

14/3

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

IZTACALA U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



Conceptos Básicos en la Prótesis Odontopediátrica

MIGUEL GONZALEZ MARTINEZ

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1981



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

INTRODUCCION

TEMA I GENERALIDADES DE LA PROTESIS INFANTIL

- A) BASES DE LA PROTESIS**
- B) TIPOS DE PROTESIS**
- C) COMPONENTES DE UNA PROTESIS**
- D) REQUERIMIENTOS PARA UNA REHABILITACION PROTESICA**

TEMA II CLASIFICACION SEGUN DOCTOR BENJAMIN GOMEZ HERRERA 1963 PARA ZONAS DESDENTADAS

TEMA III DIFERENTES RESTAURACIONES EN ODONTOLOGIA INFANTIL

- A) AMALGAMAS**
- B) RESINAS**
- C) RESTAURACIONES VACIADAS**
- D) CORONAS, ACERO, CROMO, POLICARBONATO**
PARA 1a. DENTICION Y 2a. DENTICION

TEMA IV TIPOS DE APARATOLOGIA FIJOS Y REMOVIBLES

- A) MANTENEDORES DE ESPACIO**
- B) CORONA SOPORTADA POR MURON**
- C) PROTESIS SEMI-FIJA**
- D) PROTESIS REMOVIBLE**
- E) PROTESIS TOTAL**

TEMA V TRATAMIENTO

- A) DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO
- B) MODELOS DE ESTUDIO Y R.X.
- C) VALORACION DEL PACIENTE
- D) PREPARACION PROTESICA
- E) TOMA DE IMPRESION
- F) FASE DE RECONSTRUCCION
- G) COLOCACION DE LA PROTESIS

TEMA VI CUIDADOS POST-OPERATORIOS

- A) HIGIENE ORAL
- B) DIETA
- C) ESTIMULACION DEL PACIENTE
- D) REVISION PERIODICA

TEMA VII CONCLUSIONES

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

INTRODUCCION

Dentro de las ramas de la salud oral o general, es sabido -- que la base de un estado normal sano, es la prevención; es por -- ello que la prevención y tratamiento a una temprana edad en nuestra rama, la cavidad oral, es sumamente necesaria.

Va que en nuestro tiempo, es común encontrar grandes destrucciones dentales o mutilaciones de éstas, creando grandes problemas para los niños, nuestros grandes pequeños pacientes, que en ocasiones son tan severos que les llegan a afectar psicológicamente.

Es por ello que trato en esta tesis, basada en la recopilación de datos, métodos y técnicas para la prevención y restauración de problemas dentales en los niños, personajes importantes y a la vez complejos. Con estas bases se pretende tener una mejor -- idea y conocimiento acerca del problema que todo profesional de la rama, deberá conocer, enfrentar y aliviar.

La Odontopediatría es una odontología restaurativa y preventiva, ya que además de rehabilitar al paciente en una función masticatoria correcta, lo hará capaz de realizar una adecuada preparación de sus alimentos para su deglución y asimilación, evitando

se con esto, posibles problemas gastrointestinales; ya que los pacientes con mutilaciones dentales tienden a escoger sus alimentos por su consistencia más que por su valor nutritivo.

Las condiciones de las amplias destrucciones no están dadas sólo por un factor sino por varios, como la falta de instrucción y conocimiento de las personas responsables de los niños y adolescentes, además de que el profesional juega un papel importante, ya que en algunos casos, éstos no les proporcionan las indicaciones y medios para prevenir las enfermedades dentales.

Por tal razón, es de hacer notar la importancia que tienen -- las visitas al dentista desde temprana edad para que éste, con la ayuda de los adultos a cargo del paciente, pueda preservar de una u otra manera, la integridad del arco dentario.

La Prótesis Odontopediátrica no sólo restablece la función masticatoria sino también, previene cambios en el arco dentario, -- permitiendo así, que los dientes secundarios tengan la posibilidad de erupcionar correctamente, previniendo de esta manera, mal posiciones dentarias que son casi siempre la etiología predisponente -- para la caries y enfermedades parodontales; además de que con ---

estos tratamientos protésicos se ayudan al desenvolvimiento fonidtrico sobre todo por los dientes de la región anterior.

Es tan importante la prótesis en Odontología Infantil, ya que en una mala prevención o un mal tratamiento será la caries del mañna.

TEMA I

PROTESIS ODONTOPEDIATRICA

A) Bases de la Prótesis

La prótesis en odontopediatría así como en odontología general es el conjunto de técnicas y métodos que aplicados científicamente sirven para restaurar o substituir uno o más dientes por medio de un material artificial, teniendo por objeto el rehabilitar las funciones fisiológicas, anatómicas y estéticas del complejo masticatorio.

B) Tipos de Prótesis

Dependiendo del tipo de restauración y aparatología que se coloque en la boca y en la relación que ésta guarde de acuerdo a su extensión y fijación será como se determine la prótesis. En general se clasifican en Dentaria Parcial o Total.

1. Prótesis Dentaria Fija

La prótesis dentaria fija, es aquella por medio de la cual restauraremos el diente ya sea total o parcialmente.

INCRUSTACIONES

Es uno de los procedimientos más utilizados para restablecer la anatomía dental, por medio de un material que se trata fuera de la cavidad oral y que después se coloca en el diente, por medio de un cemento encajando de tal manera que se reproduzca adecuadamente la estructura dental perdida.

ONLAYS O SOBRE INCRUSTACIONES

Es una restauración por medio de la cual abrazamos las cúspides de un diente con el objeto de proporcionarle mayor resistencia y seguridad de éstas.

CORONAS

Es una restauración, se reproduce la estructura anatómica de la corona clínica de un diente, esta restauración puede ser hecha a base de diferentes materiales como lo mencionaremos posteriormente y su clasificación se realiza por medio de un número de caras - que abarque el diente.

2. Prótesis Dental Parcial

La prótesis dental es aquella por medio de la cual se rehabilita al paciente utilizando puentes, los cuales podrán ser:

- a) *Semifijos*
- b) *Removibles*

Puente Semifijo

Es aquel en que usamos conectores semirrigidos, es decir, un aditamento que una a dos secciones de una prótesis dentro del contorno de un diente.

Un concepto nuevo fue el creado por el Dr. Benjamín Gómez -- (15) Herrera, dentro de la prótesis semifija odontopediátrica y fue la cual según, afirma no interfiere en el desarrollo de los movimientos fisiológicos de los arcos dentales.

El aparato en sí, viene siendo más que una prótesis de trampolín, con soporte en un diente y un apoyo libre incisivo dental o - en su defecto un componente de un tipo que entra en un perno como función de hembra y macho.

Puente Parcial Removible

Es lo que más se utiliza en odontopediatria, si este se diseña correctamente, estabilizará los dientes restantes impidiendo su desplazamiento y extrusión, ayudará también a evitar la acumulación

de alimentos y distribuirá las fuerzas oclusales en una o sobre -- una zona adecuada en las estructuras de soporte además de proteger las mucosas.

