



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RECONSTRUCCIÓN DE DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS
CON ENDOPOSTES.
REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

T E S I N A

Que para obtener el Título de:
CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ LÓPEZ

DIRECTORA: C.D. ÁNGELES LETICIA MONDRAGÓN DEL
VALLE

Vo. Po. [Signature]

México D.F.,

2005

17349825

Gracias a mis Padres y hermanos Ricardo y Margarita que me dieron su apoyo para la realización de este trabajo pero también por apoyarme a lo largo de la carrera y ayudarme a concluirla.

Gracias a la C.D. Ángeles Leticia Mondragón dei Valle por haberme apoyado y asesorado para la realización de esta tesina.

Gracias a Celene , Lorena y Gladys que hicieron posible la realización de este trabajo por su ayuda en la clínica y mis amigos que estuvieron conmigo durante toda la carrera.

ÍNDICE

Introducción	
1. CARIES.....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Caries por alimentación.....	6
2. TRATAMIENTOS PULPARES.....	8
2.1 Pulpotomía.....	8
2.2 Pulpectomía.....	10
3. EXODONCIA DE DIENTES PRIMARIOS.....	12
3.1 Pérdida prematura.....	13
4. RESINAS.....	14
4.1 Antecedentes.....	14
4.2 Resinas fluidas.....	15
4.3 Resinas condensables.....	17
5. REHABILITACIÓN DE DIENTES ANTERIORES	
PRIMARIOS.....	18
5.1 Endopostes.....	19
5.1.1 Alambre ortodóntico.....	20
5.1.2 Postes de fibra de vidrio.....	20
5.1.3 Postes de resina.....	21
5.1.4 Fibras de refuerzo intracanal.....	22
6. CASO CLÍNICO.....	24
6.1 Historia clínica.....	24
6.2 Historia clínica dental.....	24
6.3 Material utilizado.....	27
6.4 Procedimiento de restauración.....	28
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la caries por alimentación es un problema que afecta con más frecuencia a niños, alterando las funciones de la masticación así como la estética ya que ataca principalmente a dientes anteriores primarios.

Es muy importante antes de pensar en cualquier tratamiento, tener conocimiento del problema y de esta forma tener opciones para formular un plan de tratamiento adecuado para la rehabilitación de los dientes afectados. Comúnmente los dientes se encuentran severamente destruidos y en muchos casos encontramos involucrado el tejido pulpar, por lo cual es importante conocer los procedimientos pulpares que tenemos como opción para estos casos, además de saber en que situaciones es indicado usarlos.

Al ser los dientes anteriores los mas afectados, la estética es la preocupación principal de los padres, por lo que la extracción ya no representa una buena opción del tratamiento.

En este trabajo presento una opción para la rehabilitación de los dientes anteriores superiores primarios; que son los endopostes a base de fibras Ribbond y coronas de celuloide, un tratamiento que ayuda al paciente a recuperar la función y la estética; esto es con el objetivo de evitar tratamientos radicales como la extracción.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Ortiz López María del
Carmen
FECHA: 28 - oct - 05
FIRMA: CLE

1. CARIES

A pesar de los adelantos en cuanto a la prevención aún encontramos la destrucción por caries en dientes primarios a edades muy tempranas.

Para comprender mejor el problema de la caries infantil debemos considerar los siguientes factores que ocurren durante los primeros años de vida:

- Erupción dental
- Maduración dental
- Abuso en el uso del biberón
- Morfología de los dientes primarios
- Hábitos higiénicos
- Aspectos socio-culturales.

1.1 Definición

Tomando en cuenta estos aspectos podemos tener como definición de caries dental "Es una enfermedad infecciosa, de origen microbiano localizada en los tejidos duros dentarios, multifactorial en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la dieta y la placa dental"¹

Con los factores antes mencionados podemos encontrar principalmente en niños pequeños dos tipos de caries: caries por alimentación y caries rampante, las cuales atacan con más frecuencia a la población infantil.

¹ BOJ R. Juan Odontopediatría edit. Masson Barcelona 2004 Pág. 125

1.2 CARIES POR ALIMENTACIÓN

La caries por alimentación es una enfermedad muy común que inicia en etapas tempranas en la niñez, afectando a todos los dientes, comenzando en las superficies vestibulares de los incisivos superiores e inferiores.

En la literatura podemos encontrar que se denomina con varios nombres:

- Caries por amamantamiento
- Síndrome de biberón nocturno
- Caries de biberón

Los términos internacionales más usados para designar la caries por alimentación, son el B.B.T.D. (Baby bottle tooth decay) o Nursing caries.²

Actualmente se prefiere incluir el síndrome de caries del biberón en un cuadro más amplio "Caries precoz del niño pequeño"³

El síndrome de biberón aparece en los primeros años de vida y tiene su etiología en marcados componentes socio-culturales relacionados con la alimentación.

² WALTER Figueiredo Reynaldo Odontología para el bebé. Edit. AMOLCA Colombia 2004
Pág.100

³ BOJ R. Op. Cit. Pág. 129

- La exposición frecuente y duradera de los dientes a una fuente de hidratos de carbono refinados durante el sueño (jugos, leche, refrescos etc.)
- Lactancia materna prolongada por encima del año de edad.
- El uso del cupón endulzado, para evitar el llanto del niño.

