



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**USO DE ENDOPOSTES RÍGIDOS DE FIBRA DE VIDRIO EN
ODONTOPEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

OFELIA MONTSERRAT AGUILAR LINARTE

TUTORA: C.D. ÁNGELES LETICIA MONDRAGÓN
DEL VALLE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por todo lo que me ha dado y por nunca abandonarme en el camino. Gracias por ayudarme a llegar a esta etapa de la vida donde se cumple uno de mis más grandes sueños.

A Papá Poncho y Mofi:

Por siempre estar conmigo y darme todo su amor compartiendo bellos momentos que jamás olvidaré. Gracias por confiar en que llegaría este día y sé que estarán muy orgullosos donde quiera que se encuentren.

A Mamá Mía:

Por todo el apoyo que me ha dado además de que ha estado conmigo cuando más la he necesitado, la quiero mucho y espero compartamos más momentos felices juntas.

A mi mamá, Silvia Linarte:

Tú eres una de las personas más importantes de mi vida, siempre me has ayudado a lograr mis metas. Quiero agradecer por todo tu apoyo y sacrificios. Quiero que sepas que este logro no es sólo mío, es también tuyo.

¡Muchas gracias mamá!

A mi papá, Martín Aguilar:

A ti nunca podría pagarte por todos los sacrificios que has hecho para que nunca me falte nada, aún recuerdo que cuando te fuiste dije: “vas a ver que valdrá la pena” y mira, creo que así ha sido. ¡Gracias por todo lo que haces por mí!. Este logro también es tuyo, te quiero mucho papá.



A mi hermana, Alejandra Nallely Aguilar:

Fuiste mi primer paciente y siempre estaré agradecida contigo por el apoyo que me has dado sin importar nada, gracias por ayudarme en cada momento que lo necesité. Estoy muy orgullosa de ti Ale, se que tú llegarás muy lejos y siempre estaré contigo para apoyarte.

A mis tíos:

Beto, Raúl, Sonia, Enrique y Toño por el apoyo que le dieron a mis papás para lograr este sueño.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO:

Gracias por permitirme estudiar en la máxima casa de estudios. Me siento muy orgullosa de pertenecer a la Facultad de Odontología que me ha brindado los conocimientos necesarios para ejercer mi profesión- Gracias a los profesores que estuvieron conmigo durante toda la carrera, por sus enseñanzas y consejos.

A mi tutora, la Dra. Ángeles Mondragón:

Por su apoyo y las enseñanzas que me brindó desde el servicio social hasta ahora, además del tiempo, entrega y dedicación que ha puesto en este trabajo. Gracias por compartir sus conocimientos conmigo y por sus consejos que me han ayudado siempre.

A la Dra. Blanca Estela Hernández:

Por ser la responsable de esta pasión que tengo por la Odontopediatría, por haber estado conmigo en 4^{to} y 5^{to} año, donde aprendí mucho de usted y por brindarme seguridad y confianza. Gracias por ser una excelente persona y por compartir siempre cada uno de sus conocimientos.



A Francisco Valencia:

Por darme palabras de aliento cuando las he necesitado, por confiar en mí, apoyarme en cada momento, por tu cariño y por estar conmigo en estos momentos tan importantes de mi vida.

A Paulina Aguirre:

Si te diera las gracias por cada una de las cosas que has hecho por mí desde que te conocí, no terminaría. Eres una excelente persona y una gran amiga que agradezco haber conocido. Gracias por todo tu apoyo incondicional.

A mis amigas:

Alejandra Haydee Díaz que estuviste conmigo siempre, Diana Hernández por darle alegría a cualquier situación, Guadalupe Garduño por el apoyo que siempre me das y Viridiana Flores por escucharme siempre. Con ustedes viví cosas buenas y malas dentro de la carrera, hubo algunas malas situaciones pero sobre todo sonrisas y momentos llenos de felicidad que espero sigamos compartiendo juntas. ¡Gracias por su amistad y apoyo!

A todas las personas que conformaron el servicio social:

Donde tuve la oportunidad de aprender nuevas cosas, especial agradecimiento a la Dra. Claudia Tochijara por todo lo que me enseña y sobre todo por ser un gran ser humano. A mis compañeros, principalmente a Nohemí Hernández por toda tu paciencia y apoyo.

A mis pacientes:

Gracias a cada uno de ustedes por la confianza y paciencia que me tuvieron, además de ayudarme a adquirir más experiencia, especialmente Yael que siempre cooperó para las fotografías del caso clínico.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA	8
1.1. Definición	8
1.2. Etiología	9
2. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE PROCESOS CARIOSOS	11
2.1. Relación entre los factores de riesgo y la enfermedad	11
3. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS DIENTES DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.	13
4. TERAPÉUTICA PULPAR	15
4.1. Pulpotomía	15
4.2. Pulpectomía	16
5. ENDOPOSTES	20
5.1. Tipos de endopostes	20
5.2. Indicaciones	26
5.3. Contraindicaciones	26



6. CASO CLÍNICO	27
6.1. Historia clínica	28
6.2. Material utilizado	34
6.3. Procedimiento	35
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42



INTRODUCCIÓN

Actualmente los niños presentan una gran destrucción de los órganos dentales de la primera dentición por caries de la infancia temprana debido en gran parte a falta de higiene, malos hábitos alimenticios y en ocasiones descuido, ignorancia y falta de información de los padres sobre aspectos preventivos.

Es importante resaltar el beneficio de la rehabilitación operatoria y protésica de los pacientes para preservar los dientes deciduos hasta la erupción de los órganos dentales de la segunda dentición.

La destrucción o pérdida precoz de los dientes deciduos anteriores generalmente ocasiona un desequilibrio estructural y funcional repercutiendo en la salud general del paciente. En algunos casos las restauraciones no se pueden colocar directamente en los dientes debido a la gran destrucción coronaria que presentan, por lo que es necesario un refuerzo intrarradicular, el cual puede ser de diferentes materiales como; metálicos, alambre de ortodoncia, resina con fibra de polietileno, biológicos, fibra de vidrio, etc.

Los endopostes rígidos de fibra de vidrio son de fácil manipulación, resistentes y estéticos; se puede rehabilitar el órgano dentario con una corona de celuloide obteniendo una restauración funcional.

El objetivo de este trabajo es presentar la reconstrucción de un incisivo lateral superior derecho en un paciente de 3/5 meses de edad el cual fue rehabilitado con endoposte de fibra de vidrio y corona de celuloide.



1. CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

1.1. Definición

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar.¹

La caries aguda en el niño es un cuadro de naturaleza multifactorial complejo en el que el amamantamiento es uno de los factores determinantes, acompañado en ocasiones por el abuso de la alimentación por biberón.

Se le denomina de diferentes formas: “caries por biberón”, “caries por amamantamiento”, “caries precoz en la infancia” y “caries por alimentación infantil”, entre otras, las cuales representan una sola enfermedad.²

Estos procesos infecciosos tienen características propias:

1. Afectan al niño a edad muy temprana, antes del primer año de vida;
2. Son de evolución rápida;
3. Varios órganos dentales están involucrados, generalmente más de tres;
4. Los incisivos superiores son los primeros afectados, posteriormente los primeros molares inferiores y por último los molares superiores (Fig. 1);
5. En los casos más graves los incisivos inferiores también se ven afectados;

¹ Alonso N.M.J., Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Rev.Med. Perinatol Reprod Humana 2009 volumen 23, número 2; pág 91. <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

² Nahás Pires Corrêa. María Salete. Odontopediatría en la primera infancia. Santos – Grupo Editorial Nacional. São Paulo, Brasil. 1a edición, 2009. Pág 167.