Este tipo de rehabilitación Mucó Dento Soportada, restablece satisfactoriamente la función masticatoria, pero a fin de evitar ciertos efectos nocivos sobre sus estructuras de soporte deberá -- ser construida de tal manera que su recubrimiento dental y gingival sea mínimo.

3. Prótesis Total

La prótesis total como su nombre lo dice, es la rehabilitación completa del aparato estomatognático de un paciente por medio de una prótesis. Esta se divide en dos tipos:

- a) Parcialmente Fija con apoyo dental
- b) Removable o mucó soportada

4. Prótesis Total Removable

Es la rehabilitación completa de las arcadas dentarias por -- medio de placas. Las utilizamos en niños y adolescentes que por -- una u otra causa presentan ausencia de sus dientes, pudiendo ser -- esto algo temporal en los niños y definitivo en los adultos y adolescentes.

C) COMPONENTES DE UNA PROTESIS

Componentes de una Prótesis Fija

SOPORTES

Son los dientes que se preparan para recibir un retenedor -- siempre y cuando este órgano tenga salud adecuada.

PONTICOS

Son aquellos dientes que vamos a reemplazar, estos se unen a los retenedores por medio de un conector, dependiendo de la forma que tenga el pónico lo podremos clasificar en:

a) Silla de Montar

Sigue la forma del diente contiguo, por la dificultad de su limpieza ha caído en desuso, se le considera antihigiénico, ya que acumula alimentos en su base tendiendo a dar problemas secundarios.

b) Media Silla de Montar

Reproduce similarmente la anatomía del diente en su parte -- coronaria del diente faltante, exceptuando la parte cérvico-palatina o cérvico-lingual. Este tipo de pónico se prefiere en zonas -- estéticas ya que es más fácil de limpiar que en interior.

c) Punta de Bala

Regularmente se usa en posteriores, debe tener un contacto pasivo con la mucosa, con el objeto que la encla quede lo más libre posible y así realizar una higiene adecuada de estas zonas.

d) Higiénico

Estos pñticos son los que quedan a 2 ó 3 mm. de la encla Cuning y Dykema dicen que este tipo sólo se debe colocar cuando el espacio vertical sea limitado, usualmente se utiliza como reemplazo de molares y segundos premolares (en caso de adolescentes) - siempre y cuando éste se construya muy delgado.

CONECTORES

Son las uniones que deben existir entre los retenedores y -- los pñticos, estos pueden ser rígidos o semirrígidos.

Los primeros se hacen a base de puntos de soldadura, mientras que los segundos se hacen por dos piezas llamadas hembra y macho, - la hembra será colocada hacia mesial y el macho deslizado con el -- retenedor.

RETEVEDOR

Estos como su nombre lo indica son aquellos que detienen la -

prótesis y se colocan sobre los soportes. Estos se clasifican de acuerdo como son preparados para su retención.

a) Intracoronarios

Son como su nombre lo dice los que se colocan dentro de la porción coronaria del diente, siendo estos las incrustaciones y los pines.

b) Extracoronarios

Estos son los que se posicionan sobre la estructura dental del remanente a la preparación y éstas son las coronas, ya sean parciales o totales.

c) Radiculares

Para dientes que han perdido su corona clínica y se les ha realizado endodoncia, estos retenedores radiculares -- pueden ser pines o postes los cuales pueden ser prefabricados o elaborados en la boca del paciente.

COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS SEMI-FIJA

CORREDERAS

Es un aditamento que actúa como macho, se encuentra siempre distalizado y unido al retenedor.

ALETONES

Aditamento que actúa como hembra y se coloca mesialmente.

COMPONENTES DE UNA PROTESIS REMOVIBLE

CONECTORES PRINCIPALES

Son lo que unen los componentes de un lado de la arcada con los componentes del lado opuesto de la arcada. En odontopediatría, se limitan a paladares, en superiores y barras linguales en inferiores. En dentaduras parciales superiores, la base acrílica debe proporcionar un recubrimiento palatino completo, si se utilizan rebordes labiales o bucales, deberán ser relativamente cortos y del color de los tejidos, blandos circundantes, el contacto de ésta debe ser activa y no interferir en la fonética del paciente.

En dentaduras parciales inferiores, la mayoría de las veces usaremos una barra lingual construida de para base acrílica; más -- sin embargo será aconsejable el colocar una estructura cuando sabemos que el paciente la usará durante un periodo prolongado de tiempo.

CONECTORES SECUNDARIOS

También reciben el nombre de conectores menores, éstos van perpendicularmente al conector principal y paralelos al eje de inserción del diente, deben quedar en contacto pasivo y separados de la encla insertada.

RETENEDORES

Los retenedores son las grapas que se utilizan frecuentemente en niños y los ganchos que mayormente se utilizan en los adolescentes, para que los retenedores desarrollen un papel adecuado, --deberán proporcionar: Soporte, estabilización, reciprocidad, pasividad, un rodeo adecuado y retención.

GRAPAS

Brindan una adecuada fijación de la base de la dentadura, --dan sosten a la pieza y complementan el soporte que reciben de los tejidos blandos, las grapas se pueden fundir o forjarse con alambre cilíndrico de 0.28 pulgadas y generalmente cubren dos o más superficies del soporte.

Existen varios tipos de éstas:

GRAPAS TIPO ADAMS

Principalmente se utilizan en las piezas posteriores especialmente en molares, segundos primarios, tocando el área mesio-bucal y disto-bucal de éstos y uniéndose en la cara vestibular, también se usan en dientes que no han alcanzado su erupción total.

GRAPAS DE TIPO "C"

Este tipo se emplea generalmente en los caninos por su nombre nos damos cuenta de su forma.

GRAPAS DE TIPO ESFERICO

Se colocan en dientes posteriores, es un pequeño alambre que se coloca por encima de la unión de dos caras proximales con una pequeña esfera en su terminación.

GANCHOS

Estos deberán tener una circunferencia mayor de 180 G. existen diferentes tipos de ganchos:

GANCHOS AKERS

Es rígido, adecuado para dientes soportes fuertes, transmite la fuerza a este y da efecto de refuerzo, sale del descanso oclusal y puede tener cualquier forma.

GANCHO ROACH

Es más flexible, se utiliza en soportes débiles o cuando el -- ecnador protésico, es bajo ya que este sale de la silla.

GANCHO COMBINADO

Tiene acción de rompefuerzas, disminuye la tensión y el efecto de palanca, el gancho retenedor es de acero forjado así como el descanso, mientras que el recíproco y conector van vaciados.

GANCHOS SIMENSON

Tiene origen mesial y retención distal.

APOYOS OCLUSALES

Se crean para evitar rotaciones, hacia un lado u otro o sea, que su trabajo es el de estabilización de la prótesis.

DESCANSOS OCLUSALES

Estos son como su nombre lo indica, un descanso de la prótesis y van en fosa central con enfoque lingual o en la porción mesio-bucal, según lo recomienda Lindah, ya que se ha reportado que el no colocar descansos oclusales en molares permanentes puede causar que la dentadura se asiente a nivel del segundo molar primario causando una mesialización de molares permanentes.

