



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

## TRATAMIENTO DE CORONAS EN ODONTOPEDIATRIA.

# T E S I S

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA  
P r e s e n t a

## NORMA NITZIA PULIDO ESTUDILLO

México, D. F.

1984



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.

# TRATAMIENTO DE CORONAS EN ODONTOPEDIATRIA

## INTRODUCCION.-

## CAPITULOS:

- I.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- II.- MORFOLOGIA Y ERUPCION DENTAL
- III.- EXAMEN CLINICO Y MANEJO DE LA CONDUCTA
- IV.- RADIOLOGIA COMO APOYO A LA COLOCACION DE CORONAS
- V.- ANESTESIA LOCAL
- VI.- ENDODONCIA ANTE EL TRATAMIENTO DE CORONAS
- VII.- CORONAS DE ACERO-CROMO
- VIII.- CORONAS DE POLICARBONATO
- IX.- CORONAS DE CELULOIDE (PEDOFORM)
- X.- FRACTURAS Y TRATAMIENTOS A BASE DE CORONAS
- XI.- CORONAS DE ACERO-CROMO COMO MANTENEDORES DE ESPACIO

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

# I N T R O D U C C I O N

## INTRODUCCION

LA EPOCA DE EXFOLIACION TIENE UN PAPEL IMPORTANTE PARA DETERMINAR EL TRATAMIENTO EN LA DENTICION TEMPORAL. SI UN DIENTE TIENE MUCHA REABSORCION RADICULAR Y CARIES EXTENSAS PUEDE SER MAS PRUDENTE ESTIRPAR EL DIENTE.

DEBIDO A ESTAS DIFERENCIAS DE TRATAMEINTOS ES A VECES DIFICIL TOMAR DECISIONES RESPECTO A LAS TECNICAS DE RESTAURACION EN LOS NIÑOS.

LAS TECNICAS RESTAURADORAS PARA DIENTES TEMPORALES SON MODIFICACIONES DE LAS TECNICAS UTILIZADAS EN LOS DIENTES PERMANENTES A FIN DE QUE QUEDEN MAS CLARAS.

EL TRATAMIENTO RESTAURADOR PARA NIÑOS DEBE TENER EN CUENTA VARIOS ASPECTOS:

1°.- TRATAR AL NIÑO COMO INDIVIDUO

2°.- ELEJIR LA RESTAURACION QUE MAS DURARA EN LAS -  
CONDICIONES MAS DESFAVORABLES. LAS CORONAS DE ACERO INOXI-  
DABLE EN LOS MOLARES TEMPORALES DURAN MAS QUE ALGUNAS OTRAS  
RESTAURACIONES GRANDES A BASE DE AMALGAMA.

3°.- MODIFICAR EL TRATAMIENTO CUANDO SEA NECESARIO PARA EL BIENESTAR PSICOLOGICO, FUNCIONAL Y ESTETICO DEL NIÑO, ESTO PREPARARA AL NIÑO A ACEPTAR MAS FACILMENTE LA ODONTOLOGIA EN EL FUTURO.

SE CONSIDERARA TAMBIEN LA CAPACIDAD DE ATENCION DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS, ES GENERALMENTE CORTA Y PUEDE SER DIFICIL PARA ELLOS TOLERAR TECNICAS PROLONGADAS. EN LOS CASOS EN QUE SEAN INDICADAS TECNICAS RESTAURADORAS LARGAS, ES APROPIADO COLOCAR UNA OBTURACION TEMPORAL HASTA QUE EL NIÑO SEA MAS MADURO, ENTONCES SE PODRA COLOCAR UNA RESTAURACION PERMANENTE CON MAS FACILIDAD Y CON MENOS TEMOR POR PARTE DEL NIÑO.

ES POR ESTO QUE SE HA ESCOGIDO EL TEMA DE TRATAMIENTOS DE CORONAS EN ODONTOPEDIATRIA COMO UNO MAS DE LOS MUCHOS TRATAMIENTOS RESTAURADORES QUE EXISTEN DENTRO DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL.

# C A P I T U L O I

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO

## CAPITULO I

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO

EL CRECIMIENTO DE LA CARA ES UN TANTO COMPLEJO, POR LA VARIACION CONSIDERABLE QUE SE PRESENTA EN SU EVOLUCION. DESDE 1932, CUANDO APARECIO LA CEFALOMETRIA, SE HA PODIDO ANALIZAR CON MAS PRECISION LAS RADIOGRAFIAS LATERALES Y LAS POSTERO-ANTERIORES. BROADBENT Y BRODIE, REALIZARON ESTUDIOS COMPARANDO RADIOGRAFIAS SUCESIVAS DE NIÑOS EN DIFERENTES EDADES Y TOMANDO EN CUENTA EL TAMAÑO, FORMA Y UBICACION DE LOS HUESOS FACIALES: LAS SOBREPONIAN TOMANDO COMO PUNTOS FIJOS SILLA TURCANASION, LO QUE INDICARIA EL CRECIMIENTO ENTRE ESTOS DOS PUNTOS.

EL MAXILAR CRECE EN DIRECCION FRONTAL INFERIOR, TENIENDO EN CUENTA LOS PUNTOS QUE SE ENCUENTRAN CASI PARALELAS ENTRE SI COMO SON LAS SIGUIENTES : SUTURA FRONTO-MAXILAR, SUTURA TEMPORO-CIGOMATICA, SUTURA - MAXILO, CIGOMATICA Y PROCESO PIRAMIDAL DEL HUESO.

LA MANDIBULA DURANTE SU CRECIMIENTO NORMAL VA PRESENTANDO UNA REABSORCION ANTERIOR EN LA RAMA ASCENDENTE Y APOSITO EN LA POSTERIOR CON AUMENTO EN LA DIRECCION ANTERO-POSTERIOR DEL CONDILO; LA SUPERFICIE ALVEOLAR AUMENTA LA DIMENSION SUPERO-INFERIOR; LA REABSORCION OSEA QUE SE REALIZA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA BARBILLA ORIGINA LA PROMINENCIA DEL MENTON.



## LIMITES DE LA CARA .-

EL LIMITE SUPERIOR DE LA CARA SE ENCUENTRA EN UN PUNTO DE REFERENCIA OSEA LOCALIZADO EN LA UNION DE LOS HUESOS NASALES Y EL FRONTAL, AL CUAL SE LE DENOMINA NASION.

EL LIMITE INFERIOR EN POSICION ANTERIOR, ESTA EN LA PUNTA DE LA BARBILLA Y SE LE LLAMA GNATION. EL MENTON ESTA POR DEBAJO Y DETRAS DEL GNATION. EN LA PUNTA MAS ANTERIOR DE LA PROMINENCIA OSEA DE LA BARBILLA SE LOCALIZA EL POGONION.

EL LIMITE POSTERIOR SUPERIOR DEL ROSTRO ES EL PUNTO QUE SE ENCUENTRA EN LA PARTE SUPERIOR DEL CANAL AUDITIVO Y ES DENOMINADO PORION. EL LIMITE INFERIOR POSTERIOR SE LOCALIZA EN LA UNION DE LA RAMA HORIZONTAL Y LA RAMA ASCENDENTE SE LLAMA GONION.

## CRECIMIENTO DE LAS ARCADAS DENTARIAS.-

EL CRECIMIENTO EN EL MAXILAR SUPERIOR SE PRODUCE:

1° HACIA LA PARTE POSTERIOR POR APOSICION OSEA EN LOS BORDES POSTERIORES.

2° EN SENTIDO LATERAL POR APOSICION OSEA EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES.

3° HACIA ABAJO POR APOSICION DEL HUESO AL VEOLAR.

EL CRECIMIENTO DE LA MANDIBULA SE PRODUCE:

1° EN SENTIDO POSTERO-SUPERIOR POR CRECIMIENTO CONDILEO.

2° EN SENTIDO POSTERIOR POR APOSICION EN LA PARTE POSTERIOR DE LA RAMA Y POR REABSORCION DE SU BORDE ANTERIOR.

3° EN SENTIDO VERTICAL POR APOSICION DE HUESO DE UN LADO Y REABSORCION EN EL LADO OPUESTO.

\_ TIEMPO DE ERUPCION Y EXFOLIACION.\_

TODOS LOS DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES AL LLEGAR A LA MADUREZ MORFOLOGICA Y FUNCIONAL EVOLUCIONAN EN UN SICLO DE VIDA CARACTERISTICO Y BIEN DEFINIDO, COMPUESTOS DE VARIAS ETAPAS; ESTAS ETAPAS PROGRESIVAS NO DEBERAN CONSIDERARSE COMO PUNTOS DE OBSERVACION DE UN PROCESO FISIOLÓGICO EN EVOLUCION, EN EL CUAL LOS CAMBIOS HISTOLOGICOS Y BIOQUIMICOS ESTAN OCURRIENDO PROGRESIVA Y SIMULTANEAMENTE.

LA ERUPCION Y RESORCION DE LOS DIENTES PRIMARIOS ESTAN EN RELACION CON EL DESARROLLO FISIOLÓGICO, LA RESORCION DE LA RAIZ EM \_

PIEZA GENERALMENTE UN AÑO DESPUES DE SU ERUPCION. EXISTE UNA RELACION DE TIEMPO DIRECTO ENTRE LA PERDIDA DE UN DIENTE PRIMARIO Y LA ERUPCION DE SU SUCESOR PERMANENTE; ESTE INTERVALO DE TIEMPO PUEDE VERSE ALTERADO POR EXTRACCIONES PREVIAS QUE RESULTAN EN ERUPCIONES PREMATURAS.

EL TIEMPO DE EXFOLIACION DE LOS DIENTES PRIMARIOS SERA:

MAXILAR.-

INCISIVO CENTRAL	-	7 MESES
INCISIVO LATERAL	-	9 MESES
CANINO	-	18 MESES
PRIMER MOLAR	-	14 MESES
SEGUNDO MOLAR	-	24 MESES

MANDIBULA.-

INCISIVO CENTRAL	-	6 MESES
INCISIVO LATERAL	-	7 MESES
CANINO	-	16 MESES
PRIMER MOLAR	-	12 MESES
SEGUNDO MOLAR	-	20 MESES

## C A P I T U L O   I I

### MORFOLOGIA Y ERUPCION DENTAL

## CAPITULO II

### MORFOLOGIA DE LA DENTICION PRIMARIA

#### \_ INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.-

LA FORMA DE LA CORONA ES LIGERAMENTE RECTANGULAR, SU DIAMETRO MESIO-DISTAL ES SUPERIOR A LA LONGITUD CERVICO-INCISAL, ES CASI RECTO, LA SUPERFICIE VESTIBULAR NO PRESENTA LINEAS DE DESARROLLO, POR LO CUAL ES LISA. EXISTEN BORDES MARGINALES BIEN DESARROLLADOS EN LA CARA PALATINA Y EL CINGULO BIEN DEFINIDO. LAS CARAS PROXIMALES SON LIGERAMENTE RECTAS EN SENTIDO INCISO-CERVICAL. LA RAIZ ES UNICA, DE FORMA CONICA, MAS GRANDE QUE LA CORONA Y TIENE UN APICE BIEN REDONDEADO.

#### \_ INCISIVO LATERAL SUPERIOR.\_

LA DIFERENCIA CON EL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR RADICA EN EL TAMAÑO, LA CORONA ES MAS PEQUEÑA EN TODAS SUS DIMENSIONES, EL DIAMETRO-MESIO-DISTAL ES MENOR A LA LONGITUD CERVICO-INCISAL. LAS CARACTERISTICAS DE LOS ANGULOS PROXIMALES SON: EL MESIAL ES RECTO Y EL DISTAL REDONDO. LA RAIZ PRESENTA LAS MISMAS CARACTERISTICAS QUE EL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

#### \_ CANINO SUPERIOR.-

LA CORONA ES DE FORMA CONICA MAS ESTRECHA EN LA PARTE CERVICAL QUE LOS INCISIVOS, SUS CARAS MESIAL Y DISTAL SON MAS CONVEXAS. LA CARA PALATINA ES UN POCO APLANADA EN SENTIDO MESIO-DISTAL PRESENTANDO UN LIGERO HUNDIMIENTO EN SU PARTE MEDIA CON LA FUSION DE LAS CRESTAS MARGINALES, MOSTRANDO EL CINGULO BIEN DELIMITADO; PRESENTA UNA CUSPIDE BIEN DESARROLLADA EN LUGAR DEL BORDE RECTO INCISAL, TIENE DOS BRAZOS: UNO DISTAL MAYOR QUE EL MESIAL QUE ES CASI RECTO. LAS CARAS PROXIMALES SE OBSERVA EN LA MESIAL UN APLANAMIENTO DE VESTIBULAR HACIA PALATINO Y LIGERAMENTE CONVEXA EN SENTIDO INCISO-CERVICAL. LA CARA DISTAL ES APLANADA SOBRE SU TERCIO CERVICAL Y EN EL TERCIO MEDIO, ALGO CONVEXA EN AMBOS SENTIDOS VESTIBULO-PALATINO Y CERVICO-INICIAL. LA RAIZ ES LARGA, ANCHA Y LIGERAMENTE APLANADA EN LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL, SE PRESENTA UNA CURVATURA HACIA DISTAL A PARTIR DEL TERCIO MEDIO, SU LARGO SUPERA EL DOBLE DE LA CORONA.

#### \_ PRIMER MOLAR SUPERIOR.-

LA MAYOR DIMENSION DE LA CORONA ESTA EN LAS ZONAS DE CONTACTO MESIO-DISTAL Y DE AHI CONVERGEN HACIA CERVICAL. LA SUPERFICIE OCLUSAL PRESENTA TRES CUSPIDES:

LA MESIO-BUCAL, DISTO-BUCAL Y MESIO-PALATINA. LA CUSPIDE MESIO-BUCAL AL SER LA MAS LARGA Y LA MAS PROMINENTE OCUPA LA MAYOR PORCION DE LA SUPERFICIE BUCO-OCCLUSAL; EN ALGUNAS PIEZAS LA CUSPIDE DISTO-VESTIBULAR PUEDE ESTAR MAL DESARROLLADA O FALTAR TOTALMENTE, LA CUSPIDE MESIO-PALATINA TIENE VARIAS MODIFICACIONES, ALGUNAS TIENEN FORMA DE MEDIAS LUNAS, OTRAS BISECADAS POR UN SURCO PALATINO QUE PUEDE DAR LUGAR A UNA PEQUEÑA CUSPIDE DISTO-PALATINA. PRESENTA TRES RAICES: LA MAS GRANDE ES LA PALATINA, DESPUES LA MESIO-VESTIBULAR, Y LA MAS PEQUEÑA ES LA DISTO-VESTIBULAR; SON ESTRECHAS, BIEN SEPARADAS Y ABOMBADAS PARA PROTEGER EL GERMIN DENTARIO PERMANENTE.

#### SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

PRESENTA UN PARECIDO CON EL PRIMER MOLAR PERMANENTE, SE DIFERENCIAN EN EL TAMAÑO. POR LO REGULAR TIENE CUATRO CUSPIDES, AUNQUE A VECES APARECE UNA QUINTA CUSPIDE MESIO PALATINA. TIENE DOS CUSPIDES VESTIBULARES BIEN DEFINIDAS CON UN SURCO DE DESARROLLO, ENTRE ELLAS EN COMPARACION CON EL PRIMER MOLAR SUPERIOR ES MUCHO MAS GRANDE. EN LA SUPERFICIE EXISTEN TRES CUSPIDES: LA MESIO-PALATINA ES GRANDE, LA DISTO-PALATINA Y UNA SUPLEMENTARIA PEQUEÑA LLAMADA TUBERCULO DE CARABELLI. EXISTE TAMBIEN UN SURCO QUE SEPARA LA CUSPIDE MESIO-PALATINA DE LA DISTO-PALATINA. LAS RAICES SON DE MAYOR LONGITUD

Y GROSOR QUE LAS DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR, LA MAS LARGA ES LA PALATINA. LA BIFURCACION EN LAS RAICES VESTIBULARES ES CASI EN LA REGION CERVICAL, TAMBIEN SE PRESENTAN ABOMBADAS O ASENTADAS.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR.-

PRESENTAN FORMA DE PALA O CINCEL, SU CARA VESTIBULAR Y LINGUAL SON LISAS, NO PRESENTAN LINEAS DE DESARROLLO, SU BORDE INCISAL ES HORIZONTAL, ES MAS PEQUEÑO EN ESPESOR LINGUO-VESTIBULAR QUE EL SUPERIOR. EN LA SUPERFICIE LINGUAL PRESENTA CRESTAS MARGINALES Y CINGULO, EN EL TERCIO MEDIO Y EL TERCIO CERVICAL PUEDE EXISTIR UNA LIGERA CONCAVIDAD O BIEN TENER UNA SUPERFICIE APLANADA, SU RAIZ ES RECTA Y TIENE MAS O MENOS EL DOBLE DE LONGITUD DE LA CORONA.

INCISIVO LATERAL INFERIOR.-

SU FORMA ES IGUAL A LA DEL INCISIVO CENTRAL INFERIOR SE DIFERENCIAN EN TAMARO POR SER MAYOR EN TODAS SUS DIMENSIONES MENOS EN LA VESTIBULO-LINGUAL, PUEDE TENER UNA CONCAVIDAD MAYOR EN LA CARA LINGUAL, ENTRE LOS BORDES MARGINALES, EL BORDE INCISAL SE INCLINA HACIA DISTAL.



### \_ CANINO INFERIOR.-

SU ANATOMIA EXTERNA ES SIMILAR AL SUPERIOR, VARIAN EN TAMAÑO YA QUE PUEDE SER HASTA DOS MILIMETROS MAS PEQUEÑOS QUE EL CANINO SUPERIOR Y SU CARA LINGUAL ES LIGERAMENTE CONCAVA EN SUS TERCIOS MEDIO E INCISAL; ES MENOS ANCHO EN SENTIDO LINGUO-VESTIBULAR QUE SU ANTAGONISTA.

### \_ PRIMER MOLAR INFERIOR.-

SU DIAMETRO MESIO-DISTAL, ES MAYOR QUE EL VESTIBULO-LINGUAL, LAS CARAS VESTIBULO Y LINGUAL SON APLANADAS Y CONVERGEN HACIA OCLUSAL, EN EL TERCIO CERVICAL SE OBSERVA LA PROMINENCIA CERVICAL. PRESENTA CUATRO CUSPIDES, DOS VESTIBULARES Y DOS LINGUALES, LA MESIO-VESTIBULAR ES MAS GRANDE, LE SIGUE LA MESIO-LINGUAL, LUEGO LA DISTO-VESTIBULAR Y LA MAS PEQUEÑA ES LA DISTO-LINGUAL. LAS CARAS PROXIMALES SON APLANADAS EN SENTIDO OCLUSO-CERVICAL, LA CARA DISTAL ES LIGERAMENTE CONVERGENTE DE VESTIBULO HACIA LINGUAL, TAMBIEN ES CONVEXA EN ESTE SENTIDO. TIENE DOS RAICES, UNA MESIAL Y OTRA DISTAL LAS CUALES SON ABOMBADAS PARA PROTEGER EL GERMEN DENTARIO PERMANENTE.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR.-

EXISTE GRAN PARECIDO CON EL PRIMER MOLAR INFERIOR PERMANENTE, SE DISTINGUE POR SER MAS PEQUEÑO EN TODAS SUS DIMENSIONES, CONSTA DE CINCO CUSPIDES, LA SUPERFICIE VESTIBULAR TIENE TRES CUSPIDES QUE ESTAN SEPARADAS POR DOS SURCOS DE DESARROLLO, UNO MESIO-VESTIBULAR Y OTRO DISTO-VESTIBULAR. EL TAMAÑO DE LAS CUSPIDES ES CASI IGUAL, EN LA PARTE LINGUAL APARECEN DOS CUSPIDES DE CASI EL MISMO TAMAÑO, ESTAN SEPARADAS POR UN CORTO SURCO LINGUAL. TIENE DOS RAICES LARGAS, FINAS Y ABOMBADAS, SEPARADAS MESIO-DISTALMENTE EN LOS TERCIOS MEDIO Y APICAL. LA RAIZ MESIAL PRESENTA A VECES TENDENCIA A DUPLICARSE.

## C A P I T U L O   I I I

### EXAMEN CLINICO Y MANEJO DE LA CONDUCTA

## CAPITULO III

### EXAMEN CLINICO Y MANEJO DE LA CONDUCTA

LA PRIMERA VISITA DEL PACIENTE DE ODONTOPEDIATRIA ES MUY IMPORTANTE TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL DIAGNOSTICO COMO DEL TRATAMIENTO. DEBERIA SER EL CAMIENZO DE UNA RELACION AGRADABLE ENTRE EL DENTISTA Y EL PACIENTE QUE CONDUZCA A REALIZAR LOS DESEOS DEL PACIENTE Y AL MISMO TIEMPO LE ENSEÑE A LOGRAR UNA SALUD DENTAL OPTIMA. LA CONVERSACION DEBE SER AGRADABLE E INFORMATIVA. LOS DATOS OBTENIDOS DE LOS PADRES PUEDEN SER DE GRAN AYUDA EN LA PRIEMRA ENTREVISTA CON EL NIÑO. TAMBIEN SE DEBE DAR INFORMACION A LOS PADRES RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA. AMBOS TIPOS DE INFORMACION PUEDEN HACER LA PRIMERA CITA PARA EL NIÑO, LOS PADRES Y EL EQUIPO DENTAL MAS FACIL Y MENOS ANGUSTIOSA.

ANTES DE REALIZAR ALGUN TRATAMIENTO DENTAL ES NECESARIO REALIZAR MINUCIOSAMENTE UNA BUENA HISTORIA CLINICA DE LA CUAL MENCIONARE LOS PRINCIPALES PUNTOS A DESARROLLAR DENTRO DE ESTA.

- DATOS PERSONALES
- DATOS HEREDOPATOLOGICOS
- ENFERMEDADES DE LA INFANCIA
- ENFERMEDADES SISTEMATICAS
- EXPLORACION FISICA
- HOSPITALIZACIONES
- EXAMEN BUCO-DENTAL
- HABITOS
- MOTIVO DE LA CONSULTA
- TRATAMIENTO
- OBSERVACIONES

ES IMPORTANTE PONER AL DIA PERIODICAMENTE LA HISTORIA CLINICA DEL NIÑO. A VECES EN MEDIO DE VISITAS DE REVISION UN NIÑO PUEDE PRESENTAR ALGUN PROBLEMA MEDICO IMPORTANTE.

#### MANEJO DE LA CONDUCTA

PARA LOGRAR CON EXITO EL TRATAMIENTO DENTAL DE UN NIÑO EN LA CONSULTA DEBE COMPRENDERSE LA CONDUCTA, LA DE LOS PADRES Y LA DEL EQUIPO DENTAL.

A PESAR DE QUE LA MAYORIA DE LOS NIÑOS ACEPTAN NUEVAS EXPERIENCIAS SIN MAYOR ANSIEDAD, ALGUNAS REQUIEREN ATENCION ESPECIAL.

ES IMPORTANTE CONSEGUIR TODA LA INFORMACION POSIBLE EN LA PRIMERA CITA PARA PODER DETERMINAR LAS RAZONES DE UNA DETERMINADA PARTE DE LA CONDUCTA, SIN EMBARGO, ESTO NO SIEMPRE ES POSIBLE POR ELLO EL CONOCIMIENTO DE LAS ETAPAS DEL CRECIMIENTO GENERAL DEL NIÑO AYUDARA MUCHO A COMPRENDERLO, ASI COMO A DARSE UNA IDEA DE QUE CONDUCTA SE PUEDE ESPERAR DE EL

#### 1 AÑO DE EDAD

- EMPIEZA A MOSTRAR SIGNOS DE INDEPENDENCIA
- APRENDE A ANDAR
- COGE OBJETOS, ES CURIOSO
- DISFRUTA CON JUEGOS SIMPLES
- AUMENTAN LAS CAPACIDADES MOTORAS
- TIENDE A FUNCIONAR BIEN EN TODAS LAS AREAS DE CONDUCTA

#### SUGERENCIAS.-

DESPACHE AL NIÑO LO MAS RAPIDAMENTE POSIBLE YA QUE LA COMUNICACION ES DIFICIL SI NO IMPOSIBLE. RARA VEZ ASISTE AL CONSULTORIO.

## 2 AÑOS DE EDAD

- AUMENTO DEL DESARROLLO MOTOR
- MEJOR DESARROLLO DEL LENGUAJE
- MAS ESTABILIDAD EMOSIONAL
- ES UN NIÑO TIMIDO
- ALGUNAS VECES LES GUSTA COMPLACER A OTROS
- PUEDE ESPERAR PERIODOS CORTOS Y TOLERAR SI ES NE -  
CESARIO ALGUNA FRUSTACION TEMPORAL
- EDAD RESPONSABLE FACIL RESPECTO A TODOS LOS ASPEC-  
TOS DE COMPORTAMIENTO.

## SUGERENCIAS

ORDENES Y TECNICAS HAN DE SER LO MAS CORTAS Y SIMPLES  
POSIBLES. RARA VEZ ASISTE AL CONSULTORIO.

## 3 AÑOS DE EDAD

- EMPIEZA A COMUNICAR Y RAZONAR
- LE GUSTA TANTO DAR COMO QUITAR
- LE GUSTA HACER AMIGOS
- LE ENCANTAN LAS NUEVAS PALABRAS QUE PUEDAN CON FRE-  
CUENCIA INFLUIR EN SU CONDUCTA POSITIVAMENTE.

- SUSCEPTIBLE AL ELOGIO
- CAPAZ DE COMPRENDER Y REALIZAR ORDENES VERBALES
- ES UN NIÑO INQUIETO Y MUY PERCEPTIVO

#### SUGERENCIAS

CONTINUE DANDO ORDENES SENCILLAS, APLIQUE TECNICAS FLUIDAS Y ALABE TODA CONDUCTA POSITIVA.

#### 4 AÑOS DE EDAD

- CAPACIDAD DE PERDER EL CONTROL EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA CONDUCTA.
- PEGA, PATEA Y ROMPE COSAS EN ACCESO DE IRA
- PUEDE ESCAPARSE, ES UN NIÑO AGRESIVO
- CAPAZ DE UN LENGUAJE OFENSIVO Y CHOCANTE
- PUEDE RESPONDER AL LLAMARLE POR SU NOMBRE
- GRAN CONVERSADOR Y PREGUNTADOR
- GRAN IMAGINACION

#### SUGERENCIAS

SE NECESITA MUCHA FIRMEZA CON EL TRATO DE UN NIÑO DE ESTA EDAD.



## 5 AÑOS DE EDAD

- BUENA EDAD: CONFIADO, ESTABLE Y BIEN EQUILIBRADO.
- NO ES DEMASIADO EXIGENTE.
- LA MADRE ES EL CENTRO DEL MUNDO Y AL NIÑO LE GUSTA ESTAR CERCA DE ELLA, OBEDECERLA Y DARLE GUSTO.
- RESPONDE A LOS ELOGIOS.

## SUGERENCIAS

UTILICE LA FIRMEZA, LA ALABANZA Y LOS ELOGIOS.

## 6 AÑOS DE EDAD

- EL NIÑO ESTA CAMBIANDO.
- EPOCA DE RABIETAS VIOLENTAS.
- CUSPIDE DE TENSION.
- COBARDE Y AGRESIVO.
- TEMORES EXAGERADOS DE LESIONES EN EL CUERPO.
- NO SE PUEDE ADAPTAR.
- NO SE PUEDE ACEPTAR LAS CRITICAS, EL REGAÑO O EL CASTIGO.
- NECESITA TENER RAZON Y GANAR.
- NECESITA MUCHOS ELOGIOS.

## SUGERENCIAS

NECESITA COMPRESION, EXPLICACIONES DETALLADAS Y MU  
CHAS ALABANZAS.

