

17-112  
Universidad Nacional Autónoma de México  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**DONADO POR P. C. P. - B. C.**

CASO CLINICO DE UNA PROTESIS  
PARCIAL REMOVIBLE

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

RAUL ARMANDO MEDINILLA PALOMINO  
ARTURO PEREZ ORTEZ  
JOSÉ IRENE ALVAREZ RAMOS

MEXICO, D. F.

1979

**15024**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

	Pág.
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- PRIMERA CITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL...	3
a) Consejos a los padres.....	4
b) Edad en que el niño debe recibir atención..	5
c) El niño llega al consultorio dental.....	6
III.- MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.....	9
a) Diferencias morfológicas entre la dentición primaria y la dentición permanente.....	10
b) Morfología de cada una de las piezas prima- rias.....	11
IV.- PERDIDA DENTAL PREMATURA EN NIÑOS.....	31
a) Causas que van a originar la pérdida den- - tal.....	31
b) Consecuencias de la pérdida dental prematu- ra.....	36
c) Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales	36
V.- PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	39
a) Indicaciones.....	40
b) Ventajas.....	41
c) Desventajas.....	41
d) Clasificación.....	42
e) Parte de una dentadura parcial removible en niños.....	43
f) Diseño.....	48
g) Requisitos ideales.....	48
VI.- CASO CLINICO.....	50
a) Historia Clínica.....	51
b) Serie Radiográfica.....	54
c) Modelos de estudio y de trabajo.....	58
d) Diagnóstico.....	60
e) Tratamiento del caso y procedimientos.....	63

	Pág.
VII.- INSTALACION DEL APARATO PROTETICO Y AJUSTES...	75
VIII.- CITAS POSTERIORES A LA INSTALACION.....	80
IX.- CONCLUSIONES.....	82
X.- BIBLIOGRAFIA.....	85

## INTRODUCCION

Considero que la odontopediatría es una de las ramas más importantes de la odontología. Su importancia reside en prevenir oportunamente los padecimientos bucales.

Un tratamiento inadecuado en la niñez puede dañar el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta que afectan tan considerablemente su salud.

Pienso que para trabajar con pequeños, debemos de estar conscientes de las múltiples responsabilidades que adquirimos. Esto implica que debemos seguir una constante superación y un gran empeño por estar al día en los progresos científicos, aprender las tecnologías más modernas que harán menos dolorosos y más eficaces nuestros tratamientos.

Si llevamos a la práctica las recomendaciones anteriores, podemos tener un juicio acertado con el plan de tratamiento. Todo ello más los cuidados dentales, serán los elementos para la salud futura del niño.

El tratamiento con niños es una tarea difícil, pero a cambio nos reporta grandes satisfacciones. Es nuestro deber conocerlos física y psicológicamente, hacer desaparecer los temores objetivos y subjetivos que le aquejan, simularles y actuar con completa honestidad.

El tema que me propongo a desarrollar trata de la elaboración y colocación e instalación de una Prótesis parcial removible en niños con pérdida prematura de piezas dentarias, que se inicia con la primera visita del niño al consultorio dental y sus aspectos psicológicos; hasta finalizar con la colocación de la Prótesis removible por pérdida prematura de piezas dentarias.

Las razones que me impulsaron a escribir sobre este tema son las siguientes:

Siempre he pensado que nuestra labor debe ir más allá de la obturación de piezas dentarias cariadas, y en múltiples ocasiones y por diferentes motivos nos vemos en

la necesidad de extraer los dientes, prestando así un servicio al niño que contribuirá a su bienestar. Sin embargo, si estas piezas dentarias no son reemplazadas por aparatos de tipo protético según lo indique la cronología dental del paciente van a ocasionar la pérdida de la integridad de los arcos dentarios y al mismo tiempo una oclusión anties-tética y no funcional.

El objetivo principal de mi trabajo consistirá en encontrar los medios más adecuados para prevenir en la edad adulta mayores complicaciones y devolverles el aspecto funcional y estético.

Para ello mostraré un caso de pérdida dental pre-matura y como tratamiento una P. P. Removible, siendo un caso clínico real.

## C A P I T U L O   I I

### PRIMERA CITA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

- a) Consejos a los padres
- b) Edad en que el niño debe recibir atención
- c) El niño llega al consultorio dental.

) Consejos a los padres.

Antes de que el niño visite por vez primera al Cirujano Dentista, creo conveniente dar una preparación a los padres del pequeño.

El entrenamiento hacia los padres, ayudará a que el niño acuda sin temores a su primera cita reportándonos grandes beneficios para lograr así una odontología satisfactoria.

La influencia de los padres hacia el pequeño tiene gran importancia, ya que en casa se forman sus primeras experiencias y de éstas obtendremos un buen o mal paciente.

Varios días antes a la cita debe instruirse a los padres que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a pasar al dentista.

El miedo del niño es una de las principales emociones que el dentista tiene que controlar, gran parte del comportamiento emocional del niño depende de sus relaciones con los padres. Si estos muestran actitudes positivas hacia sus hijos, éstos se comportarán bien y serán buenos pacientes, de los padres dependerá que el niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde; la madurez que posean los padres la adquirirán los hijos.

Debemos tener en cuenta la actitud que existe de los padres para con los hijos. En su obra Odontología Pediátrica, el Dr. Sidney B. Finn nos da una clasificación de los diferentes tipos psicológicos cuyo conocimiento estimo de gran utilidad para el C. Dentista, siendo estos los siguientes:

a) Hijos de padres dominantes.

Los hijos de padres dominantes son generalmente sumisos, temerosos, no agresivos, carecen de empuje social y con ciertos sentimientos de inferioridad. Son buenos pacientes.

b) Hijos de padres indulgentes.



Los hijos de padres indulgentes son niños con dificultades para adaptarse al medio social dándoles una creencia de superioridad por lo que se vuelven desconfiados, --- egoistas y tiránicos.

Estos niños con un dentista extraño tratan de usar su encanto y persuasión para evitar el tratamiento. No son difíciles de manejar en el consultorio.

Recomendaciones a los padres de familia:

1) No expresar miedos personales delante del pequeño. Pedirles que oculten sus sentimientos de ansiedad en sus expresiones faciales.

2) Pedir a los padres que no utilicen el C.D. como amenaza o un castigo, de lo contrario el niño siempre asociará a éste con cosas desagradables.

3) Que familiaricen al niño con el consultorio, -- pedirles que cuando ellos tengan cita lo lleven.

4) Explicarles la importancia que tienen el obtener servicios dentales regulares y el beneficio que obtiene -- un niño si se atiende desde pequeño, conservando la dentadura en perfecto estado de salud. Hacerles notar que el peor momento de traer al niño al consultorio es cuando ya padece un dolor de dientes.

b) Edad en que el niño debe recibir atención.

Debe dársele atención dental al niño desde los 3 -- años. Con el fin de ir estudiando sus estímulos y determinar cuáles son los que le producen miedo.

A los 4 años de edad es la edad en que existe mayor temor en los niños.

De los 5 a los 6 años de edad disminuyen los temores gradualmente.

A los 7 años de edad el niño resuelve sus temores -- en extremo, de una manera cobarde o bien valiente.

De los 8 a los 14 años, el niño aprende a tolerar situaciones desagradables.

Una vez en el consultorio debemos hacerles entender a los padres que nosotros manejaremos al niño, y su entrada al cubículo dental la harán en caso de que el dentista lo juzgue conveniente.

c) El niño llega al consultorio dental.

Ahora el niño ha llegado al consultorio dental.

Nuestra meta principal será infundirle confianza.

Debemos hacerle notar a este pequeño que no es el primero que pasa por una situación similar, llamándole por su nombre de pila nos dará un mejor resultado.

El niño pasa al cubículo dental.

Si el niño se nos resiste a entrar al cubículo de tratamiento podemos pasarle nuestro brazo por la espalda y conducirlo, ésta será una manera de tenerlo bien sujeto llevándolo con tacto y seguridad. Sin embargo, con frecuencia nos encontramos con niños más difíciles y cambiamos nuestras medidas para conducirlos en brazos al sillón dental. Debemos procurar que el tiempo de la visita dental sea breve y no dure arriba de 30 minutos. Si la hacemos más larga el niño probablemente no cooperará (si el tratamiento requiere de un poco más de tiempo, es preferible terminarlo y no darle otra cita posterior).

Historia Clínica.

Ahora procedemos a realizar la historia clínica.

En este momento, si solicitaremos la presencia -- de los padres en el cubículo dental para responder a ciertas preguntas que estimamos necesarias.

La Historia Clínica debe ser lo más completa posible, tomando en cuenta qué es lo que le aqueja principalmente al paciente. En el capítulo número VI cuando efectúe el caso clínico real, explicaré con más detenimiento la elaboración de la historia clínica.

Ahora bien, si el caso es de más urgencia, no --  
 podrá llevarse a cabo el proceso recomendado en el párrafo--  
 interior. En este caso investigaremos de una manera rápida  
 el estado general del paciente y su padecimiento actual.

Familiarizar al niño con el instrumental.

Ya instalado el niño en el sillón debemos familia--  
 rizarlo con el equipo, permitiéndole que pruebe el funciona--  
 miento y pregunte lo que quiera.

Nuestros movimientos al subir, bajar el sillón o--  
 mover el respaldo no deben ser bruscos sino en forma lenta.--  
 Es recomendable trabajar con un auxiliar en odontología in--  
 fantil, pues la técnica a cuatro manos facilita el manejo --  
 del niño y reduce el tiempo de operación.

Procedemos a hacer la demostración del equipo.

Podemos hacer rodar el motor sobre sus uñas, pa--  
 ra que él mismo sienta que es inofensivo; procedemos en se--  
 guida a mostrarle la jeringa de aire permitiéndole probarla,  
 ahora le enseñamos el pie del motor, de manera que observe --  
 que la copa de caucho, el cepillo o la fresa está controla--  
 da por éste.

Ahora si ya podemos iniciar nuestro trabajo revi--  
 sando y valorando la cavidad oral, anotándolo en su historial  
 clínico.

Si el tratamiento que llevamos a cabo, es en for--  
 ma normal y no de urgencia el paso a seguir será:

Limpieza de los dientes y aplicación tópica de --  
 fluoruro. Por lo general la limpieza en los niños la reali--  
 zamos con cepillos y copas de caucho acompañados de pasta --  
 abrasiva aplicando después el fluoruro.

Terminando la limpieza mecánica procedemos a dar--  
 le instrucciones para que ellos realicen su cepillado utili--  
 zando pastillas colorantes como complemento.

**Serie Radiográfica.**

Debemos tomar radiografías de las dos arcadas dentarias. Explicaremos que el aparato de RX es semejante -- a una cámara fotográfica en la cual van a salir fotografías -- dos sus dientes.

Las técnicas radiográficas las explicaré más adelante con detalle.

Modelos de Estudio, de Trabajo y Elaboración de un Plan de Tratamiento.

Ya obteniendo todo lo anterior podemos instituir un plan de tratamiento y ponerlo en marcha.

Ahora bien, en caso de que el niño acuda por vez primera al consultorio dental, le haremos notar que algunas de nuestras intervenciones en sus dientes tendrán que provocarle ciertas molestias pasajeras, que es indispensable realizar, ya que de no hacerlo, posteriormente, el padecimiento y el dolor se presentarían con mayor intensidad.

Un procedimiento aconsejable para hacer más ameno y eficaz el procedimiento operatorio es conversar con los niños a lo largo del tratamiento con temas interesantes para él.

Tratando de seguir poco a poco estos pasos y siendo pacientes con los niños, lograremos convertirlos en buenos pacientes ayudándoles así, a preservar una dentadura en perfectas condiciones.

### C A P I T U L O   I I I

#### MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

- a) Diferencias morfológicas entre la dentición primaria y la dentición permanente.
- b) Morfología de cada una de las piezas primarias.