BASE

La base deberá ser siempre de material acrílica con el objeto que mientras pasa el tiempo nosotros podamos rebasarla y de esta -- manera no intervenir con el desarrollo óseo del paciente, mds sin -- embargo, debemos de recordar que si el paciente usa su dentadura -- durante mucho tiempo, ésta deberá ser provista de una matriz metálica.

DIENTES ARTIFICIALES

Sustituyen a los dientes faltantes o perdidos, generalmente -- son de acrílico pudiendo ser fabricados o prefabricados. Cuando nosotros los hacemos podemos utilizar la técnica indirecta de provisionales.

DI REQUERIMIENTOS Y OBJETIVOS DE UNA REHABILITACION PROTÉSICA

REQUERIMIENTOS PROTÉSICOS

Son todas aquellas necesidades que demanda una prótesis, --- para rehabilitar adecuadamente nuestro paciente y dentro de estos- tenemos:

- 1) *Fisiológicos*
- 2) *Anatómicos*
- 3) *Mecánicos*
- 4) *Higiénicos*
- 5) *Estéticos*

1. REQUERIMIENTOS FISIOLÓGICOS

Exigen que todos los dientes o tejidos que se involucran --- para la restauración protésica, se conserven saludables esto quiere decir, que debemos evitar lo más posible, factores irritantes que - pueden ser: Físicos, Químicos, Biológicos; además de trabajar bajo- un sistema de protección mutua, tanto en lo que se refiere a la pró- tesis como en sistema baco-dental.

2. REQUERIMIENTOS ANATÓMICOS

Es imperiosa la necesidad de restaurar adecuadamente la anat- omía de los dientes, que se encuentran involucrados en nuestro trata- miento restaurativo, y sobre todo si señalamos el caso de algunos -

niños que por ser necesario se les ha tenido que extraer todos o casi todos los dientes y molares primarios alrededor de los cuatro y seis años, sin embargo, no es difícil encontrar que algunas pacientes sufran de esto antes de la edad señalada, trayendo como consecuencia dos años de insuficiencia masticatoria. Ahora en el caso de que sea rehabilitado inadecuadamente, el paciente los destruirá. En Estados Unidos como en Guatemala el Dr. Peña advierte ⁽³⁾ que las malas prótesis pueden provocar alteraciones en los tejidos de soporte y en algunos casos hasta en las articulaciones temporomandibulares.

De modo que será necesario respetar la morfología de cada diente, ya que esta no está dada sólo por un capricho de la naturaleza, sino que gracias a esto, puede desarrollar sus funciones fisiológicas adecuadamente, por lo que es necesario rehabilitar al paciente de la manera más armónica posible de acuerdo al tipo de prótesis que vayamos a colocar con el objeto de evitar problemas posteriores al aparato estomatognático.

3. REQUERIMIENTOS MECANICOS

Las disposiciones de mantener una prótesis para llevar una relación física adecuada entre esta y los tejidos y órganos cercanos. Usualmente estos requerimientos varían dependiendo del tipo de res-

tauración que se coloque en la boca, de esta manera debemos detectar, valorar y solucionar las exigencias del caso.

Ahora se presentan ciertas circunstancias en la cavidad oral, que influyen directa o indirectamente en los requerimientos o requisitos físicos que debe tener y esos factores o situaciones son:

FUERZAS DE MASTICACION

Es indiscutible que todo material de obturación que se ve sometido a fuerzas de masticación las cuales son principalmente compresivas, sin embargo, también pueden ser traccionales y trangenciales. La resistencia tradicional aproximada de la dentina humana se estima en 2,800 kg. por cm^2 . Por lo que es necesario que el material de obturación presente la resistencia adecuada para no fracturarse.

Ahora en lo que se refiere al cuidado del parodonto, debemos buscar el no crear fuerzas laterales que afecten indistintamente de alguna manera u otra a éste, haciendo que nuestras restauraciones o rehabilitaciones, dirijan sus fuerzas lo más paralelas al eje longitudinal del diente.

CAMBIOS TERMICOS

Es un hecho que los cambios de temperatura afectan la estabilidad dimensional del material, por lo que dentro de los requerimientos mecánicos que exigen, es que éstos no sufran cambios.

Sin embargo, a la fecha no existe ningún material restaurativo que se expanda y/o que se contraiga de la misma manera que el viento, lo cual va de la mano en el caso de una restauración fijadentaria a causar problemas secundarios, como es la percolación -- la cual puede causar desde las simples sencibilizaciones dentarias hasta la caries recidivantes.

PH

Los fluidos dentarios tienden a cambiar de ácidos a alcalinos ya que los alimentos durante la trituración desprenden o liberan ácidos que en unión con los restos alimenticios, propician que se acelere la corrosión en los metales o que se pigmenten otros -- tipos de obturaciones.

Para tener una mejor idea de los requerimientos mecánicos -- que deben tener los materiales dentales, nombraremos someramente -- a los de mayor uso como son: Amalgamas, restauraciones vasíadas, -- las resinas y el acrílico.

AMALGAMA

Tiene buena resistencia a la compresión, sella la cavidad por la formación de Gama II, su manipulación es fácil y puede ser pulida, lo cual la hace más resistente a la corrosión.

Sus desventajas es que provocan conducción térmica y eléctrica, no tienen resistencia de bordes, no soporta las fuerzas tensionales, ni cambios dimensionales.

Sin embargo este material bien manipulado y en una cavidad --- bien diseñada, tiene una longevidad adecuada y al pulirse no provoca una irritación de mayor grado hacia la encla.

Algunas amalgamas nos pueden proporcionar otros beneficios --- como el del efecto bacteriostático, como es el caso de las amalgamas de fase dispersa que demostraron tener esta cualidad sobre los streptococos mutans, y esto se le atribuye a su alto contenido de cobre.

RESTAURACIONES VACTADAS

Tienen buena resistencia a la compresión o tensión y resistencia de bordes, no presentan cambios de volumen muy grandes y son capaces de ser pulidas, no tienen conductibilidad térmica y necesitan ser cementadas por lo que su ajuste debe ser uno de los principales-

puntos de atención, ya que si algún margen no sella bien, ésta no trabajará adecuadamente, este tipo de restauraciones son bastante aceptadas por el parodonto.

RESINAS

La resina es débil en comparación a otros materiales, así que su uso está confinado a restauraciones que no están sujetas a abrasiones o fuerzas dimensionales y compresivas.

Las principales desventajas es que tiene una expansión térmica -- mayor a la del diente, por lo cual existe una constante percolación - causando problemas secundarios; así mismo, como es un material poroso tiende a cambiar su coloración con el tiempo.

ACRILICO

Este material presenta poca resistencia a la abrasión además de - una considerable diferencia de expansión y contracción térmica que unida a su porosidad presenta cambios de color.

Otra desventaja es que durante toda su existencia libera monómero, lo cual es altamente nocivo para los tejidos blandos.

Este material se utiliza frecuentemente por su fácil manipulación, además de que es más económico y podría tomarse en cuenta en algunos casos.

Habiendo analizado todos los factores debemos conjuntarlos y valorarlos, para poder elaborar un adecuado plan de tratamiento, o sea que el tipo de material que usemos tiene que ser seleccionado de acuerdo al tipo de rehabilitación protésica a efectuar, y a las necesidades que deberá satisfacer en la boca del paciente.