7 AÑOS DE EDAD.

- NIÑO CAPRICHOZO
- EXIGE MUCHO DE SI MISMO
- CREE QUE LA GENTE ESTA EN CONTRA SUYA, QUE NO SE  
LE QUIERE Y QUE LOS PADRES SON INJUSTOS.
- DESEA APROBACION
- TRATA DE COOPERAR
- NECESITA COMPRESION.

## SIGERENCIAS

NECESITA COMPRESION SIN EXCESIVA INDULGENCIA.

8 AÑOS DE EDAD.

- EDAD DE LA EXPLORACION INTELECTUAL
- EXPANSIVO Y RAPIDO
- GUSTA DRAMATIZAR LAS COSAS

- RESENTIDO DE LA AUTORIDAD PATERNA
- ES GENEROSO PERO TAMBIEN ESPERA MAS A CAMBIO.

#### SUGERENCIAS

TENGA MAS EN CUENTA SU NIVEL INTELECTUAL PERO MAN  
TENGA LA FIRMEZA.

#### 9 AÑOS DE EDAD

- MUY INDEPENDIENTE Y CONFIADO EN SI MISMO
- MAS INTERESADO EN LOS AMIGOS QUE EN LA FAMILIA
- INCORDIANTE
- SE TOMA LAS COSAS A PECHO Y SE PUEDE DERRUMBAR  
POR COSAS QUE ANTES NO LE HABRIAN PREOCUPADO.
- PUEDE SER REBELDE CONTRA LA AUTORIDAD
- TOLERANTE EN GENERAL

#### SUGERENCIAS

NO CRITIQUE DEMASIADO Y NO MUESTRE DEMASIADA AUTO-  
RIDAD, PERMITA AL NIÑO SER RESPONSABLE EN SU CON -  
DUCTA.

## 10 AÑOS DE EDAD

- AMISTOSO, POSITIVISTA E INTEGRO
- FLEXIBLE
- OBEDECE FACILMENTE
- SINCERO
- GENERALMENTE SATISFECHO CON LOS PADRES Y CON EL MUNDO EN GENERAL.
- UNA EDAD DE EQUILIBRIO PREDECIBLE Y COMODO

## SUGERENCIAS

SEA COMPENSIVO, PERO PERMITA AL NIÑO RESPONSABILIZARSE DE SU CONDUCTA.

## 11 AÑOS DE EDAD

- PREOCUPACION POR IDEALES Y MORAL
- CREENCIAS EN LA JUSTICIA
- TRABAJADOR EN EQUIPO Y VOLUNTARIO SOCIAL
- SE INTERESA EN LA HIGIENE PERSONAL

## SUGERENCIAS

HAGA QUE EL NIÑO SE SIENTA TRATADO CON JUSTICIA

## 12 A 18 AÑOS DE EDAD

- BUSQUEDA DE LA IDENTIDAD
- EXPRESA SU INDIVIDUALIDAD
- RECHAZA LA AUTORIDAD DE LOS PADRES
- EXTREMA EL AMOR Y EL ADIO
- TEMOR A HACER ETIQUETADO DIFERENTE
- NO SE PUEDE PREDECIR
- AUMENTA EL INTERES EN LA APARIENCIA PERSONAL

## SUGERENCIAS

TRATELO COMO UN ADULTO Y FELICITELO POR SU ASPECTO PERSONAL.

DEBEMOS COMPRENDER QUE LAS EMOCIONES Y LA PERSONALIDAD DE UN NIÑO SE ESTABLECEN POR LA INTERACCION CON LA GENTE IMPORTANTE DE SU VIDA TEMPRANA, SUS PADRES, HERMANOS Y OTROS PARIENTES CERCANOS Y AMIGOS. SUS EXPERIENCIAS PASADAS TAMBIEN PUEDEN AYUDAR A MODELAR SUS PAUTAS DE CONDUCTA. PARA EL NIÑO PEQUEÑO QUE NO HA TENIDO QUE TRATAR CON FIGURAS DE AUTORIDAD FUERA DE SU CASA, LA SITUACION DE DENTAL PUEDE SER DIFICIL. SI SE LE CONDUCE CONVENIENTEMENTE ESTA NUEVA EXPERIENCIA PUEDE SER SIGNIFICATIVA.

## C A P I T U L O IV

### RADIOLOGIA COMO APOYO A LA COLOCACION DE CORONAS

## CAPITULO IV

### RADIOLOGIA COMO APOYO A LA COLOCACION DE CORONAS

LAS RADIOGRAFIAS TIENEN APLICACION EXTREMADAMENTE AMPLIAS EN EL TRATAMIENTO INFANTIL POR LA CONDICION DE TENER UNA DENTADURA EN ESTADO DE FORMACION Y DESARROLLO. EL PAPEL DE LA RADIOGRAFIA MUY A MENUDO SE CONSIDERA COMO UN AUXILIAR DEL DIAGNOSTICO PUES NO SE DEBE OLVIDAR EL IMPORTANTE PAPEL QUE DESEMPEÑA EN TRATAMIENTOS. BASICAMENTE LA RADIOGRAFIA DE CUALQUIER AREA PROPORCIONA INFORMACION SOBRE FORMA, TAMAÑO, POSICION, DENSIDAD RELATIVA.

AL REUNIR ESTA INFORMACION, LA PERSONA QUE REALIZA EL DIAGNOSTICO DEBERA COMPRENDER LAS LIMITACIONES DE LA RADIOGRAFIA; ESTAS LIMITACIONES NORMALES ESTRIBAN EN QUE MUESTRAN UNA FIGURA BIDIMENSIONAL DE UN OBJETO TRIDIMENSIONAL, Y LOS CAMBIOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS NO SON VISIBLES.

ESTE MEDIO RADIOGRAFICO SERA UN MEDIO DE APOYO PARA LA COLOCACION DE CORONAS DENTALES YA QUE NOS REPORTARA: LESIONES CARIOSAS INCIPIENTES, ALTERACIONES EN LA CALCIFICACION DE LOS DIENTES, ANOMALIAS EN LA MEMBRANA PERIODONTAL, ALTERACIONES EN EL HUESO DE SOPORTE, CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD DE LOS DIENTES, EVALUACION PULPAR, Y DEMAS LESIONES.

PARA EL TRATAMIENTO DE CORONAS EL TIPO DE PELICULA RADIOGRAFICA QUE SE EMPLEA CON FRECUENCIA SON LAS PERIAPICALES Y LAS DE A-

LETA MORDIBLE, TAMANDO EN CUENTA LA EXISTENCIA TAMBIEN, DE PELICULAS PANORAMICAS, CEFALOMETRICAS Y OCLUSALES QUE SON USADAS CON MAS FRECUENCIA PARA OTROS TIPOS DE TRATAMIENTOS.

#### RADIOGRAFIAS DE ALETA MORDIBLE

ESTE TIPO DE RADIOGRAFIAS ES EL MAS USADO EN EL EXAMEN RUTINARIO DEL NIÑO, QUE NOS PERMITE DETERMINAR UNA SERIE DE CONDICIONES PARA ESTABLECER UN BUEN DIAGNOSTICO COMO SON:

- a.- CRIES INTERPROXIMAL, EXTENSION DE LA MISMA Y SUS RELACIONES CON EL TEJIDO PULPAR.
- b.- MORFOLOGIA DE LA CAMARA PULPAR Y CONDICIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE.
- c.- REABSORCION INTERNA O FORMACION DE PUENTES DENTINARIOS CONSECUTIVOS A LA AMPUTACION DE LA PULPA CORONARIA.
- d.- ADAPTACION DE LAS RESTAURACIONES.
- e.- INDICE DE FORMACION Y ERUPCION DENTARIA.
- f.- GRADO DE CALCIFICACION Y REABSORCION RADICULAR.
- g.- PERDIDA DE ESPACIO CONSECUTIVO A LA EXTRACCION PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS.

LA CABEZA DEL NIÑO SE COLOCARA DE MANERA QUE LA LINEA DEL ALA DE LA NARIZ AL TRAGUS SEA HORIZONTAL ANTES DE INTRODUCIR LA PELICULA A LA BOCA PARA LOGRAR UNA MEJOR ADAPTACION, SE DOBLAN SUS CUATRO ESQUINAS DANDO ASI UNA FORMA CONVEXA A EXPENSAS DE SU SUPERFICIE SEN-



SIBLE. PARA ADAPTAR ESTA SUPERFICIE SENSIBLE DE LA PELICULA A LA SUPERFICIE LINGUAL DE LOS DIENTES INFERIORES, SE INDICARA AL NIÑO QUE ABRA LA BOCA LO MAS QUE SEA POSIBLE. SE SUJETARA LA ALETA CONTRA LA CARA OCLUSAL DE LOS DIENTES INFERIORES INDICANDOLE AL NIÑO QUE MUEVA SOBRE ELLA CON ANGULACION DE 8 A 10 GRADOS CON EL PLANO OCLUSAL.- EL TIEMPO DE EXPOSICION SERA DE 1/8 DE SEGUNDO.

EXISTEN DOS TECNICAS PARA RADIOGRAFIAS INTRABUCALES:

a.- TECNICA DE PARALELISMO

b.- ANGULO DE BISECCION.

AMBAS TIENEN VALOR EN ODONTOPEDIATRIA, SI SE LES COMPARA SE OBSERVA QUE LA TECNICA DE PARALELISMO PROPORCIONA MEJORES RADIOGRAFIAS PARA EL DIAGNOSTICO, PERO NO SIEMPRE ES PRACTICA EN NIÑOS.

EL TAMAÑO DE LA PELICULA UTILIZADO, ESTA DETERMINADO POR EL TAMAÑO DE LA BOCA DEL PACIENTE. PARA OBTENER LA MEJOR EXACTITUD DIAGNOSTICA EN UNA SOLA EXPOSICION, HA DE USARSE LA PELICULA INTRA ORAL MAS GRANDE POSIBLE. CUANDO EL NIÑO ES COOPERADOR Y HA SIDO INICIADO CORRECTAMENTE EN LA TECNICA, SE PUEDEN USAR NORMALMENTE PELICULAS MAS GRANDES. SE ES POSIBLE, SE HAN DE OBTENER RADIOGRAFIAS INTRORALES DESDE LA PRIMERA CITA.

SI EL NIÑO NO SE SIENTE COLABORADOR EN LA PRIMERA CITA Y NO PUEDE OBTENER USTED TODAS LAS RADIOGRAFIAS NECESARIAS, TOMA SOLO DOS O TRES DE LAS MAS FACILES Y POSPONGA EL RESTO PARA OTRA CITA POSTERIOR EN QUE ESTE MAS DISPUESTO.

ANTES DE REALIZAR LAS TECNICAS REALES DE COLOCACION DE LA

PELICULA Y EXPOSICION, EXPLIQUE AL NIÑO SU ROL AL AYUDARLE A TOMAR -  
"FOTOS DE DIENTES". GENERALMENTE SE ATRAERA ASI SU COOPERACION.

C A P I T U L O V

ANESTESIA LOCAL

## CAPITULO V

### ANESTESIA LOCAL

LA ANESTESIA LOCAL CONSISTE EN LA ADMINISTRACION DE DROGAS QUE IMPIDEN O BLOQUEAN LA TRANSMISION DEL IMPULSO NERVIOSO A LOS NERVIOS PERIFERICOS O TERMINACIONES NERVIOSAS. LA ANESTESIA ES REVERSIBLE. CUANDO SE APLICA EN UNA ZONA DONDE HAY TEJIDO NERVIOSO AMORTIGUARA LA SENSIBILIDAD EN LA ZONA PERIFERICA DEL LUGAR DE LA INYECCION. EL PACIENTE PERMANECE CONSIENTE Y NO PIERDE LA SENSIBILIDAD EN OTRAS PARTES DEL CUERPO. LA SOLUCION ANESTESICA ES ABSORBIDA POR EL FLUJO SANGUINEO DESPUES DE LA INYECCION O LA APLICACION TOPICA. SE DESTRUYE POR EL PROCESO METABOLICO, SE DIFUNDE EN LOS TEJIDOS Y SE ELIMINA.

LA ANESTESIA LOCAL Y EL CUIDADO DE LOS NIÑOS VAN DE LA MANO. UN NIÑO QUE SE SIENTE COMODO ES UN NIÑO MAS COLABORADOR. EL TRATAR DE PASAR POR ALTO LA ANESTESIA LOCAL ES UN ERROR CORRIENTE DEL DENTISTA APRENSIVO QUE INTENTA EVITAR LA CONFRONTACION DE UN NIÑO APRENSIVO. ESTA ACTITUD CON FRECUENCIA SE VUELVE CONTRA EL DENTISTA, PUES EL NIÑO PIERDE EL SENTIDO DE COLABORACION Y EL DENTISTA NO PUEDE APLICAR LAS TECNICAS OPERATORIAS ADECUADAS DEBIDO A LA INCOMODIDAD DEL PACIENTE.

UNA BUENA TECNICA DE INYECCION Y UN BUEN MANEJO DE LA CONDUCTA PUEDEN PREVENIR UNA SITUACION POTENCIALMENTE PERTURBADORA. RECUERDESE: CUANTO MAS APRENSIVO SEA EL NIÑO O EL DENTISTA,, MAS NECESIDAD DE UN CONTROL ADECUADO DEL DOLOR.

## ANESTESIA TOPICA.

LOS ANESTESICOS TOPICOS SON SIMPLEMENTE CONCENTRACIONES MAS ALTAS DE ANESTESICOS LOCALES INYECTABLES. LA CONCENTRACION - PUEDE LLEGAR A SER DIEZ VECES MAYOR QUE LA ANESTESIA INYECTABLE.

LOS ANESTESICOS TOPICOS PRODUCEN ANESTESIA SUPERFICIAL DE LAS MEMBRANAS DE LAS MUCOSAS ANTES DE LA INYECCION. ACTUAN ES PECIALMENTE BIEN EN LAS ZONAS ANTERIORES DEL MAXILAR Y DE LA MANDIBULA. NO USE ANESTESIA TOPICA EN NIÑOS MUY PEQUEÑOS. EL SABOR DE LA SOLUCION Y LA SENSACION DE LOS EFECTOS DE ENTUMECIMIENTO EN OTRAS ZONAS DE LA BOCA Y GARGANTA PUEDEN INICIAR O AGRAVAR UN COR PONTAMIENTO INDESEABLE QUE HAGA MAS DIFICIL LA APLICACION DE LA - INYECCION.