Se debe tomar en cuenta que aunado a estos factores la alimentación con biberón que es básicamente nocturna, mas la presencia de hidratos de carbono mientras el niño duerme favorece la aparición de las lesiones debido al menor flujo salival.

El acumulo de placa y la falta de cepillado de la boca son factores que desencadenan la caries por alimentación siendo esto también un problema de falta de educación de la salud bucal.

La caries por alimentación comienza con la aparición de lesiones blancas de desmineralización en la cara vestibular, tercio cervical de la corona de los incisivos superiores. Las lesiones avanzan y afectan las coronas en pocos meses los dientes sufren cavitación y afectación pulpar provocando abscesos y fistulas.

Debemos conocer bien las características de la caries por alimentación para hacer un buen diagnostico diferencial con la caries rampante de la cual su etiología es un consumo exagerado de hidratos de carbono que ocasiona al igual que la caries por alimentación lesiones múltiples y extensas de avance rápido. También ataca los incisivos inferiores y esta característica nos permitirá hacer un diagnóstico diferencial.

2. TRATAMIENTOS PULPARES

Las lesiones de caries por alimentación normalmente involucran tejido pulpar por lo cual es importante mencionar los tratamientos pulpares que tenemos como opción para realizar en dientes anteriores.

“El concepto biológico impone a la Odontopediatría un objetivo primordial el de mantener los dientes deciduos en condiciones saludables hasta el periodo genéticamente determinado para su exfoliación fisiológica”⁴

Para recuperar tanto anatómica como funcionalmente los dientes deciduos afectados severamente por caries es indispensable realizar un tratamiento endodóntico específico.

2.1 Pulpotomía

Este tratamiento consiste en la extirpación de la pulpa cameral y la fijación de la pulpa radicular mediante medicamentos. Este procedimiento es bastante eficaz en dientes deciduos que presentan exposiciones pulpares por caries y/o mecánicas.

La pulpotomía está indicada para dientes deciduos con vitalidad pulpar con un ciclo biológico compatible y con ausencia de lesión radiográfica en el área de furcación a nivel periapical.

4 GUEDES PINTO Antonio Rehabilitación bucal en Odontopediatría. Atención integral. Edit. Amolca Colombia 2003 Pág. 105

La justificación para llevar a cabo este tratamiento radica en que la pulpa puede contener microorganismos y presentar signos inflamatorios. El objetivo del tratamiento es que los tejidos radiculares queden clínicamente normales y puedan seguir desarrollándose de forma normal.

Algunos autores mencionan que para los dientes anteriores no se utiliza esta técnica, si no la pulpectomía por ser este un procedimiento más práctico y eficiente debido a las condiciones morfológicas es decir a la ausencia de piso de la cámara pulpar ya que no existe y no hay referencia para el límite del corte.

Para llevar a cabo este tratamiento han sido utilizados diferentes medicamentos después de ser realizada la pulpotomía:

- Hidróxido de Calcio
- Oxido de Zinc y Eugenol
- Formocresol diluido
- Glutaraldehído
- Sulfato Ferrico

También existen técnicas no farmacológicas que están representadas por la electro cirugía y la radiación por láser que hasta el momento no ofrecen una expectativa positiva con relación a su calidad clínica.⁵

⁵ Ib. Pág. 115

2.2 Pulpectomía

A través de la historia el tratamiento de los dientes primarios con necrosis pulpar se limitaba exclusivamente a una acción farmacológica de los medicamentos colocados en la cámara pulpar.

Por lo que hoy conocemos la técnica de pulpectomía que es considerada una terapia radical en la que se busca la extirpación de la pulpa coronaria y radicular y la obturación de los canales radiculares.

El propósito de esta terapia es obtener un conducto limpio y saneado no su ensanchamiento y remodelado para su posterior obturación con materiales que presenten propiedades antimicrobianas biocompatibles y que no interfieran con la rizolisis.

Antes de llevar a cabo esta técnica se debe evaluar cada caso teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Edad del paciente
- Grado de cooperación
- Estadio de reabsorción del diente afectado

Al ser este un tratamiento radical tiene contraindicaciones para ser llevado a cabo como son:

- Reabsorción interna de las raíces
- Perforación del suelo de la cavidad pulpar
- Cuando no existe soporte óseo o radicular
- Reabsorción superior a un tercio radicular

- Presencia de un quiste folicular o dental.

Cuando previamente existen molestias en el diente se recomienda realizar esta técnica en dos sesiones colocando un oposito medicamentoso, en el interior del conducto el diente se obtura provisionalmente y en una segunda sesión se puede lavar, limpiar y secar los conductos para su obturación definitiva.

3. EXODONCIA DE DIENTES PRIMARIOS

Por mucho tiempo el tratamiento de los dientes primarios severamente destruidos por caries de biberón y traumatismos fue la extracción⁶

La extracción dentaria se debe de valorar en que manera la ausencia del diente influirá en la conducta del niño ya que la extracción dental consiste en uno de los momentos de mayor carga negativa durante la atención del niño. La sensación de mutilación debe tenerse en cuenta para poder minimizar la reacción de ansiedad de los pacientes.