Para darnos cuenta de la importancia que tiene el material en el éxito de nuestro tratamiento.

Dando una idea general en cuanto a los requisitos en lo referente a la relación protésica dental diremos que:

- 1. Los soportes deberán ser lo más paralelos posibles tanto en --- semifija o removible, esto es con el objeto de facilitar la inserción.*
- 2. Para proporcionar una retención adecuada, evitar el desplazamiento y daño pulpar debemos desgastar el tejido solamente necesario.*

3. Las superficies vestibulares y linguales de las restauraciones deberán tener una convexidad ocluso-cervical para evitar empacamiento de alimentos.

4. Las superficies proximales deberán estar contorneadas para dejar el suficiente espacio para la papila interdental.

5. Las superficies oclusales deben tener la dimensión oclusal y -- relación oclusal en armonía con el resto de la arcada dentaria.

Los puentes fijos aparte de funcionales y estéticos deben tener acceso libre para la higiene aceptable de los tejidos adyacentes, procurando el dejar la unión de soldadura a nivel del punto de contacto.

⁽²⁰⁾
Morris y Bouwme, realizaron un estudio en niños de tres a trece años para determinar la variación que se presenta en la distancia interdentaria encontrando que sólo varía máximo de uno a dos mm. por esta razón se recomienda en la zona anterior.

La prótesis semifija es de gran ayuda para restituir los -- dientes perdidos, ya que, no interfieren en el crecimiento y desarrollo de maxilares y mandíbula al tener un extremo fijo y otro libre, otra ventaja es que no interfieren en los movimientos fisiológicos de los dientes y que devuelven la armonía funcional --

del aparato estomatognático aparte de mantener el espacio.

Las prótesis removibles, deberán ser diseñadas y construidas de tal forma que no interfieran en el desarrollo fonidtrico, ya que esto podría afectar el desenvolvimiento normal del niño o adolescente ante la sociedad que le rodea. Este tipo de prótesis tiene muchas ventajas como son: Que el paciente la pueda estar utilizando sin que sea necesaria una supervisión muy estricta, ya que si en cualquier momento causara alguna molestia, el paciente por sí mismo la puede retirar, pero su mayor desventaja es que necesitamos de la cooperación del paciente para que el tratamiento -- sea llevado a cabo.

Este tipo de aparatología se coloca frecuentemente en niños.

Las prótesis removibles totales, se utilizan en casos extremos, estas deberán ser de lo más simples, con el objeto de ir -- renovando y rebasando según sea necesario, además estas no deberán ser extensas ya que provocarían problemas en adaptación y por otra parte el paciente la rechazaría.

La oclusión es un factor importante que debemos respetar --- para que la distribución de las fuerzas masticatorias sean las ade

cuadas, además de que de esta manera estaremos rehabilitando al ---
paciente de un modo más integral.

4.- REQUERIMIENTOS HIGIENICOS

Las restauraciones a nivel de las áreas de contacto de papila
interproximal, no deben estar excedidas; la terminación deberá ser-
la adecuada para evitar la acumulación de placa o trastornos parodon-
tales.

Los conectores y retenedores deben estar pulidos para que el-
aseo de la prótesis sea más eficaz ya que en una superficie tersa -
es más fácil de limpiar.

Para el éxito del tratamiento clínico, es de suma importancia
el mantenimiento de la salud oral. Una vez establecido éste.

Debemos convencer a nuestro paciente sobre un cuidado conti-
nuo, para la asistencia a revisiones periódicas cada dos o tres me-
ses, con el objeto de prevenir, conservar o devolver la salud oral.

Estamos obligados a crearle conciencia de que el mantenimien-
to de la salud oral es un factor muy importante que solo con su ---

cooperación podemos lograr.

5. REQUERIMIENTOS ESTETICOS

Cualquier anomalía del área central de la cara especialmente algo que debería estar presente, pero hay ausencia de ella, resultará muy notorio, tanto para el observador como para el observado. Cualquier niño o adolescente que puede notar los defectos físicos o fealdades en otras personas o simplemente en los dibujos de cuentos de hadas, es suficientemente maduro para reconocerlo en sí mismo.

Cada niño, tiene sin embargo una reacción psicológica diferente y así veremos que el índice de preocupación de nuestro paciente por la pérdida de sus dientes es variable.

Las reacciones psicológicas que se presenten en los pacientes, dependerán de varios factores generales como son:

- 1) La etapa del desarrollo del niño a nivel emocional y cognoscitivo.
- 2) La capacidad adaptativa del niño o adolescente.
- 3) Localización y extensión de la mutilación.

- 4) El significado que puede tener para el pequeño y los padres.
- 5) Relación entre los padres y el menor o de éste con el --
Cirujano Dentista.
- 6) La interferencia resultante con las funciones físicas, --
psicológicas y sociales.

La necesidad de verse bien o normal comienza a una temprana edad durante el segundo y tercer año de vida, el concepto del pequeño, de su cuerpo empieza a tomar una forma reconocible. Por lo tanto las prótesis deben tener la forma, dimensiones y alineamientos correctos en el arco dentario; sobre todo cuando restituimos - los dientes anteriores, otro factor muy importante en estos casos - será el devolver el color y textura lo más semejante a los dientes permanentes del arco dentario.

OBJETIVOS PROTÉSICOS

Con todas aquellas metas o logros que deben de hacer una prótesis para la rehabilitación funcional, estética, estructural y -- psicológica del niño o adolescente, entre este tenemos lo siguiente.

- 1) *Rehabilitación masticatoria, en relación a prevención --- de problemas nutricionales y gastrointestinales.*
- 2) *Mejoramiento nutricional por extensión de la capacidad se lectiva de los alimentos.*
- 3) *Prevención de ciertas anomalías dentales por preservación de la dimensión de la longitud del arco dental.*
- 4) *Desarrollo fonético normal.*
- 5) *Desarrollo emocional adecuado.*

1) REHABILITACION MASTICATORIA

En relación a prevención de problemas nutricionales y gastro intestinales.

La importancia de la masticación es frecuentemente sobre-valorada, especialmente por los estomatólogos, más sin embargo, no quiere decir con esto que todos los alimentos se pueden deglutir - con previa preparación.

Ciertos alimentos, aunque sean ligeramente masticados o triturados son fácilmente digeridos, como la mayoría de las grasas -- fritas de res, bacalao ya sea hervido o frito, salmón, huevo duro o pasado por agua, pan blanco o integral, arroz hervido, carne cru da de res o guisada con grasa, aunque es lo que menos les gusta a los niños.

Ahora bien, existen otros alimentos que para su mejor digestión y asimilación, necesitan una preparación masticatoria o trituradora previa a su deglución. En estos casos la preparación del alimento puede llevarse a cabo de una manera artificial por medio de la licuadora, o de una manera más natural se logrará a través de los dientes antagonistas, pero de ninguna manera por el conjunto de unas enclas edéntulas infantiles.

Los alimentos a los que nos referimos, en este caso, carne magra, pechuga o pierna de pollo ya sean rostizadas o asadas, guisado de borrego, o algunas frutas, vegetales y nueces.