- a) Diferencias morfológicas entre la dentición primaria y la dentición permanente.
- 1) Los dientes primarios son más pequeños que los permanentes en todas sus dimensiones.
  - 2) Las coronas de los dientes primarios son más anchas - en su diámetro mesiodistal en relación con su altura-cervicoclusal, teniendo aspecto de copa.
  - 3) Los surcos cervicales son más pronunciados, principalmente en la superficie bucal de los primeros molares-primarios.
  - 4) Las superficies bucales y linguales de los molares -- convergen hacia las superficies oclusales ocasionando que el diámetro bucolingual de la superficie oclusal sea menor que el diámetro cervical.
  - 5) Los dientes primarios tienen el cuello más estrecho - que los dientes permanentes.
  - 6) En los primeros molares primarios, la capa de esmalte termina en un borde bien definido; los permanentes se van desvaneciendo hasta llegar a ser de un filo de -- pluma.
  - 7) La capa de esmalte en los dientes primarios es más -- delgada, teniendo profundidad más consistente con --- 1 mm. de espesor en toda la corona.
  - 8) Las varillas del esmalte en el cervix se orientan ligeramente hacia oclusal en vez de orientarse hacia -- gingival como en las piezas permanentes.
  - 9) Las piezas primarias tienen menos estructura dental - para proteger la pulpa.
  - 10) Los cuernos pulpares de los molares primarios son muy altos, especialmente los cuernos mesiales.
  - 11) Las raíces de los dientes primarios son más largas y-

más delgadas, en relación con el tamaño de la corona, que las piezas permanentes.

- 12) Las raíces de los molares primarios se expanden hacia afuera más cerca del cervix que las de los dientes permanentes.
- 13) Las raíces de los molares primarios, se expanden más a medida que se acercan a los ápices, que las de los molares permanentes. Esto permite el lugar necesario para el desarrollo de brotes de piezas permanentes dentro de los confines de estas raíces.
- 14) Los dientes primarios tienen generalmente color blanco azulado, mientras que el color de los dientes permanentes es blanco amarillento.

#### b) Morfología de cada uno de los dientes primarios.

##### Incisivos Centrales Primarios.

Son los dientes más cercanos a la línea media, --ocluye con el incisivo central inferior y a la parte mesial del incisivo lateral inferior.

Estos dientes son más pequeños en todas dimensiones con respecto a sus sucesores permanentes. Su diámetro mesiodistal es mayor que el diámetro cervicoincisal. El borde incisal es más largo y se une a la superficie mesial formando un ángulo redondeado y obtuso.

##### Corona.

Tiene 4 caras y 1 borde que puede modificarse por atrición para formar una quinta superficie.

##### Superficie Labial.

Tiene forma curvada. Esta forma se debe a que los brotes mesial y distal son paralelos entre sí desde el borde incisal hasta la línea cervical, llegando a la línea cervical, los brotes mesial y distal convergen un poco debido al reborde cervicoadamantino.

Esta superficie es convexa mesiodistalmente y menos convexa en sentido cervicoincisal. Los surcos labiales rara vez se ven porque la superficie es lisa.

#### Superficie Lingual.

Es tan ancha como la cara labial, es cóncava en el tercio incisal y convexa en los tercios medio y cervical. Los rebordes marginales están bien desarrollados; la depresión que hay entre los dos bordes marginales y el cíngulo, forman la fosa lingual, el cíngulo está bien desarrollado, se localiza en los tercios cervical y medio, éste es convexo.

#### Superficies Proximales.

Son paralelas entre sí hasta que llegan a la línea cervical y convexas en su aspecto labiolingual con un borde cervical cóncavo en dirección a la raíz.

#### Superficie Incisal.

Se desgasta y forma un ángulo recto con las superficies proximales.

#### Raíz.

Tiene una sola raíz y es de forma cónica; termina en un ápice bien definido.

#### Cavidad Pulpar.

La cámara pulpar es más ancha en su borde cervical del lado lingual; se adelgaza cervicalmente en su diámetro mesiodistal

El conducto pulpar continúa desde la cámara y se adelgaza al terminar en el agujero apical.

#### Incisivos Laterales Superiores.-

Son los dientes vecinos a los incisivos centrales superiores.



Son más pequeños que éstos y muy semejantes a los incisivos laterales inferiores primarios y a los contrales - superiores, pero no tan anchos como estos en sentido mesio--distal. En su relación cervicoincisal si se puede comparar con estos.

#### Superficie Labial.

En más larga en sentido cervicoincisal que mesio--distal. Los bordes proximales convergen entre si al llegar a la línea cervical originando que el diente tenga un diámetro mesiodistal menor aquí, que en el borde incisal. La cara labial es convexa en todas direcciones. El ángulo dis--toincisal es obtuso y el ángulo mesioincisal puede ser agudo o recto.

#### Raíz.

Su forma es similar a la de los incisivos centrales, pero más larga en proporción a la corona, es delgada y se adelgaza.

#### Cámara Pulpar.

Sigue el contorno de la pieza al igual que el con ducto. En estos incisivos hay una demarcación entre la cáma ra pulpar y el conducto en lingual y labial.

#### Caninos Superiores Primarios.

Son vecinos de los incisivos laterales por su cara distal, pueden ocluir cada uno con 1 ó 2 dientes en la --mandíbula.

Ocluyen con el tercio incisal de los caninos infe--riores, y algunas veces con la vertiente mesial de la cúspide mesiobucal de los primeros molares inferiores.

#### Corona.

Tiene forma de lanza, es más grande en sentido --mesiodistal que cervicoincisal. Es más estrecha en cervical

que la de los incisivos.

#### Superficie Labial.

Es convexa; su borde incisal se encuentra dividida por las vertientes de una cúspide.

Los brazos mesial y distal son de la misma longitud, es por ello que al realizar una extracción no se puede identificar cual es el lado derecho y cual el izquierdo. Las superficies mesial y distal de la cara labial son convexas, se inclinan lingualmente y se extienden lingualmente igual que los incisivos. Ambas superficies convergen al aproximarse a la línea cervical. Son más anchos que cualquiera de los incisivos.

#### Superficie Lingual.

Es más pequeña que la labial, ya que las caras proximales convergen entre sí. Es convexa en todas direcciones; presenta un borde que atraviesa la superficie lingual y separa los surcos o depresiones de desarrollo mesiolingual y distolingual.

#### Cíngulo.

Tiene un cíngulo pronunciado y se extiende hasta el vértice de la cúspide del borde incisal. A partir del cíngulo se encuentran las fosas mesial y distal que se extienden al borde incisal. Tiene un contorno afilado.

#### Superficies Proximales.

Tienen formas triangular y son convexas en todas direcciones.

#### Raíz.

Tienen una larga raíz cónica, mayor que el doble del largo de la corona, ligeramente aplanada en sus superficies mesial y distal.

La raíz se inclina distal. El ápice es redondeado.

### Cavidad Pulpar.

Se asemeja a la superficie del diente. El cuerno central pulpar se proyecta hacia incisal, más lejos que la cámara pulpar.

El conducto se adelgaza a medida que se acerca -- el ápice.

### Primeros Molares Superiores Primarios.

Su cara mesial hace contacto con la cara distal - del canino, y su cara distal hace contacto con la mesial del segundo molar superior. Ocluye con dos dientes inferiores.

Su cúspide mesiolingual cae en la fosa distal del primer molar inferior.

Algunas veces su borde marginal distal articula - con el brazo mesial de la cúspide mesiobucal del segundo molar inferior.

Estos molares pueden tener tres o cuatro cúspi--- des.

En la línea cervical, la corona es más ancha en - sentido bucolingual que en el mesiodistal.

La forma de la corona se asemeja a un romboide. - El ángulo mesiobucooclusal es más agudo que el distolinguooclusal. Los ángulos distobucooclusal y el mesiolinguooclusal - son obtusos y bien redondeados.

Estas características son semejantes a las del -- primer molar superior permanente, tanto en diámetro como en forma.

Presenta 4 superficies: bucal, lingual, mesial, - distal y oclusal.

La raíz está formada por tres puas divergentes.

Superficie Bucal.

Aparece en la mayoría de los casos como un pre---

molar. El diámetro cervicoincisor es más corto que el mesiodistal. El borde mesial es recto y paralelo al distal casi hasta la línea cervical donde hace una curva muy convexa. La línea cervical es convexa hacia el ápice, esta convexidad es más marcada en la parte mesial que en la bucal.

Aquí hay una protuberancia que se debe a un aumento en el desarrollo de la dentina. Esta superficie bucal se encuentra dividida por el surco bucal que está mal definido y en posición distal al centro de la pieza, ocasionando que la cúspide mesiobucal sea más grande que la distobucal.

La cúspide mesiobucal tiene un borde bien desarrollado desde la punta de la cúspide hasta el margen cervical. La cúspide distobucal tiene un borde menos desarrollado.

#### Superficie Lingual.

Es más convexa en dirección mesiodistal que oclusocervical. El límite oclusal está compuesto principalmente por los brazos de la cúspide mesiolingual; cuando no existe abrasión, la cúspide mide  $140^\circ$ . Esta cúspide es redondeada.

En casos en que se encuentre una cúspide distolingual, se debe a que la superficie lingual está atravesada -- por un surco distolingual mal definido.

#### Superficie Mesial.

Tiene mayor diámetro en el borde cervical que en el oclusal. El surco central va sobre el reborde marginal mesial a la cara mesial, dividiéndola en mitad bucal y mitad lingual, se inclina distalmente del ángulo mesiobucal agudo y el ángulo mesiolingual obtuso.

Cuando hace contacto con el diente antagonista se observa un área pequeña y circular en el tercio oclusobucal de la pieza. El reborde cervicoadamantino es más prominente en la cara mesial que en la distal.

#### Superficie Distal.

Es ligeramente convexa en ambas direcciones. Se-

unen las cúspides bucal y lingual en ángulo casi recto.

Es más estrecha que la superficie mesial y la cervical. El borde marginal está bien desarrollado y atravesando por un surco distal.

#### Superficie Oclusal.

Puede tener 2, 3 ó 4 cúspides. Esta superficie está dividida en mitades aproximadas por un surco central. Tiene un margen bucal más largo que el lingual; el margen bucal al unirse con el margen mesial forma un ángulo agudo, y el margen bucal al unirse con el lingual forma un ángulo obtuso.

Del lado de la superficie distal se unen los márgenes bucal y lingual en ángulos casi rectos.

La superficie oclusal se encuentra dividida en:

Cúspide Mesiobucal, Distobucal, Mesiolingual.

De la superficie bucal se observan las cúspides mesiobucal y distobucal.

#### 1.- Cúspide Mesiobucal.

(En algunos casos la única cúspide bucal). Se forma por la unión de dos planos en ángulo de  $140^\circ$ , pero de menor tamaño que las cúspides de los permanentes. Los planos se encuentran atravesados por surcos accesorios.

#### 2.- Cúspide Distobucal.

En algunos dientes suele encontrarse y su reborde se continúa con la cúspide mesiolingual. Tanto la cúspide distobucal como la distolingual son pequeñas, siendo la distobucal la más grande y frecuente de las dos.

#### 3.- Cúspide Mesiolingual.

La superficie lingual está formada por ésta cúspide. Algunas cúspides linguales tienen forma de medias lunas, algunas las atraviesa el surco lingual que puede originar la

pequeña cúspide distolingual que menciono arriba.

La unión del borde lingual de la cúspide distobucal con el borde bucal de la cúspide mesiolingual, tiene un borde transversal que en una pieza de 3 cúspides forma el borde marginal de la superficie oclusal. Esta superficie oclusal tiene 3 cavidades:

Central, Mesial y Distal.

Raíces.

Tiene 3 raíces: mesiobucal, distobucal y lingual. Estas raíces son largas en comparación con la altura cervicooclusal de su corona. Divergen mucho y sus ápices se extienden.

La raíz lingual es la más larga y diverge hacia lingual.

La raíz distobucal es la más corta; ésta se encuentra generalmente unida con la lingual.

Cavidad Pulpar.

Tiene una cámara y tres conductos pulpares que corresponden a las tres raíces. Aunque se han encontrado anastomosis y ramificaciones.

La cámara pulpar tiene 3 ó 4 cuernos pulpares, que por lo general tienen el contorno exterior de la superficie de la pieza.