Fig. 1. Incisivos y molares superiores afectados.³

- 6.- Se asocia a un problema socio-cultural (alimentación nocturna y poca o nula higiene bucal).⁴

1.2. Etiología

Los factores etiológicos de la caries en pacientes infantiles son generalmente los mismos asociados a la enfermedad de la población en general.⁵

Para su instalación se necesita la interacción de tres factores básicos: el hospedero, la microbiota y el sustrato (Keyes, 1972), a los cuales Newbrun (1988), agregó el cuarto factor: tiempo (Fig. 2).

1. Hospedero: Órgano dental y saliva
2. Microbiota: *Streptococcus mutans* y lactobacilos acidófilos
3. Sustrato: Construido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, frutosa y lactosa.
4. Tiempo: Después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel 5 y se mantiene por 45 minutos.

³ Cortesía de Aguilar, O. 2012.

⁴ Walter, Luiz Reynaldo de Figueiredo, Antonio, Issao, Myaki, Odontología para el bebé. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2000. Pp 100-101.

⁵ Nahás P. Corrêa, Op. cit., pág. 162.

Cuando el consumo de carbohidratos ocurre entre comidas hay una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, aumentando el riesgo a caries.^{6, 7, 8}

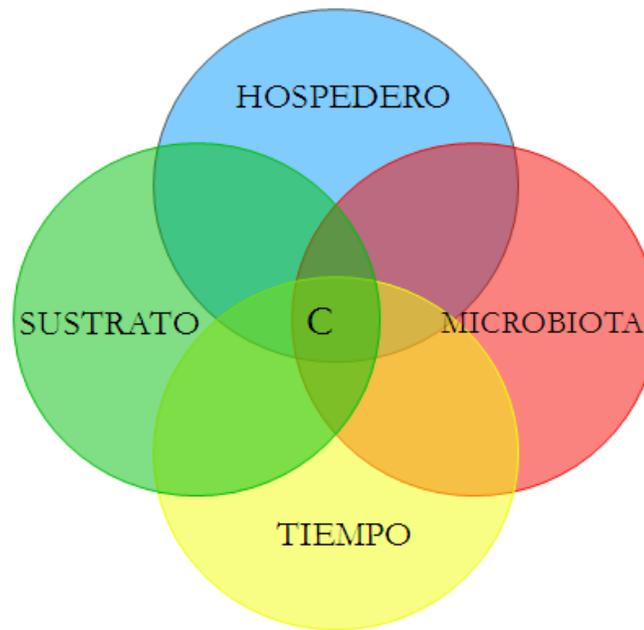


Fig. 2. Factores etiológicos de la caries.⁹

⁶ Barbería Leache, Elena, et al. Odontopediatría. Editorial Masson. Barcelona, España. 2ª edición, 2001. Pág. 173.

⁷ Boj, R. Juan, et al. Odontopediatría. Editorial Masson, España, 2004. Pág. 125.

⁸ Walter, Op. cit., pp. 95-96.

⁹ Ib.



2. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE PROCESOS CARIOSOS

Existen muchos factores de riesgo: físicos, biológicos, ambientales, conductuales y bacterianos que van a favorecer el desarrollo de procesos cariosos: disminución del flujo salival, poca o nula exposición al flúor, higiene oral deficiente y pobre alimentación.¹⁰

Las diferencias sociales implican diferentes dietas, las cuales presentan potencial cariogénico distinto. En 1987 en Inglaterra, Silver demostró que la adición de azúcar al biberón fue mayor en las clases sociales más bajas. Después de eso, los aspectos sociales, económicos y culturales llevan al destete precoz, siendo que la alimentación artificial hace viable la introducción de azúcares en la dieta.¹¹

2.1. Relación entre los factores de riesgo y la enfermedad.

El amamantamiento nocturno en conjunto con una mala o nula higiene son factores de alto riesgo para desarrollar lesiones cariosas debido a que los niños son amamantados varias veces al día durante periodos largos.

En ocasiones duermen en la misma cama con la madre, succionando de manera intermitente por lo que los cuatro factores de riesgo de la etiología de caries se encuentran presentes provocando como consecuencias: placa dental, zonas de desmineralización y lesiones cariosas.^{12, 13}

Si además del amamantamiento hay un alto consumo de carbohidratos, conlleva tres factores etiológicos de la caries (microflora,

¹⁰ García A., De la Teja E., Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. *Acta Pediatr Mex* 2008;29(2). Pp. 69-72.

¹¹ Walter, Op. Cit., pág. 109.

¹² Bezerra de Silva, Léa Assed, et al. *Tratado de Odontopediatría*. Tomo I. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2005. Pág. 350.

¹³ Brandão Scarpelli, Beatriz, et al. Programa de atenção precoce á saúde bucal (Odontología para bebés), *Guia Prático. Bebé-Clínica/MOOI/COUNO-CCS-UUEL*, 1996. Pág. 24.



tiempo, sustrato), teniendo como consecuencia: placa, manchas y cavidades en los dientes.

Cuando se reporta historia familiar transmisible, el factor de riesgo presente es la microflora que da lugar a la presencia de placa dentobacteriana en la boca del paciente.

Los defectos estructurales presentes son un factor de riesgo para la acumulación y retención de alimentos.

Una falta de suministro de flúor vuelve susceptible al hospedero y el esmalte dental tiene menor resistencia.¹⁴

Para poder identificar el riesgo de cada paciente se presenta la siguiente tabla:

RIESGO BAJO	RIESGO ALTO
La madre realiza limpieza y cepillado	La madre no realiza limpieza ni cepillado
Bajo consumo de azúcar	Alto consumo de hidratos de carbono mayor a 6 veces al día
Ausencia de alimentación nocturna	Duermen lactando y lactan durante la noche
Sin defectos estructurales en dientes	Presencia de defectos estructurales

Tabla 1. Comparación de riesgo alto y bajo de caries dental.¹⁵

¹⁴ Ib.

¹⁵ Cortesía del doctor Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter.

3. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS DIENTES DE LA DENTICIÓN TEMPORAL

La pérdida precoz de los dientes en la dentición temporal causa un desequilibrio estructural y funcional (Fig. 3). Este desequilibrio normalmente se manifiesta por la pérdida de espacio con consecuente disminución de la longitud del arco, inclinación de los órganos dentales, falta de estética y pérdida de dimensión vertical cuando la zona edéntula se presenta en posterior.



Fig. 3. Pérdida dental anterior.¹⁶

La ausencia de incisivos superiores hace que el niño explore con la lengua el espacio edéntulo, provocando una protrusión maxilar o una lengua protráctil, lo cual a su vez desarrolla deglución atípica, con alteración de actividad muscular y la consiguiente maloclusión (labioversión de incisivos y mordida abierta en diversos grados).

Cuando se pierden los molares temporales, la lengua se expande invadiendo las áreas edéntulas con posible malposición de los premolares y mesialización del primer molar al erupcionar. La succión del labio también altera la posición de los dientes en erupción.

¹⁶ Cortesía de Aguilar, O. 2012.



En general, si se pierden los molares primarios antes de que los sucesores permanentes estén listos para erupcionar, el resultado podría ser inclinación y migración de los órganos contiguos además de falta de desarrollo del hueso alveolar en el área del diente perdido.

El diente es el mejor mantenedor de espacio, dentro de una armonía con la musculatura oral desempeña funciones masticatorias, fonética, deglución y estética.

La pérdida del diente temporal próxima a la erupción del sucesor permanente parece acelerar su erupción. En el caso de que la pérdida sea antes de la erupción del sucesor permanente parece retardar su erupción, cuando la pérdida del temporal fue ocasionada por un proceso infeccioso con afectación ósea, la erupción se puede adelantar. ^{17, 18, 19, 20, 21}

¹⁷ Nahás P. Corrêa, Op, cit., pp. 492-493.

¹⁸ Subramaniam, Priya; Girish Babu, K.L.; Sunny, Raju. Glass fiber reinforced composite resin as an intracanal post – A clinical study. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Volumen 32, número 3, 2008. The Oxford Dental College, Hospital and Research Centre, Karnataka, India. Pág. 207.