La masticación comienza por el corte de alimentos por medio de los incisivos, se continúa con la colocación de éste entre las superficies masticatorias de los dientes posteriores, ayudando -- este arco por la lengua y los músculos de los carrillos, logrando esto, los músculos de la masticación empezará a trabajar para completar el proceso masticatorio.

El propósito primario de la masticación es el de facilitar la deglución, a reducir el tamaño de las partículas del alimento, las cuales al unirse con la saliva forman un bolo alimenticio, -- además de que aquí es donde empieza la digestión de algunos ali-

mentos, ya sea gracias a algunas enzimas que tiene la saliva, las cuales empezarán a desdoblar algunos nutrientes.

La cantidad de trituración necesaria que requerirá un alimento dependerá del tipo de textura que éste tenga, la cantidad que se haya introducido en la boca de éste, así mismo la intensidad de la fuerza masticatoria y lo hambriento que se encuentre el individuo en ese momento.

Generalmente, en el momento en que la comida es deglutida, es por que las partículas han alcanzado un diámetro menor de doce milímetros, esta información es transmitida por las terminaciones nerviosas de la cavidad oral y es tal su eficiencia que rara vez se ha atorado un bolo alimenticio en un esfago normal.

El contacto prolongado de alimento, especialmente si éste es hipertónico, con la mucosa oral aumentará la secreción síquica del jugo gástrico preparando al estómago para desarrollar su función más adecuadamente.

El Cirujano Dentista Cannon () ha sugerido que la mayor efectividad pedistática, se determina por el tono síquico, el cual mar-

cha paralelo al contenido del jugo gástrico secretado durante la -- función de secreción síquica, la cual se relaciona a una adecuada-- masticación y sabores agradables.

Con excepción de algunos minerales y vitaminas se puede de--- cir que el organismo vive de carbohidratos, grasas y proteínas. Sin embargo, ninguno de ellos puede observarse como tal, por lo que carecen de valor nutritivo, mientras no sean digeridos, el aspecto de una buena digestión y absorción de los nutrientes del organismo, va relacionado a una buena masticación, ya que por medio de ésta los - alimentos se hidrolizan al unirse con la saliva, de ésta manera se- inicia la asimilación de los carbohidratos básicamente los almido-- nes desdoblados por la ptialina.

La saliva también ayuda a lubricar, disolver e incrementar el- sabor de los alimentos, provocando así un aumento de la secreción - síquica del estómago que se traduce en una buena asimilación de las proteínas principalmente y de algunos líquidos.

El disturbio más común de la masticación es probablemente, -- debido a una ausencia de dientes, los pacientes edentulos, así como los que tienen dentaduras parciales o totales defectuosas, tendrán un problema común que es la indigestión, por que degluten particu-- las alimenticias muy grandes.

Ahora cuando el paciente por largo tiempo ha sufrido una disminución en su capacidad masticatoria para preparar y deglutir adecuadamente sus alimentos, una dilatación compensatoria de la parte superior del yeyuno se presentará eventualmente para permitir la --reanudación normal alimenticia, sin embargo, esta nunca alcanzará --a reemplazar la acción trituradora de la musculatura gástrica y --correspondientemente de la masticación que es lo más importante ---cuando no existe una adecuada función masticatoria que pierde el --control del vaciado gástrico, provocando que la travesía del quimopor el intestino sea más rápida, causando invariablemente un deterioro en la digestión intestinal y así mismo la pérdida de peso del paciente.

2) MEJORAMIENTOS NUTRICIONALES POR EXTENSIÓN EN SU CAPACIDAD SELECCIONADA DE SUS ALIMENTOS

Es todo un hecho que el paciente que presenta una disminución en su capacidad masticatoria, ya sea porque se encuentre parcialmente o totalmente desdentado o bien porque presente lesiones cariosas tan amplias que provoquen estímulos dolorosos tenderá a escoger sus alimentos lo más suaves posibles.

Lo anterior indica que para ellos es más importante su presen-

tación o consistencia física que el valor nutritivo que puedan tener los alimentos fáciles de triturar, o sea que sin ningún esfuerzo puedan convertir a éste en una papilla fácil de deglutir. En -- estos casos, los pacientes están solucionando la disminución de su capacidad masticatoria de una manera poco conveniente, ya que si -- nos ponemos a reflexionar, encontraremos que los alimentos que son fáciles de volver papilla o de masticar son en su mayoría los carbohidratos y los almidones, los cuales son altamente cariogénicos -- tanto por su adherencia como por la acidez que causa al desdoblarse y combinarse con la microflora normal de la boca.

Otra de las desventajas del mal hábito a los alimentos blandos durante la niñez o adolescencia es que se tienden a adquirir -- malos hábitos dietéticos que podrán persistir durante la vida adulta.

Sin embargo, debemos aclarar que no toda dieta blanda por el simple hecho de serlo, está mal balanceada, ya que se pueden crear menús perfectamente adecuados que cumplan todos los requerimientos nutritivos, logrando esto a base de jugos papilas y carnes.

Ahora nuestra siguiente pregunta será: ¿Cuántos individuos -- serían capaces de lograr esto?, pues en realidad muy pocos, unos --

por falta de información o conocimientos acerca del valor nutritivo de los alimentos y otros por falta de tiempo, sin pasar por -- alto aquellos que no tienen los recursos económicos para llevar-- los a cabo, que a propósito es la mayoría.

Esperemos que algún día la odontología mutilante o restaurativa no exista, ya que si sabemos que las enfermedades dentales -- son enfermedades que reinciden, se crean por ciertos factores; -- ¡Por qué no tratar de evitarlos?.

5) PRESERVACION DE LA DISMINUCION DE LA LONGITUD DEL ARCO DENTAL

La alteración que puede causar la pérdida de la dimensión -- de la longitud del arco dental durante la primera dentición sobre el desarrollo de los dientes subsecuentes por erupcionar, está --- bastante lejos de aclararse; sin embargo podemos aclarar lo siguientes:

- 1) Reducción de la distancia mesiodistal del arco debido a -- caries proximal.
- 2) Retención de dientes primarios provocando problemas de alimentación.
- 3) Obturaciones proximales sobre contorneadas.
- 4) Extracción de dientes primarios sin la colocación de su -- prótesis o mantenedor de espacio, según sea lo indicado.

- 5) Falta de espacio en el arco, pudiendo ser esto congénito o hereditario.
- 6) Resorción anormal provocando que los dientes permanentes se desvíen.
- 7) Malos hábitos orales.

Los efectos que puede causar una mal oclusión en relación a ser causa predisponente de problemas cariosos y periodontales, -- deben ser investigadas más a fondo, ya que los estudiosos de estos problemas han encontrado diferentes explicaciones para esto.