El mesiobucal es el mayor de los cuernos pulpares, el ápice del cuerno está en posición ligeramente mesial al cuerno de la cámara pulpar. El cuerno mesiolingual, le sigue en tamaño, es afilado pero no tanto como el mesiobucal. El cuerno distobucal es el más pequeño.

La vista oclusal de la cámara pulpar sigue el contorno de la superficie de la pieza semejante a un triángulo con puntas redondeadas, siendo el ángulo mesiolingual obtuso los distobucal y mesiolingual agudos.

Los conductos pulparos se extienden del piso de la cámara cerca de los ángulos distobucal y mesiolingual, y en posición más lingual de la cámara.

### Segundos Molares Superiores Primarios.

Le siguen al primer molar. Aproximadamente a los dos años y medio, la cara mesial del segundo molar hace contacto con la distal del primer molar. La cara distal del -- segundo, queda libre de contacto hasta los seis años o menos. Es por esto que el sitio donde hay más incidencia de carieses en la cara mesial; existen también, algunas caras de fositas y fisuras y poca incidencia en la cara distal. Los -- surcos se encuentran tan marcados como el segundo molar inferior .

El segundo molar superior ocluye únicamente con el segundo molar inferior. La cúspide distolingual del superior articula con el reborde marginal distal del inferior. El reborde cuspídeo de la cúspide mesiobucal encaja en la -- hendidura mesiobucal del inferior. La cúspide distobucal lo hace con la hendidura distobucal del inferior.

La anatomía de los segundos molares primarios es -- similar a la de los primeros molares permanentes, a excep-- ción del tamaño, la construcción gingival y la convexidad -- del tercio cervical.

#### Corona -

Tiene forma de cubo ligermanete modificado.

El diámetro cervicooclusal es ligeramente menor -- que los diámetros mesiodistal y bucolingual.

#### Superficie Bucal -

Es muy plana en sus tercios oclusal, medio y marcadamente convexa en el tercio cervical. Está dividida en mitades, mesial y distal por el surco bucal formando la cúspide mesiobucal y distobucal. Este surco corre hacia cervical desde la hendidura bucal, es superficial y rara vez presenta fositas.

Tiene un borde cervical bien definido que se extiende totalmente sobre la superficie bucal, y su mayor magnitud es donde se une a la cúspide mesiobucal.

#### Superficie Lingual -

Es convexa, se encuentra dividida por el surco lingual que divide la superficie lingual en una cúspide mesiolin

gual y otra distolingual. Siendo la mayor la mesiolingual. En caso de que exista una quinta cúspide, ocupa el área mesiolingual en el tercio medio de la corona y se llama cúspide de Carabelli.

**Superficie Mesial -**

Tiene un borde marginal muy elevado. El ángulo mesio bucal es agudo y el mesiolingual es obtuso. La superficie es más convexa oclusocervicalmente que bucolingualmente.

**Superficie Distal -**

La superficie distal es más convexa oclusiocervicalmente que bucolingualmente aplanada en el centro.

**Superficie Oclusal -**

Es semejante al primer molar permanente.

Tiene cuatro cúspides, y una pequeña que no siempre aparece que es la quinta cúspide.

**Cúspide Mesiolingual -**

Es la mayor y más extensa del área oclusolingual - extendiéndose hacia bucal, más allá de la cúspide distolingual.

Una característica especial de esta pieza es que - hace unión en la formación del borde oblicuo.

**Cúspide Mesio bucal -**

Le sigue a la cúspide mesiolingual, es la segunda en tamaño, tiene una inclinación profunda en el borde lingual cuando se acerca al surco de desarrollo.

**Cúspide Distobucal -**

Es la tercera en tamaño pero se caracteriza por tener un borde lingual muy prominente, inclinado hacia mesial. Este borde lingual hace contacto con la cúspide mesiolingual para formar un borde oblicuo elevado.

**Cúspide Distolingual -**

Es la menor de las cuatro y se encuentra separada de la cúspide distolingual por un surco distolingual.

La superficie oclusal presenta tres cavidades: La central es grande y profunda, aquí se une al surco bucal y al surco mesial que es muy profundo. También se une al surco distal que atraviesa el borde oblicuo para unirse a la cavidad distal. Esta cavidad es muy profunda y se encuentra rodeada por surcos triangulares. El surco distolingual es profundo.

**Raíces -**

Tiene 3 raíces. Una raíz mesio bucal, distobucal y palatina.



Se asemejan un poco a las del primer molar permanente superior; son más delgadas y se ensanchan hacia el ápice. La más corta y la más estrecha de las tres es la -- distobucal.

#### Cavidad Pulpar -

Tiene una cámara pulpar y tres conductos pulpares. La cámara toma el delineado de la pieza y tiene cuatro cuernos pulpares. Algunas veces puede aparecer un quinto cuerno pulpar dirigido hacia lingual pero es pequeño.

El mayor de los cuernos pulpares es el mesiobucal. Le sigue en tamaño el mesiolingual y es ligeramente más largo que el cuerno distobucal; pero si se combina con el quinto cuerno. El cuerno pulpar distobucal es el tercero en tamaño, se une al cuerno mesiolingual.

Es más corto el cuerno pulpar distolingual y se extiende ligeramente sobre el nivel oclusal.

Los tres conductos pulpares corresponden a las -- tres raíces, el delineado sigue el contorno general de las -- raíces.

#### Incisivos Centrales Inferiores Primarios.

Los incisivos centrales inferiores son estrechos y son los más pequeños de la boca, aunque el lateral es ligeramente más ancho y largo que el central y con raíz más larga

#### Superficie Labial -

La superficie es convexa en todas direcciones, con la mayor convexidad en el borde cervical, y tiende a aplanarse a medida que se acerca al borde incisal.

#### Superficie Incisal -

El borde incisal se une a las superficies proximales en ángulos casi rectos.

#### Superficies Mesial y Distal -

Son convexas labiolingualmente y lo son menos desde su aspecto incisocervical. Estas superficies son convexas en su aspecto labiolingual en su tercio cervical, con la convexidad hacia el borde incisal. El contacto con los -- dientes adyacentes se hace en el tercio incisal en las superficies proximales.

#### Superficie Lingual -

Es más estrecha que la labial en diámetro, las paredes proximales se inclinan lingualmente a medida que se acercan a la línea cervical. Los bordes marginales mesial y distal no están bien desarrollados y se unen en ángulo con

vexo sin marcaje definido. El cíngulo ocupa el tercio cervical de la superficie lingual.

Raíz. -

Está algo aplanada en sus aspectos mesial y distal y se adelgaza hacia el ápice.

Cavidad Pulpar

La cavidad pulpar sigue el contorno general de la pieza. La cámara pulpar es más ancha en su aspecto mesiodistal en el techo. Labio lingualmente, la cámara es más ancha en el cíngulo o línea cervical. El canal pulpar es de aspecto ovalado y se adelgaza a medida que se acerca el ápice. -- Existe una demarcación definida de la cámara pulpar y el canal lo que no ocurre en el incisivo lateral.

### Incisivo Lateral Inferior Primario.

Es el vecino distal del incisivo central, es semejante a su sucesor permanente, es más grande en todas sus dimensiones en relación con el central primario. Ocluye con el central superior y a veces con el lateral. Estas variaciones se deben a la separación de los dientes anteriores.

Superficie Labial -

Tiene una convexidad mesiodistal mayor que la del central.

Superficie Mesial -

En muchos dientes es recto, sin ninguna convergencia hacia el distal. En otros, es recto en los tercios incisal y medio y luego converge hacia el distal en el tercio cervical.

Superficie Distal -

Es generalmente convexa y converge hacia mesial a medida que se acerca a la línea cervical. El ángulo disto-incisal suele ser obtuso y el mesio-incisal generalmente recto.

Las superficies Lingual y Proximales son anatómicamente similares a las del central.

Raíz -

Es más larga que la del central y se adelgaza hacia el ápice.

Cavidad Pulpar -

Es semejante a la de los centrales mandibulares - excepto en que no hay una demarcación definida de la cámara pulpar y el canal como en los incisivos centrales inferiores.

### Caninos Inferiores Primarios.

Es el diente que le sigue al lateral. Ocluye con el canino superior y muchas veces está en relación cúspide - con cúspide con él. A esto se debe la frecuencia de cúspides aplanadas.

#### Corona -

Es más larga que la del canino superior porque su diámetro mesiodistal es menor que el cervicoincísal.

#### Superficie Labial -

Es más convexa en dirección mesiodistal que en los incisivos.

#### Superficie Incisal -

Está compuesta por los brazos de una cúspide aguda, cuando no es modificada por la abrasión. Los bordes mesial y distal convergen ligeramente a medida que se acercan a la línea cervical.

#### Superficie Lingual -

Es más pequeña que la labial, especialmente en el tercio cervical, por la convergencia de las caras proximales

No hay cingulo. Esta cara es cóncava en los tercios medio e incisal y convexa en el cervical. Los rebordes marginales no son prominentes, pero existe en algunos dientes.

#### Superficies Proximales -

Son triangulares, con los bordes labial y lingual convergentes a medida que se acercan al borde incisal.

#### Raíz -

La raíz es única, con diámetro labial más ancho que el lingual.

Las superficies mesial y distal están ligeramente aplanadas. La raíz se adelgaza hacia un ápice puntiagudo.

#### Cavidad Pulpar -

La cavidad pulpar se conforma al contorno general de la superficie de la pieza.

La cámara pulpar sigue el contorno externo de la pieza, y es aproximadamente tan ancho en su aspecto mesiodistal como en su aspecto labiolingual. No existe diferencia entre la cámara y el canal. El conducto sigue la forma de la superficie de la raíz y termina en una constricción definida en el borde apical.

### Primeros Molares Inferiores Primarios.

Son los vecinos del canino. Su cara mesial forma un punto de contacto con la cara distal del canino, y su cara distal una línea de contacto con la cara mesial del segundo molar inferior. La incidencia de caries en la cara distal del primer molar primero es mucho mayor que en la mesial. Ocluye solo con un diente superior, el primer molar.

La cúspide mesiolingual del superior encaja en la fosa distal del inferior.

Este molar tiene cuatro cúspides y dos raíces. Su corona se parece a la del superior. Tiene el mismo puente cervicoadamantino notable, con una pronunciada convexidad en la porción mesial del tercio cervical de la cara bucal. Esto no se debe a una condensación del esmalte sino a un aumento en el espesor de la dentina.

Otro detalle común con el superior es la marcada convergencia de las caras bucal y lingual a medida que alcanzan la oclusal, y a ello se debe que ésta sea angosta en dirección bucolingual. Aunque los ángulos lineales de la corona, tanto del molar superior como del inferior, son similares, los dientes difieren en el contorno porque el diámetro bucolingual mayor del superior es más grande que el diámetro mesiodistal. Esta relación es a la inversa en el inferior.

#### Corona -

Se asemeja a un romboide, con los ángulos agudos mesiobucooclusal y distolinguooclusal. El primero suele ser muy obtuso, con el distobucooclusal ligeramente más que un ángulo recto. Tiene dos raíces que se encuentran cada una por su lado en el maxilar y son relativamente más largas que las que se encuentran en los permanentes.

Los extremos de las raíces se extienden más allá del diámetro mesiodistal de la corona,

La raíz mesial es amplia bucolingualmente y contiene dos conductos que pueden conectarse a distintos niveles. La raíz distal tiende a ser más cilíndrica. No es tan amplia bucolingualmente y contiene un conducto.

Las partes internas de las raíces son las primeras en ser reabsorbidas por las células que rodean a los gérmenes de los premolares. Cada raíz se une a la corona independiente en la línea cervical, formando algunas veces un pequeño cuello común.

La cara oclusal tiene cuatro cúspides. La más -- grande es la mesiolingual; luego sigue la mesio**bu**cal, la dis**to**bu**ca**l y finalmente una pequeña cúspide distolingual. Los puentes cuspidados de las cúspides mesio**bu**cal y mesiolingual son muy prominentes y se unen entre sí, creando un alto puente que va en sentido bucolingual y divide la cara oclusal en un tercio mesial y dos tercios distales. La porción mesial está compuesta por una pequeña fosa triangular, poco profunda, limitada en mesial por el reborde marginal mesial. En sus lados está compuesta por los planos mesiales de las cúspides mesio**bu**cal y mesiolingual. Esta fosa raramente tiene un surco o una fosa central y pocas veces se carea. Los dos tercios distales de la cara oclusal están ocupados por una gran fosa distal, cuya parte está formada por los planos distales de las cúspides mesiales y cuya porción distal está compuesta por las cúspides distales.