La exodoncia se torna necesaria en las siguientes situaciones:

- Destrucción severa del diente que no exista la posibilidad de mantenerlo en la cavidad bucal.
- Dientes con caries que comprometan la bifurcación radicular
- Dientes con fenestración patológica ósea o gingival
- El miedo de los niños es otro factor importante que debe de ser tomado en cuenta.

Las medidas que deben ser tomadas para restaurar adecuadamente la región afectada deben basarse en exámenes necesarios para dar un buen diagnóstico.

Cuando la extracción de los incisivos primarios es a una edad temprana debemos tener en cuenta los diversos problemas que se van a desencadenar con esta pérdida prematura.

⁶ PITHAN Silvia et.al. Tensile bond strength of intracanal posts in primary anterior teeth : in vitro study. J.Clin. Pediatr. Dent. 2002 Pág. 35

3.1 Pérdida prematura de dientes primarios

Los problemas originados por la caries dental tienen repercusiones en todo el organismo del niño mismo que se encuentra en una fase de desarrollo. Además de los problemas locales como el dolor tenemos otros:

- Alteraciones oclusales
- Alteraciones fonéticas
- Presencia de hábitos parafuncionales
- Pérdida de espacio (reducción de la longitud de la arcada)
- Problemas para el desarrollo de los dientes permanentes
- Alteraciones estéticas

El niño también puede presentar alteraciones en: el comportamiento, pérdida de peso y retardo del crecimiento causado por la dificultad de alimentarse adecuadamente.

La pérdida de incisivos primarios preocupa a los padres principalmente por razones de estética, Cuando la extracción dental es necesaria es recomendable la colocación de una prótesis que sea funcional y estética de esta forma se evitara los problemas antes mencionados.

4. RESINAS

4.1 Antecedentes

La historia de las resinas compuestas es muy larga comienza con los llamados materiales de obturación de resinas acrílicas reforzadas con vidrio sílice, alumina, diamante y hasta aleaciones de plata.

La evolución de las resinas a través de la historia ha sido la siguiente:⁷

- 1941 Sistema iniciador peróxido-amina
- 1950 Resinas Acrílicas
- 1962 Monómero de Bowen
- 1963 Primer compuesto de macrorrelleno (Cuarzo)
- 1970 Sistema iniciado por luz UV para uso odontológico
- 1974 Introducción de microrrelenos
- 1977 Primer microrrelleno para su uso en dientes anteriores
- 1977 Primer compuesto curado por luz visible
- 1980 Primer híbrido
- 1982 Compuesto para incrustaciones
- 1983 Macrorrelenos altamente cargados
- 1984 Compuestos microrrelenos radiopacos
- 1996 Resinas fluidas
- 1998 Compuestos empacables.

Hasta hace muy poco tiempo la mayoría de los compuestos estaban basados enteramente en la fórmula Bis-GMA . Actualmente

⁷ COVA N. José Luis Biomateriales Dentales Edit. Amolca Colombia 2004 Pág. 233

existe una gran variedad de resinas compuestas con nuevos monómeros.

Además de cambios en la formulación de resina compuesta se han sucedido variantes en los auxiliares para su manipulación, como en presentaciones, utensilios para servirla, sistemas de polimerización y equipo especial para su acabado y pulido.

Las resinas compuestas pueden clasificarse en diferentes formas, de acuerdo al tipo de relleno, método de curado, consistencia y uso.

Con los mismos componentes pero diferentes proporciones podemos clasificar a las resinas de acuerdo a su consistencia.

- Selladores de Fosetas y fisuras
- Resinas Fluidas
- Resinas compuestas empacables.

4.2 Resinas Fluidas

La primera generación de resinas fluidas fue introducida a finales de 1996. A estas resinas se les ha reducido el nivel de relleno 37-53% con el objeto de reducir la viscosidad y facilitar su manejo.

Debido a que las resinas fluidas son mas ricas en resina que las tradicionales tienen mayor flexibilidad esta propiedad se relaciona con su resistencia a la fractura, además de que se reducen los efectos de contracción de la polimerización.

Dentro de las indicaciones para el uso de este material tenemos las siguientes:

- Obturaciones cervicales
- Reconstrucción de muñones
- Obturación de dientes anteriores
- Obturaciones pequeñas en posterior de difícil acceso
- Puede utilizarse como sellador de fosetas y fisuras en dietes posteriores y restauraciones preventivas⁸
- Para alivio de socavaduras
- Ferulizar dientes con movilidad
- Restauración de cavidades en forma de túnel.

Es un material que debido a sus características físicas tiene diferentes ventajas como son:

- Se adapta fácilmente a la forma cavitaria
- Resistencia a la fractura
- Disponible en jeringas con cánulas que permite su fácil aplicación o en carpules individuales.
- Radioopacas (algunas resinas fluidas siguen siendo radiolucidas)⁹

⁸ <http://www.Ivoclar.com>

⁹ ANUNSAVICE J. Kennet La ciencia de los materiales dentales 11ed. Edit Elsevier España 2004
Pág. 430

4.3 Resinas Condensables

La amalgama ha sido durante mucho tiempo el material de obturación para dientes posteriores. Sin embargo con el aumento de la demanda de la odontología estética se ha incrementado el interés y el uso de las resinas compuestas.