LOS ANESTESICOS TOPICOS SE CONSIGUEN EN FORMA DE UNGUEN TO, LIQUIDO O AEREOSOL, ESTOS PRODUCEN ANESTESIA SUPERFICIAL EN 30 SEGUNDOS APROXIMADAMENTE. ALGUNOS UNGUENTOS SON DE MAS LARGA DURA CION PARA HACER EFECTO. DEBIDO A LA ALTA CONCENTRACION DEL ANESTE SICO TOPICO, NO SOBREPASE LOS LIMITES DE SEGURIDAD DE LA DROGA; DE LO CONTRARIO SE PUEDEN AFECTAR LAS MEMBRANAS MUCOSAS Y ESCORIAMOS LOS TEJIDOS. RARA VEZ SE DAN EFECTOS SECUNDARIOS SI SE SIGUEN LAS INDI CACIONES.

## ANESTESIA INYECTABLE.

LOS ANESTESICOS LOCALES INYECTABLES SON DE DOS CLASES:

a.- ANESTESICOS LOCALES DEL GRUPO DE LOS ETERES COMO LA PROCAINA.

b.- ANESTESICOS A BASE DE AMIDAS COMO LA LIDOCAINA.

LOS ANESTESICOS LOCALES DEBEN DIFUNDIRSE DESDE EL LUGAR DE LA INYECCION AL NERVIO Y LUEGO DEBEN PENETRAR SU PARTE MAS EXTERIOR PARA ANESTESIARLO. POR ESTO EL TIEMPO QUE TARDAN EN HACER EFECTO EL ANESTESICO DEPENDE DE:

a.- SU PROXIMIDAD AL NERVIO

b.- LA CONCENTRACION DE LA SOLUCION

c.- GRADO DE DIFUSION

d.- DIAMETRO DEL NERVIO

e.- PH DEL ANESTESICO Y TEJIDO.

PARA LA ADECUACION DE LA ANESTESIA, ASEGURESE QUE LA ZONA ESTE BIEN ANESTESIADA ANTES DE EMPEZAR EL TRATAMIENTO; LOS NIÑOS SE PUEDEN ASUSTAR FACILMENTE. UNA VEZ QUE HAN SENTIDO DOLOR, ESPECIALMENTE CUANDO LO HAN ASOCIADO AL SONIDO DE LA PIEZA DE MANO Y EL DOLOR SE VUELVEN INSEPARABLES EN MUCHOS CASOS, AL MENOS EN ESTA CITA.

LA ANESTESIA SE AGOTA GENERALMENTE POR DISOLUCION EN LOS TEJIDOS, POR DISPERSION LEJOS DEL NERVIO POR VIA VASCULAR O INACTIVACION METABOLICA DE LA DROGA. ESTE PROCESO NORMALMENTE TARDA DOS HORAS; SIN EMBARGO, PUEDE TARDAR DE CUATRO A CINCO HORAS. HAY QUE ADVERTIR ESTO AL PACIENTE Y A SUS PADRES, AL FIN DE QUE EL NIÑO NO SE LESIONE ASI MISMO MORDIENDOSE LA MEJILLA O EL LABIO.

## TECNICAS ANESTESICAS COMO APOYO ANTE LA COLOCACION DE CORONAS

UNA VEZ ACLARADOS LOS PUNTOS GENERALES PROCEDEREMOS A DESCRIBIR LAS DOS TECNICAS DE ANESTESIA MAS USUALES PARA ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS QUE SON:

a.- INYECCION SUPRAPERIOSTICA PARA MAXILAR SUPERIOR.

b.- BLOQUEO DEL NERVI0 DENTAL INFERIOR, ASI MISMO NO DEBEMOS OLVIDAR QUE ESTAS SON SOLO DOS TECNICAS DE LAS MUCHAS - MAS EXISTENTES.

### INYECCION SUPREPERIOSTICA

ESTA NOS INDICA QUE LA SOLUCION ANESTESICA DEPOSITADA SOBRE O A LO LARGO DEL PERIOSTIO DEBE DIFUNDIRSE PRIMERO A TRAVES DEL PERIOSTIO Y DEL HUESO CORTICAL PARA LLEGAR AL PLEXO ALVEOLAR SUPERIOR DE LOS NERVIOS QUE SE ALOJAN EN EL HUESO ESPONJOSO.

GENERALMENTE, EL HUESO CORTICAL QUE CUBRE LOS APICES DE LOS DIENTES SUPERIORES ES DELGADO Y ESTA PERFORADO POR UNA MULTITUD DE PEQUEÑOS AGUJEROS QUE LE DAN UN ASPECTO POROSO, ESA CONSISTENCIA PERMITE LA RAPIDA DIFUSION DE LA SOLUCION ANESTESICA HACIA EL PLEXO DENTAL. SIENDO ESTA INYECCION LA MAS SIMPLE DE TODOS LOS METODOS UTILIZADOS EN ANESTESIA LOCAL .

## NERVIOS Y ZONAS ANESTESIADAS

RAMAS TERMINALES LARGAS Y TODA LA ZONA INERVADA POR LAS RAMAS TERMINALES MAYORES AFECTADAS.

## REFERENCIAS ANATOMICAS

DEPENDERA DE LA ZONA A ANESTESIAS; LOS DIENTES, LA ZONA DE SUS RAICES Y EL PERIOSTIO DEL HUESO, SERAN LAS REFERENCIAS MAS COMUNMENTE UTILIZADAS.

## INDICACIONES

ESTA TECNICA ESTA INDICADA PARA PRODUCIR LA ANESTESIA DE UNO O DOS DIENTES MAXILARES O DE UNA ZONA DEL MAXILAR. SE REDUCE EL MAXILAR PORQUE SU POROSIDAD SE PRESTA AL METODO. ES DIFICIL BLOQUEAR LA RAMAS TERMINALES MAS LARGAS DE LA MANDIBULA POR SU DENSIDAD, SIN EMBARGO, ESTE METODO PUEDE USARSE EN PACIENTES PARA LA ANALGECIA DE LOS SEIS DIENTES MANDIBULARES ANTERIORES .

## VENTAJAS DE ESTE METODO

EL DOLOR DE LA PENETRACION DE LA AGUJA Y LA INYECCION ES LEVE, HAY MENOS TRAUMA AL PERIOSTIO, HAY MUCHO MENOS PELIGROS DE -



ROTURA DE LA AGUJA, HAY UN MINIMO DE ENTUMECIMIENTO EN EL TEJIDO BLANDO DE LA CARA.

\_ BLOQUEO DEL NERVIIO DENTAL INFERIOR

a.- NERVIOS ANESTESIADOS

NERVIIO ALVEOLAR INFERIOR Y SUBDIVISIONES, NERVIIO MENTONIANO, NERVIIO INCISIVO Y A VECES EL LINGUAL, EL BUCCINADOR QUE SON RAMAS DEL NERVIIO MANDIBULAR.

b.- ZONAS ANESTESIADAS

CUERPO MANDIBULAR Y UNA PARTE INFERIOR DEL TRAGUS, MUCOSA Y TEJIDOS SUBYACENTES ANTERIORES AL PRIMER MOLAR MANDIBULAR, DIENTES MANDIBULARES.

c.- REFERENCIAS ANATOMICAS

PLIEGUE MUCODENTAL, BORDE ANTERIOR DEL TRAGUS DE LA MANDIBULA, BORDE OBLICUO EXTERNO, TRIANGULO RETROMOLAR, BORDE OBLICUO INTERNO, LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR, GRUPO DE SUCCION BUCAL, ESPACIO PTERIGOMANDIBULAR.

CON EL DEDO INDICE SE LOCALIZA LA LINEA OBLICUA, O SEA, EL BORDE INTERNO DE LA RAMA DE LA MANDIBULA, SE HACE PUNCION INMEDIATAMENTE POR DENTRO DE ESTE PUNTO A UN CENTIMETRO POR ARRIBA DEL PLANO OCLUSAL DEL TERCER MOLAR.

LA JERINGA DEBE MANTENERSE PARALELA AL PLANO AL CUERPO DE LA MANDIBULA Y SOBRE TODO, PARALELA AL PLANO MAS TICATORIO DE LOS DIENTES INFERIORES, DESDE ESTE PUNTO LA AGUJA SE INTRODUCE LENTAMENTE 2 CENTIMETROS, PEGADA A LA CARA INTERNA DE LA RAMA DE LA MANDIBULAR; AL MISMO TIEMPO SE GIRA LA JERINGA HACIA LOS PREMOLARES DEL LADO OPUESTO, MANTENIENDOLA SIEMPRE EN EL MISMO PLANO HORIZONTAL, LA PUNTA DE LA AGUJA SE MANTENDRA DURANTE TODA LA MANIOBRA EN CONTACTO CON LA RAMA. UNA VEZ ALCANZADO EL PUNTO DESEADO, CON LA PUNTA DE LA AGUJA SE INYECTA EL ANESTESICO.

C A P I T U L O VI

ENDODONCIA ANTE EL TRATAMIENTO DE CORONAS

## CAPITULO VI

### TRATAMIENTO PULPAR PARA LA COLOCACION DE CORONAS

#### GENERALIDADES

EL OBJETIVO EN TERAPEUTICAS PULPARES REALIZADAS POR EL ODONTOLOGO HA SIDO SIEMPRE EL MISMO; TRATAMIENTOS ACERTADOS DE PULPAS AFECTADAS POR CARIES, PARA QUE LA PIEZA PUEDA PERMANECER EN LA BOCA EN CONDICIONES NORMALES NO PATOLOGICAS PARA PODER CUMPLIR SU COMETIDO DE COMPONENTE UTIL EN LA DENTADURA PRIMARIA. ES OBVIO QUE LA PIEZA PRIMARIA QUE HA SIDO PRESERVADA DE ESTA MANERA NO SOLO CUMPLIRA SU PAPEL MASTICATORIO, SINO QUE TAMBIEN ACTUARA DE EXCELENTE MANTENEDOR DE ESPACIO PARA LA DENTADURA PERMANENTE. ADICIONALMENTE SE PUEDEN CONTROLAR MEJOR LOS FACTORES DE COMODIDAD, AUSENCIA DE INFECCION, FONACION Y PREVENCION DE HABITOS BERRANTES TALES COMO EMPUJES DE LENGUA AL RETENER LA PIEZA PRIMARIA EN EL ARCO DENTAL.

#### ELECCION DEL TRATAMIENTO

LA BASE PARA TRATAMIENTOS EFICACES DE CUALQUIER ENFERMEDAD ES EL DIAGNOSTICO ACERTADO DE LA AFECCION EXISTENTE.

SI NO SE SIGUE ESTE CONCEPTO FUNDAMENTAL, SE LLEVARA A CIEGAS CUALQUIER INTENTO DE TERAPEUTICA PULPAR Y EL EXITO SERA CUESTION DE SUERTE. SE ADMITE QUE HA PESAR DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE PULPAS DENTALES, LOGRADOS A TRAVES - DE INVESTIGACIONES, AUN EXISTEN VARIOS FACTORES QUE NO PUE DEN SER CONTROLADOS O FIJADOS FACILMENTE. POR EJEMPLO, LA HEMORRAGIA EXCESIVA SE HA CONSIDERADO UNA SEÑAL COMO PROCE - SOS DEGENERATIVOS EN LA PULPA; SIN EMBARGO, NO SE HA RESUEL TO CON EXACTITUD CUANTA PULPA HA SE HACER HEMORRAGIA PARA - QUE SE LE CONSIDERE EXCESIVA. POR LO TANTO DEBERA SELECCIO - NARSE CUIDADOSAMENTE LOS HECHOS EN QUE HABREMOS DE BASAR EL DIAGNOSTICO ANTES DE EMPEZAR A REALIZAR CUALQUIER TRATAMIE NT O. HASTA LA FECHA NO EXISTE METODO ESTABLECIDO DE TRATA - MIENTO, HABRA QUE CONSIDERAR MUCHOS FACTORES, ADEMAS DE LA AFECCION QUE SUFRE LA PULPA DENTAL. ESTAS SERIAN: TIEMPO QUE PERMANECERAN LA PIEZA EN LA BOCA, SALUD GENERAL DEL PA CI ENTE, ESTADO DE LA DENTADURA, TIPO DE RESTAURACION QUE - DEBERA EMPLEARSE PARA VOLVER LA PIEZA A SU ESTADO MAS NOR - MAL, USO A LA QUE SERA SOMETIDA LA PIEZA, TIEMPO QUE REQUIE RE LA OPERACION, COOPERACION ESPERADA DEL PACIENTE Y COSTO DEL TRATAMIENTO.

## TRATAMIENTOS

### a.- RECUBRIMIENTO PULPAR.

LA FORMA MAS SENCILLA DE LA TERAPEUTICA ES ESTA. COMO INDICA SU NOMBRE, CONSISTE SOLAMENTE EN COLOCAR UNA CAPA DE MATERIAL PRETECTOR SOBRE EL LUGAR DE EXPOSICION PULPAR ANTES DE RESTAURAR LA PIEZA. A TRAVES DE LOS AÑOS SE HAN PROBADO VARIOS MEDICAMENTOS O MATERIALES COMO PLOMO, FOSFATO DI--CALCICO, PUNTAS DE DENTINA Y FORMOCRESOL, PERO HA SIDO EL HIDROXIDO DE CALCIO EL QUE HA DEMOSTRADO MAS APTITUDES PARA RECUBRIMIENTOS PULPARES. LA META A ALCANZAR ES LA CREACION DE DENTINA NUEVA EN EL AREA DE EXPOSICION Y LA CONSIGUIENTE CU-RACION DEL RESTO DE LA PULPA O SU RETORNO A CONDICIONES NOR-MALES.