Esta limitada en mesial por los puentes cuspidados, y en distal por el reborde marginal distal. Esto es posible por la falta de prominencia de los puentes cuspidados de los cúspides distales.

Esta fosa es ancha en todas direcciones y solamente la atraviesan surcos superficiales. Rara vez se carea, aunque su superficie está frecuentemente socavada por caries en la caradistal. En esta fosa distal ocluye la cúspide mesiolingual del primer molar superior.

#### Superficie Bucal -

Es más grande que la lingual en todas direcciones. Los bordes mesial y distal son paralelos hasta casi alcanzar la línea cervical, donde el borde distal converge marcadamente, formando una convexidad. El borde mesial es plano. Esta cara es sobrepasada oclusalmente por los brazos de las cúspides bucal muy modificados, por el desgaste funcional y que se encuentran en un ángulo de más o menos 160°. El brazo distal de la cúspide mesial y el mesial de la cúspide distal forman la hendidura bucal, que no es prominente. A veces -- una depresión superficial parte hacia cervical desde esta hendidura, dividiendo la cara bucal en dos tercios mesiales grandes y un tercio distal pequeño. La porción mesial es muy prominente, debido a un agrandamiento en su tercio cervical. Se extiende mucho más allá cervicalmente que el tercio distal. La línea cervical tiene forma de arco y se eleva -- acentuadamente hacia el ápice.

#### Superficie Lingual -

Está integrada principalmente por la cúspide mesiolingual, que ocupa por lo menos tres cuartos del diámetro mesiodistal. Esta cara está sobrepasada oclusalmente por los --

brazos de dos cúspides. La mesial, que es la más grande, -- tiene un vértice que termina en punta mientras que la distal está bien redondeada. La cúspide mesial tiene una gran convexidad y se acerca mucho a la cara bucal a medida que va hacia oclusal. Esto constituye a la corta distancia bucolin-- gual de la porción mesial de la cara oclusal.

La porción de la cara lingual tiene solo una leve convexidad cervicooclusal. La línea cervical es un arco plano que se eleva ligeramente a medida que se aproxima a las -- caras proximales.

#### Superficie Mesial -

Converge mucho hacia la distal, mientras ésta diverge de la mesial a medida que van de bucal a Lingual. La cara mesial es plana en todas direcciones; la distal es convexa.

#### Raíces -

La raíz de los molares primarios inferiores está -- dividida en dos puas; una raíz mesial y una distal. Aunque las raíces se parecen a las del primer molar inferior permanentemente son más delgadas y se ensanchan cuando se acercan al -- ápice, para permitir que se desarrolle el germen de la pieza permanente.

#### Cavidad Pulpar -

La cavidad pulpar contiene una cámara pulpar que -- vista desde el aspecto oclusal, tiene forma romboidal y sigue de cerca el contorno de la superficie de la corona. La cámara pulpar tiene cuatro cuernos pulpares. El cuerno mesiobucal, que es el mayor, ocupa una parte considerable de -- la cámara pulpar. Es redondeado y se conecta con el cuerno pulpar mesiolingual por un borde elevado, haciendo que el la -- bio mesial sea especialmente vulnerable a exposiciones mecánicas. El cuerno pulpar distobucal es el segundo en área, -- pero carece de la altura de los cuernos mesiales. El cuerno pulpar mesiolingual, a causa del contorno de la cámara pul-- par, yace en posición ligeramente mesial a su cúspide correspondiente. Aunque este cuerno pulpar es tercero en tamaño, -- es segundo en altura; es largo y puntiagudo.

El cuerno pulpar distolingual es el menor. Es más puntiagudo que los cuernos bucales y relativamente pequeño -- en comparación con los otros tres cuernos pulpares.

Existen tres conductos pulpares. Un conducto mesiobucal y uno mesiolingual, confluyen y dejan la cámara en -- sanchada bucolingualmente en forma de cinta. Los dos canales pronto se separan para formar un canal bucal y uno lin--

gual, que gradualmente van adelgazando el agujero apical. - El canal pulpar distal se proyecta en forma de cinta desde el piso de la cámara en su aspecto distal. Este canal es amplio bucolingualmente y puede estar estrecho en su centro, reflejando el contorno exterior de la raíz.

### Segundos Molares Inferiores Primarios.

Se encuentran por distal del primero. Aproximadamente a los dos y medio años de edad la cara mesial de los segundos se pone en contacto con la superficie distal de los primeros molares. La superficie distal queda libre de contacto hasta los seis años.

El período más largo de relación de contacto de la cara mesial puede explicar el hecho de la incidencia de caries sea mayor en ésta que en la distal. Los dientes extraídos muestran más caries de puntos y fisuras en el segundo molar. Este diente ocluye con dos dientes superiores, los brazos de las cúspides bucales encajan en el surco central del segundo molar y más allá. El brazo mesial de la cúspide mesiobucal articula con el reborde marginal distal del primer molar superior.

#### Corona -

La media mayor es la mesiodistal. Todas las caras convergen en forma marcada desde oclusal a la línea cervical haciendo que éste diente tenga un cuello definitivamente angosto.

El diámetro bucolingual de la cara oclusal está dividido en mitades desiguales por un surco central, que va de mesial a distal en forma de zigzag, a menudo fisurado en varios lugares. En la mayoría de los dientes las cúspides mesiobucal, la centro bucal y la distobucal (a veces denominadas mesiobucal, distobucal y distal). Las tres suelen aproximarse en el mismo tamaño, pero existen muchas variantes.

Las cúspides mesiobucal y centrobucal están divididas por el surco mesiobucooclusal que comienza en el surco central y se dirige hacia bucal, para por la hendidura mesiobucal, bajando luego por la cara bucal del tercio cervical.

La cúspide centrobucal está separada de la distobucal por el surco distobucooclusal que va desde el surco central en dirección distobucal a través de la hendidura distobucal, pasando a la cara bucal, donde se dirige hacia distal y hacia el tercio cervical. Las cúspides bucales son de ti-

po bulboso y tienen puentes cuspídeos redondeados en una ---  
 variedad bastante común, las cúspides se encuentran casi en ---  
 línea recta. En esos dientes la cúspide distobucal está en ---  
 parte en la cara bucal y en parte en la distal y el borde ---  
 bucal de la cara oclusal forman un arco, en éste tipo de dien ---  
 te la cúspide bucal está tan en la cara distal que lo forma ---  
 la relación de contacto con la superficie mesial del primer ---  
 molar permanente.

#### Superficie Bucal.

Presente tres cúspides bien definidas. Una cús---  
 pide mesiobucal que es segunda en tamaño, una distobucal ma---  
 yor y una distal la menor de las tres, aunque la diferencia---  
 de tamaño de las cúspides es ligera. Estas tres cúspides ---  
 hacen coalescencia para llegar a un borde cervical bien de---  
 sarrollado que se extiende en amplitud completa de la super---  
 ficie bucal, en posición inmediatamente superior al cuello -  
 de la pieza. La cúspide distal se extiende más ligeramente---  
 en el borde oclusal que las otras cúspides bucales para dar---  
 un área oclusal menor en la superficie distooclusal.

Las cúspides mesiobucal y distobucal están divi---  
 didas por el surco mesiobucal, que atraviesa la cresta del -  
 borde para unirse al surco mesial.

Las cúspides mesial y distal están separadas por---  
 el surco distobucal, que atraviesa la cresta y se une al sur---  
 co distal en la superficie oclusal.

#### Superficie Lingual.

Es convexa en todas direcciones y está atravesaa---  
 da en el borde oclusal por el surco lingual que separa las -  
 cúspides mesiolingual y distolingual. Esta cúspide tiene ---  
 aproximadamente la misma altura. La convexidad de ésta supe---  
 ficie es mayor a medida que se acerca al cuello de la pieza.

#### Superficie Mesial.

Es generalmente convexa, pero se aplanan conside---  
 rablemente en posición cervical. Está atravesada en un lu---  
 gar cercano a su centro por el surco mesial, que atraviesa -  
 el borde oclusal para extenderse aproximadamente a un tercio



de la distancia de la superficie mesial en dirección descendente. La superficie está restringida en el borde oclusal.- El contacto con el primer molar primario es amplio y en forma de media luna invertida en posición inmediatamente inferior a la unión del surco mesial.

#### Superficie Distal.

Es generalmente convexa, pero se aplanan un poco-- bucolingualmente cuando se acerca al borde cervical. Es menor que la superficie mesial. Hace contacto con el primer molar permanente, pero éste no es tan amplio como el contacto con la superficie mesial, y es en forma redondeada en posición exactamente bucal y cervical al surco distal.

#### Superficie Oclusal.

Tiene mayor diámetro en su borde bucal que en su borde lingual a causa de la convergencia de las paredes mesial y distal, a medida que se aproximan al lingual. El aspecto bucal consta de tres cúspides. Una mesiobucal, segunda en tamaño, una distobucal, la mayor, la mayor separada de la mesiobucal por el surco mesiobucal, y una cúspide bucal, la menor de las tres, que yace ligeramente en relación con las otras dos y está separada de la cúspide distobucal por el surco distobucal. El aspecto lingual consta de dos cúspides de igual tamaño aproximadamente; la mesiolingual y la distolingual que están divididas por el surco distolingual y son mayores que las cúspides linguales.

Existen tres cavidades en esta superficie, de las cuales la central es la más profunda y mejor definida, seguida por la mesial y después la peor definida que es la distal. Conectando estas cavidades hay surcos, que siguen un curso angular serpenteando entre los planos inclinados de ajuste de las cúspides bucales linguales, y forman el modelo de una W alargada si se los observa desde el aspecto oclusobucal.

#### Raíces.

La raíz del segundo molar primario es mayor que la del primer molar primario, aunque por lo general tiene el mismo contorno. La raíz se compone de una rama mesial --

y de una distal. Ambas ramas divergen a medida que se aproxima a los ápices, de manera que el espacio mesiodistal ocupado es mayor que el diámetro mesiodistal de la corona, para permitir el desarrollo de piezas sucedáneas.

#### Cavidad Pulpar.

La cavidad pulpar está formada por una cámara y - generalmente tres conductos pulpares.

La cámara pulpar tiene cinco cuernos pulpares que corresponden a las cinco cúspides. De hecho, la cámara en sí se identifica con el contorno exterior de la pieza, y el techo de la cámara es extremadamente cóncavo hacia los ápices. Los cuernos pulpares mesiobucal y mesiolingual son los mayores, el cuerno pulpar mesiolingual es ligeramente menos puntiagudo, pero del mismo tamaño.

Estos cuernos están conectados por borde más elevados de tejido pulpar que el que se encuentra conectando -- los cuernos distales a la pulpa. El cuerno distolingual no es tan grande como el cuerno pulpar mesiobucal, pero es algo mayor que el cuerno distolingual o que el distal. El cuerno pulpar distal es el más corto y el más pequeño, y ocupa una posición distal al cuerno distobucal, y su inclinación distal lleva el ápice en posición distal al cuerno distolingual.

Los dos conductos pulpares mesiales confluyen, a medida que dejan el suelo de la cámara pulpar, a través de un orificio común que es ancho en su aspecto bucolingual, -- pero estrecho en su aspecto mesiodistal. El canal común -- pronto se divide en un canal mesiobucal mayor y un canal mesiolingual menor. El canal distal está algo estrecho en el centro. Los tres canales se adelgazan a medida que se acercan al agujero apical, y siguen en general la forma de las raíces.

## C A P I T U L O   I V

### PERDIDA DENTAL, PREMATURA EN NIÑOS

La pérdida prematura en niños nos ocasiona consecuencias muy graves, desequilibrando la evolución del desarrollo dentario. Debemos utilizar todas las maniobras necesarias para conservar la secuencia de la erupción normal, --- colocando restauraciones anatómicamente adecuadas y conservando la integridad de las arcadas dentarias.