Debido a esto se introdujeron las resinas condensables a finales de los 90s para hacer posible que el clínico aplicara técnicas similares a las que se utilizan en restauraciones con amalgama. Este material se puede tallar con relativa facilidad en comparación con las resinas convencionales.

Las características de condensado se producen gracias a la inclusión de partículas de relleno fibrosas y alargadas de aproximadamente 10 nm de longitud. A pesar de esta propiedad aun prevalecen algunas limitaciones de las resinas siendo un problema el tiempo de colocación.

Estos materiales que tienen una buena estética y son relativamente fáciles en su utilización también tienen algunas limitantes:

- No son tan fáciles de colocar en zonas posteriores
- No tienen una contracción baja ante la polimerización
- No presentan una profundidad de fraguado mayor a 2mm

5. REHABILITACIÓN DE DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS

La rehabilitación de niños con severa afectación de dientes anteriores por caries es un gran desafío cuando la caries esta presente de una manera agresiva y rápidamente progresiva.

La severidad de esta condición ha incitado a la extracción inadecuada debido a las pocas opciones restaurativas que se tienen ante estas situaciones. Pero en muchos otros casos esta situación es devastante para el odontopediatría y los padres ya que la única opción es la extracción de los dientes. A pesar de esto muchos padres exigen la restauración estética de los dientes y la extracción ya no resulta una opción para ellos.¹⁰

La necesidad de restablecer la integridad de los dientes primarios hasta su exfoliación fisiológica ha llevado al desarrollo y adaptación de varias técnicas y materiales.

En la actualidad una restauración aceptable para los incisivos maxilares anteriores debe de cumplir con ciertas características como: durabilidad, color del material, que la cimentación sea biocompatible con los tejidos dentales y de uso fácil y rápido.

Es importante restaurar las coronas destruidas para conservar la integridad de la dentición primaria hasta la erupción de los permanentes.

¹⁰ ALY A. Sharaf The application of fiber core posts in restoring badly destroyed primary incisors. J. Clin. Pediatr. Dent. 2002 Pág. 217-218

Entre las opciones del tratamiento restaurativo está: el uso de coronas prefabricadas (acero-cromo), resinas, restauraciones compuestas (coronas con frente estético) y coronas cerámicas con base de metal. En formas extremas la extracción y colocación de aparatos fijos y removibles.

En casos donde exista un compromiso dental severo el tratamiento endodóntico es asociado con el uso de endopostes.

5.1 Endopostes

Los adelantos tecnológicos en los materiales dentales para su uso en niños hacen necesaria una re-evaluación de las filosofías del tratamiento y técnicas por que lo que era un tratamiento aceptable en el pasado no necesariamente puede ser la mejor opción de tratamiento para los pacientes de hoy.¹¹

Cuando no es posible adaptar la corona a la estructura dentaria remanente debido a la gran destrucción por caries, es necesario buscar opciones de tratamiento una de estas opciones es la reconstrucción con endopostes.

Existen una gran variedad de materiales para su elaboración, compuestos de resina, metal (Ni-Cr), postes naturales o biológicos que se elaboran de dientes obtenidos del banco de dientes, postes prefabricados, fibra de vidrio, fibras de polietileno (Ribbond) y alambre ortodóntico.

¹¹ MORTADA A./ N.H. King A simplified technique for the restoration of severely mutilated primary anterior teeth. J. Clin. Pediatr. Dent 2004 Pág. 187

5.5.1 Alambre Ortodóntico

Los endopostes pueden realizarse con alambre ortodóntico de 0.7mm al cual se le da una forma de omega para ser insertado en el canal radicular y dar un apoyo mecánico al material restaurativo.

Se introducen los extremos del omega en el canal radicular aproximadamente 3mm para aumentar la retención del alambre. En la parte incisal queda la vuelta del omega el cual se proyecta de 2 a 3 mm sobre la estructura remanente de la raíz.¹²

Antes de colocar el alambre en los dientes se tiene que llevar a cabo el tratamiento pulpar (pulpectomía. Se obturan los conductos y se coloca ionomero de vidrio entre el material obturador y el alambre esto con el fin de formar una barrera para llevar a cabo la reconstrucción con resina.

Este es un método simple y efectivo para la reconstrucción de los dientes anteriores severamente destruidos.

5.1.2 Postes de fibra de vidrio

Con la introducción de nuevos materiales para su uso en dientes primarios también se amplían las opciones para el tratamiento de los dientes anteriores.

¹²Ib. Pág. 190-192

Uno de estos materiales son los postes de fibra de vidrio para la reconstrucción de dientes anteriores. Para el uso de estos postes es necesario llevar a cabo el tratamiento pulpar. Se usan postes de acuerdo al tamaño indicado para el conducto radicular y el largo se ajusta teniendo en cuenta que el poste se va a introducir de 2 a 3 mm dentro del conducto radicular, el poste se va a cementar con resina fluida y se va a polimerizar para comenzar a reconstruir la corona sobre la parte que sobresale del diente.