¹⁹ Aschheim, Kenneth W.; Barry G. Dale et al. Odontología estética. Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales. Ediciones Harcourt. Madrid, España. 2ª edición, 2002. Pág. 329.

²⁰ Goldstein, Ronald E., et al. Odontología estética. Volumen II. Editorial Ars Médica. Barcelona, España. 2ª edición, 2002. Pág. 838.

²¹ Ochoa T., Mendez V., Martínez A., et al. Instrumentación rotatoria en dientes temporales. Reporte de un caso. Odontol Pediatr Vol. 10, N° 1 Enero-Junio 2011. Pp. 51-54.



4. TERAPÉUTICA PULPAR

El objetivo principal del tratamiento del tejido pulpar es mantener la integridad y la salud de los órganos dentarios.

El tratamiento pulpar deberá llevarse a cabo una vez realizada una historia clínica completa, toma de radiografías y plan de tratamiento. El plan de tratamiento deberá incluir la consideración del valor de cada diente involucrando en relación al desarrollo total del niño, así como de las alternativas al tratamiento pulpar. Cuando el proceso infeccioso no pueda ser controlado y el soporte óseo no sea el adecuado o la estructura dentaria es insuficiente para colocar una restauración apropiada, el tratamiento pulpar no deberá realizarse y la exodoncia será la mejor opción.

Otros factores que deben ser considerados son el grado de cooperación del paciente y de los padres, así como la motivación para continuidad del tratamiento.²²

4.1. Pulpotomía

La pulpotomía es la amputación quirúrgica de la pulpa cameral, seguida de la colocación de fármacos, con el objeto de mantener el remanente pulpar radicular vital, de forma que permita que el ciclo biológico del diente deciduo pueda mantenerse naturalmente. Este procedimiento es bastante eficaz en dientes deciduos que presentan exposiciones pulpares por caries y/o mecánicas de manera accidental.

Se indica la pulpotomía para dientes deciduos con vitalidad pulpar, con un ciclo biológico compatible y con ausencia de lesión radiográfica en el área de furcación o a nivel periapical.

²² Nahás P. Corrêa, Op, cit., pág. 472.



Diversos medicamentos han sido utilizados después de realizada la pulpotomía, tales como:

- Hidróxido de calcio,
- Óxido de zinc y eugenol
- Formocresol
- Formocresol diluido
- Gluteraldehído
- Sulfato férrico
- Colágeno
- Pasta Guedes-Pinto
- Recientemente la proteína morfogénica ósea.

Entre los medicamentos utilizados, el formocresol es el de más amplia aceptación. Sin embargo, no existe un acuerdo general en relación a los resultados y existen diversas opiniones entre los investigadores desde que en 1904 Buckley introdujo el formocresol.²³

Sumado a los medicamentos mencionados anteriormente, las técnicas no farmacológicas tales como la pulpotomía electroquirúrgica, pulpotomía con láser de alta energía y pulpotomía seguida de irradiación láser de baja energía vienen siendo estudiadas.

4.2. Pulpectomía

El procedimiento de pulpectomía y obturación de los canales radiculares es un tratamiento aceptable para restaurar a los dientes deciduos infectados.

Está indicado cuando hay evidencia de inflamación crónica o necrosis de la pulpa radicular.

²³ Guedes-Pinto, Antonio Carlos, et al. Rehabilitación bucal en Odontopediatría. Atención integral. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2003. Pág. 113.



Contraindicaciones del tratamiento:

- Cuando existe gran pérdida de estructura radicular (más de 2/3 de reabsorción),
- Sin posibilidad de restauración,
- Lesión en furca,
- Cuando hay evidencia radiográfica de reabsorción interna o perforación del piso de la cámara pulpar y
- En pacientes con un estado de salud general debilitado.

Según Toledo (1986), los dientes deciduos anteriores favorecen al tratamiento endodóncico por poseer una única raíz, recta y un canal con diámetro favorable para la instrumentación. La rizólisis de los dientes anteriores inicia por lingual.

El éxito del tratamiento endodóncico depende de la reducción o de la eliminación de los microorganismos infecciosos. Para eso, es necesaria una adecuada instrumentación del canal radicular e irrigación con soluciones bacterianas.²⁴

Los materiales para obturar conductos radiculares son a base de óxido de zinc y eugenol, de hidróxido de calcio y de yodoformo.

1) ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL

- Descrito por primera vez por Sweet en 1930.
- Son los más empleados en los Estados Unidos.
- Posibilidad de obturación ineficiente por exceso o falta en los conductos radiculares.
- El eugenol es muy irritante cuando entra en contacto con el tejido conjuntivo, induciendo inflamación severa.

²⁴ Nahás P. Corrêa, Op, cit., pp. 478-479.



- Diferencia entre las tasas de reabsorción de la pasta y de la raíz.
- En 1996, Coll y Sadrian evaluaron los factores que afectan el éxito de la pulpectomía con óxido de zinc y eugenol y la tasa de éxito global fue de 77.7%.
- Se demostró que las pulpectomías con óxido de zinc y eugenol presentan 20% de posibilidad de alterar el trayecto de erupción del sucesor permanente.

2) HIDRÓXIDO DE CALCIO

- Rhoner lo utiliza por primera vez como material obturador de conductos radiculares en 1940.
- Es auxiliar en la reparación de los tejidos periapicales.
- El hidróxido de calcio no presenta propiedades fisicomecánicas adecuadas por ser hidrosoluble, radiolúcido, su falta de viscosidad y escurrimiento además de su permeabilidad a los tejidos tisulares.
- Mani et al. (2002) compara la tasa de éxito del hidróxido de calcio (86.7%) contra el óxido de zinc y eugenol (83.3%).

3) YODOFORMO

- En Brasil, la pasta Guedes-Pinto ha obtenido buenos resultados.
- En Japón se han hecho investigaciones del Vitapex™ (hidróxido de calcio, yodoformo, aceite de silicona y otros) que contiene un vehículo aceitoso que ayuda a las propiedades del hidróxido de calcio. Las ventajas son: reabsorción simultánea de la raíz y del material obturador, facilidad de la aplicación, ausencia de efectos tóxicos sobre el diente permanente sucesor y radiopacidad.



- La acción de los medicamentos normalmente utilizados (formocresol, tricresol, formalina, paramonoclorofenol alcanforado) es precipitar proteínas provocando la muerte de las bacterias por coagulación, que limita la penetración del medicamento. Así las capas más profundas de los canales radiculares no sufrirán la acción del medicamento, por lo que Guedes-Pinto (1981) propuso modificaciones en la medicación, obteniendo éxito en 97% de los casos.^{25, 26}

²⁵ Nahás P. Corrêa, Op, cit., pp. 479-483.

²⁶ Bezerra de Silva, Léa Assed, et al. Tratado de Odontopediatría. Tomo II. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2005. Pp. 643-647.



5. ENDOPOSTES

Cuando no es posible adaptar la corona a la estructura dentaria remanente, debido a la gran destrucción, podemos utilizar un refuerzo intraradicular para poder construir un muñón que facilitará el ajuste y la restauración de la corona.^{27, 28, 29}

Se recomienda la colocación de endopostes en casos donde exista hasta 50% de destrucción coronaria. Su colocación en dientes anteriores es más frecuente debido a la anatomía dental y el volumen de la cámara pulpar. La cámara pulpar desempeña un papel importante para la adherencia del material de relleno.

Otros aspectos relacionados con los dientes deciduos deben ser considerados tales como: presencia de reabsorción patológica y el diámetro del canal radicular.³⁰

5.1. Tipos de endopostes

Existen diferentes tipos de endopostes:

- Confeccionados con alambre ortodóncico 0.7 mm en forma de “alfa”, “gamma” u “omega”.