Savara⁽¹⁾ en 1951 realizó un estudio para ver la relación -- que existía entre la gingivitis, la caries y la mal oclusión de -- niños de 14 a 17 años, los hallazgos que se citan son los siguientes:

- 1) No existe relación entre el número de dientes carioso y -- el número de unidades de encla inflamada entre este grupo de niños.
- 2) No existe relación entre el número de dientes mal proporcionados y la cantidad de gingivitis.
- 3) Sin embargo, los niños que tenían gingivitis severa, a -- presentar un mayor índice carioso, como también un mayor--

número de dientes mal posicionados, en comparación al resto de todos los demás niños. Sin embargo ciertos investigadores como Schour 1938, Fish 1944 y Glickman 1974 afirman que entre estos existe una relación directa, según sabemos, si por alguna razón se pierde la dimensión de la longitud de arco, ya sea por caries o por ausencia de dientes, el empaquetamiento al actuar como irritante local, podrá iniciar o acrecentar la enfermedad periodontal, si es que ya se hubiese presentado -- cambios patológicos, por lo anterior es preciso mantener el espacio adecuado para favorecer la erupción de dientes subcuentas; sobre todo los dientes claves o guías de la oclusión como son: el segundo molar temporal y el primer molar de la segunda dentición.

Evitar mal oclusiones deriva en prevenir acumulaciones de restos alimenticios, ya sea por estancamiento de éstos o por que no sea fácil removerlos por medio del cepillado normal, o que sea difícil llegar a estas áreas, lo cual provoca daños al parodonto al actuar como irritante local. Además de evitar las mal oclusiones, prevenimos las caries, ya que para que se presente ésta debe existir la triada clínica causal de este problema; un diente susceptible, en este caso serán los dientes mal posicionados a su trato adecuado, o se la acumulación de restos alimenticios que principalmente son -

los carbohidratos y almidones, por último la presencia de microorganismos que generalmente son estreptococo mutans, lactobasilos y actinomises maeslund.

Después de haber expuesto estos problemas a que podemos -- llegar circunstancialmente a las mal oclusiones, creemos que es -- la preservación de la dimensión de la longitud del arco dentario -- es importante ya que sea que ésta se logre por un tipo de próte-- sis o un mantenedor de espacio, de ésta manera, los dientes por -- erupcionar tendrán una mayor posibilidad de alineamiento adecuado.

T E M A I I

CLASIFICACION SEGUN DR. BENJAMIN GOMEZ HERRERA 1963

PARA ZONAS RESIDENTADAS

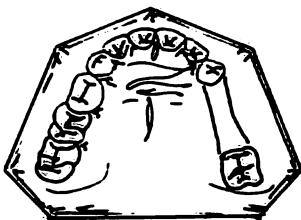
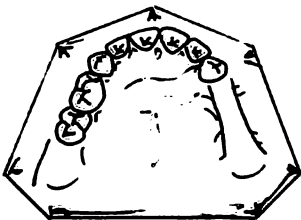
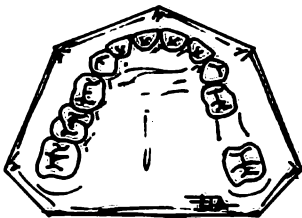
Esta clasificación fue presentada por el Dr. Benjamín Gómez Herrera en 1963 en Venezuela durante el Congreso Nacional del COV.

CLASE I *Unilateral Posterior* (*Inferior o Superior*)

- Subdivisión 1a.) Pérdida del primer molar de la primera dentición.
- Subdivisión 2a.) Pérdida del segundo molar de la primera --- dentición antes de la erupción del primer - molar de la segunda dentición.
- Subdivisión 3a.) Pérdida del segundo molar de la primera - - dentición en presencia del primer molar de la segunda dentición.
- Subdivisión 4a.) Pérdida de los molares de la primera dentición antes de la erupción del primer molar - de la segunda dentición.
- Subdivisión 5a.) Pérdida de los dos molares de la primera dentición en presencia del primer molar de la - segunda dentición.



-36-



CLASE II Bilateral Posterior (Inferior o Superior)

Subdivisión 1a.) Pérdida de los primeros molares de la primera dentición.

Subdivisión 2a.) Pérdida de los segundos molares de la primera dentición antes de la erupción de los primeros molares permanentes o de la segunda dentición.

Subdivisión 3a.) Pérdida de los segundos molares de la primera dentición en presencia de los primeros molares de la segunda dentición.

Subdivisión 4a.) Combinación de los anteriores.

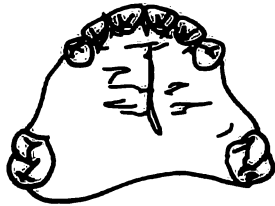
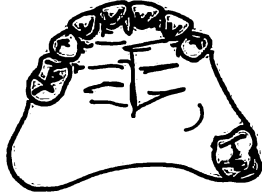
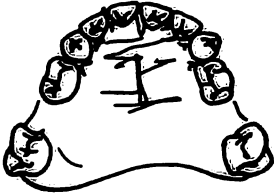
Subdivisión 5a.) Pérdida de los cuatro molares de la primera dentición antes de la erupción de los primeros molares de la segunda dentición.

Subdivisión 5a.) Pérdida de los cuatro molares de la primera dentición en presencia de los primeros molares de la segunda dentición.

CLASE III Anterior (Superior o Inferior)

Subdivisión 1a.) En una sola hemiarcada.

Subdivisión 2a.) En las dos hemiarcadas.



CLASE IV Anteroposterior (Inferior o Posterior)

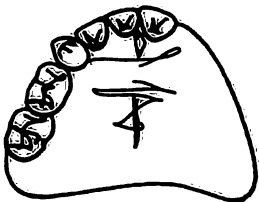
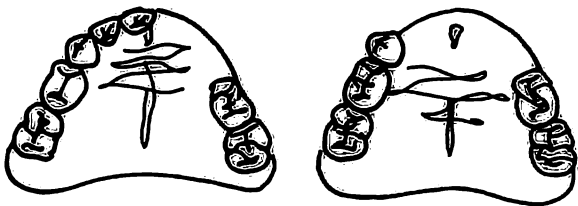
CLASE V Total (Inferior o Posterior)

REHABILITACION PROTETICA DE ESPACIOS EDENTULOS DURANTE LA DENTICION PRIMARIA MIXTA Y DEL ADOLESCENTE.

Las restauraciones protésicas adecuadas para la rehabilitación de espacios edéntulos durante la niñez y adolescencia, son -- aquellas donde hemos valorado todos lo factores que pueden influenciar para el éxito de nuestro tratamiento.

Para la planeación de una Prótesis, lo primero que debemos hacer es un examen visual, digital y radiográfico y si el paciente nos permite, podremos tomarle modelos de estudio; de esta manera -- estableceremos el estado en que se encuentren los dientes, podremos checar y palpar tanto clínica como radiográficamente y verificar -- así la restauración coronaria; que será lo suficiente buena como -- para mantener el espacio y la adecuada oclusión.