En estudios realizados sobre el procedimiento el fracaso se atribuye, al fracaso de la terapia pulpar ya que las restauraciones quedan intactas.¹³

5.1.3 Postes cortos de resina

Una opción en el tratamiento de dientes severamente destruidos por caries. Es la preparación del poste directamente con resina esta se prepara en forma de hongo invertido.¹⁴

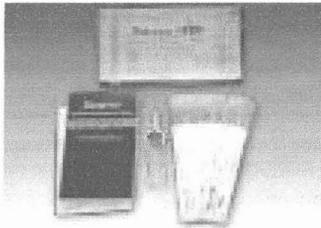
Se lleva a cabo el tratamiento pulpar y se obtura. Excepto los tercios cervicales, entre el material obturador del conducto y la resina se coloca una capa de ionomero de vidrio. El tercio cervical se limpia perfectamente, se graba y se coloca adhesivo y se comienza con la construcción del endoposte, se fotocura por capas para obtener una mejor polimerización y evitar la fractura de los postes.

¹³ ALY A. Sharaf Art. Cit. Pág. 217-224

¹⁴ MEDEIROS Mendez /María Saleté Resin composite retoration in primary anterior teeth using short-post technique and strip crowns: A case report Quintessence international 2004 Pág.690-692

5.1.4 Fibras de refuerzo intracanal

Una técnica para la restauración de incisivos primarios maxilares es el uso de fibras de refuerzo intracanal. Recientemente se introdujeron fibras de refuerzo en el mercado encontramos el Ribbond hecho de fibras de polietileno, este es un material cuyo punto de ruptura excede la fibra de vidrio.



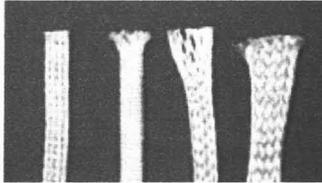
Estas fibras absorben menos humedad que las resinas dentales, transfiere la fuerza a lo largo del tejido evitando trasladar la tensión directamente a la resina por lo que no es un material que se fracture fácilmente además de ser confiable

Ventajas

- Fácil manipulación
- Biocompatible
- Manejable (se adapta a los contornos de los dientes y arco dental)
- No se cae a pedazos
- No tiene rebote
- Mantiene inalterada su extensión después de ser cortada.

- Al unirse a la resina y ser fotopolimerizado la resistencia de este material aumenta.

Estética. Este material, es traslucido, prácticamente sin color por lo que puede camuflarse en los compuesto de resina gracias a lo cual se puede utilizar en casos que exigen la estética.



Es un material muy versátil y biocompatible ya que otras de sus aplicaciones son la reconstrucción de cadera artificial y en uniones de rodilla¹⁵¹⁶

¹⁵ <http://www.ribbonbond.com/indexribbon>

¹⁶ ROCHA Olivera Rachel, et.al., Intracanal reinforcement fiber in pediatric dentistry: A case report., Quintessence Int. 2004 Pág. 263-265

6. Caso clínico

6.1 Historia clínica

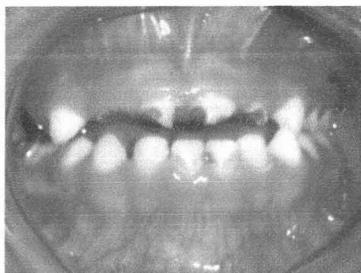
Paciente masculino de 3 años de edad fue llevado a la clínica sin ningún tipo de enfermedad sistémica, únicamente refirió haber sufrido de infección en la garganta un mes antes de presentarse a la clínica.

- ❑ Padeció varicela a los 2 años
- ❑ No presenta ningún tipo de alergia
- ❑ Dentro de sus antecedentes familiares patológicos: su abuela presenta arritmias cardíacas.

6.2 Historia clínica dental

Motivo de la consulta:

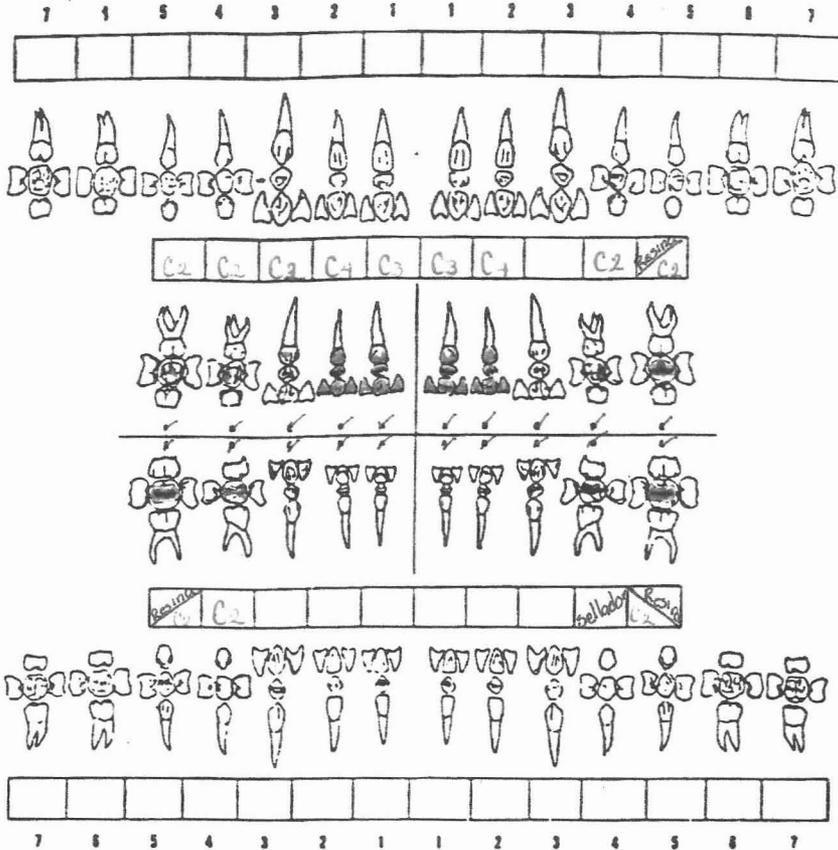
El paciente fue llevado a la clínica por su tía quien nos dijo que el principal motivo de la consulta era la destrucción de los dientes anteriores superiores y el niño no se alimenta adecuadamente debido a este problema, además de la presencia de halitosis.