Son económicos, rápidos y fáciles de realizar para restaurar el órgano dentario, sin embargo, no son adecuados para adoptar la forma del conducto, lo que puede ocasionar una fractura radicular o interferir en la erupción del órgano permanente (Fig. 4).³¹

²⁷ Butini L., Sanglard L.F., Del Conte C.G., Nahás M.S., TurollaM., Reabilitação de dentes decíduos anteriores com o uso de pinos de fibra de vidro. J Health Sci Inst. 2010;28(1). Pp. 89-93.

²⁸ Guedes-Pinto, Op. Cit., pág. 245.

²⁹ Aly A. Sharaf, The application of fiber core posts in restoring badly destroyed primary incisors. J. Clin Pediatr. Dent. 2002. Pp. 217-218.

³⁰ Chula de Alcântara P., Fonseca M.S., Pinto de Silva L.C., De Almeida R. Restauração de dentes decíduos anteriores com destruição excessiva: Relato de caso clínico. Arqu bras odont 2010;6(2). Pp. 57-63.

³¹ Ib.



Fig. 4. Endoposte confeccionado con alambre ortodóxico.³²

- Metálicos prefabricados roscables y lisos.

Los endopostes fabricados a base de metal están indicados en conductos amplios y con poco remanente de dentina, pero no cumplen con la demanda estética cuando son restaurados con resinas directas (Fig. 5).³³



Fig. 5. Endoposte prefabricado.³⁴

³² Guedes-Pinto, Op. Cit., pág. 249.

³³ Cavalcanti, A. L.; Barbosa, J.C.; Boudox, K.L., et al. Utilização de pinos intracanal cimentados por adesão, em restaurações de dentes deciduos anteriores. J Bras Odontol Bebê, Curitiba. Vol. 6, n. 30, mar/abr 2003. Pp. 152-156.

³⁴ Ib.

- Biológicos o naturales confeccionados a partir de la raíz de dientes naturales.

Se obtienen de dientes naturales, tienen el inconveniente de requerir de un banco de dientes, además de que puede existir infección cruzada (Fig. 6).

La porción radicular de los dientes temporales del banco son adaptados al conducto radicular de los dientes y cementadas con ionómero de vidrio. La ventaja es que el endoposte de diente será reabsorbido junto con el diente temporal.³⁵



Fig. 6. Endoposte biológico.³⁶

- De ionómero de vidrio y resina.

Proporcionan alta estética, pero una de sus desventajas es la contracción que puede existir a la polimerización y así provocar más tarde su pérdida.

Recientemente se ha aportado la aplicación de endopostes de fibra de vidrio reforzados.³⁷

³⁵ Nahás P. Corrêa, Op, cit., pág. 504.

³⁶ Ib.

³⁷ Grewal, N.; Seth; Comparative in vitro evaluation of restoring severely mutilated primary anterior teeth with biological post and crown preparation and reinforced composite restoration. Journal Indian Soc Pedod prevent dent. December 2008. <http://www.jisppd.com> on Friday, October 15, 2010, IP:132.248.225.231. Pp. 141-148.

Se puede utilizar cinta de polietileno para reforzar, se prepara retirando 1/3 de medicamento del conducto radicular, medido con una sonda milimetrada y se corta un pedazo de la cinta de polietileno dos veces más grande. La cinta se introduce al conducto con resina fluida y se fotopolimeriza. La porción coronaria de la cinta será cubierta con resina condensable.

- De fibra de vidrio.

Los endopostes de fibra de vidrio ofrecen algunas ventajas como la elección del tamaño y alta retención, debido a que su capa más superficial está envuelta por una película de BIS-GMA, descartando la existencia de retenciones adicionales, reduciendo riesgo de fractura, módulo de elasticidad muy próximo al diente y excelente estética, suprimiendo el uso de opacadores o recursos de enmascaramiento estético.³⁸

Colocación de endopostes de fibra de vidrio y restauración de la corona con funda de celuloide (Fig. 7 a 9):



A) Destrucción coronaria del órgano dental 5.1 con tratamiento pulpar (pulpectomía).

B) Eliminación de la curación.

C) Limpieza del conducto radicular con excavador

Fig. 7. Pasos para la colocación de un endoposte de fibra de vidrio.³⁹

³⁸ Nahás P. Corrêa, Op, cit., pág. 504.

³⁹ Cortesía de Aguilar, O. 2012.

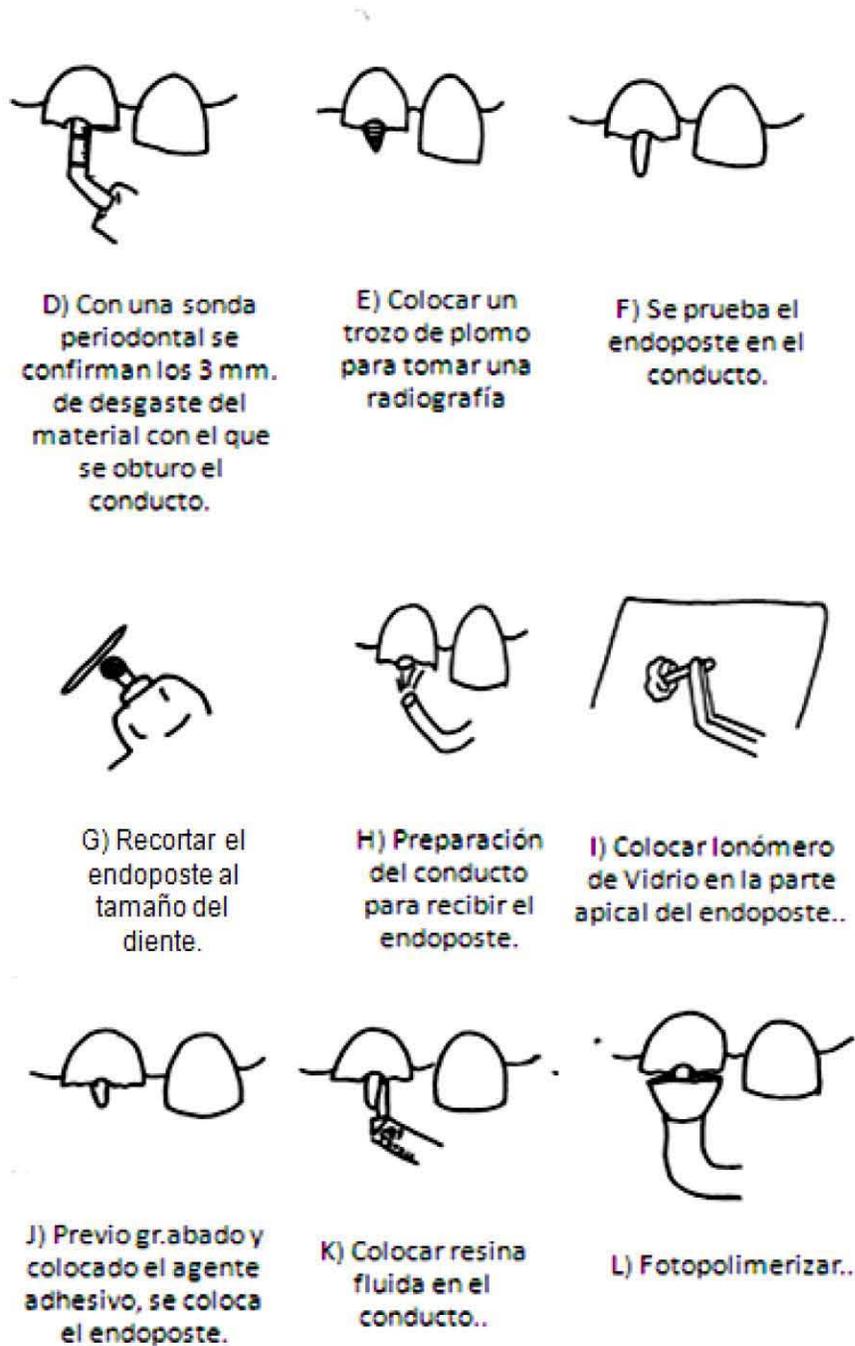


Fig. 8. Pasos para la colocación de un endoposte de fibra de vidrio.⁴⁰

⁴⁰ Ib.