Si la vida fisiológica del diente justifica el tratamiento -- por realizar y revisar, y si no existe extrusión de dientes por -- áreas careadas, el tratamiento consistiría en varias fases:



FASE I PREOPERATORIA

A) *Etapa Inicial*

- 1. Tratamiento de emergencia (dolor)*
- 2. Reducir inflamación y sangrado*
- 3. Eliminar zonas de caries*
- 4. Tratamiento de Endodoncia*
- 5. Ajuste Oclusal*
- 6. Estabilidad del arco*
- 7. Extracción de los dientes o raíces.*

B) *Etapa Final*

- 1. Revaluación de los dientes*
- 2. Ortodoncia*
- 3. Establecer salud parodontal*

FASE II RECONSTRUCCION

- 1. Extracción de dientes no útiles*
- 2. Prefabricar la prótesis temporal (en caso necesario)*
- 3. Preparación de los dientes ha rehabilitar*
- 4. Ajustar la dimensión vertical*
- 5. Revisar si trabaja adecuadamente*

FASE III REHABILITACION TOTAL

- 1. Toma de Impresión*
- 2. Prueba de metales*
- 3. Cementación*

FASE IV FASE DE MANTENIMIENTO

Podríamos seguir un formato así:

CLASE I Unilateral Posterior

- Subdivisión 1a.) Prótesis funcional o mantenedor de espacio; en caso de que sea en la adolescencia y el problema sea anodoncia del primer molar - - dependiendo de la erupción de los dientes - adyacentes, será el tipo de prótesis a colocar.*
- Subdivisión 2a.) Guía para la erupción del segundo molar permanente o una prótesis removible mucosoportada.*
- Subdivisión 3a.) Dependiendo del grado de erupción que tenga el primer molar permanente y la posición - - en que se encuentre, podremos colocar una -- prótesis funcional semifija, una prótesis removible o un reganador de espacio que sustituirla después la prótesis adecuada.*
- Subdivisión 4a.) Prótesis mucosoportada que dependiendo de la posición del molar será Activa o Pasiva.*
- Subdivisión 5a.) Prótesis mucosoportada Pasiva.*

CLASE II *Bilateral Posterior*

Subdivisión 1a.) *Prótesis removible bilateral soportada por caninos y segundos molares primarios, pudiendo ser esta de desarrollo libre, dependiendo de la edad del paciente.*

Subdivisión 2a.) *Dependiendo de la situación en que se encuentra, el primer molar de la dentición secundaria, por erupción serán las gulas individuales de erupción o prótesis mucosoportada activa o pasiva.*

Subdivisión 3a.) *Prótesis removible sin apoyo oclusal en el primer molar permanente.*

Subdivisión 4a.) *Buscar la prótesis adecuada para satisfacer los requerimientos y objetivos protéticos.*

Subdivisión 4a.) *Prótesis a la placa con presión sobre la parte anterior a la zona de posible erupción del molar, con gulas de erupción o prótesis telescópicas del libre movimiento de desarrollo con soportes.*

CLASE IV *Antero posterior (Superior o Inferior)*

Prótesis removibles telescópicas de libre --

*movimiento de desarrollo siguiendo los crit
rios para la rehabilitación en cada una de -
las subdivisiones.*

CLASE V Total (Superior o Inferior)

*Placas totales con o sin libre movimiento --
para el desarrollo de los maxilares o mandi-
bular.*

T E M A I I I

DIFERENTES RESTAURACIONES EN ODONTOLOGIA INFANTIL

PROTESIS DENTARIA

También recibe el nombre de operatoria dental, ésta en los niños varía en los diferentes aspectos de la que se realiza en los adultos; en los procedimientos fundamentales que se llevan a cabo al preparar una cavidad son las mismas en ambas y las etapas que debemos seguir son las siguientes:

- 1. Diseño de cavidad*
- 2. Forma de retención*
- 3. Forma de resistencia*
- 4. Acceso de conveniencia*
- 5. Remoción de caries*
- 6. Toillet de la cavidad.*

En el niño, el tamaño y posición, tanto de la cámara como -- de los cuernos pulpares, son de gran importancia al preparar una -- cavidad, ésto se debe a que la proporción pulpar de los dientes --

primarios, es más amplia en relación a los de la segunda dentición, por lo cual es recomendable, conocer la anatomía para evitar así -- alguna exposición pulpar mecánica; al preparar un diente se debe tomar en cuenta:

- a) La porción mesio-oclusal de la pulpa tanto en primera como en segunda dentición es más vulnerable a hacer expuesta.
- b) La porción ocluso-mesial de la pulpa del primer molar primario, se encuentra situada más hacia esta dirección, por esto es fácil al provocar una exposición pulpar.
- c) La formación de dentina secundaria es igual en ambas denticiones.
- d) Tener cuidado de que el niño no cierre la boca cuando la fresa este girando, sobre todo si se encuentra en operación giratoria.
- e) Colocar el dique de goma bien, al igual que la fresa.

Dentro de los materiales que utilizamos en la operatoria dental, encontramos: las amalgamas, resinas, restauraciones vaciadas, coronas. Para tener una mejor idea presentaremos un resumen de esto:

AMALGAMA

Por ser un material que en realidad no es costoso, que es fá-

cil de manipular, que se adapta bien a las paredes y además es insoluble a los medios orales, así como resistente a la compresión, se le considera el material de elección en cavidades clase I, II y V de la clasificación de Black, siempre y cuando se cumplan los requisitos de resistencia y retención. Su desventaja es que si se contamina con la humedad, se expande, por lo cual debemos ponerla en medio seco o aislado y otra es que no se le considera una restauración terminada hasta que no haya sido pulida.

RESINAS

En nuestro tiempo es un material restaurativo con bastante demanda, debido a sus ventajas ya que es muy aceptable desde el punto de vista estético. Es similar a la estructura dentaria, -- presenta baja conductibilidad térmica; además de ser insoluble a los fluidos orales y resistente a la pigmentación. Sin embargo, durante los cambios térmicos, son diferentes los cambios dimensionales que existen entre la estructura dentaria y el material restaurativo, presentándose con el tiempo residivos de caries. Otra desventaja que presenta éste, es el hecho de que irrita la pulpa, por esta razón es recomendable colocar una base aislada protectora como el hidróxido de calcio (Dical).

Es indicado usarlo en niños o adolescentes que son susceptibles a las burlas de otros chicos, pero debe de ser usada en -

pacientes de bajo índice carioso en clases III y IV su uso debe ser sólo en dientes anteriores.

CUANDO REFORZAMOS CON PINES

Este tipo de restauración es de elección, en casos de fracturas de dientes anteriores a nivel del tercio incisal, siempre y cuando no exista exposición pulpar.

Su ventaja es que se colocan en una sección, que por su estética es aceptable, su costo no es elevado y no requiere de mayor desgaste estructural dentario a excepción del pequeño agujero para colocar el Pinch

RESTAURACION VACIADA

Si el diente por restaurar, amerita la colocación de una restauración vaciada, debido a que la destrucción cariosa es muy extensa como para colocar una amalgama; no deberíamos de dudar y colocáramos lo que fuera necesario. Sin embargo, no quedaría justificado un amplio desgaste de estructura dental, por el simple hecho de colocar una corona.

En realidad su única desventaja es el costo ya que tiene que cobrarse el laboratorio, como también el material y dependiendo de

Este último, puede subir o bajar el precio de la restauración sin embargo, cuando estemos hablando de segunda dentición siempre que sea posible utilizaremos oro.

CORONAS

El algunas ocasiones el colocar coronas parciales o totales, se vuelve necesario, para la rehabilitación funcional de los dientes, tanto de los dientes primarios como secundarios.