- a) Causas que van a originar la pérdida dental.
- 1) Extracciones por infecciones severas debido - a la presencia de caries.
  - 2) Lesiones traumáticas.
  - 3) Ausencia congénita de piezas dentarias.
- 1) Extracciones por infecciones severas debido - a la presencia de caries:

Los dientes temporales en relación con los permanentes no presentan grandes diferencias estructurales. El niño no es una imagen reducida del adulto, su diferencia anatómica, patológica y fisiológica es visible en la destrucción de los dientes temporales.

A continuación presentaré un cuadro en el que describo la predisposición y zonas susceptibles a la caries en niños de 1 a 3 años de edad.

DIENTE	SUPERIOR	INFERIOR
Segundo molar	Oclusal y palatino	Oclusal y vestibular
Primer molar	Oclusal	Oclusal y vestibular
Canino	Vestibular	Vestibular
Lateral	Mesial	Mesial
Central	Mesial	Mesial

El Dr. Mc. Donald en su libro "Odontología para el niño y el adolescente". Indica que el mayor número de las lesiones cariosas en un niño antes de los siete años de edad son las caras oclusales en relación con las proximales. Sin embargo las proximales progresan con mayor rapidez que las oclusales causando mayor número de exposiciones dentales.

Los dientes anterosuperiores permanentes no son muy susceptibles a la caries, excepto en niños con una dieta rica en carbohidratos, respiración bucal o deficiencia salival.

En cambio los dientes inferiores tienen lesiones cariosas mínimas.

Debemos tomar en cuenta lo importante que es el primer molar permanente ya que es una entidad masticatoria esencial para el desarrollo de una oclusión adecuada. La pérdida de éste molar en la edad infantil puede crear alteraciones pulpares en todo lo largo de su vida.

Voy a mencionar la importancia de prevenir la caries y la importancia de los tratamientos de endodoncia como medida para evitar las extracciones, por infecciones debido a la presencia de caries.

Las medidas preventivas primarias de la caries dental ayudan a la eliminación y extirpación de los factores que predisponen a la enfermedad.

Algunas medidas preventivas primarias, como la fluoración del agua y las aplicaciones tópicas de fluoruros, aumentando la resistencia del esmalte. Otras pretenden modificar el ambiente de los dientes, reduciendo la cantidad de carbohidratos capaces de formar ácidos disminuyendo los sistemas enzimáticos y bacterianos que dan lugar a la degradación de los almidones en azúcar, y eliminando las bacterias y ácidos en la boca.

La prevención secundaria consiste en la odontología restauradora a las lesiones descubiertas poco después de su aparición como eliminación completa de la dentina cariada, extensión del contorno de la cavidad, etc.

Cuando el ataque de caries se ha mantenido durante mucho tiempo y ha producido lesiones extensas, existen medidas preventivas terciarias que pueden establecer la salud y función, como por ejemplo: procedimientos endodónticos para conservar el diente cuando incluso la pulpa ha sufrido -- necrosis.

Cuando nuestras medidas de prevención, primarias, secundarias y terciarias no nos dan resultado, nos vemos en la necesidad de realizar la extracción.

## 2) Lesiones traumáticas que ocasionan pérdida de las piezas dentarias.

Estos accidentes pueden ser:

- Accidentes Infantiles .
- Accidentes Deportivos
- Accidentes Laborales o caseros
- Accidentes de Tránsito.

Estos accidentes ocurren con más frecuencia en -- los niños con maloclusión Clase II de Angle.

Esta maloclusión clase II se observa, cuando la - mandíbula está en posición distal con respecto al maxilar, o en la cual el maxilar esté en posición mesial con respecto - a la mandíbula, o en una malposición en que se combinan am- bas alteraciones.

## 3) Ausencia congénita de piezas dentarias.

En la edad infantil los dientes permanentes au--- sentes con mayor frecuencia son los incisivos laterales ---- superiores, siguiéndole en frecuencia los segundos molares.- Se dice que estos niños sufren de oligodoncia.

La ausencia de piezas dentarias suele ser bilate- ral pero a veces puede llegar a ser unilateral.

Hay que saber diferenciar una ausencia real de -- gérmenes dentarios con su retardo o retención de la erupción que pudiera ocurrir con ciertas disfunciones glandulares.

La ausencia congénita de dientes y la formación de dientes supernumerarios, son el resultado de variantes -- genéticas que manifiestan durante las etapas de iniciación o proliferación de desarrollo.

La displasia ectodérmica es uno de los síndromes-- en los que la ausencia de dientes es una característica. La enfermedad afecta a los tejidos de origen ectodérmico.

En la displasia ectodérmica están afectadas las -- glándulas sebáceas y sudoríparas.

Características de la displasia ectodérmica:

Presencia de cabellos finos y ralos en el pericrá-- neo, ausencia de cejas, nariz ancha de silla de montar, orejas sobresalientes, piel seca y costrosa, falta de transpi-- ración y ausencia total o parcial de dientes.



## b) Consecuencias de la pérdida dental prematura.

- 1) Cambios en la longitud del Arco Dental
- 2) Mala articulación de las consonantes al hablar
- 3) Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales
- 4) Trauma psicológico.

## I) Cambios en la longitud del Arco Dental.

La pérdida de estructura de las caras proximales de caninos y molares primarios, favorece a la inclinación de los dientes y la pérdida del espacio requerido para la erupción normal de los permanentes. Esto molar se inclina hacia mesial atrapando a los segundos premolares en erupción acortando el arco ocasionando apiñamiento o la no aparición de dientes por el insuficiente espacio para su erupción y alineamiento en forma correcta trayendo como consecuencia una malposición y maloclusión.

## 2) Mala articulación de las consonantes al hablar

Por causa de la pérdida dental prematura hay efectos en la fonación, principalmente de sonidos consonantes -- (S) (Z) (V) (F). No puede establecerse exactamente si la pérdida de un solo incisivo superior primario producirá un cambio en las palabras que llevan la letra "S". Este sonido se debe al aire que se escapa a través del espacio del incisivo superior. El sonido sufre un cambio del "S" al "Z"; -- este problema no parece ser muy serio pero diferencia a --- unos niños de otros. El ceceo ocasionado por la falta del diente anterior puede algunas veces continuar aún colocando el diente artificial, porque ya se ha creado un hábito en el niño. Este problema de dicción puede remitirse con el especialista en fonación.

## 3) Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.

La pérdida dental prematura trae como consecuencia diversos hábitos de lengua ocasionando que los dientes permanentes erupcionen en mala posición y traigan como consecuencia una maloclusión.

Por lo regular el niño que pierde un incisivo ce



tral en una edad temprana tratará de cerrar la abertura llevando la lengua hacia el espacio causando presión. Muchas veces este acto es inconsciente.

El morderse la lengua, se realizará en áreas anteriores como posteriores después de extracciones múltiples -- en esa zona. Este hábito impide la erupción normal de los incisivos permanentes.

Con respecto a los posteriores, la lengua tiene predilección por estos espacios dañando la alineación de los premolares cuando traten de tomar sus lugares en el arco.

Otros hábitos perjudiciales por pérdida prematura son:

Morderse el labio.  
Chuparse los carrillos y morderlos.  
Chupar el labio.

En sí cualquier hábito que ocasione presión anormal puede originar un alineamiento dentario incorrecto.

#### 4) Trauma Psicológico.

El trauma psicológico que sufren los niños al perder dientes anteriores primarios se considera un poco alarmante.

Estudios psicológicos en niños de edad pre-escolares quienes han perdido uno o más dientes anterosuperiores, han producido pruebas convincentes de que algunos de ellos, particularmente las niñas, sufren considerable turbación.

El Dr. Brauer cree que éste trauma psicológico -- observado, es frecuentemente resultado de los comentarios casuales y hasta crueles, que los padres, parientes, amigos u otros niños, hacen respecto al aspecto diferente del niño. Casi no se duda que la mayoría de los niños están muy orgullosos de su aspecto general, y cualquier manifestación ínta o hiriente al respecto, puede dejar para siempre en su memoria una escara desagradable. Muchos niños no quieren esperar mucho tiempo sin sus dientes frontales, por la misma razón

que la mayoría de los adultos se preocupan por su aspecto y-  
en consecuencia, se vuelven conscientes de sí mismos.

## V. PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

- a) Indicaciones
- b) Contraindicaciones
- c) Ventajas
- d) Clasificación
- e) Partes de una dentadura  
Parcia Removible
- f) Diseño
- g) Requisitos Ideales.

### Prótesis Parcial Removible.

La prótesis tanto en niños como en adultos, es -- una rama de la odontología que se encarga del reemplazo o -- substitución de los dientes primarios y permanentes ausentes, por medio de substitutos artificiales.

El Dr. Mac. Fall dice:

"Si no se reemplazan los dientes, si no se trata o corrige la maloclusión resultante, nuestra profesión no ha brá hecho lo que podía y debía para ayudar al paciente a --- ser sano".

Hoy en día, podemos reemplazar inteligentemente - los dientes que faltan cuando su pérdida no puede ser evitada porporcionando un servicio muy importante al niño, el uso de aparatos protésicos soluciona el problema del espacio, la restauración de la función masticatoria y la estética.

Los niños se adaptan fácilmente al uso de la prótesis teniendo buena disposición para usar los aparatos, --- tal vez se debe en gran parte a un factor tipo psicológico, - ligado al deseo de parecer como los demás niños.

#### a) Indicaciones.

- 1.- Cuando hay pérdida prematura de dientes primarios y cuando sea indispensable la restauración de las funciones masticatorias.
- 2.- Cuando las piezas permanentes jóvenes se pierden también por causa de un traumatismo ejem Incisivo Central Superior.
- 3.- Como placa obturadora en casos de paladar heredido.
- 4.- Cuando las piezas faltan por ausencia congénita por ejemplo: Oligodoncia (en casos de displasia ectodérmica).
- 5.- En el caso de que los dientes pilares no pu

den soportar un aparato protésico fijo:

- a) Porque se espera la pronta caída debido a la reabsorción radicular normal.
- b) Cuando hay una lesión cariosa extendida y ha complicado la pulpa.

6.- Se indica la prótesis removible cuando ya han erupcionado todos los dientes primarios.

7.- Cuando no hay problema ortodóntico inmediato, y en caso de que haya problemas, y el ortodoncista luego de un examen considera preferible colocar una dentadura para mantener el espacio y restaurar la función hasta un momento -- más ventajoso para realizar el tratamiento -- ortodóntico.

b) Ventajas.

- 1.- Las dentaduras parciales, pueden dejarse en la boca del niño sin tener que supervisar constantemente.
- 2.- En caso de presentar molestias, o algún tipo de problemas el paciente o los padres podrán retirar la dentadura.
- 3.- Los cuidados y la higiene de la prótesis serán fáciles de realizar.
- 4.- Bajo costo.
- 5.- Fácil construcción.
- 6.- Facilmente tolerado por los niños.

c) Desventajas.

- 1.- Si no hay cooperación por parte del paciente y sus padres pueden hacer infructuoso el tratamiento.

2.- Se deterioran facilmente.

d) Clasificación.

Se presenta la siguiente clasificación:

Clase	I	Unilateral posterior superior
Clase	II	Unilateral posterior inferior
Clase	III	Bilateral posterior superior
Clase	IV	Bilateral posterior inferior
Clase	V	Bilateral anteroposterior superior
Clase	VI	Bilateral anteroposterior inferior
Clase	VII	Uno o más anteriores primarios o per- manentes.
Clase	VIII	Piezas primarias completas.

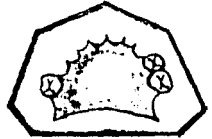
Por lo regular la clase VII es una de las dentaduras más frecuentes para fabricar. Debido a traumatismo en incisivos primarios o permanentes.