M) Realización del muñon con resina condensable.



N) Preparación para la corona de celuloide.



O) Prueba de la funda de celuloide.



P) Se rellena la funda con resina.



Q) Se lleva a boca para fotopolimerizar.



R) Se retira la funda de celuloide.



S) Pulido y terminado.

Fig. 9. Pasos para la colocación de un endoposte de fibra de vidrio.⁴¹

⁴¹ Ib.



5.2. Indicaciones

Es común la preocupación por parte de los clínicos de la presencia de un endoposte durante el proceso de reabsorción radicular y su real interferencia con el germen del diente permanente. Se debe aclarar que no existe problema (siempre y cuando se proceda correctamente), debido a que la reabsorción radicular del diente deciduo que recibió tratamiento endodóncico es normal y el endoposte no interferirá con el germen del diente permanente.

Es importante recordar que el largo del endoposte no debe pasar del tercio medio de la raíz del diente. La falta de cuidado de este detalle puede llevar a una sobrecarga de fuerzas sobre la raíz, provocando la reabsorción patológica de la raíz y consecuentemente su pérdida precoz. Por lo tanto, estos dientes deben revisarse periódicamente.^{42, 43}

5.3. Contraindicaciones

El refuerzo intrarradicular está contraindicado para dientes anteriores de pacientes con bruxismo, debido a que durante los movimientos de protrusión se ejerce mucha fuerza oclusal.^{44, 45}

⁴² Nahás P. Corrêa, Op, cit., pág. 499.

⁴³ Guedes-Pinto, Op. Cit., pág. 249.

⁴⁴ Ib.

⁴⁵ Butini L., Art cit, pp. 89-93.

6. CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 3/5 meses, ingresa a la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM y fue atendido en el Seminario de Odontopediatría.

Se realizó la historia clínica, toma de radiografías (Fig. 10) y se le dio técnica de cepillado de Stillman modificado a la mamá explicándole la etiología de su estado bucal y las consecuencias que conlleva el no poder masticar correctamente los alimentos, además de problemas de dicción y estética.

En el primer control personal de placa que se hizo, el paciente tuvo un porcentaje del 28%, el segundo fue de 22%.

Se realizó el plan de tratamiento y se le explicó a la mamá el beneficio del mismo. Se decide colocar un endoposte y corona de celuloide en el órgano dental 5.2 debido a la gran destrucción de la corona.

Después de rehabilitar los cuadrantes 5, 6, 7 y 8, se realizó la pulpectomía del órgano dental 5.2 y enseguida se colocó un endoposte de fibra de vidrio debido a la escasa corona clínica del diente. Al finalizar dicho tratamiento se pudo rehabilitar protésicamente al paciente.



Fig. 10. Radiografía inicial.⁴⁶

⁴⁶ Cortesía de Aguilar, O. 2012.



6.1 Historia clínica

No. de expediente 69-1-11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA
HISTORIA CLÍNICA



Nombre del alumno Aguilar Linarte Ofelia Montserrat Grupo Seminario

Fecha

06	02	12
Día	Mes	Año

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente Luna Ayala Alexis Yael (Yael)

Fecha de nacimiento

15	09	08
Día	Mes	Año

 Lugar de nacimiento México, D.F. Edad

3	5
Años	Meses

 Sexo M F

Domicilio Virgen de Fátima 35 Virgencitas Nezahualcoyotl
Calle No. Colonia Delegación o Municipio

Telefonos 46277920 / 5512421471
Casa Trabajo padre Trabajo madre

Nombre de la escuela Jardín de niñas Tepeyac Grado escolar 1ro de preescolar

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

Ocupación de los padres: Obrero Empleado Comerciante Técnico Profesionista
 Estudiante Hogar Jubilado Desempleado Otros _____

Madre	3
Padre	2

Edades de los hermanos 1 y 12 años

Nombre del pediatra o del médico familiar _____ Teléfono _____

Motivo principal de la consulta: Dolor Revisión Prevención Caries Extracción
 Maloclusión Traumatismo Otro _____

4

¿Es la primera visita al dentista? Sí No

2

Si hubo una experiencia anterior, ¿cómo fue? Indiferente Agradable Desagradable

2

Describala Siempre se ha portado muy bien y es muy cooperador

Remitido por Su tía Silvia Ayala Teléfono 57864970

2. HISTORIA CLÍNICA MÉDICA E INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

2.1 Gestación

El embarazo fue Normal Alto riesgo Otros _____

2

¿Tomó algún medicamento? Sí No ¿Cuál? _____ Motivo _____

2

2.2 Nacimiento

Parto eutócico Parto distócico Por cesárea

3

2.3 Etapa neonatal

Prematuro A término Post-término

2

Peso al nacer: 3.400 kg Rango: Bajo < 2.5kg Medio 2.5. a 3.5.kg. Alto > 3.5kg Talla: 52 cm

2

Presentó: Hipoxia Dificultad de succión Ninguna Otras _____

3

Anomalías congénitas: Sí No ¿Cuáles? _____

2



2.4 Infancia y Adolescencia

Presenta o ha presentado:	1 Sí	2 No	Edad	Presenta o ha presentado:	1 Sí	2 No	Edad
Reflujo		2		Hepatitis		2	
Padecimientos renales		2		VIH		2	
Cianosis al esfuerzo		2		Fiebres eruptivas ¿Cuáles?			
Fiebre reumática		2		Exantema súbito		2	
Hemorragias espontáneas		2		Escarlatina		2	
Diabetes		2		Varicela		1	2 años
Trastornos del lenguaje		2		Sarampión		2	
Epilepsia		2		Rubéola		2	
Parotiditis		2		Mononucleosis infecciosa		2	
Difteria		2		Otros:			

- ¿Su hijo tiene diagnóstico de asma? 1 Sí 2 No 2
- ¿Actualmente está bajo tratamiento médico por alguna enfermedad? 1 Sí 2 No Motivo Tos 1
- Si está bajo tratamiento médico, ¿que medicamentos toma regularmente? Histiacil
- ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? 1 Sí 2 No ¿A cuál? _____ 2
- ¿Tiene su esquema de vacunas completo? 1 Sí 2 No 1
- ¿Tiene problemas de aprendizaje? 1 Sí 2 No ¿Cuáles? _____ 2
- ¿Presenta o ha presentado alguna discapacidad? 1 Sí 2 No 3 Física 4 Sensorial 5 Neurológica 6 Psicológica 2
- Intervenciones quirúrgicas: 1 Sí 2 No ¿Cuales y a qué edad? _____ 2
- ¿Ha recibido una transfusión? 1 Sí 2 No 3 Sangre 4 Plaquetas 5 Plasma 2

Adolescentes: _____

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre No presenta antecedentes patológicos

Madre No presenta antecedentes patológicos

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 Alimentación

- ¿Se alimenta o alimentó? 1 Por seno materno 2 Por biberón 3 Ambos 4 Otros 3
- ¿Hasta qué edad? Seno materno 1/8 meses Biberón 2 años
- ¿Cuántas veces al día? 1 Libre demanda 2 Número de veces _____ 1
- ¿Endulza o endulzó su leche? 1 Sí 2 No 1
- ¿Con qué? 1 Azúcar 2 Miel 3 Otros Chocolate 3
- ¿Tiene o tuvo alimentación nocturna? 1 Sí 2 No 3 Una vez 4 Dos veces 5 Tres veces 6 Cuatro o más ¿Hasta qué edad? 2 años de edad 1 4