EL HIDROXIDO DE CALCIO ES UNA DROGA QUE ESTIMULA LA CURACION FAVORECIENDO EL DESARROLLO DE DENTINA SECUNDARIA, SIN EMBARGO, PUEDE SOBRE ESTIMULAR O ESTIMULAR CAVIDADES O-DONTOCLASTICAS HASTA EL PUNTO DE QUE OCURRA FRECUENTEMENTE RESORCION INTERNA DE LA DENTINA. TAMANDO EN CUENTA QUE EL HIDROXIDO DE CALCIO NO SE FIJA EN CONSISTENCIA DURA, SE HACE FLUIR ENTONCES SOBRE EL MATERIAL RECUBRIDOR UNA CAPA DE CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC. SE EXTIENDE LA BASE DE CEMEN-TO MAS ALLA DE LOS LIMITES DEL MATERIAL RECUBRIDOR PARA LO

GRAR BASE FIRME CONTRA LA QUE SE PUEDA EMPACAR AMALGAMA U OTRO MATERIAL RESTAURATIVO. AUNQUE EL FOSFATO DE ZINC PUEDE SER EXTREMADAMENTE IRRITANTE PARA LA PULPA, LA CAPA DE HIDROXIDO DE CALCIO ES DE NATURALEZA SUPERFICIALMENTE ALCALINA PARA NEUTRALIZAR LA ACIDEZ DEL CEMENTO.

EN LA PIEZAS EN LAS QUE EL LUGAR A RECUBRIR PUEDE SER ALTERADO POR PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, NO SE ACONSEJA RECUBRIR CON HIDROXIDO DE CALCIO LA PULPA EXPUESTA. EN MUCHOS CASOS ES ACONSEJABLE CONSIDERAR UNA RESTAURACION COMPLETA DE CORONA, PARA DAR PROTECCION MAXIMA Y MAYOR OPORTUNIDAD DE RECUPERACION.

#### b.- RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

ESPORADICAMENTE DESDE 1866 SE HA TRATADO DE LOGRAR RECUBRIMIENTOS PULPARES INDIRECTOS O LA MEDICACION DE MATERIAL CARIADO DENTRO DE LA CAVIDAD ADYACENTE AL LUGAR SUPUESTO DE EXPOSICION. EN ESE AÑO, ATKINSON INFORMO HABER REBLANDECIDO DENTINA SOBRE PULPA VITAL Y HABERLA SATURADO CON CREOSOTA. LAW Y LEWIS INFORMARON SOBRE EL EXISTO DE 76% EN 38 PIEZAS PRIMARIAS AL UTILIZAR ESTA TECNICA.

### c.- PULPOTOMIAS.

LAS PULPOTOMIAS PARCIALES O CURETAJES PULPARES SIGNIFICAN LA EXPANSION DELIBERADA DE UNA PEQUEÑA EXPANSION CARIADA ANTES DE APLICAR LA MEDICACION. QUIENES ABOGAN POR LA PULPOTOMIA PARCIAL SUGIEREN QUE AL ELIMINAR SOLO EL MATERIAL INFECTADO EN EL AREA EXPUESTA, SE REDUCIRAN AL MINIMO TRAUMATISMO QUIRURGICO Y RESULTARAN MEJORES CURACIONES. DESGRACIADAMENTE EL OPERADOR CLINICO NO PUEDE DETERMINAR CON CERTEZA-ALGUNA EL GRADO EXACTO DE PENETRACION BACTERIANA EN EL GRADO DE EXPOSICION A CARIES. EN CONSECUENCIA, EL TRATAMIENTO DE ELECCION SERA LA AMPUTACION CORONAL COMPLETA, INCLUSO CUANDO EN PIEZAS PRIMARIAS LA EXPOSICION A CARIES SEA MUY PEQUEÑA.- LA PULPOTOMIA PUEDE DEFINIRSE COMO LA ELIMINACION COMPLETA - DE LA PORCION CORONAL DE LA PULPA DENTAL, SEGUIDA DE LA APLICACION DE CURACION O MEDICAMENTO ADECUADO QUE AYUDE A LA PIEZA A CURAR Y A PRESERVAR SU VITALIDAD. LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA LAS PULPOTOMIAS SON: HIDROXIDO DE CALCIO Y EL FORMOCRESOL.

### d.- PULPECTOMIAS.

PULPECTOMIA QUIERE DECIR ELIMINACION DE TODO TEJIDO PULPAR DE LA PIEZA INCLUYENDO LAS PORCIONES CORONARIAS Y RADICULARES. AUNQUE LA ANATOMIA DE LAS RAICES DE LA PIEZA PUE



DE EN ALGUNOS CASOS COMPLICAR ESTOS PROCEDIMIENTOS, EXISTE IN TERES RENOVADO POR LAS PROBABILIDADES DE RETENER LAS PIEZAS - PRIMARIAS EN VEZ DE CREAR LOS PROBLEMAS DE MANTENEDORES DE ES PACIO A LARGO PLAZO. LAS PIEZAS ANTERIORES CADUCAS SON LAS - MEJORES CANDIDATAS PARA TRATAMIENTOS ENDODONTICOS. COMO EN SU MAYORIA SOLO TIENEN UNA RAIZ RECTA, FRECUENTEMENTE TIENEN CA- NALES RADICULARES DE TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SUFRIR UNA- OPERACION. SIN EMBARGO, DEBE RECORDARSE QUE LA PIEZAS PRIMA- RIAS SON CONOCIDAS POR SUS MULTIPLES CANALES AUXILIARES Y EN- ESE CASO, LA CAMARA PULPAR NO PODRA SER TOTALMENTE EXTIRPADA- NI LOS CANALES OBTURADOS DESPUES.

DEBEMOS TENER EN CUENTA VARIOS PUNTOS IMPORTANTES AL REALIZAR TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN PIEZAS PRIMARIAS. PRI- MERO, DEBERA TENERSE CUIDADO DE NO PENETRAR MAS ALLA DE LAS - PUNTAS APICALES DE LA PIEZA AL ALARGAR LOS CANALES, HACER ES- TO, PUEDE DAÑAR EL BROTE DE LA PIEZA PERMANENTE EN DESARROLLO.

SEGUNDO, DEBERA USARSE UN COMPUESTO RESORBIBLE, COMO- PASTA DE OXIDO DE ZINC Y EUGENOL COMO MATERIAL DE OBTURACION. DEBERAN EVITARSE LAS PUNTAS DE PLATA O DE GUTAPERCHA YA QUE - NO PUEDEN SER RESORBIDAS Y ACTUAN COMO IRRITANTES.

TERCERO, DEBERAN INTRODUCIRSE EL MATERIAL DE OBTURA - CION EN EL CANAL PRESIONANDO LIGERAMENTE DE MANERA QUE NADA O CASI NADA ATRAVIESE EL APICE DE LA RAIZ.

CUARTO, LA ELIMINACION QUIRURGICA DEL FINAL DE LA RAIZ

DE LA PIEZA, ES DECIR, LA APICECTOMIA NO DEBERA LLEVARSE A CABO EXCEPTO EN CASOS QUE NO EXISTA PIEZA PERMANENTE EN PROCESO DE DESARROLLO.

DEBERAN CONSIDERARSE CUIDADOSAMENTE LAS PULPECTOMIAS - DE MOLARES PRIMARIOS NO VITALES O PUTREFACTOS Y DEBERAN ELEVAR SE EL PLAN TENIENDO EN CUENTA POSIBILIDADES DE EXISTO, NUMERO- NECESARIO DE VISITAS Y COSTO DE LA OPERACION.

C A P I T U L O VII

CORONAS DE ACERO-CROMO

## CAPITULO VII

### CORONAS PREFABRICADAS PARA LA RESTAURACION DE DIENTES PRIMARIOS

#### \_ CORONAS DE ACERO CROMO

LA CORONA DE ACERO-CROMO FUE INTRODUCIDA A LA ODONTO-PEDIATRIA EN EL AÑO DE 1950 POR HUMPHREY. ACTUALMENTE ES UN GRAN AUXILIAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA DEL DIENTE CON CARIES MUY AMPLIA, RESTABLECIENDO SU CAPACIDAD MASTICATORIA. ES UN TRABAJO DIFICIL EL CUAL REQUIERE UNA PREPARACION EXACTA Y UNA ADAPTACION PERFECTA DE LA CORONA A SU CIERRE PERIPERICO Y A SU OCLUSION.

LAS CORONAS ACERO-CROMO SE EMPLEARAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

a.- COMO RESTAURACION DE DIENTES TEMPORALES O PERMANENTES JOVENES CON CARIES EXTENSA.

b.- PARA RESTAURAR MOLARES PRIMARIOS CON CARIES QUE INCLUYAN DOS O MAS CUSPIDES. LA PREPARACION SERA MENOR DE LA REQUERIDA PARA UNA AMALGAMA.

c.- COMO RESTAURACION DE DIENTES CON ANOMALIAS HEREDI-

TARIAS COMO LA AMELOGENESIS O DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

d.- COMO RESTAURACION DE MOLARES PRIMARIOS QUE HAN SIDO SOMETIDOS A TRATAMIENTO PULPAR. ESTOS DIENTES TIENDEN A VOLVERSE MAS FRAGILES POR LA DESHIDRATACION QUE SUFREN, LA CORONA ACERO-CROMO PREVIENE SU POSIBLE FRACTURA.

e.- COMO AGARRE CUANDO ESTA INDICADO UN MANTENEDOR DE ESPACIO, DE CORONA Y ANSA.

f.- COMO AGARRE PARA APARATOS DESTINADOS A LA DISVACION DE HABITOS.

g.- PARA RESTAURAN DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES JOVENES EN NIÑOS CON DEFECTOS FISICOS O MENTALES CUANDO EL FACTOR - HIGIENE BUCAL PRIMORDIAL.

— CORONAS DE ACERO-CROMO PARA DIENTES ANTERIORES TEMPORALES.

LA REDUCCION DEL DIENTE SE REALIZARA CON UNA FRESA DEL No. 69 L, DE TAL MANERA QUE PROPORCIONE SUFICIENTE ESPACIO PARA LA CORONA, AL MISMO TIEMPO SE DEJARA LA ESTRUCTURA NECESARIA PARA LA RETENCION DE LA CORONA Y PERMITIRA LA REMOSION DE LA - CARIES.

EN UN PRINCIPIO SE REBAJARAN LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES SIN FORMAR ESCALON, EL BORDE INCISAL SE REDUCIRA PARA QUE EL DIENTE NO SE VEA ALARGADO.

EL DESGASTE PALATINO ES NECESARIO CUANDO LOS INCISIVOS INFERIORES ESTAN EN CONTACTO CON LA SUPERFICIES LINGUALES O PALATINAS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

LA SUPERFICIE LABIAL SE DESGASTARA SOLO LO NECESARIO - PARA QUITAR CARIES. EN LAS ZONAS MAS PROFUNDAS SE COLOCARA - UNA BASE PROTECTORA PULPAR.

LA SELECCION Y RECORTADO DE LA CORONA SE REALIZA DE - IGUAL MANERA QUE DIENTES POSTERIORES.

EN DIENTES ANTERIORES LA CORONA PUEDE SER CERRADA O - CON CARILLA ABIERTA, LO CUAL VIENE SIENDO MAS ESTETICA. EN - ESTE CASO SE HACE LA ADAPTACION DE LA CORONA HASTA ANTES DE CEMENTARLA, LUEGO SE SACA DE LA BOCA Y SE CONFECCIONA LA VENTANA LABIAL EMPLEANDO UNA FRESA DE ALTA VELOCIDAD, TRATANDO DE EVITAR CUALQUIER DEFORMACION, SE DEJARA POR LO MENOS DOS MILIMETROS EN EL BORDE GINGIVAL. POSTERIORMENTE SE VUELVE A COLOCAR LA CORONA EN EL DIENTE Y SE BRUNEN LOS BORDES LABIALES - CON UN CONDENSADOR DE AMALGAMA CONTRA LA ESTRUCTURA SANA DEL DIENTE, SE RETIRA OTRA VEZ LA CORONA, SE PULE Y POR ULTIMO SE CEMENTA.

EN LA SUPERFICIE LABIAL SE PODRA OBSERVAR LA MAYOR PARTE DEL ESMALTE DEBIDO A QUE LA CORONA CON CARILLA ABIERTA SOLO -- ABARCA UNA MINIMA PARTE EN LAS SUPERFICIES CERVICAL, INCISAL, - MESIAL Y DISTAL.

SI LLEGASE A EXISTIR ALGUN DEFECTO EN LA SUPERFICIE LABIAL SE USARA RESINA COMPUESTA.

LA CAPACIDAD MASTICATORIA DE UNA DENTICION PRIMARIA MUY DETERIORADA SE RESTABLECE MEDIANTE CORONAS DE ACERO Y ES SIN - DUDA LA MEJOR DURADERA SOLUCION.

SUS DESVENTAJAS RADICAN EN SON ANTIESTETICAS Y MAL AJUS TADAS PUEDEN ACUMULAR PLACA BACTERIANA.

DEBEMOS RECORDAR:

\_ LA PREPARACION OCLUSAL DEBE DEJAR UN ESPACIO LIBRE -- DE POR LO MENOS UN MILIMETRO EN RELACION DEL DIENTE ANTAGONISTA.

\_ LOS PUNTOS DE CONTACTO SE DEBEN ELIMINAR Y HAY QUE - SER CUIDADOSOS A FIN DE EVITAR LA PRESENCIA DE ESCALONES PROXI- MALES.

\_ TODOS LOS ANGULOS Y ESQUINAS DE LA PREPARACION DEBE-- RAN REDONDEARSE, DE LO CONTRARIO SE DIFICULTARA ASENTAR LA ---

CORONA EN POSICION ADECUADA.

\_ DESPUES DE ESTABLECER LA LONGITUD DE LA CORONA SE -  
CONTORNEARA, ABARCARA LAS AREAS DE RETENCION, LOCALIZADAS POR  
DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL DE LA SUPERFICIES BUCAL Y LINGUAL.

\_ PULIR EL MARGEN GINGIVAL DE LA CORONA, EVITARA IRRI-  
TACION EN LA ENCIA.

\_ AL LLEVAR LA CORONA A SU POSICION ADECUADA, PRIMERO  
SE HARA DESDE LINGUAL Y LUEGO HACIA BUCAL CON LA FINALIDAD DE  
QUE SE DESLICE SOBRE EL CONTORNO MAXIMO DE LA PIEZA LA CUAL -  
PERMITIRA UNA PERFECTA ADAPTACION.