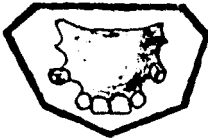
CLASE I



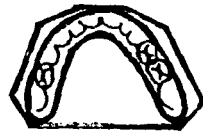
CLASE II



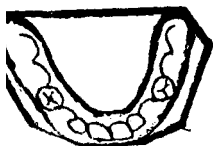
CLASE III



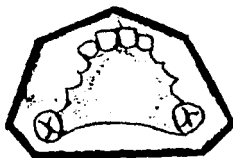
CLASE IV



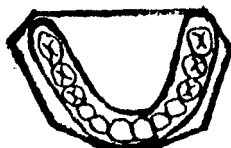
CLASE V



CLASE VI



CLASE VII



CLASE VIII

La clasificación de la Prótesis Parcial Removible también se basa en la naturaleza de sus partes:

#### Dentadura en el maxilar

- 1 - Acrílica
- 2 - Acrílica con grapas de hilo metálico forjado
- 3 - Acrílica con grapas de metal fundido
- 4 - Sillas acrílicas con estructura de metal fundido.

#### Dentadura en la mandíbula

- 1 - Acrílica
- 2 - Acrílica con grapas de hilo metal con forjado
- 3 - Acrílica con barra lingual y grapas de hilo metálico forjado.
- 4 - Acrílica con grapas de metal fundido conteniendo descensos oclusales.
- 5 - Grapas de hilo metálico forjado soldadas a una barra lingual con sillas acrílicas.
- 6 - Estructura de metal fundido y grapas con sillas acrílicas.

Sin embargo, lo más que encontramos en Prótesis Removibles consiste en una base de dentadura acrílica, grapa de hilo metálico forjado y piezas artificiales, pero en caso de que la prótesis sea de uso prolongado podemos utilizar la aleación fundida de cromocobalto.

- a) Partes de una dentadura Parcial Removible.

### 1.- Base de dentadura.

Gran parte de las dentaduras parciales se hacen con resina acrílica (metil metacrilato).

Puede realizarse de un metal solo o bien metal y resina acrílica.

Esta bien, ayuda a fijar las grapas y las piezas artificiales.

Esta debe ser ligera y a la vez fuerte para cumplir con sus requisitos funcionales.

En caso de que se utilice resina acrílica solo, deberá tener un espesor de 2 ó 3 mm.

Los procedimientos para la elaboración son los mismos que para las prótesis en los adultos:

Encerado  
Colocación en la mufia  
Mezcla  
Empaquetado  
Curado  
Terminación de la placa

### 2.- Grapas o Ganchos.

Las grapas o ganchos las utilizamos con el objeto de tener fijación adecuada o retención de la base de la dentadura, sosteniendo también a la pieza con la base.

Pueden utilizarse varios tipos de ganchos y armazones.

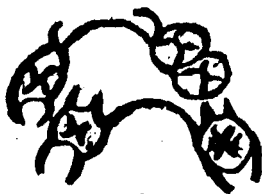
#### Dentadura Superior:

- a) Ganchos Fundidos.
- b) Ganchos Forjados.



## Ganchos Forjados

## Ganchos Fundidos



## Dentadura Inferior:

- a) Colado de una pieza incluyendo la barra lingual colada, soldados juntos.
- b) Colado de una pieza incluyendo la barra lingual.
- c) Ganchos forjados y barra forjada, soldados -- juntos.

En las dentaduras parciales infantiles se utilizan por lo general grapas de hilo metálico forjado. Pueden construirse con alambre cilíndrico de (0.7 mm.) de ancho de acero inoxidable.

Utilizando diferentes tipos de grapas según la ocasión.

El tipo de grapas utilizadas generalmente en niños son las grapas forjadas como: Grapas de Adams, Esféricas y -- Circulares.

Las grapas de Adams, se usan en piezas posteriores engrapa el área mesiobucal y distobucal de los molares.

Grapas:

Circulares

Esféricas

Adams

Vestibular

Vestibular

Vestibular



Estas pueden utilizarse en molares jóvenes permanentes que no han hecho erupción total.

Las grapas Adams Pre-Fabricadas pueden comprarse en el mercado.

Las grapas fundidas pueden hacerse a la medida en cualquier laboratorio dental, teniendo la indicación del odontólogo.

Algunas veces se utilizan descansos oclusales junto con grapas de metal forjado o bien fundido en casos de períodos prolongados como soporte de los primeros molares permanentes.

El Dr. Lindahl sugiere que el descanso oclusal lo coloquemos en la fosa central dirigido hacia lingual o bien en la porción mesiobucal de la pieza.

También nos habla de la desventaja que hay al no utilizar descansos oclusales en molares permanentes, originando que la dentadura se asiente en el área del segundo molar primario y haya inclinación mesial en los molares permanentes.

En general, cualquier tipo de armazón siempre y cuando esté bien adaptado será aceptable. En caso contrario

nos traerá como consecuencia lesiones cariosas severas.

### 3) Piezas Artificiales.

Ya se encuentran en el mercado dientes primarios de acrílico para prótesis. Su morfología es limitada y en ocasiones será necesario construirlos en el laboratorio.

Si se presenta el caso en que los dientes artificiales tengan que ocluir con una restauración de oro, es preferible usar coronas de acero cromo como dientes artificiales.

Método para la elaboración de dientes artificiales.

Se usa cera blanca fundida en moldes de goma. Estos moldes pueden construirse tomando impresiones de modelos de yeso que tengamos de pacientes de la edad con alginate, reproduciendo en moldes de goma velúm.

Se retiran los moldes de los dientes de cera y se ubican en la placa base lo mismo que los dientes de porcelana o acrílico.

La prótesis se pone en la mufla, se hierve, la zona de la placa empaqueta el acrílico del tono adecuado.

Los dientes pueden construirse también tallándolos en cera directamente sobre la placa base. Siguiendo la técnica habitual.



f) Diseño de una dentadura Parcial Removible.

La dentadura parcial deberá cumplir con los requisitos ideales, diseñando en forma adecuada según las necesidades de cada paciente.

Es importante considerar cuanto tiempo llevará el niño la dentadura parcial y el desarrollo de los arcos dentales.

Debemos tomar en cuenta al diseñar la prótesis que las piezas y los tejidos se encuentran en perfecto estado de salud.

Es conveniente que nuestro paciente se encuentre en la silla dental al igual que la serie radiográfica y los modelos de estudio, así evitaremos errores que a menudo suceden:

g) Requisitos ideales para Prótesis Parciales.

Para que la Prótesis Parcial tenga éxito y nos proporcione resultados satisfactorios deberá llenar ciertos requisitos:

- 1.- Deberá restaurar o mejorar la función mastica-  
ria.
- 2.- Deberá restaurar o mejorar la estética.
- 3.- Deberá restaurar o mejorar los contornos facia-  
les.
- 4.- No deberá interferir en el crecimiento norma-  
de los arcos.
- 5.- Su volumen no deberá constituir un inpedime-  
to para hablar adecuadamente.
- 6.- Estará diseñado de tal manera que podrá ser  
insertado y extraído fácilmente.
- 7.- Su diseño deberá permitir ajustes, alteraci-

nes y reparaciones fáciles.

8.- Deberá limpiarse fácilmente.

9.- Su diseño requerirá poca o ninguna preparación de las piezas de sostén.

## **VI. CASO CLINICO**

- a) Historia Clínica**
- b) Serie Radiográfica**
- c) Modelos de Trabajo**
- d) Diagnóstico**
- e) Tratamiento del Caso y Procedimientos.**

## a) Historia Clínica.

Es una recopilación de datos que realizamos, en el objeto de determinar el estado de salud o enfermedad de nuestro paciente, establecer el diagnóstico, sentar el pronóstico e instituir el tratamiento.

Para realizar la Historia Clínica nos basamos en los Métodos Generales de Exploración" los cuales son los siguientes:

Interrogatorio, Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación, Percusión Auscultatoria, Función, Medición Métodos de Laboratorio.

A continuación presentaré la Historia Clínica del paciente.....

## 1 - Datos Personales.

ARRIAGA HERNANDEZ GUSTAVO ALBERTO

N O M B R E

NO

S O B R E N O M B R E

15 de ENERO DE 1974

F E C H A D E N A C I M I E N T O

43 6 meses

E D A D

NO

A Ñ O Q U E C U R S A

SR. ARTURO ARRIAGA DIAZ

N O M B R E D E L P A D R E O T U T O R

FRANCISCO VILLA 398 DEL ROSAL CONTRERAS

D I R E C C I O N D E L P A C I E N T E

P A D R E

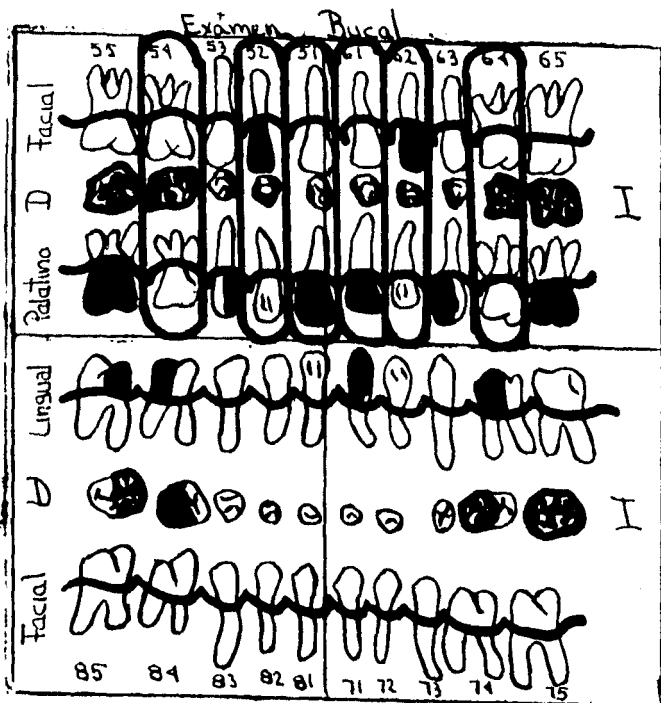
R E S P O N S A B L E D E L T R A T A M I E N T O

- 2) Antecedentes Familiares:  
Tías paternas padecen diabetes.  
Se encuentran bajo control médico.
- 3) Antecedentes Personales:  
Enfermedades propias de la niñez.

Ha recibido inmunización - DPT (Sabin), Antisarampión.  
Presenta pecho en quilla y dolor en esa área.

- 4) Padecimiento Actual:  
Caries dental múltiple.
- 5) Interrogatorio por Aparatos y Sistemas:
  - a) Digestivo -  
Padece diarreas ocasionales. Estas diarreas se ven -- asociadas al miedo y la ansiedad.
  - b) Cardiovascular -  
Sin datos Patológicos.
  - c) Gemo Urinario -  
Sin datos Patológicos.
  - d) Respiratorio -  
Padece tos frecuentemente.
  - e) Endócrino -  
Sin datos Patológicos.
- 6) Estudio Psicológico -  
Paciente no cooperador, por esto se tratará bajo anes--  
tesia general.
- 7) Examen Físico.  
Edad cronológica de acuerdo con la aparente.
- 8) Examen Bucal.
  - a) Labios - Color y consistencia normal.
  - b) Uvula - Sin datos Patológicos.
  - c) Cerrillos- No se observa patología.
  - d) Lengua - Sin datos patológicos.
  - e) Piso de la boca - Sin datos patológicos.
  - f) Oclusión - Clase I. Normoclusión.
- 9) Observaciones.  
En nuestro paciente se observa caries dental múltiple -  
ocasionada por biberón de leche.  
(Síndrome de Biberón).
- 10) Pronóstico.  
Favorable.





Gingivitis

Lesión cariosa

Dientes a extraer

## b) Serie Radiográfica.

Para poder omitir el diagnóstico completo, se utiliza una serie radiográfica con dos películas periapicales - del No. 2 y cuatro películas periapicales de No. 0.

Las dos películas periapicales del No. 2, las utilicé de manera semejante a las oclusales, para tratar de radiografiar incisivos centrales, laterales y caninos.