4.2 Higiene

- ¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en el paciente? 1 Sí 2 No 1
- ¿Quién lo realiza? 1 Padres 2 Paciente 3 Ambos 4 Otros _____ 3
- ¿Con qué? 1 Cepillo 2 Gasa 3 Otros _____ 1
- ¿Con qué frecuencia? 1 Una vez al día 2 Dos veces al día 3 Tres veces al día 2
- ¿Desde cuándo? 1 Antes de la erupción de los dientes 2 A la erupción de los primarios 3 A la erupción de los secundarios 2



- ¿Utiliza pasta dental? ① Sí ② No ¿Cuál? Oral B stoges 1
- ¿Utiliza hilo dental? ① Sí ② No Frecuencia: ③ Diario ④ Ocasionalmente 2
- ¿Se cepilla los dientes antes de dormir? ① Sí ② No 1
- ¿Se le ha administrado fluoruro? ① Sí ② No ③ Colutorio ④ Barniz ⑤ Gel ⑥ Tabletas ⑦ Gotas 2
- ¿Desde cuándo? ① Antes de la erupción de los dientes ② Al erupcionar los primarios
- ③ Al erupcionar los secundarios
- ¿Dónde? ① Casa ② Escuela ③ Consultorio ④ Sector Salud ⑤ Facultad de Odontología

5. INSPECCIÓN CORPORAL Y BUCAL

Peso actual: 15 Kg Talla actual: 98 cm Temperatura: 36.4

Observaciones: Con base a los tablas de peso y talla el paciente presenta datos normales.

5.1 Exploración de cabeza y cuello

Articulación temporomandibular en apertura y cierre: ① Derecha ② Izquierda 1 3 2 3

③ Normal ④ Desviación ⑤ Crepitación

Cuello: Presencia de ganglios inflamados: ① Sí ② No ③ Cadena Submentoniana 2

④ Cadena Submandibular ⑤ Cadena Retroauricular

5.2 Exploración bucal

5.2.1 Tejidos blandos

Labios:

Superficie externa: ① Labio superior ② Labio inferior ③ Sin alteración ④ Reseco 1 3 2 3

⑤ Queilitis ⑥ Fovéola ⑦ Úlcera herpética secundaria ⑧ Úlcera aftosa ⑨ Otros

Superficie interna: ① Labio superior ② Labio inferior ③ Sin alteración ④ Úlceras 1 3 2 3

⑤ Mucocele ⑥ Otros

Frenillo labial: ① Superior ② Inferior ③ Inserción normal ④ Alta ⑤ Media 1 3/5 2 3/6

⑥ Baja ⑦ Doble ⑧ Otros

Mucosa yugal y fondo de saco: ① Derecho ② Izquierdo ③ Sin alteración ④ Úlceras 1 3 2 3

⑤ Candidiasis ⑥ Gránulos de Fordyce ⑦ Otros

Frenillo bucal: ① Derecho ② Izquierdo ③ Múltiple / Inserción: ④ Alta ⑤ Media ⑥ Baja 1 3/5 2 3/5

Lengua: ① Sin alteración ② Saburral ③ Fisurada ④ Pilosa ⑤ Glositis Migratoria 2 9

Benigna ⑥ Glositis Romboidea Media ⑦ Úlcera de Riga-Fede ⑧ Candidiasis ⑨ Otros *60g/100g*

Frenillo lingual: Inserción ① Sin alteración ② Corto 1

Piso de la boca: ① Sin alteración ② Ránula ③ Otros 1

Mucosa alveolar y encía: ① Sin alteración ② Úlceras ③ Abscesos ④ Fístulas 1

⑤ Fenestración ⑥ Dehiscencia ⑦ Gingivitis ⑧ Periodontitis ⑨ Nódulos de Bohn

⑩ Quistes de erupción ⑪ Quistes de lámina dental ⑫ Hematoma de la erupción

⑬ Pericoronitis ⑭ Otros

Paladar duro: ① Sin alteración ② Cicatrices ③ Hendiduras ④ Perlas de Epstein 1

⑤ Úlceras ⑥ Otros

Paladar blando: ① Sin alteración ② Cicatrices ③ Hendiduras ④ Úlceras ⑤ Otros 1

Faringe: Amígdalas palatinas: ① Sin alteración ② Hipertróficas ③ Ulceradas 1

④ Hiperémicas ⑤ Ausentes ⑥ Otros

Úvula: ① Sin alteración ② Bífida ③ Inflamada ④ Ulceradas 1



5.2.2 Traumatismos

Dentición: 1 Primaria 2 Secundaria 3 Ambas

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? 1 Casa 2 Parque 3 Escuela 4 Transporte 5 Otros _____

¿Cómo ocurrió? _____

Pérdida de conciencia: 1 Sí 2 No Tiempo: _____

Vómito: 1 Sí 2 No

Hemorragia: 1 Sí 2 No 3 Nariz 4 Oídos

Diagnóstico: 1 Concusión 2 Subluxación 3 Luxación lateral
4 Luxación intrusiva 5 Luxación extrusiva 6 Avulsión 7 Fractura

Observaciones _____

6. OCLUSION Y ALINEACIÓN

Línea media: 1 Superior 2 Inferior 3 Normal 4 Desviada der. 5 Desviada izq.

Planos terminales: 1 Derecho 2 Izquierdo 3 Vertical o recto 4 Mesial
5 Distal 6 Mesial exagerado 7 No registrable

Espacios primates: 1 Sí 2 No 3 Superior 4 Inferior

Baume: 1 Tipo 1 2 Tipo 2 3 No registrable

Clase de Angle: 1 Derecho 2 Izquierdo 3 Clase I 4 Clase II división 1
5 Clase II, división 2 6 Clase III 7 No registrable

Desgaste fisiológico de dientes primarios: 1 Sí 2 No

Diastema: 1 Sí 2 No

Borde a borde: 1 Sí 2 No

Mordida cruzada: 1 Sí 2 No 3 Anterior 4 Posterior 5 Derecha
6 Izquierda 7 Bilateral

Sobremordida: 1 Sí Medida en mm _____ 2 No 3 No registrable

Traslape horizontal: 1 Sí Medida en mm _____ 2 No 3 No registrable

Mordida abierta: 1 Sí Medida en mm _____ 2 No 3 No registrable

6.1 Hábitos nocivos

Succión de dedo: 1 Sí 2 No Frecuencia: 3 Todo el día 4 Al dormir 5 Ocasionalmente

Chupón: 1 Sí 2 No Frecuencia: 3 Todo el día 4 Al dormir 5 Ocasionalmente

Labio: 1 Sí 2 No Frecuencia: 3 Todo el día 4 Al dormir 5 Ocasionalmente

Mordedura de labio: 1 Sí 2 No 3 Superior 4 Inferior 5 Ambos

Onicofagia: 1 Sí 2 No

Bruxismo: 1 Sí 2 No

Deglución atípica: 1 Sí 2 No 3 Con proyección lingual

Respiración bucal: 1 Sí 2 No

Otros _____

7. CONDUCTA Y ACTITUD

Respuesta conductual inicial del niño: 1 Grado 0 2 Grado 1 3 Grado 2 4 Grado 3

Actitud de los padres: 1 No cooperador 2 Potencialmente cooperador 3 Cooperador



9. RIESGO A CARIES

CRITERIO	RIESGO	VALOR	PUNTAJACIÓN
Cepillado dental con pasta fluorurada (número de veces al día)	Menos de dos veces al día	3	-3
Placa bacteriana (% de superficies dentarias pigmentadas)	Índice de O'Leary > 20%	3	-3
Frecuencia de ingestión de azúcares o de carbohidratos refinados (Nota: en niños pequeños, tomar en cuenta sus practicas de alimentación, tales como dieta nocturna o amamantamiento y lactancia artificial prolongados)	Más de dos veces al día	3	+3
Lesiones cariosas	Presentes y activas	2	+2
Fosetas y fisuras profundas	Presentes	2	-2
Enfermedad gingival o periodontal	Presente	2	-2
Alteraciones del esmalte (opacidades, hipoplasia, defectos, fluorosis)	Presentes	1	+1
Aparatología ortodóncica o mantenedores de espacio	Utiliza	1	-1
Obturaciones defectuosas	Presentes	1	-1
Caries en padres o hermanos	Presente	1	+1
		Total	+6
CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: ❶ RIESGO ALTO (diferencia \geq 0) ❷ RIESGO BAJO (diferencia < 0)			1