\_ DEBERAN SER REMOVIDOS LOS EXCESOS DE CEMENTO CON UN  
EXPLORADOR Y SEDA DENTAL LIMPIANDO LAS AREAS GINGIVALES.

#### CORONAS DE ACERO-CROMO PARA MOLARES TEMPORALES

ANTES DE LA COLOCACION DE CORONAS DE ACERO-CROMO SE -  
DEBE OBSERVAR QUE EL TEJIDO PERIODONTAL ESTE SANO, QUE POR LO  
MENOS LA MITAD DE LA RAIZ NO SE HAYA REABSORVIDO PARA EVITAR  
COMPLICACIONES.

AL INICIAR EL PROCEDIMIENTO SE APLICARA UN ANESTESICO  
LOCAL, LUEGO SE COLOCARA EL DIQUE DE GOMA PARA PROTEJER TEJIDOS



BLANDOS, AISLAR Y EVITAR QUE EL NIÑO SE TRAGUE LA CORONA CUANDO SE ADAPTA AL DIENTE.

EL TOMAR LA MEDIDA MESIO-DISTAL, ANTES DE PREPARAR LA PIEZA PARA UNA CORONA DE ACERO FACILITA LA ELECCION DE ESTA, GENERALMENTE SUELE SER USADO UN CALIBRADOR QUE AYUDA A DETERMINAR EL TAMAÑO ADECUADO. LA PREPARACION DE LA PIEZA SERA SIN DESGASTAR LA SUPERFICIES LINGUALES O PALATINAS Y SOLO UN POCO LAS VESTIBULARES, DE ESTA MANERA SE FORMA UNA ZONA MARGINAL LIGERAMENTE RETENTIVA.

LA PREPARACION DE LAS CARAS PROXIMALES SERA SIN ESCALON Y CONSERVANDO LA INTEGRIDAD DEL DIENTE VECINO. UNA CUÑA INTERPROXIMAL FACILITARA EL DESGASTE SEPARANDO LIGERAMENTE LOS DIENTES. LOS CORTES SE HARAN CASI VERTICALES EMPLEANDO DISCOS DE DIAMANTE, RECTO PARA LA CARA MESIAL Y CONCAVO PARA DISTAL, TAMBIEN SE PUEDE USAR LA FRESA 69 L PARA EL DESGASTE.

SE RECOMENDA LA REDUCCION DISTAL AUNQUE NO EXISTA DIENTE VECINO COMO OCURRE EN EL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL DE UN NIÑO DE EDAD PREESCOLAR, DE NO SER ASI, SE VERA AFECTADA LA NORMAL ERUPCION DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

AL DESGASTAR LA SUPERFICIE OCLUSAL SE UTILIZARAN FRESAS DEL No. 556 6 331, SIGUIENDO LA FORMA GENERAL DE ESTA CARA HASTA OBTENER UNA REDUCCION DE UNO A UNO Y MEDIO MILIMETROS, RESPECTO

AL ANTAGONISTA.

POSTERIORMENTE SE ELIMINA LA CARIES Y SE ELIGE LA CORONA DE ACERO-CROMO LA CUAL DEBERA CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS DEL -- CIERRE PERIFERICO, LOS PUNTOS DE CONTACTO Y LA OCLUSION.

LAS CORONAS DIFIEREN EN CUANTO A SU RESISTENCIA, YA QUE UNAS SON MUY RIGIDAS Y OTRAS SE DEFORMAN AL SER RECORTADAS.

LA CORONA UNITEK CASI NO NECESITA SER RECORTADA Y SERA LA MAS INDICADA A USAR. LA CORONA ROCKY-MOUNTAIN SE EMPLEARA CUANDO LA CARIES SE EXTIENDA HACIA SUBGINGIVAL, CON EL FIN DE LLEGAR HASTA LOS BORDES DE LA PREPARACION.

LA CAPA DE DENTINA RELATIVAMENTE DELGADA ENTRE LA OBTURACION Y PULPA MUCHAS VECES HACE NECESARIA UNA CAPA AISLANTE PARA PROTEJER LA PULPA CONTRA IRRITACIONES TERMICAS, QUIMICAS Y GALVANICAS. LOS MATERIALES PROTECTORES COMO DYCAL, QUE SE INSERTAN EN LA CAVIDAD EN FORMA LIQUIDA Y ENDURECEN EN PRESENCIA DE HUMEDAD, SE PRESTAN MUY BIEN PARA ESTE FIN.

ANTES DE CEMENTAR LA CORONA, DEBERA PULIR CON UN DISCO DE GOMA PARA LIMAR IMPERFECCIONES. EL BORDE DE LA CORONA DEBERA SER ROMO PARA QUE NO RETENGA PLACA BACTERIANA. COMO MEDIO CEMENTANTE SE USARA EL FOSFATO DE ZINC.

LA CORONA NO SE TOCARA DURANTE EL FRAGUADO, SE PEDIRA AL NIÑO QUE MUERDA SOBRE UN ROLLO DE ALGODON PARA EJERCER PRESION.

C A P I T U L O VIII

CORONAS DE POLICARBONATO

## CAPITULO VIII

### CORONAS DE POLICARBONATO EN DIENTES ANTERIORES TEMPORALES

EL USO DE ESTAS CORONAS SE HA POPULARIZADO EN DIENTES ANTERIORES DESIDUOS EN LUGAR DE LAS CORONAS DE ACERO-CROMO PORQUE SON RESTAURACIONES MAS ESTETICAS, DURABLES, DE ANATOMIA ACEPTABLE Y ACONSEJABLES PARA LAS RESTAURACIONES EN DIENTES ANTERIORES CON CARIES EXTENSA.

EL EMPLEO DE ESTE TIPO DE CORONAS SE RECOMIENDA EN DIENTES ANTERIORES TEMPORALES CON PERDIDA DE LOS ANGULOS INCISALES, MESIAL Y DISTAL, HIPOPLASIA DEL ESMALTE, FRACTURAS DENTALES, DIENTES MANCHADOS, NECESIDAD DE CUBRIR TODA LA PIEZA DENTAL DESPUES DE UNA PULPOTOMIA O PULPECTOMIA; LA CARIES AVANZADA ES LO MAS FRECUENTE.

#### PASOS PARA LA PREPARACION

a.- ANESTESIA LOCAL, AUN CUANDO EL DIENTE ESTE DESVITALIZADO PORQUE PUEDEN SER AFECTADOS LOS TEJIDOS BLANDOS.

b.- SELECCION DEL TAMAÑO ADECUADO DE LA CORONA, SE PRESENTAN EN UN SOLO COLOR Y SON SEIS DIFERENTES TAMAÑOS PARA CADA DIENTE.

c.- ANTES DE HACER LA PREPARACION SE ELIMINARA LA CARIES, SI EXISTE COMUNICACION PULPAR, SE REALIZARA EL TRATAMIENTO ENDODONTICO.

d.- LA PREPARACION SE REALIZARA CON FRESAS DEL NUMERO 69L, RUEDA DE DIAMANTE PEQUEÑA, FRESA DEL NUMERO 34. SE ELIMINARA PUNTOS DE CONTACTO Y SE DESGASTARA UN POCO LAS SUPERFICIES INCISAL, LABIAL Y LINGUAL. LA PREPARACION DE LA PIEZA SERA CON O SIN HOMBRO; PERO CUANDO LA CARIES A CREADO UN HOMBRO POR DEBAJO DE LA ENCIA LA PREPARACION SERA CON HOMBRO.

#### PREPARACION CON HOMBRO

CUANDO LA CARIES HA AFECTADO AL DIENTE POR DEBAJO DE LA ENCIA Y FORMADO UN ESCALON, SE PREPARA ESA PORCION AFECTADA CON HOMBRO Y EL RESTO DE LA PIEZA SIN HOMBRO; EN OCASIONES ES NECESARIO PREPARAR EL DIENTE CON HOMBRO COMPLETO. LA ADAPTACION DE LA CORONA AL DIENTE SE HARA REVISANDO CUIDADOSAMENTE EL AJUSTE CERVICAL; A VECES ES NECESARIO RECORTAR LA SUPERFICIE CERVICAL SOBRE TODO EN MESIAL Y DISTAL PARA TAL EFECTO SE UTILIZARAN PEQUEÑAS FRESAS O PIEDRAS, PERO NUNCA TIJERAS PORQUE PUEDEN DEFORMAR LA CORONA.

SI LOS TEJIDOS BLANDOS LLEGARAN A PRESENTAR ISQUEMIA SE REDUCIRAN LOS BORDES DE LA CORONA SIGUIENDO EL CONTORNO. .

## PREPARACION SIN HOMBRO

- ELIMINAR CARIES Y PROTEGER LA CAMARA PULPAR
  
- EL DESGASTE DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES SE REALIZARA HASTA POR DEBAJO DE LA ENCIA SIN CREAR HOMBRO
  
- LA SUPERFICIE LABIAL SE REDUCIRA CON FRESAS 69L Y LA LINGUAL CON RUEDA DE DIAMANTE, APROXIMADAMENTE CINCO MILIMETROS
  
- EL BORDE INCISAL SE REDUCIRA UN MILIMETRO
  
- SE HARA UNA RETENCION AL REDEDOR DE TODO EL DIENTE

EXISTEN TRES FORMAS PARA CEMENTAR LA CORONA DE POLI - CARBONATO:

- a.- CEMENTADO CON RESINA COMPUESTA Y FOSFATO DE ZINC

ESTA TECNICA SE EMPLEA CUANDO EXISTE UN MARGEN ABIERTO QUE ABARCA MAS ALLA DE LOS LIMITES DE LA CORONA, ANTES DE LA CEMENTACION SE RELLENARAN LOS HUECOS CON RESINA COMPUESTA.

COMO PRIMER PASO SE LUBRICARA EL DIENTE, LUEGO SE RELLENARA LA CORONA CON RESINA COMPUESTA QUE SEA DEL MISMO COLOR DEL DIENTE, LA SUPERFICIE DENTAL ESTARA SECA, POSTERIORMENTE SE INTRODUCIRA LA CORONA A LA PIEZA DENTAL HASTA QUE LA RESINA ADQUIERA UNA CONSISTENCIA PASTOSA Y EN SEGUIDA SE RETIRA PARA QUE POLIMERICE COMPLETAMENTE, SE QUITA EL EXEDENTE DEL MARGEN GINGIVAL Y FINALMENTE SE PULIRAN Y RECORTARAN LOS BORDES CERVICALES CON UNA PIEDRA Y SE CEMENTARAN CON FOSFATO DE ZINC.

#### b.- CEMENTADO CON RESINA COMPUESTA

SE REALIZARA UN SURCO EN EL MARGEN GINGIVAL CON EL OBJETO DE CREAR RETENCION Y MANTENER LA CORONA EN SU LUGAR AL REALIZAR EL SURCO SE DEBERA PROTEGER LA CAMARA PULPAR, SE LIJARA EL INTERIOR DE LA CORONA Y SE RELLENARA CON RESINA ACRILICA, POSTERIORMENTE SE COLOCARA EN EL MUÑON, SE DEJARA POLIMERIZAR LA RESINA SOBRE EL DIENTE RECORTANTO LOS RESIDUOS Y SE PULIRAN LOS MARGENES CERVICALES.

#### c.- CEMENTADO CON FOSFATO DE ZINC

SI SE OBSERVA QUE LA CORONA AJUSTA PERFECTAMENTE A LOS MARGENES CERVICALES PUEDE SER CEMENTADA EN IGUAL FORMA QUE LAS CORONAS ACERO-CROMO. PARA PREPARAR EL CEMENTO PRIMERO SE DEBE RASPAR POR DENTRO DE LA CORONA PARA AUMENTAR LA RE-



TENCION ENTRE EL DIENTE Y LA CORONA, LA CAMARA DEBERA ESTAR  
COMPLETAMENTE PROTEGIDA Y LA SUPERFICIE DENTAL SECA AISLADA  
CON ROLLOS DE ALGODON. EL CEMENTO TENDRA UNA CONSISTENCIA  
IGUAL A LA QUE SE EMPLEA AL CEMENTAR CORONAS DE ACERO-CROMO,  
SE ELIMINARA EL EXCESO DE CEMENTO Y POR ULTIMO SE REVISARA Y  
PULIRA EL MARGEN CERVICAL.

C A P I T U L O IX

CORONAS DE CELULOIDE (PEDOFORM)

## CAPITULO IX

### CORONAS PERFORADAS DE CELULOIDE (PEDOFORM) PARA DIEN- TES ANTERIORES TEMPORALES

ESTE PROCESAMIENTO ES EL MAS RECIENTE Y ESTETICO PARA RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES CON CORONAS PREFABRICADAS DE CELULOIDE UTILIZANDO RESINAS COMPUESTAS. GENERALMENTE SE USAN CUANDO HAY PRESENCIA DE CARIES REMANENTE, SINDROME DE MAMILA Y FRACTURAS.

DURANTE SU TRATAMIENTO LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES SERAN REBAJADAS PERFECTAMENTE CON FRESA DE DIAMANTE DE FLAMA LARGA, EL DESGASTE SERA DIVERGENTE HACIA INCISAL PROCURANDO NO HACER ESCALON. LA REDUCCION INCISAL SERA DE UN MILIMETRO EMPLEANDO UNA FRESA CILINDRICA DE DIAMANTE, EN ZONAS DONDE HAYA PRESENCIA DE CARIES SE REMOVERA CON CUCHARILLA O CON FRESA DE CARBURO EN FORMA DE BOLA DEL NÚMERO CUATRO Y SE RECUBRIRA CON HIDROXIDO DE CALCIO, POSTERIORMENTE SE HARA UN PEQUEÑO DESGASTE EN EL TERCIO CERVICAL DE LA SUPERFICIE LABIAL CON EL OBJETO DE DAR MAYOR RETENCION. UNA VEZ REALIZADO LO ANTERIOR SE PROCEDE AL SELLADO O GRABADO DEL ESMALTE CON ACIDO ORTOFOSFORICO EN FORMA DE GEL, SEMIGEL O LIQUIDO CON UN PERIODO APROXIMADO DE DOS MINUTOS, SE LAVA Y SE SECA QUEDANDO EL ESMALTE BLANQUECINO.