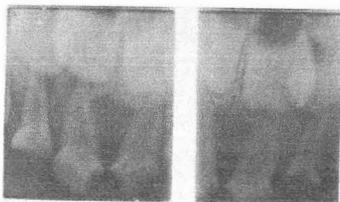
También nos comentó que el niño dejó de tomar biberón hasta los dos años de edad.

Al realizar la inspección bucal encontramos: presencia de placa dental supragingival debido a la falta de higiene.

EXAMEN DENTAL



Se tomaron radiografías de la zona anterior superior para su valoración y realización del plan de tratamiento.



Después de la revisión clínica del niño y haber valorado radiográfica- mente se decidió el siguiente plan de tratamiento:

												Orden de Tratamiento	
						Corona Resina	Botón Resina	Corona Resina	Corona Resina			Historia Clínica	
						Endo- paste	Endo- paste	Endo- paste	Endo- paste			1 Radiografías	
		Resina	Corona Acero	Resina		Palpac. botón	Palpac. botón	Palpac. botón	Palpac. botón	Corona Acero	Amigo	2	DEI
		R.I	R.I	R.I						R.I	R.I	3	DE
												4	EDI
												5	E
												6	CBA/AB
												7	Profilaxis Aplicación Flúor
												8	
												9	
												10	
												11	
												12	
		R.I	R.I								R.I	13	
		Amal- gama	Resina								Amal- gama	No. de Citas	
												Total	

Para realizar el tratamiento de los dientes anteriores se tomo en cuenta la edad, el grado de cooperación del paciente, además de que su tía nos expuso su inquietud por que el niño no perdiera sus piezas dentales.

Al revisar clínica y radiográficamente el estado de los dientes anteriores observamos la gran destrucción y la ausencia de corona clínica de incisivos laterales y centrales el tejido remanente no tenia suficiente soporte por lo que se decidió llevar a cabo la rehabilitación con endopostes y coronas estéticas tomando en cuenta que la higiene del paciente mejoró considerablemente; además de que radiográficamente no existía ninguna patología que impidiera llevar a cabo el tratamiento.

6.3 Material utilizado

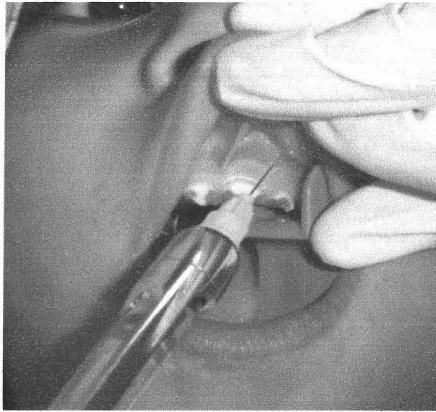
Para realizar la rehabilitación de los dientes anteriores de acuerdo al plan de tratamiento se necesitó del siguiente material:

- Yodoformo
- Formocresol
- Limas 1ª serie tipo K
- Vitapex
- Ionómero de vidrio para base
- Ácido fosfórico 37%
- Adhesivo
- Fibras Ribbond
- Resina fluida A1 y Transparente
- Resina condensable transparente
- Coronas preformadas de celuloide

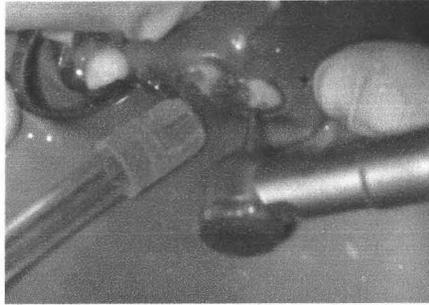
6.4 Procedimiento de restauración

Ante la presencia de infección y el grado de caries que presentaban los dientes se decidió realizar pulpectomías en cada uno de los dientes.

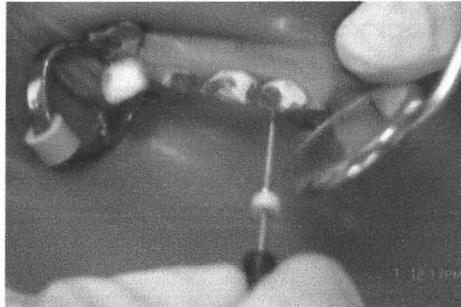
1. - Primero se anestesió la zona con mepivacaína y se realizó el aislamiento absoluto de los dientes.