10. DIAGNÓSTICO: SANO ❶ Sí ❷ No RIESGO ❸ Alto ❹ Bajo

2 3

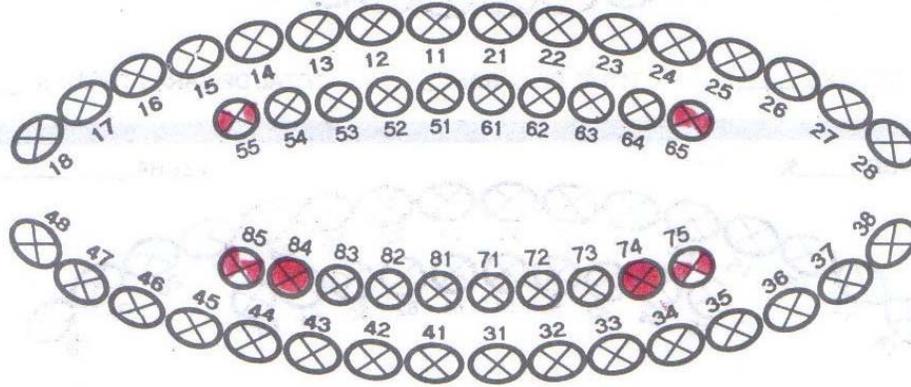
11. ACCIONES PREVENTAS SEGÚN RIESGO A CARIES

Acciones	Riesgo	
	Alto	Bajo
1. Examen periódico	Cada 3 meses	Cada 6 meses
2. Control de PDB	Cada 3 meses	Cada 6 meses
3. Recomendaciones dietéticas	Restricción de consumo de azúcares Incorporar a la dieta alimentos protectores	Modificación de factores de riesgo, como disminución de consumo de azúcares
4. Cepillado	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad
5. Fluoruros	Aplicación de fluoruro tópico por el C.D.	No requiere aplicación de fluoruro
6. Selladores de fosetas y fisuras	Se aplican si existen fosas y fosetas retentivas	No requiere aplicación de selladores

PACIENTE: Luna Ayala Alexis Yael NÚM. CARNET: 69-1-11

PORCENTAJE: 28 %

FECHA: 06-02-12



TOTAL DE DIENTES: 14

TOTAL DE CARAS: 56

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: 16

6.2. Material utilizado

Para realizar el endoposte y colocación de la corona de celuloide del órgano dental 5.2 se utilizó el siguiente material:

- ✓ Abrebocas tipo KK.
- ✓ 1x4.
- ✓ Anestesia tópica.
- ✓ Jeringa para anestesiar tipo Carpule.
- ✓ Mepivacaina al 2%.
- ✓ Aguja extra corta.
- ✓ Material para aislar (dique, perforadora, portagrapas, dos grapas # 4).
- ✓ Fresas de bola de carburo # 4 y 6.
- ✓ Fresa 171-L.
- ✓ Ionómero de vidrio tipo II.
- ✓ Trozo de plomo.

- ✓ Endopostes de fibra de vidrio.
- ✓ Ácido fosfórico.
- ✓ Agente adhesivo.
- ✓ Resina fluida.
- ✓ Resina condensable.
- ✓ Funda de celuloide.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Kit de fresas para pulir resina.

6.3. Procedimiento

1. Administrar anestesia tópica por 30 segundos.
2. Infiltrar mepivacaína al 2%.
3. Aislamiento absoluto colocando dique de hule de 5x5 cm., grapas # 4 en los segundos molares superiores y una gota de cianocrilato en el órgano dental afectado debido a que no existía suficiente tejido dental para soportar la grapa.
4. Retiro 3 mm. de Vitapex™ y verificar la medida con una sonda periodontal (Fig. 11).



Fig. 11. ⁴⁷

⁴⁷ Ib.

5. Colocar un trozo de plomo dentro del conducto radicular y tomar una radiografía para verificar la medida (Fig. 12).

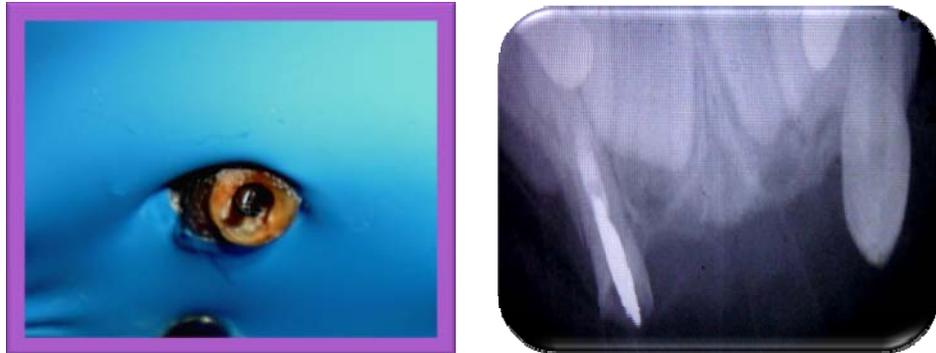


Fig. 12.⁴⁸

6. Una vez elegido el endoposte, se procede a probarlo en el conducto radicular y posteriormente se corta (Fig. 13).

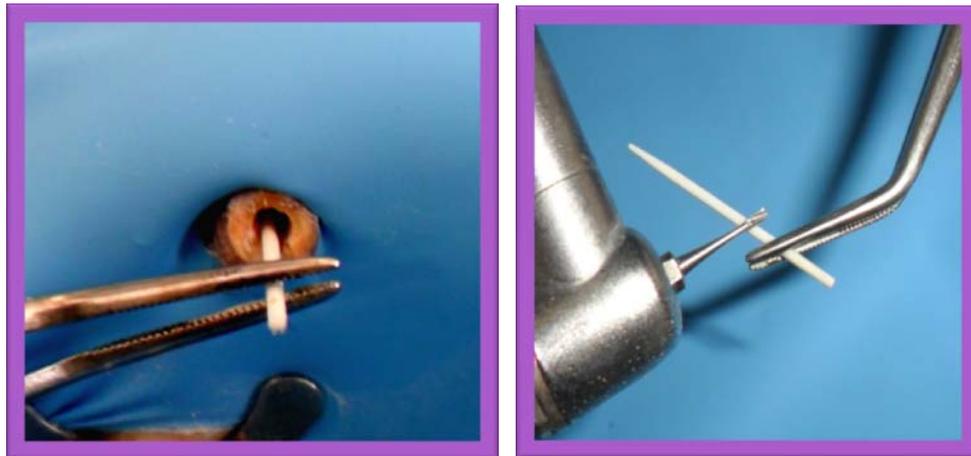


Fig. 13.⁴⁹

7. Se graban al mismo tiempo el endoposte y el conducto radicular con ácido fosfórico al 37% por 20 segundos (Fig. 14).

⁴⁸ Ib.

⁴⁹ Ib.

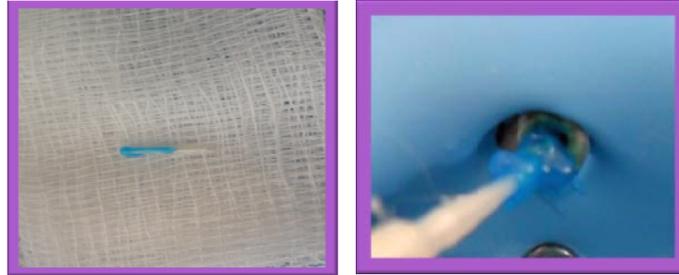


Fig. 14. ⁵⁰

8. Lavar con agua a presión (Fig. 15), secando después con aire para colocar el agente adhesivo en el endoposte y dentro del conducto radicular.