TOMANDO EN CUENTA EL TAMAÑO DEL DIENTE SE SELECCIONA-  
RA LA CORONA Y SE ELIMINARA EL EXCESO DE MATERIAL CON TIJERAS  
CURVAS, LA CORONA SE ADAPTARA QUEDANDO UN MILIMETRO POR DEBAJO  
DEL MARGEN GINGIVAL. CON FRESA DE BOLA DEL NUMERO CUATRO SE  
PERFORARA EL CENTRO DE LA SUPERFICIE PALATINA DE LA CORONA EVI\_  
TANDO LA FORMACION DE BURBUJAS EN EL MATERIAL DE OBTURACION Y  
LA DISTORSION DE LA CORONA DURANTE EL CEMENTADO. LA RESINA SE  
COLOCARA EN LA CORONA EVITANDO LAS BURBUJAS, DESPUES SE LLEVARA  
AL MUÑO SUGIRIENDO REVISAR LA OCLUSION. UNA VEZ COLOCADA SE  
ELIMINARA LOS EXCESOS DE MATERIAL.

ESTA CORONA DE RESINA COMPUESTA NO NECESITARA PULIRSE  
PARA MANTENER SU RESISTENCIA Y BRILLO.

# C A P I T U L O X

## FRACTURAS Y TRATAMIENTO A BASE DE CORONAS

TRATAMIENTO DE FRACTURAS A BASE DE CORONAS

LAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LA COLOCACION DE UNA RESTAURACION TEMPORAL O PERMANENTE PARA UN DIENTE LESIONADO SON LAS SIGUIENTES EN LA CITA DE EMERGENCIA:

- MAGNITUD DEL IMPACTO

UN DIENTE QUE RESISTE LA FUERZA DE UN GOLPE FUERTE CON Poca O SIN NINGUNA FRACTURA ABSORVE TODA LA ENERGIA DEL IMPACTO Y SE VUELVE MUY VULNERABLE A LA NECROSIS. UN DIENTE QUE SE FRACTURA POR LA FUERZA DEL GOLPE PERMITE QUE UNA CANTIDAD DE ENERGIA IMPORTANTE SE LIBERE EN LA SEPARACION DE LA FRACTURA Y POR ESO LA TOTALIDAD DEL DIENTE NO ABSORVE TODA LA FUERZA IMPACTANTE. EN CONSECUENCIA, UN DIENTE CON FRACTURAS TIENE MEJOR OPORTUNIDAD DE MANTENER VITALIDAD SI SE TRATA APROPIADAMENTE QUE OTRO QUE NO SE ROMPE EN LAS MISMAS CONDICIONES. CUALQUIER TRAUMA ADICIONAL AL DIENTE RECIENTEMENTE LESIONADO PUEDE AUMENTAR LAS OPORTUNIDADES DE NECROSIS PULPAR. EN ESTOS CASOS COLOQUE UNA RESTAURACION TEMPORAL PARA MANTENER A SU MINIMA EXPRESION LA MANIPULACION DEL DIENTE Y DAR OPORTUNIDAD A QUE SE REPARE POR SI MISMO. SI LA FRACTURA ES PEQUENA Y EL CHO-

QUE CONSIDERADO MINIMO, SE PUEDE COLOCAR UNA RESTAURACION EN EL MOMENTO DE LA CITA DE EMERGENCIA.

- TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ACCIDENTE

UN DIENTE QUE A PERMANECIDO FRACTURADO VARIOS MESES O MAS TIEMPO SIN CAMBIOS PATOLOGICOS PUEDE ACEPTAR UNA RESTAURACION PERMANENTE EN LA CITA INICIAL. SI LA LESION ES RECIENTE CONSIDERE TODO LOS FACTORES ENUNCIADOS EN ESTA EXPLICACION .

- TIEMPO

SI EL TIEMPO NECESARIO PARA COLOCAR UNA RESTAURACION PERMANENTE ES MAYOR QUE EL TIEMPO ASIGNADO PARA LA EMERGENCIA, COLOQUE UNA RESTAURACION TEMPORAL Y CITE AL PACIENTE PARA UNA RESTAURACION PERMANENTE.

- TIPOS DE RESTAURACIONES TEMPORALES

- a.- BANDAS Y TIRAS
- b.- CORONAS PREFABRICADAS DE ACERO INOXIDABLE
- c.- CORONAS DE CELULOIDE PREFABRICADAS

## - TAMAÑO DE LA FRACTURA

SI LA FRACTURA ES GRANDE COLOQUE UNA RESTAURACION TEMPORAL Y VUELVA A CITAR AL PACIENTE PARA COLOCAR UNA RESTAURACION PERMANENTE DESPUES DE SU CURACION. SI ES PEQUEÑA, CONTORNEE SELECTIVAMENTE EL DIENTE. RECONTORNEAR SELECTIVAMENTE SIGNIFICA VOLVER A DAR FORMA AL DIENTE EN TODOS LOS PLANOS, DE MANERA QUE PERMANEZCA EN ARMONIA EN TODAS LAS DIMENSIONES CON EL DIENTE CONTIGUO. NO PULA BRUSCAMENTE SOLO LA PARTE INCISAL DEL DIENTE FRACTURADO, EXCEPTO EN FRACTURAS INSTANTANEAS. SI LA PORCION FRACTURADA SE CONSIDERA DEMASIADO GRANDE PARA RECONSTRUIR CON RESULTADOS ESTETICOS BUENOS Y DEMASIADO PEQUEÑA PARA EFECTUAR UNA RESTAURACION, EXTRUYA EL DIENTE LESIONADO Y LUEGO RECONSTRUYALO. ESTO SE EFECTUARA POR MEDIO DE UN TRATAMIENTO ORTODONTICO.

## - CLASIFICACION

LA CLASIFICACION DE LAS LESIONES EN LOS DIENTES ANTERIORES (CLASIFICACION DE ELLIS), ES LA SIGUIENTE:

CLASE I.- AFECCION SOLO DEL ESMALTE O MUY POCA DE LA DENTINA.



- CLASE II.- AFECCION CONSIDERABLE DE LA DENTINA, PERO NINGUNA EN LA PULPA.
- CLASE III.- FRACTURA EXTENSA CON EXPOSICION DE LA PULPA.
- CLASE IV.- DIENTE TRAUMATIZADO QUE PIERDE LA VITALIDAD CON O SIN PERDIDA DE ESTRUCTURA CORONARIA.
- CLASE V.- DIENTES PERDIDOS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO.
- CLASE VI.- FRACTURA RADICULAR CON O SIN PERDIDA DE ESTRUCTURA CORONARIA.
- CLASE VII.- DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE CON O SIN FRACTURA DE LA CORONA O DE LA RAIZ.
- CLASE VIII.- FRACTURA DE TODA LA CORONA.

ESTA CLASIFICACION DE LAS LESIONES DE LOS DIENTES ANTERIORES SE APLICA TANTO A LA DENTICION TEMPORAL COMO A LA PERMANENTE. SIN EMBARGO, HAY UNA DIFERENCIA EN LA FRECUENCIA DE VARIOS TIPOS DE LESIONES. EN LA DENTICION TEMPORAL OCURRE MAS FRECUENTEMENTE EL DESPLAZAMIENTO Y EN LA FRACTURA ES POCO FRECUENTE. EN EL NIÑO MAYOR LOS DIENTES PERMANENTES ESTAN MAS IN

CLINADOS LABIALMENTE Y EL HUESO ALVEOLAR ES MAS DENSO, SOSTE-  
NIENDO MAS FIRMEMENTE LOS DIENTES Y HACIENDOLOS MAS SUCEPTIBLES  
DE FRACTURARSE.

C A P I T U L O X I

CORONAS DE ACERO-CROMO COMO MANTENEDORES DE ESPACIO

## CAPITULO XI

### CORONAS DE ACERO-CROMO COMO MANTENEDOR DE ESPACIO

LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA PERDIDA PREMATURA DE LOS DEINTES TEMPORALES VARIAN EN EL NIÑO EN CRECIMIENTO. AUN CUANDO LA PERDIDA PREMATURA NO IMPIDE NECESARIAMENTE EL DESARROLLO DE UNA OCLUSION FUNCIONAL NORMAL, ES NECESARIO UN DIAGNOSTICO PARA DETERMINAR SI SE DEBE O NO MANTENER EL ESPACIO EN CADA NIÑO EN PARTICULAR.

#### INDICACIONES

EL MANTENIMIENTO DE ESPACIO ESTA INDICADO GENERALMENTE CUANDO LAS FUERZAS QUE ACTUAN SOBRE EL DIENTE NO ESTAN EQUILIBRADAS Y EL ANALISIS INDICA UNA POSIBLE INADECUACION DE ESPACIO PARA EL DIENTE SUCEDANIO. TAMBIEN PUEDE ESTAR INDICADO CUANDO EXISTE MALOCLUSION QUE MAS ADELANTE PODRIA ESTAR COMBINADA CON PERDIDA DE ESPACIO. UNA EVALUACION ORDOTONTICA ES NECESARIA EN ESTOS CASOS.

#### CONTRAINDIACIONES

a.- CUANDO NO HAY HUESO ALVEOLAR QUE RECUBRA LA CORO -

NA DEL DIENTE EN ERUPCION Y HAY SUFICIENTE ESPACIO PARA SU BROTE.

b.- CUANDO EL ESPACIO DISPONIBLE POR LA PERDIDA PREMATURA DEL DIENTE TEMPORAL ES SUPERIOR A LA DIMENSION MESIO-DISTAL REQUERIDA PARA LA ERUPCION DE SU SUCESOR PERMANENTE Y POR CONSIGUIENTE, NO SE ESPERA UNA PERDIDA DE ESPACIO.

c.- CUANDO HAY MUCHA DISCREPANCIA LO CUAL REQUERIRA FURURAS EXTRACCIONES Y TRATAMIENTO ORTODONTICO.

d.- CUANDO EL DIENTE SUCESOR PERMANENTE ESTA CONGENITAMENTE AUSENTE Y SE DESEA LA OCLUSION DE ESPACIO.

EL TRATAMIENTO OPORTUNO ES ESENCIAL CUANDO SE PIERDEN PREMATURAMENTE LOS DIENTES TEMPORALES. NO ESPERE A QUE EL ESPACIO SE CIERRE, EL MAYOR CIERRE DESPACIO SE PRESENTA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES. LA MAYORIA DE LOS CASOS NECESITAN LA COLOCACION INMEDIATA DEL MANTENEDOR DE ESPACIO.

- REQUISITOS PARA UN MANTENEDOR DE ESPACIOS

a.- MANTENIMIENTO DESEADO DE ESPACIO PROXIMAL

b.- NO DEBEN INTERFERIR CON LA ERUPCION DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.

- c.- NO DEBEN INTERFERIR CON LA ERUPCION DE DIENTES PERMANENTES.
- d.- DEBE FACILITAR ESPACIO MESIO-DISTAL SUFICIENTE PARA LA ALINEACION DE DIENTES PERMANENTES EN ERUPCION.
- e.- NO DEBEN INTERFERIR CON LA FONACION, MASTICACION O MOVIMIENTO MANDIBULAR FUNCIONAL.
- f.- DEBEN SER DE DISEÑO SENCILLO.
- g.- DEBEN SER FACILES DE LIMPIAR Y DE CONSERVAR.

- CLASIFICACION

- a.- FIJOS CON BANDAS O CORONAS
- b.- FIJOS SIN BANDAS
- c.- REMOVIBLES CON BANDAS
- d.- REMOVIBLES SIN BANDAS
- e.- FUNCIONALES (SE PUEDE MASTICAR SOBRE ELLOS)

f.- NO FUNCIONALES

\_ MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

( CON CORONA Y BARRA O CON BANDA Y BARRA )

INDICACIONES

a.- PERDIDA PREMATURA DE UN MOLAR O UN DIENTE TEMPORAL.  
CUANDO SE PUEDE PREDECIR UNA DISMINUCION DE LA LONGITUD DE LA  
ARCADA.

b.- CUANDO ESTA INDICADA UNA CORONA PARA RESTAURAR UN  
DIENTE QUE SE PIENSA USAR COMO DIENTE PILAR. EN ESTE CASO LA  
BARRA PUEDE SER FIJADA A LA CORONA.

EL MANTENEDOR DE BANDA Y BARRA ES PREFERIBLE PARA MU-  
CHOS ODONTOLOGOS POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

- I.- MAS FACIL DE CONSTRUIR
- II.- MAS FACIL DE REPARAR SI SE ROMPE
- III.- MAS FACIL DE RETIRAR CUANDO HACE ERUPCION EL DIENTE PERMANENTE.

AUNQUE EL APARATO DE CORONA Y BARRA ES UN APARATO FUERTE, SE PUEDE ROMPER BAJO UNA FUERZA ANORMAL Y ES DIFICIL DE REPARAR. ADEMAS A DE SER RETIRADO POR EL ODONTOLOGO CON FRESAS O PIEDRAS.

ESTO NO SOLO REQUIERE TIEMPO, SINO QUE TAMBIEN PUEDE PRODUCIR ANSIEDAD EN EL NIÑO APRENSIVO.

PARA HACER UNA BANDA PARA LA CORONA, ESCOJA UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE DE UN TAMAÑO MAS GRANDE QUE LA QUE ESTA COLOCADA EN EL DIENTE. CORTE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA CORONA MAS GRANDE PARA HACER UNA BANDA QUE AJUSTE BIEN. LUEGO CONTRUYA EL APARATO DE BANDA Y BARRA.

- VENTAJAS

- I.- MINIMO TIEMPO EMPLEADO
- II.- FACIL DE CONSTRUIR
- III.- FACIL DE AJUSTAR

- TECNICA

- 1.- SELECCIONE UNA BANDA O CORONA ADECUADA.
- 2.- ADAPTELA AL DIENTE PILAR.
- 3.- TOME UNA IMPRESION DEL CUADRANTE.
- 4.- RETIRE LA BANDA DEL DIENTE CON UNOS ALICATES DE-RETIRAR BANDAS (LA CORONA SE EXTRAE CON UN ESCARIADOR), Y COLOQUELA EN LA IMPRESION.
- 5.- ASEGURE LA BANDA O CORONA EN EL MATERIAL DE IMPRESION, BIEN SEA CON ALFILERES RECTOS O CON CE-



RA PEGAJOSA CONTRA LAS PAREDES MESIAL Y DISTAL DE LA BANDA O CORONA.

