorial Labor, 1984. Pp. 141-179
- 17- Cameron A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. 3ª ed, Cd. España: Editorial Harcourt Brace, 2002. Pp. 60-210

- 18- Van Waes H, Stöckli P. Atlas de Odontología Pediátrica. 2ª ed, Cd. España: Editorial MASSON, 2002. Pp. 191-334
- 19- Andlaw R, Rock W. Manual de Odontopediatria, 2ª ec, Cd México: Editorial Interamericana- Mc Graw- Hill, 1989. Pp. 95-191
- 20- Leyt S. Odontología Pediátrica, 1ª ed. Cd Argentina: Editorial MUNDI, 1980. Pp. 280-281
- 21- Kennedy D. Operatoria Dental en Pediatría. 1ª ed. Cd Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1977. Pp. 155-223
- 22-Contreras F, Anaya S, Ovalle C. Evaluación de coronas preformadas de acero cromo en Odontopediatria. Rev ADM 1996. Pp. 259-264
- 23-International Committee of Medical Journal Editor
Pediatric Dentistry Vol. 25 N° 1 2003 Retention of Stainless Steel Crowns on Replicated Typodont Primary Incisors: An In Vitro Study
- 24- International Committee of Medical Journal Editor
Pediatric Dentistry Vol. 25 N° 1 2003 Marginal Adaptation of Stainless Steel Crowns
- 25- International Committee of Medical Journal Editor
Pediatric Dentistry Vol. 24 N° 4 2002 Preformed metal crowns for primary and permanent molar teeth: review of the literature

26- International Committee of Medical Journal Editor

Pediatric Dentistry Vol. 24 N° 4 2002 Restoring primary anterior teeth: review of the literature

27- International Committee of Medical Journal Editor

Pediatric Dentistry Vol. 24 N° 4 2002 The use of stainless steel crowns

28- International Committee of Medical Journal Editor

Pediatric Dentistry Vol. 24 N° 4 2002 Restoration of primary anterior teeth review of the literature

29- International Committee of Medical Journal Editor

Pediatric Dentistry Vol. 17 N° 1 1997 Coronas de Acero Cromo para molares primarios (Evaluación de Dos Tipos)

30- International Dental Journal

Pediatric Dentistry Vol. 49 N° 5 1999 Aesthetic veneer crowns in primary teeth - a technique of attached mesh covered with composite resin.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE CULTURA, TURISMO Y FOLKLORE
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO Y PROMOCIÓN INDUSTRIAL
SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO
SECRETARÍA DE MEDICINA PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN ECONOMICA
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN JUDICIAL
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN LEGISLATIVA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN JUDICIAL
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN LEGISLATIVA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

1.

10. ANEXOS

Mtro: JOSÉ LUIS OZAWA MEIDA.
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA.
XOCHIMILCO TURNO MATUTINO.

TITULAR DE LA CLÍNICA INTEGRAL
NIÑOS EN XOCHIMILCO
Dr: FRANCISCO NUÑEZ ROMAN

ADJUNTO DE LA CLÍNICA INTEGRAL
NIÑOS XOCHIMILCO
Dra: VICTORIA HERRERA VEGA

Por medio de la presente me dirijo atentamente a ustedes con la finalidad de solicitar su valiosa ayuda, para que la pasante de Odontología de nombre Rodríguez Salinas Juanita puedan revisar los expedientes de Odontopediatría del Turno Matutino del periodo escolar 2003-2004 con la finalidad de obtener información en relación a rehabilitación con coronas de acero cromo, el material servirá para la realización de la tesina de dicha alumna.

Sin otro particular y en espera de contar con su valiosa ayuda para la realización de sus trabajos finales, me es grato enviarle un cordial y atento saludo.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cd. Universitaria 01 de Febrero de 2005

C.D: María Elena Nieto Cruz
Coordinadora del Seminario de Educación para la Salud Bucal

**REHABILITACIÓN CON CORONAS ACERO-CROMO EN LA CLÍNICA
PERIFÉRICA XOCHIMILCO PERIODO ESCOLAR 2003-2004
TURNO MATUTINO**

No de Folio _____

Nombre del paciente _____

Sexo (F) (M)

Edad ____ Años ____ Meses

()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Tratamientos pulpares (TP)

Caries (C)

Fracturas (F)

Fluorosis (Fl)

Amelogénesis Imperfecta (AI)

Hipoplasia (Hp)

Calcificación Pobre-Regular-Hipocalcificación (P-R-H)

Hipomaduración (Hm)

Dentinogénesis imperfecta (DI)

Otros (O)