Fig. 15. ⁵¹

9. Colocar ionómero de vidrio tipo II en el endoposte e introducirlo al conducto radicular (Fig. 16).



Fig. 16. ⁵²

⁵⁰ Ib.

⁵¹ Ib.

⁵² Ib.

10. Colocar resina fluida dentro del conducto radicular y fotopolimerizar (Fig. 17).



Fig. 17.⁵³

11. Se realiza un muñón con resina condensable (Fig. 18).



Fig. 18.⁵⁴

12. Se hace una terminación de filo de cuchillo en el margen gingival con una fresa número 171-L (Fig. 19).



Fig. 19.⁵⁵

⁵³ Ib.

⁵⁴ Ib.

⁵⁵ Ib.

13. Recortar la parte cervical de la funda de celuloide con unas tijeras finas y curvas para adaptarla al margen cervical (Fig. 20).

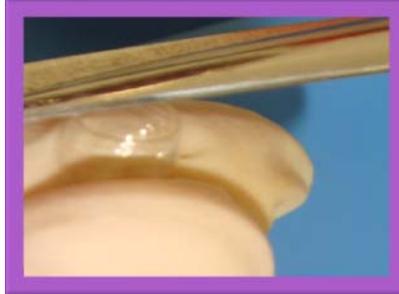


Fig. 20. ⁵⁶

14. Se realiza una perforación en la porción incisal de la funda de celuloide con un explorador para favorecer la expulsión de la resina sobrante.
15. La funda recortada se coloca en el órgano dental para revisar el tamaño y el ajuste en cervical que debe ser 1mm por debajo de la cresta gingival.
16. Se coloca la resina dentro de la funda de celuloide dejando un espacio en el centro (Fig. 21).



Fig. 21. ⁵⁷

⁵⁶ Ib.

⁵⁷ Ib.

17. Llevar la funda de celuloide al diente y posteriormente se remueve el exceso de resina.

18. Fotopolimerizar por vestibular y palatino (Fig. 22).



Fig. 22.⁵⁸

19. Retirar la funda de celuloide con la ayuda de un explorador y llevar a cabo el terminado y pulido de la restauración (Fig. 23).



Fig. 23.⁵⁹

20. Se toma la radiografía final y por último se coloca el mantenedor de espacio removible (fig. 24).



Fig. 24.⁶⁰

⁵⁸ Ib.

⁵⁹ Ib.

⁶⁰ Ib.



CONCLUSIONES

La utilización de endopostes en dientes deciduos con mucha destrucción de corona clínica, otorga beneficios al paciente debido a que las restauraciones podrán ser estéticas.

Es común la preocupación por parte de algunos Cirujanos Dentistas la presencia de un endoposte durante el proceso de reabsorción radicular y su interferencia con el germen del diente permanente. Es importante aclarar que no existe problema alguno, ya que la reabsorción radicular del diente deciduo que recibió tratamiento pulpar es normal y el endoposte no interfiere con el germen del diente de la segunda dentición; cuando la reabsorción llega a alcanzar el endoposte, el diente deciduo ya estará en la época de exfoliarse.

En Brasil son utilizados con éxito desde hace aproximadamente 30 años por el doctor Carlos Antonio Guedes-Pinto.

Es común notar cambio en la actitud de los niños después de su rehabilitación; la apariencia física les hace recuperar su autoestima.

Mi interés por desarrollar este tema surgió a partir de haber realizado el servicio social en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, donde tuve la oportunidad de ver niños muy pequeños con grandes procesos cariosos. Estos pequeños presentaban problemas de desnutrición por no poder masticar correctamente los alimentos, también presentaban problemas de dicción, deglución, pérdida de la dimensión vertical y una autoestima muy baja.

Es necesario crear conciencia en los padres de familia sobre la importancia de la prevención a temprana edad para evitar el deterioro de la salud general de los niños.



BIBLIOGRAFÍA

- Aly A. Sharaf, The application of fiber core posts in restoring badly destroyed primary incisors. J. Clin Pediatr. Dent. 2002. Pp. 217-218.
- Alonso N.M.J., Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Rev.Med. Perinatol Reprod Humana 2009 volumen 23, número 2; 91 pp.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>
- Aschheim, Kenneth W.; Barry G. Dale; et al. Odontología estética. Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales. Ediciones Harcourt. Madrid, España. 2ª edición, 2002. 606 pp.
- Baeza J.S., Gasca G., Lara E., Uso de endopostes de ionómero de vidrio en odontopediatría. Odontol Pediatr 2010, Vol 10, Núm.1. Pp. 55-60.
- Barbería Leache, Elena, et al. Odontopediatría. Editorial Masson. Barcelona, España. 2ª edición, 2001. 432 pp.
- Bezerra de Silva, Léa Assed, et al. Tratado de Odontopediatría. Tomo I. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2005. 569 pp.
- Bezerra de Silva, Léa Assed, et al. Tratado de Odontopediatría. Tomo II. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2005. 1068 pp.
- Brandão Scarpelli, Beatriz, et al. Programa de atenção precoce á saúde bucal (Odontología para bebés), Guia Prático. Bebé-Clinica/MOOI/COUNO-CCS-UEL, 1996. 24 pp.



- Boj, R. Juan, et al. Odontopediatría. Editorial Masson, España, 2004. 515 pp.
- Butini L., Sanglard L.F., Del Conte C.G., Nahás M.S., TurollaM., reabilitação de dentes decíduos anteriores com o uso de pinos de fibra de vidro.J Health Sci Inst. 2010;28(1). Pp. 89-93.
- Cavalcanti, A.L. ;Barbosa, J.C.; Boudox, K.L., et al. Utilização de pinos intracanal cimentados por adesão, em restaurações de dentes deciduos anteriores. J Bras Odontol Bebê, Curitiba, Vol.6, n.30, mar/abr 2003. Pp. 152-156.
- Chula de Alcântara P., Fonseca M.S., Pinto de Silva L.C., De Almeida R. Restauração de dentes deciduos anteriores com destruição excessiva: Relato de caso clínico. Arqu bras odont 2010;6(2). Pp. 57-63.
- García A., De la Teja E., Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso. Acta Pediatr Mex 2008;29(2). Pp. 69-72.
- Goldstein, Ronald E., et al. Odontología estética. Volumen II. Editorial Ars Médica. Barcelona. España. 2ª edición, 2002. 912 pp.
- Grewal, N; Seth; Comparative in vitro evaluation of restoring severely mutilated primary anterior teeth with biological post and crown preparation and reinforced composite restoration. Journal Indian Soc Pedod prevent dent. December 2008. <http://www.jisppd.com> on Friday, October15, 2010, IP:132.248.225.231. Pp. 141-148.



Guedes-Pinto, Antonio Carlos, et al. Rehabilitación bucal en Odontopediatría. Atención integral. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2003. 320 pp.

Nahás Pires Corrêa. María Salette. Odontopediatría en la primera infancia. Santos – Grupo Editorial Nacional. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2009. 603 pp.

Ochoa T, Mendez V., Martínez A., et al. Instrumentación rotatoria en dientes temporales. Reporte de un caso. Odontol Pediatr Vol. 10, N° 1 Enero-Junio 2011. Pp. 51-54.

Subramaniam, Priya; Girish Babu, K.L.; Sunny, Raju. Glass fiber reinforced composite resin as an intracanal post – A clinical study. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Volumen 32, número 3, 2008. The Oxford dental College, Hospital and Research Centre, Karnataka, India. Pág. 207.

Walter, Luiz Reynaldo de Figueiredo, Antonio, Issao, Myaki, Odontología para el bebé. Editorial AMOLCA. São Paulo, Brasil. 1ª edición, 2000. 246 pp.