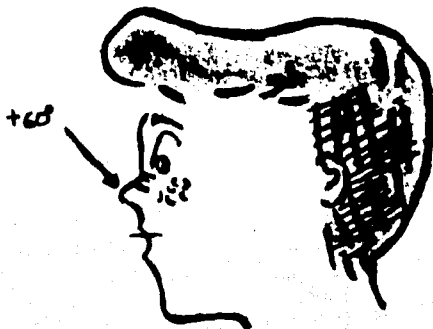
En niños pequeños se prefiere usar una proyección oclusal para los dientes anteriores superiores e inferiores, ya que el paladar y los arcos dentales de algunos niños son muy angostos, no lográndose colocar la película paralela al eje mayor del diente, además en los anteriores inferiores la lengua pone resistencia, ante la película.

## Película periapical del No. 2 Superior.

1) Para radiografiar los dientes, la cabeza del paciente debe llevarse hacia adelante de manera que el plano oclusal de la dentadura superior quede horizontal, es decir paralelo al piso, posición que es controlada si observa una línea imaginaria del tragus al ala de la nariz del paciente, pidiéndole además que mire "hacia abajo" hacia sus rodillas..

2) Colocar la película del No. 2 sobre el plano incisal superior e instruir al paciente para que muerda sobre ella.

3) Colocar el cono de la punta de la nariz dirigiendo el rayo central al centro de la película con una angulación de más  $+60^{\circ}$ .

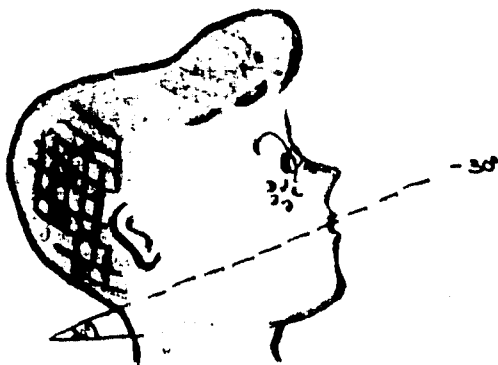


Película periapical del No. 2 inferior.

Para radiografiar los dientes superiores, la cabeza del paciente debe llevarse hacia atrás de manera que el plano oclusal inferior y la línea del tragus comisura labial sean paralelas al piso, dando la indicación al paciente de que mire "hacia arriba".

2) Colocar una película de No. 2 sobre el plano incisal inferior e instruir al paciente para que muerda sobre ella.

3) Coloque el cono con la punta del mentón con una angulación de menos 30°.



Película periapical para los molares infantiles superiores.

Para tomar las películas de los molares utilizamos el SNAP A RAY.

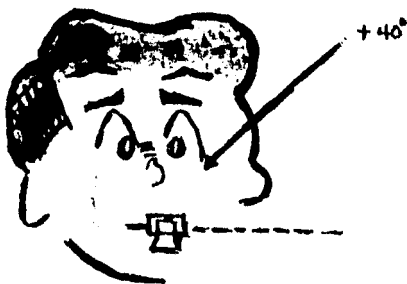
Para sostener la película que se doblará en su parte anterior para conformarse en la boca, nos debemos asegurar que las caras oclusales se encuentran sobre el plástico.

1) Para radiografiar los dientes superiores, la

cabeza del paciente debe llevarse hacia adelante de manera - que el plano oclusal de la dentadura superior quede horizontal, es decir paralelo al piso, posición que es controlada - si se observa una línea imaginaria del tragus al ala de la - nariz del paciente, pidiéndole además que mire "hacia aba-- -jo" hacia sus rodillas.

2) Instruir al paciente que muerda sobre el plás- tico que sostiene la película dentro de la boca. .

3) Colocar el cono directamente abajo de la pupi- la del ojo dirigiendo el rayo central al centro de la peli- cula con una angulación de más  $+ 40^\circ$ .



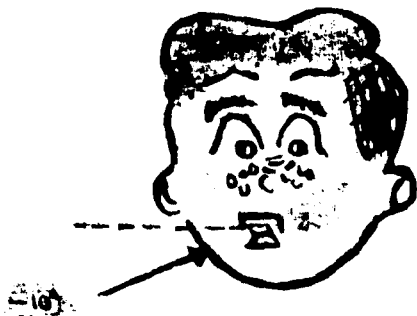
Película periapical para molares inferiores.

1) La cabeza debe llevarse hacia atrás de manera- que el plano oclusal inferior y la línea tragus comisura la- bial sean paralelas al piso, dando la indicación al paciente de que "mire hacia arriba".

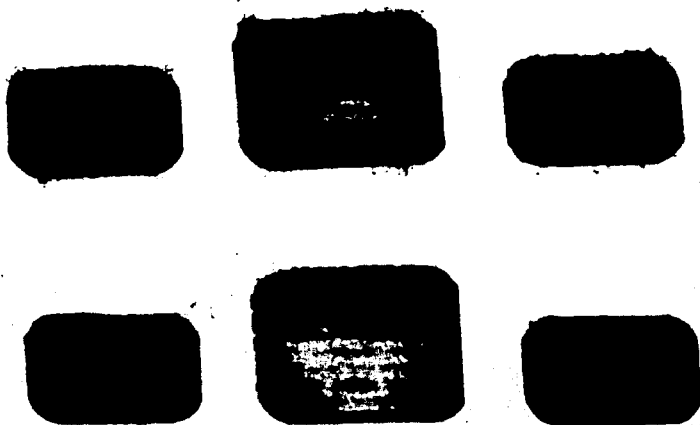
2) Utilizar el SNAP-A RAY para sostener la pelicu la del O.

3) Colocar el cono dirigido al punto de contacto- del primer molar primario con el segundo, con una angulación de menos  $10^\circ$

- 2) Utilizar el SNAP-A RAY para sostener la película del 0.
- 3) Colocar el cono dirigido al punto de contacto del molar primario con el segundo, con una angulación de menos  $10^{\circ}$ .



## RADIOGRAFIAS .



c) Modelos de Trabajo.

1) Elección de portaimpresiones.

Como primer paso hacemos la elección de portaimpresiones. En el mercado ya existen infinidad de portaimpresiones fabricados especialmente para niños.

2) Escoger el material de impresión.

El material adecuado para realizar este trabajo es el hidrocoloide irreversible.

El hidrocoloide irreversible, más comunmente conocido como alginato, es una sal de ácido algínico en forma de polvo, al mezclarse con agua de lugar a una reacción química, en la cual el material se gelifica y se hace sólido como caucho.

En términos técnicos se dice que se transformó -- el sol en gel. Es una reacción irreversible, en contraste -- con la del agar y de ahí su nombre.

Es el material dental más utilizado para tomar -- impresiones de Prótesis Parcial Removible, y sus propiedades justifican su amplio uso. Además de ser exacto, es aceptado por el paciente no requiere equipo especial o preparación -- laboriosa, es más económico que el caucho del mercaptano o -- de silicón.

Tiempo de manipulación.

El tiempo de mezclado suele ser de 45 segundo a 1 minuto, si se utilizan 45 segundos para espatular el material en la tasa de hule, debe emplearse aproximadamente el mismo tiempo para llevar el material del portaimpresiones a la boca un poco antes de que ocurra la gelificación.

Agua.

La temperatura del agua empleada para mezclar el material es sumamente importante, siendo la ideal de 20°C a 22°C. Si es inferior, el endurecimiento será más lento (au-

mentando el tiempo de trabajo). Si es superior, el efecto será contrario.

#### Técnica de mezclado.

Al mezclar el alginato, el polvo debe ser colocado sobre agua. Al mezclarlos, se produce una reacción química por medio de la cual el sol se convierte en gel.

Para obtener los mayores beneficios, el polvo debe estar completamente incorporado al agua, y ambos componentes deben mezclarse por el tiempo preciso que indica el fabricante.

El alginato mezclado en forma correcta tiene apariencia suave y brillante. Cuando no se espátula lo suficiente, la mezcla es débil y fácil de romper en tanto que el exceso en el espátulado ofrece el riesgo de romper el gel una vez que ha dado comienzo el proceso de gelación, esto hará que el material se debilite. Si se continúa espátulando después de que ha comenzado el proceso de gelificación, se prolonga el tiempo de endurecimiento.

#### 3) Controlar el reflejo nauseoso.

Lo podemos controlar, dando un enjuagatorio bucal, antiséptico o con agua caliente que contenga algún tipo de antiséptico con sabor antes de impresionar.

Antes de tomar la impresión debemos hacer una prueba con el portaimpresiones sin material para dar instrucciones a nuestro paciente. Debemos pedirle que respire con rapidez, distrayendo su atención hasta terminar la impresión.

#### 4) Tomar impresiones superior e inferior.

Una técnica para evitar molestias al paciente y -- que el material no fluya hacia la garganta del paciente en la siguiente:

Introducir el portaimpresiones en el plano sagital oblicuo, acentándolo en posición hacia arriba y hacia atrás -- para que el exceso de material fluya hacia adelante.

Al sacar la impresión debemos observarla bien y - enjuagarla para eliminar los residuos de sangre y moco que-- queden.

Ahora sí, ya podemos correr en yeso la impresión.

5) Sacar un registro debemos tomarlo en Relación-- Céntrica para montarlos después en el articulador.

Este registro se logra llevando la mandíbula en - posición céntrica sobre una hoja de cera previamente reblandecida sin perforarla.

Ahora sí, ya podemos montar nuestros modelos jun-- to con el registro de mordida en el articulador.

#### 6) Modelos de Trabajo.

Debemos correr las impresiones con yeso piedra -- artificial de manera que su superficie no sufra abrasión.

Ya teniendo los modelos debemos fabricar la den-- tadura parcial o enviar el modelo de trabajo junto con el -- registro al laboratorio explicando el diseño que deseamos.

#### d) Diagnóstico.

El niño Arriaga Hernández Gustavo presenta lesiones cariosas en los siguientes dientes:

#### CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

Incisivo Central Superior Derecho	- Caries Mesio Disto Palatina de 4° grado.
Incisivo Lateral Superior Derecho	- Caries Buco Mesio Distal de 4° grado.
Canino Superior Derecho	- Caries Mesio Palatina -- de 3er. grado.
Primer Molar Superior Derecho	- Caries Ocluso Mesio Distal de 4° grado.
Segundo Molar Superior Derecho	- Caries Ocluso Palatina - de 3er. grado.



CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

- Incisivo Central Superior Izquierdo - Caries Mesio Disto Pala  
tina de 4° grado.
- Incisivo Lateral Superior Izquierdo - Caries Buco Mesio Distal  
de 4° grado.
- Canino Superior Izquierdo - Caries Mesio Palatina --  
de 3er. grado.
- Primer Molar Superior Izquierdo - Caries Ocluso Mesio Distal  
de 4° grado.
- Segundo Molar Superior Izquierdo - Caries Ocluso Palatina  
de 4° grado.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

- Incisivo Central Inferior Derecho - No presenta lesión cariosa
- Incisivo Lateral Inferior Derecho - No presenta lesión cariosa
- Canino Inferior Derecho - No presenta lesión cariosa
- Primer Molar Inferior Derecho - Caries Ocluso Linguo Dis-  
tal de 3er. grado.
- Segundo Molar Inferior Derecho - Caries Ocluso Linguo Me--  
sial de 3er. grado.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

- Incisivo Central Inferior Izquierdo - Pequeña lesión cariosa en  
lingual de 1er. grado,
- Incisivo Lateral Inferior Izquierdo - No presenta lesión cariosa
- Canino Inferior Izquierdo - No presenta lesión cariosa
- Primer Molar Inferior Izquierdo - Caries Ocluso Linguo Mesial  
de 3er. grado.
- Segundo Molar Inferior Izquierdo - Caries Ocluso Mesio Distal  
de 3er. grado.

Debido a la corta edad del paciente, su poca cooperación y la extensión de su tratamiento se decide llevar a cabo dicha rehabilitación bucal bajo anestesia general, considerando dicha rehabilitación en lo siguiente:

- 1) Eliminación de la caries y preparación de los -  
dientes.  
55 - 53, Colocando Coronas de acero cromo.
- 2) Eliminación de la caries y preparación de los --  
dientes.  
65 - 63, Colocando Coronas de acero cromo.
- 3) Eliminación de la caries y preparación de los -  
dientes.  
75 - 74, - 73, Colocando Coronas de acero  
cromo.
- 4) Eliminación de la caries y preparación de los -  
dientes.  
85 - 84 - 83, Colocando Coronas de ace-  
ro cromo.
- 5) Extracción de los dientes 54 - 52 - 51 - 64 --  
62 - 61.