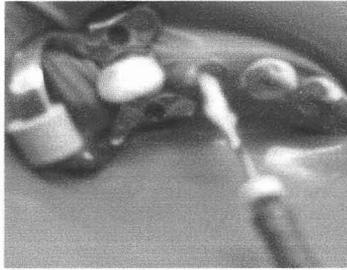
2. - Se realizaron los accesos en los dientes 51 y 61 con una fresa de bola de alta velocidad y en los dientes 52 y 62 la entrada a los conductos se encontraba libre debido a la gran destrucción existente.



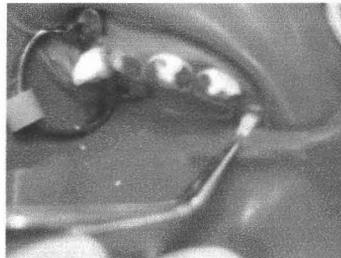
3. -Se realizó el trabajo de cada uno de los conductos con conductometría aparente, se lavaron perfectamente y se secaron.



4.- Debido a la presencia de infección, se decidió colocar en el interior de cada conducto una torunda de algodón estéril con yodoformo y formocresol y se colocó una curación con ZOE temporal y se cito ocho días después.



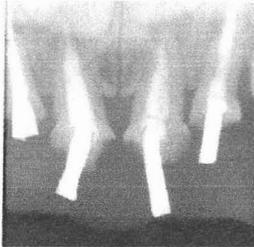
5. - En su siguiente cita, se retiraron las curaciones de los cuatro conductos, no presentó ningún tipo de molestia y ya que no existía mal olor ni supuración se lavaron y secaron.



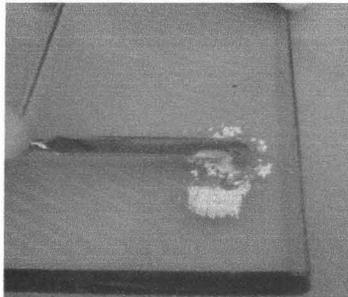
6.- Después de esto se realizó la obturación de cada conducto con Vitapex y se tomó una radiografía con la obturación ya realizada.



7. – Se tomó una radiografía con plomos y se observó que los conductos quedaron obturados correctamente.



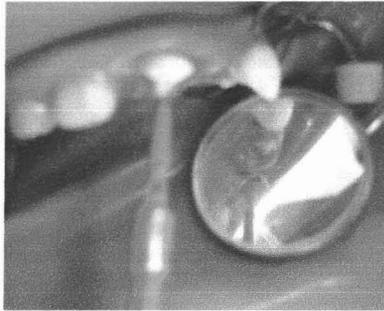
8.-Se selló la obturación de Vitapex, con una capa de ionómero de vidrio en cada uno de los dientes.



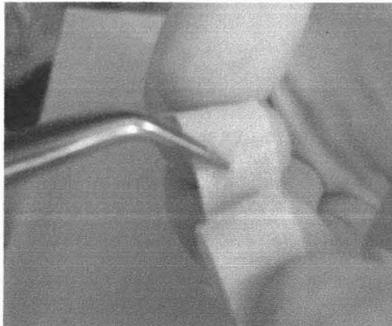
9.- Posteriormente se grabó cada conducto con ácido fosfórico al 37% se lavó y secó.



10.- Se colocaron dos capas de adhesivo en cada diente se adelgazó con aire y polimerizó.



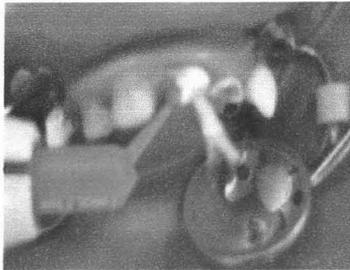
11.-Se tomó una tira de Ribbond y se cortaron cuatro trozos uno por uno conforme se fueron utilizando ya que esta fibra al tener resina es muy sensible a la luz.



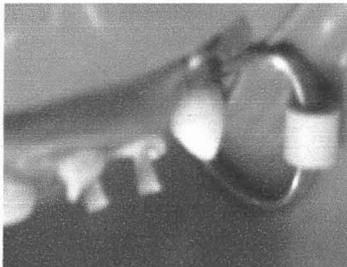
12.-Una vez que se cortó la fibra se llevó al conducto con resina fluida A1 y polimerizamos.



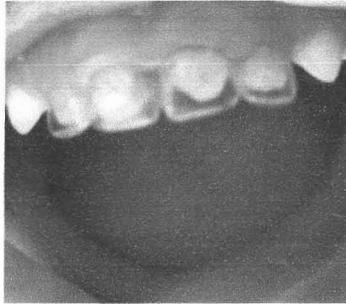
13.- Con la fibra ya dentro del conducto colocamos más resina fluida dentro y polimerizamos.



14. -Una vez que se polimerizó la fibra con resina esta adquiere una mayor dureza con esto lograremos evitar la fractura del endoposte, sobre el extremo que se proyecta hacia la parte coronal comenzamos a reconstruir con resina condensable transparente el muñón en cada uno de los dientes.



15.- Ya que se reconstruyeron los muñones, adaptaron las coronas de celuloide, para seleccionar estas coronas se tomó en cuenta el ancho mesiodistal de los dientes.