6.- VIERTA LA IMPRESION EN YESO PIEDRA.

7.- CUANDO EL YESO PIEDRA ENDURESCA, SAQUELO DE LA IMPRESION.

- TECNICA

a.- FORME UN GANCHO DOBLANDO UN TROZO DE ACERO INOXIDABLE (DE 0,036 DE DIAMETRO), CON UN ALICATE DE PI COS DE DOS PUNTAS NUMERO 139 O UN ALICATE NUMERO - 53 PARA CONTORNEAR GANCHOS.

b.- CONTORNEE EL GANCHO DE MANERA QUE DESCANSE PASIVAMENTE EN EL TEJIDO, CONTACTANDO LA SUPERFICIE DISTAL DEL DIENTE ANTERIOR AL ESPACIO Y DEJELO SUFICIENTEMENTE ANCHO PARA PERMITIR AL DIENTE SUBYACENTE HACER ERUPCION.

c.- MEZCLE UNA PEQUEÑA PORCION DE YESO PIEDRA Y ASEGURE LA PARTE DE ALAMBRE EN EL MODELO DE YESO PIEDRA DE MANERA QUE NO SE MUEVA AL SOLDAR.

d.- SOLDE EL GANCHO BUCAL Y LINGUALMENTE A LA BANDA O CORONA CON FUNDETE DE ACERO INOXIDABLE Y SOLDADURA DE PLATA.

e.- ~~RETIRE EL APARATO DEL MODELO Y PULALO~~

- COLOCACION

REVISE SIEMPRE EL APARATO EN LA BOCA ANTES DE CEMENTARLO PARA ASEGURAR SU PASIVIDAD Y SU AJUSTE.

- ARCO LINGUAL

INDICACIONES

1.- PERDIDA PREMATURA DE UNO O MAS DIENTES POSTERIORES Y EN ALGUNOS CASOS DE ANTERIORES.

2.- ESPECIALMENTE INDICADO EN LA PERDIDA BILATERAL MULTIPLES DE DIENTES.

SI UN MANTENEDOR DE ESPACIO DEL ARCO LINGUAL SE USA ANTES DE LA ERUPCION DE LOS INCISIVOS PERMANENTES INFERIORES, DEBEN REVISARSE CONTINUAMENTE. LOS INCISIVOS INFERIORES ERUPCIONAN MUY FRECUENTEMENTE POR LA PARTE LINGUAL Y PUEDEN SER INPEDIDOS EN SU ERUPCION O DESVIADOS HACIA EL LADO LINGUAL DEL ARCO LINGUAL, CREANDO UN PROBLEMA ADICIONAL. UN MANTENEDOR DE BANDA Y BARRA O CORONA Y BARRA, PUEDE SER UNA BUENA ALTERNATIVA EN ESTOS CASOS:

- a.- TIEMPO MINIMO REQUERIDO.
- b.- FACIL DE RECONSTRUIR.
- c.- FACIL DE AJUSTAR.
- d.- PUEDE DISMINUIR LA PERDIDA DE LONGITUD DE LA ARCADA Y CONTROLAR EL ESPACIO DE DERIVAR SI ES NECESARIO.
- f.- EL TIPO SEMIFIJO ES MAS FACIL DE AJUSTAR Y CONTROLAR QUE EL FIJO.

- TECNICA

- 1.- SELECCIONE CORONAS PARA MOLARES Y ADAPTELAS MAS DISTALES (GENERALMENTE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES).
- 2.- TOME UNA IMPRESION RETIRE LAS BANDAS DE LOS DIENTES Y ASEGURELAS EN LA IMPRESION.
- 3.- VIERTA LA IMPRESION EN YESO PIEDRA, DEJE FRAGUAR Y RETIRE EL MOLDE DE YESO PIEDRA.

CONSULTE LA TECNICA PARA APARATO DE BANDA O CORONA Y BARRA PARA MAS DETALLES.

- CONSTRUCCION

- 1.- DOBLE EN FORMA DE U UN TROZO DE ACERO INOXIDABLE (0,036), CON LOS DEDOS Y EL PULGAR, DE FORMA QUE QUEDE LINGUALMENTE EN LOS DIENTES.

- 2.- EL ALAMBRE A DE SER PASIVO Y NO DEBE TROPEZAR CON EL TEJIDO GINGIVAL. LOS EXTREMOS DISTALES DEL ALAMBRE HAN DE ESTAR EN CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LAS BANDAS POR ENCIMA DEL NIVEL DEL TEJIDO GINGIVAL.
- 3.- MEZCLE UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE YESO PIEDRA Y ASEGURE EL ALAMBRE EN LA POSICION ADECUADA, AÑADIENDO YESO A LA PORCION ANTERIOR DE MANERA QUE NO INTERFIERA CON LA SOLDADURA.
- 4.- SOLDE EL ALAMBRE A LAS DOS BANDAS O CORONAS CON FUNDETE DE ACERO INOXIDABLE Y SOLDADURA DE PLATA. NO CALIENTE EL ALAMBRE, SI EL ALAMBRE SE CALIENTA DURANTE LA SOLDADURA SE DEBILITA Y PUEDE DESVIARSE DE SU POSICION, POR LA LENGUA O LAS FUERZAS DE LA MASTICACION. ESTO PUEDE FACILITAR LA PERDIDA DE ESPACIO ESPECIALMENTE EN PACIENTES CON AUSENCIA DE VARIOS DIENTES.
- 5.- RETIRE EL APARATO DEL MODELO DE YESO DE PIEDRA Y PULALO

#### - COLOCACION

OBSERVE EL APARATO EN LA BOCA ANTES DE CEMENTAR PARA ASEGURARSE QUE ES PASIVO Y NO MOVERA LOS DIENTES.

## - BANDA O CORONA CON ESCALON DISTAL

### INDICACIONES

CUANDO OCURRE LA PERDIDA DE UN SEGUNDO MOLAR TEMPORAL ANTES DE LA ERUPCION DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

### - VENTAJAS

- a.- FACILIDAD DE CONSTRUCCION.
- b.- MINIMO TIEMPO REQUERIDO.
- c.- FACIL AJUSTE.
- d.- PREVIENE LA MIGRACION MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

### - MATERIALES

LOS MATERIALES NECESARIOS PARA EL APARATO DE BANDA O CORONA CON ESCALON DISTAL SON LOS MISMOS QUE SE USAN PARA EL APARATO DE BANDA Y BARRA, CON EL COMPLEMENTO DE UN COMPAS O REGLA MILIMETRICA, DISCO DE SEPARAR Y MATERIAL PARA BANDAS MATRICES.

### - TECNICA

- 1.- ADAPTE LA CORONA EN EL PRIMER MOLAR TEMPORAL TAL -

COMO SE HA DESCRITO EN EL APARATO DE BANDA Y BARRA.

- 2.- TOME LA IMPRESION, RETIRE LA BANDA Y ASEGURELA EN LA IMPRESION. VIERTELA EN EL YESO PIEDRA.
- 3.- CON UN COMPAS MIDA EN UNA RADIOGRAFIA LA DISTANCIA ENTRE EL PRIMER MOLAR Y LA SUPERFICIE MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO ERUPCIONADO.
- 4.- RETIRE EL MOLDE DE YESO, TRANSFIERA LA DISTANCIA MEDIDA AL MODELO DE YESO Y MARQUELA.
- 5.- HAGA UNA RANURA EN EL MODELO EN ESTA ZONA A UN MILIMETRO POR DEBAJO DEL BORDE MARGINAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE NO ERUPCIONADO.

- CONSTRUCCION

- 1.- DOBLE UN TROZO DE ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE (0,036) SIMILAR AL USADO PARA EL APARATO DE CORONA Y BARRA. DOBLE LA PARTE MAS DISTAL EN FORMA DE U O V GINGIVALMENTE DE MANERA QUE ENCAJE EN LA RANURA EFECTUADA EN EL MOLDE DE YESO.
- 2.- SOLDE LOS EXTREMOS LIBRES DEL ALAMBRE A LA BANDA Y RETIRE EL APARATO DEL MOLDE.

3.- AGREGUE CON SOLDADURA ELECTRICA UN TROZO DE MATERIAL DE MATRIZ EN LA EXTENSION PARA AYUDAR A QUE FLUYA LA SOLDADURA A LO LARGO DEL ALAMBRE. RELLENE ESTA EXTENSION CON SOLDADURA Y AFILE EL BORDE LIBRE.

- COLOCACION

1.- ANESTESIE LA ZONA GINGIVAL DONDE HAY QUE COLOCAR LA EXTENSION E INTRODUZCA EL BORDE LIBRE EN EL TEJIDO.

2.- VERIFIQUE LA CORRECCION DE LA POSICION CON UNA RADIOGRAFIA CON ALETA DE MORDIDA.

- CUIDADO DE LOS APARATOS

EL NIÑO Y LOS PADRES DEBEN SER INFORMADOS DETALLADAMENTE EN LO CONCERNIENTE AL CUIDADO DEL APARATO MANTENEDOR DE ESPACIO. LOS ALIMENTOS PEGAJOSOS TIENDEN A ACTUAR COMO PALANCA Y CON EL TIEMPO TIENDEN A AFLOJAR EL APARATO. LOS ALIMENTOS DUROS PUEDEN DOBLAR EL BORDE DE LAS BANDAS O EL ALAMBRE DEL APARATO, EL ALIMENTO SE PUEDE ALOJAR ENTRE LA BANDA Y EL DIENTE Y PRODUCIR CARIES DENTALES. EL DENTISTA A DE MANTENER UNA ATENTA OBSERVACION DE LOS APARATOS MIENTRAS ESTAN EN LA BOCA.

C O N C L U S I O N E S



## C O N C L U S I O N E S

- LA CONSERVACION DE LOS DIENTES TEMPORALES, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU FUNCION COMO DE LA ESTETICA, HASTA SU EXFOLIACION NORMAL, ES LA MAYOR PREOCUPACION PARA EL DENTISTA QUE TRATA A LOS NIÑOS. LOS DIENTES TEMPORALES APARECEN EN LA BOCA DEL NIÑO MAS O MENOS A LOS SEIS MESES Y SE CONSERVAN HASTA LOS DOCE AÑOS APROXIMADAMENTE, CUANDO LOS ULTIMOS MOLARES Y LOS CANINOS SUPERIORES SE PIERDEN. PARA QUE EL NIÑO DESARROLLE UNA BUENA FUNCION, SE SIENTA SOCIALMENTE ACEPTADO, DESARROLLE UNA IMAGEN PROPIA, SALUDABLE Y ESTE LIBRE DE DOLOR E INFECCION, SE DEBEN MANTENER ESTOS DIENTES EN BUEN ESTADO DE SALUD.

- ES CONVENIENTE TENER CONOCIMIENTO DE LA EDAD PARA ENTENDER LA CONDUCTA PSICOLOGICA QUE MANEJAMOS, ESTO ES CON EL OBJETO DE TRAUMATIZAR LO MENOS POSIBLE AL NIÑO, ESPERANDO QUE EL TRATAMIENTO DENTAL SEA ACEPTADO POR EL PEQUEÑO PACIENTE.

- ES NECESARIO SEGUIR DETALLADAMENTE LA FORMACION DEL GERMEN DENTAL Y OBSERVAR SU TRAYECTORIA, DE HABER ALGUN PROBLEMA EN ESTE ULTIMO, SE DIRIGIRA AL DIENTE A SU LUGAR CORRECTO CON UN TRATAMIENTO OPORTUNO.

- SE DEBERA EVITAR LA EXODONCIA EN NIÑOS CUANDO SE PRE -  
TEXTA QUE HABRA NUEVA DENTICION YA QUE HABRA O PODRA HABER  
PERDIDA DE ESPACIO Y NOS RESULTARA UN PROBLEMA MAYOR, DE PRE-  
SENTARSE, SE COLOCARA UN MANTENEDOR DE ESPACIO DE LOS MUCHOS  
QUE EXISTEN.

- LAS CORONAS PREFABRICADAS SON UN GRAN AUXILIAR EN CA -  
SOS DE CARIES EXTENSAS, FRACTURAS Y TRATAMIENTOS ENDODONTICOS.  
SE REQUERIRA DEL CONOCIMIENTO DE LOS TIPOS DE CORONAS PARA CA-  
DA CASO EN PARTICULAR.

- CONSIDERANDO LA IMPORTANCIA BASICA QUE TIENE EL CUIDADO  
Y CONSERVACION DE LA SALUD BUCAL EN LOS NIÑOS, LOS CONOCIMIEN-  
TOS ASIMILADOS SERAN SIEMPRE ENCAUSADOS PARA ESTABLECER UN -  
DIAGNOSTICO EFECTIVO EN EL QUE SE BASA EL TRATAMIENTO A SEGUIR,  
LOS CUALES PERMITIRAN LOGRAR EFECTOS QUE SE REFLEJARAN EN LA --  
SALUD BUCAL DEL ADULTO.

B I B L I O G R A F I A

## B I B L I O G R A F I A

- \_ FIN, SIDNEY. " ODONTOLOGIA PEDIATRICA".  
EDIT. INTERAMERICANA, 4a. ED., 1980
- \_ HARNDT, EWALD. "ODONTOLOGIA INFANTIL"  
EDIT. MUNDI, 1963
- \_ HOTZ, RUDOLF. "ODONTOPEDIATRIA".  
EDIT. PANAMERICANA, 1977
- \_ MC. DONALD, RALPH. "ODONTOLGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE".  
EDIT. MUNDI, 2a. ED. 1975
- \_ NUCLEOS S.U.A. " ODONTOPEDIATRIA".  
U.N.A.M. - S.U.A., 1a. ED. 1980
- \_ SNAWDER, KENNETH. " MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA CLINICA ".  
ED. LABOR, S.A.