Posterior a la Rehabilitación se procedió a la toma de impresiones para modelos de trabajo, toma de Relación -  
Céntrica, y montaje para proceder a la construcción de la ---  
prótesis.

## e) Tratamiento del caso y Procedimiento.



Paciente Masculino de 4 años 6 meses de edad.  
Se programa para rehabilitación bucal bajo --  
Anestesia General. Posteriormente se realiza--  
una Prótesis Parcial Removible.



Observamos la cavidad oral  
Arcaada Superior.



Impressão facial. Arcada Superior.



Impressão facial. Arcada Inferior.

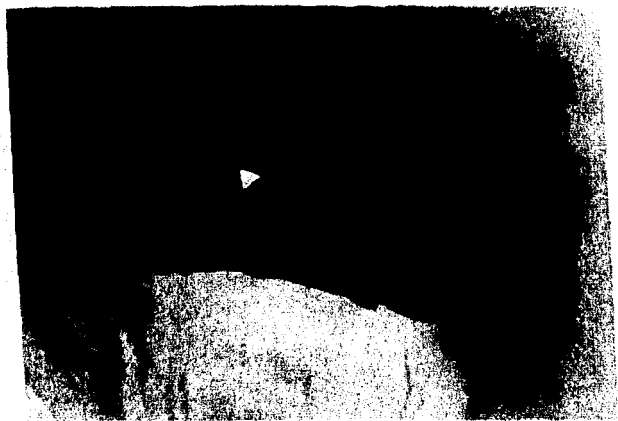


Fig. 1. (a) - Arcada superior.





Mostramos la cavidad oral.  
Arcada Superior e Inferior.



El punto de encuentro del quirófano  
Luz. Res. Anest. General.



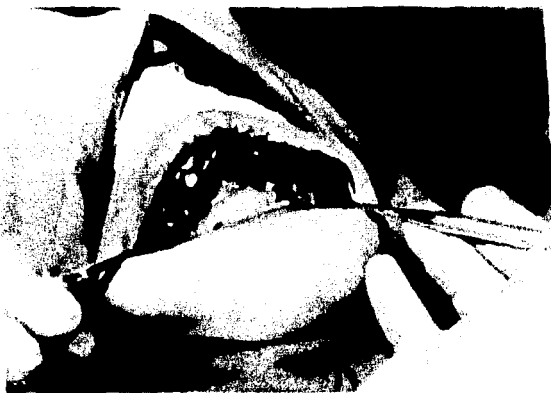
Continuación de Coronas de Acero cromo  
Cilindrante Superior Derecho



Instalación de coronas de Acero cromo.

Fig. 1 - 55 - 56 y 61.





Se operan extracciones de los dientes  
54 - 53 - 51 - 54 - 62 y 61.  
Que serán reemplazados posteriormente por  
una Prótesis Parcial Removible.



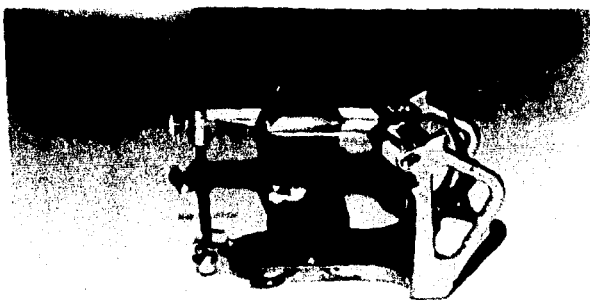
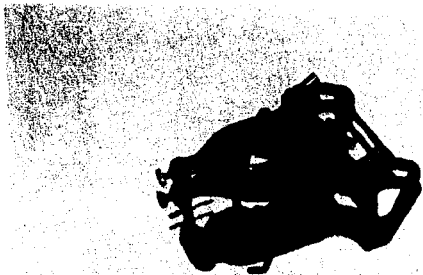
Extracciones Arcaica Superior.



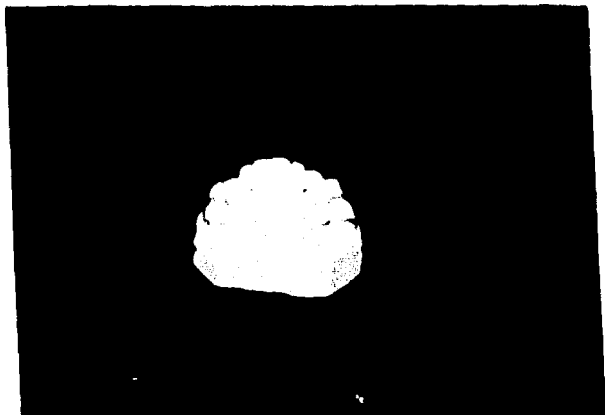
Posteriormente procedemos a la toma de impresiones

Il ruolo di rappresentanza del presidente nel  
consistorio

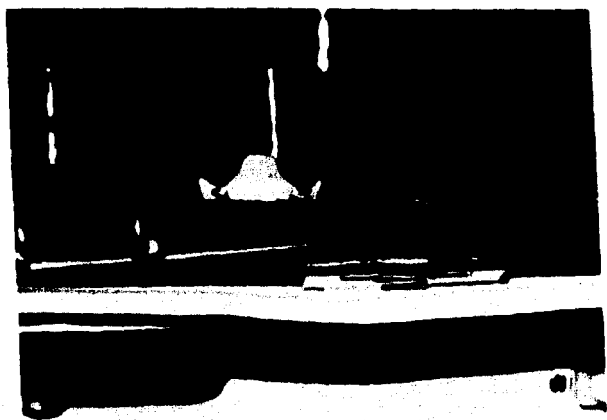




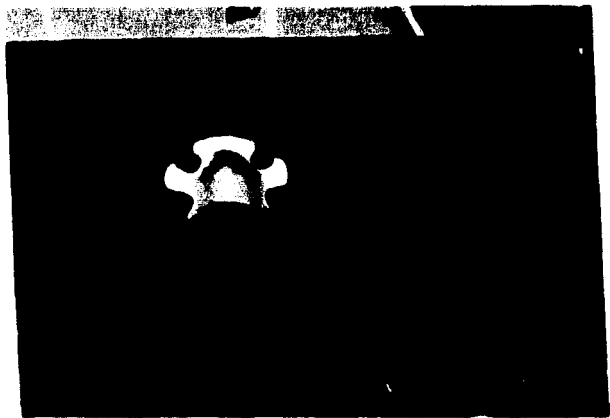
Después de tomar las Impresiones y Relación Céntrica.  
Montamos en Articulador para proceder a la construcción de la prótesis.



Terminación del Aparato Protético en el  
modelo de estudio



El aparato Protético con vista bucal.



Ápárató Protétíco con vista palatina  
(pinzas que se utilizaron)

## CAPITULO VII

### INSTALACION DEL APARATO PROTETICO Y AJUSTES



Selección del Aparato Protético





El Aparato Protético con vista palatina.



7. 2. 1. lateral, respecto de la prótesis.

Debemos informar a los padres del paciente y a -- él mismo sobre los cuidados en casa de la dentadura parcial y la pieza de soporte, así como la inserción misma.

Después de que hayamos terminado de insertar y -- ajustar las dentaduras parciales, con la ayuda de un espejo -- adecuado debemos mostrarle la manera adecuada de colocarla y extraerla.

Para asegurarnos de que el paciente es capaz de -- hacer esto, le pediremos que se lo coloque y lo extraiga en presencia de sus padres.

Debemos darles recomendaciones para que no la --- rompan ni la extravíen.

1) Se muestra a los padres las piezas de soporte y se les pide que las comprueben frecuentemente con tabletas colorantes reveladoras o palillos con algodón sumergido en colorante comestible, para ayudar a identificar y eliminar cualquier aposición de placa.

## C A P I T U L O   V I I I

### CITAS POSTERIORES A LA INSTALACION

Citaremos a nuestro paciente en dos o tres semanas para observar si hay irritación o un desajuste. Así como corroborar si el niño se adapta a la prótesis.

## CAPITULO IX

### CONCLUSIONES

- 1a.) La Odontopediatría es una de las ramas más importantes de la Odontología que contribuye con eficacia a prevenir y tratar oportunamente los padecimientos bucales de los niños.
- 2a.) El trabajar con pequeños en una tarea difícil, pero que en cambio nos reporta grandes satisfacciones, ya que al tratarlos oportunamente en la infancia podemos evitarles padecimientos futuros.
- 3a.) La comprensión y ayuda que nos proporcionen los padres de familia será muy útil por la influencia moral que -- ejercen sobre sus hijos.
- 4a.) Es muy importante conocer la relación de padres a hijos para determinar la técnica que debemos emplear en el -- tratamiento de los padecimientos bucales de los niños.
- 5a.) Es conveniente recomendar a los padres de los niños se abatañgan de hacer comentarios desagradables en rela--- ción con las molestias dolorosas de algún tratamiento - para evitar estados psicológicos negativos que harían - más difícil la tarea del Cirujano Dentista.
- 6a.) Es de gran utilidad insistir en los padres de familia-- la importancia que tiene desde el punto de vista de la-- salud bucal el obtener servicios dentales regulares y - el conservar la dentadura en estado satisfactorio.
- 7a.) Desde los 3 años el niño debe recibir atención dental - porque es la edad en que la dentadura infantil se encuentra totalmente calcificada.
- 8a.) Debemos infundirle confianza al paciente desde la presentación del consultorio dental, la nuestra personal hasta la iniciación del tratamiento.
- 9a.) Es de gran importancia que el C. Dentista conozca las-- diferencias morfológicas existentes entre la dentición-- primaria y la dentición permanente, para la realización de cualquier tratamiento odontológico.
- 10a.) La pérdida dental prematura en niños puede ocasionarles-- un desequilibrio en la evolución del desarrollo dentario.

- 11a.) Actualmente podemos reemplazar en forma inteligente los dientes que faltan cuando su pérdida no puede ser evitada, proporcionando de este modo un servicio muy importante al niño. El uso de aparatos protéticos soluciona el problema del espacio, la restauración de la función masticatoria y la estética.
- 12a.) En caso de realizar una Prótesis Parcial Removible es importante considerar el tiempo que llevará el niño la dentadura Parcial y el desarrollo de los Arcos Dentales.
- 13a.) Es fundamental que para obtener un buen diagnóstico y un plan de tratamiento acertado, se lleve a cabo una -- Historia Clínica, Serie Radiográfica y Modelos de trabajo bien elaborados, ya que de estos dependerán los -- resultados finales.
- 14a.) Cuando un paciente requiera de una rehabilitación bucal, sea muy pequeño, haya poca cooperación y el tratamiento sea extenso. Es preferible someterlo a Anestesia General.



## C A P I T U L O X

### BIBLIOGRAFIA

- 1) BRAUER CHARLES JOHN  
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS  
BUENOS AIRES, ED. MUNDI.
- 2) FINN B. SIDNEY  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA ED. INTERAMERICANA.
- 3) MC. DONALD RALPH  
ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE  
ED. MUNDI.
- 4) ASHTON P.W.  
REPLACEMENT OF PRIMARI TEETH WITH A PARCIAL DENTURE  
REPORT OF CASE. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDRENE.  
42 (6); 483-486 NOV./DIC. 1975.
- 5) LAW, LEWIS.  
ATLAS DE ODONTOLOGIA INFANTIL.
- 6) THIEL H. VA.  
ODONTOLOGIA INFANTIL.
- 7) DYKEMA CUNNINGHAM Y JOHNSTON  
EJERCICIO MODERNO DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.
- 8) MC. BRIDE W.C.  
TRATADO DE ODONTOPIEDIATRIA  
ED. LABOR, S. A.
- 9) COHEN MICHEL M.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
ED. MUNDI.
- 10) OLIVER D. R. "PROSTHETIC MANAGEMENT IN ANHYDROTIC  
ECTODERMAL DYSPLASIA: REPORT OF CASE: "J. DENT CHILD  
42: 375-378 SEPT./OCT. 1975.
- 11) ERNEST L. MILIER  
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.