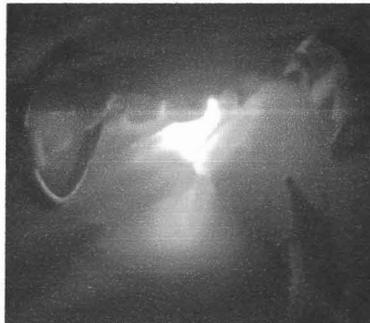
16. Después de haber adaptado las coronas, se grabaron los muñones se lavaron y secaron perfectamente, para colocar adhesivo.



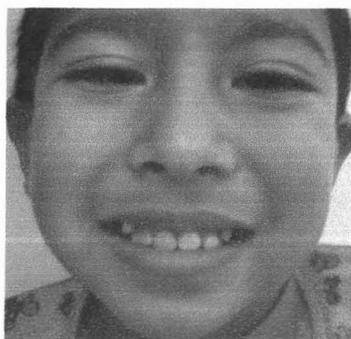
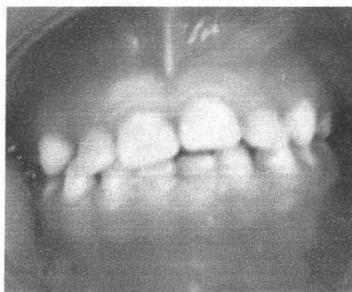
17. Las coronas se limpiaron y a cada una de ellas se les realizó una perforación en palatino para permitir la salida del material excedente y evitar la formación de burbujas, se rellenaron con resina transparente.



18. -Se colocaron las coronas en los muñones se hizo presión para que salga el excedente del material mismo que se elimino antes de polimerizar una vez hecho esto se polimeriza tanto por vestibular como por palatino, eliminamos las fundas de celuloide una vez que quedo perfectamente polimerizado.



19.- Al final se revisó la oclusión y se eliminaron algunos excedentes que quedaron y al final se pulió.



CONCLUSIONES

Para el tratamiento de los dientes anteriores primarios superiores destruidos hasta hace poco la única opción que se tenía para su rehabilitación era el uso de coronas acero cromo o extracciones por lo cual, hoy en día es importante conocer técnicas y materiales que se pueden utilizar en odontopediatría y al realizar este trabajo me di cuenta de que hay una gran variedad y esto facilita el tratamiento de nuestros pacientes,

La utilización de endopostes es una opción con diferentes materiales y técnicas como se mostró en este trabajo, en el caso específico del paciente los endopostes con fibra Ribbond para la rehabilitación de los dientes anteriores superiores primarios.

El tratamiento en el caso del paciente resultó ser una buena opción ya que se cumplieron las expectativas de función y estética que fueron los objetivos principales para la realización de este tratamiento. Pero es importante reconocer que no a todos los pacientes que se presenten con un problema similar podemos darles como una opción los endopostes ya que su aplicación varía de acuerdo a las condiciones clínicas y esto es algo que debemos siempre contemplar para realizar este tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ALY A., Sharaf, The application of fiber core posts in restoring bodily destroyed primary incisors, J. Clin. Pediatr. Dent. 2002 26(3): 217-224.
- ANUNSAVICE J., Kennet Phillips la ciencia de los materiales dentales., 11ed. Edit. Elseiver España 2004 pp.805.
- BARBERIA Leache, Elena, Odontopediatría. 2ª ed., Edit. Masson, España 2001, pp. 432
- BARCELÓ Santana, Federico Humberto, Palma Calero Jorge, Materiales dentales conocimientos básicos aplicados, 2ª ed. Edit. Trillas México 2004, pp. 256
- BOJ R., Juan Odontopediatría Edit. Masson, Barcelona 2004, pp. 515
- COVA N., Jose Luis Biomateriales dentales Edit. Amolca Colombia 2004 pp.365.
- DONLY K.J., García Godoy F. The use of resin-based composite in children, J. Pediatr. Dent. 2002 24(5) 480-488
- ESCOBAR Muñoz, Fernando Odontología pediátrica 2ª ed, Edit. Amolca Colombia 2004, pp.534
- GUEDES Pinto, Antonio Rehabilitación bucal en Odontopediatría. Atención integral, Edit., Amolca Colombia 2003 pp.320

<http://www.Ivoclar.com>

<http://www.ribbon.com./indexribbo>

MEDEIROS Mendes Fausto, María Salete Nahás Pires Correa Resin composite restoration in primary anterior teeth using short-post technique and strip crowns: A case report, Quintessence International 2004 35: 689-692 .

MORTADA A., N.H. King Asimplified technique for the restoration of severely mutilated primary anterior teeth., J. Clin. Pediatr. Dent. 2004, 28(3): 187-192.

PITHAN, Silvia et.al., Tensile bond strength of intracanal posts in primary anterior teeth: an in vitro study., J.Clin Pediatr. Dent.2002 27(1):35-40.

ROCHA Oliveira de Rachel , et.al., Intracanal reinforcement fiber in pediatric dentistry: A case report., Quintessence Int. 2004 35: 263-268.

WALTER Figueiredo, Reynaldo Odontología para el bebé, Edit. Amolca, Colombia 2000, pp.246

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**