Sus desventajas son como las de cualquier otro colado o sea que aumenta el costo y el tiempo de tratamiento, por lo que en -- Odontopediatría se ha preferido el uso de coronas acero-cromo, -- para posteriores y de policarbonato para los dientes anteriores, -- ya que además de ser menos caras en relación al precio del material, también ofrece la ventaja de que sus preparaciones son más sencillas, ya que sus terminaciones deben ser filo de cuchillo.

Algunos dentistas, recomiendan que no se preparen hombros - o chaflanes antes de los 16 años, así como también, sugieren el - no colocar coronas de porcelana antes de los 20 años, para evitar la exposición innecesaria de margen por la migración fisiológica pasiva.

Las indicaciones para la colocación de las coronas es la -- siguiente:

- 1) Restauraciones en dientes primarios o secundarios jóvenes, con caries extensas de tres a más superficies.
- 2) Restauraciones en dientes primarios o secundarios jóvenes, que exhiben condiciones anómalas del esmalte y/o dentina (Hipoplasia, Amelogenesis, Dentinogenesis, imperfecta).
- 3) Restauraciones en dientes primarios o secundarios jóvenes, que se les ha realizado una terapia pulpar, lo cual debilita al diente aumentando la posibilidad de fractura coronaria.
- 4) Restauraciones temporales en dientes fracturados.
- 5) Restauración en dientes primarios o secundarios jóvenes, que presenten caries de dos a más superficies, en pacientes incapacitados o de difícil manejo y con gran actividad cariosa en las que el riesgo de una restauración fracturada, podría significar una premedicación o anestesia general complicando el tratamiento.
- 6) Pacientes jóvenes donde se requiere conservar una protección pulpar.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

La corona prefabricada de acero inoxidable es la que se usa con más frecuencia para coronas temporales, encontrando un surtido de coronas de acero inoxidables de varios tamaños para poderlas adaptar a los diferentes casos. Generalmente, estas coronas prefabricadas se pueden usar directamente con poca o ninguna adaptación y se puede ahorrar mucho tiempo -- en situaciones de urgencia.

Pasos a seguir en la adaptación de la corona:

1. Medir altura del diente adyacente, así como el ancho del diente fracturado, determinar con un calibrador.
 2. La selección del tamaño correcto se basa en las medidas de la anchura del propio diente fracturado o de su contralateral con un calibrador. Se marcan las -- alturas de la cara vestibular y proximal de la corona.
 3. La corona se recorta con tijeras curvas para coronas.
 4. El cingulo se puede contornear con alicates para contornear bandas.
 5. La zona situada por encima del cingulo se deprime con los mismos alicates pero con la parte convexa colocada por fuera.
- Las partes vestibular y proximal de la corona se pueden contornear, si es necesario con alicates especiales para contornear.

6. El borde gingival de la corona se puede contornear - para adaptarse a pequeñas irregularidades del borde-gingival utilizando alicates de doblar o contornear.
7. El borde gingival de la corona se pule con una rueda de diamante colocada hacia el interior de la corona.
8. Se aísla el diente y se seca perfectamente con torundas de algodón estériles. (para mejorar la estética - podemos recortar la superficie vestibular de la corona de acero).
9. Posteriormente se cementa la corona con óxido de zinc-eugenol. Para remover posteriormente la corona de - - acero cortamos una hendidura vertical en la superficie lingual o vestibular del borde gingival, o puede usarse un fórceps especial para este propósito.

CORONAS DE ACRILICO

Se puede pensar en una corona acrílica cuando las exigencias estéticas son urgentes. Después de colocar el material - recubridor sobre la superficie del diente fracturado se siguen los siguientes pasos para la elaboración de esta corona:

1. Se escoge una corona de resina o de celulósido adecuada y se contornea para que encaje sobre la corona fracturada.

2. La forma de la corona adaptada se llena de acrílico - autopolimerizable de color del diente y se ajusta.
3. Se debe quitar antes de que el acrílico haya endurecido del todo.
4. Se cementa la corona con óxido de zinc-eugenol.

T E M A IV

TIPOS DE APARATOLOGÍA FIJOS Y REMOVIBLES

MANTENEDORES DE ESPACIO

(
Salzmann, en su clasificación de la mal oclusión incipiente enlistó a nueve categorías, cuatro de éstas contaba plenamente la importancia concedida a el control del espacio mediante mantenedores dentro del campo de la ortodoncia preventiva.

La pérdida en la continuidad del arco generalmente se debe en gran parte a la caries que afecta a los dientes deciduos provocando su pérdida. Por otro lado y en menor grado ésta pérdida de continuidad es el resultado de traumatismo en los dientes anteriores particularmente o por efectos de pérdida congénita.

El proceso carioso provoca la eventual pérdida de la continuidad del arco y se acompaña por dolor, absceso y posible drenaje con la subsecuente afección al hueso. Sin embargo, aunque la caries produce espacio perdido en forma aislada es el diente que tratando de mantener el contacto en su adyacente quien provoca -- mayores pérdidas de espacio.

Como ya se ha tratado anteriormente en el capítulo de crecimiento y desarrollo, el cambio y desenvolvimiento de las estructuras óseas en la etapa de transición de una dentadura a otra es muy crítico y cualquier proceso anormal que suceda aquí provoca consecuencias.

El mejor mantenedor de espacios es el diente mismo en un estado saludable o si éste ya se encontraba afectado, contamos con - él después de haberlo atendido meticulosamente proporcionándole el mejor estado posible. Siempre que el dentista remueva un diente -- temporal prematuramente deberá mantener el espacio resultante, los efectos al no realizar esto ya se han detallado.

1) TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO

1. Removibles, fijos o semifijos
2. Con bandas o sin bandas
3. Funcionales o no funcionales
4. Activos o pasivos
5. Ciertas combinaciones de los antes mencionados.

2) INDICADORES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

Siempre que se pierda un diente decidido antes del tiempo en que esto debiera ocurrir en condiciones normales, y que predisponga al paciente a una mal oclusión, deberá colocarse un mantenedor de espacios. No existen normas definitivas para determinar si resultará mal oclusión, debido a la pérdida prematura de un diente-

decidido; pero si la pérdida fue entre cuatro y cinco meses de la erupción del permanente la política a seguir será un examen radiográfico que muestre la posición del permanente pronosticando su -- proceso de erupción de acuerdo al espacio requerido y al espacio -- resultante a la pérdida con su consecuente colapso. .

En un paciente con deficiencia de la longitud de la arcada, -- la pérdida prematura de un diente decidido puede significar el cierre rápido del espacio para aliviar el apiñamiento en otro sitio. Esto, en realidad, puede ser un fenómeno benéfico en donde la pérdida -- de un diente decidido no empeora la mal oclusión.

Si ha de colocarse un mantenedor de espacio, ¿ de qué tipo -- deberá ser este ?. Todo depende de la pérdida dentaria, la edad -- del paciente, del estado de salud de los dientes restantes, del ti -- po de oclusión, de la cooperación del paciente y de la habilidad -- manual y las preferencias del operador.

Muchas veces se utilizan mantenedores de espacio pasivos. -- Existen situaciones en que los odontólogos generales pueden usar -- mantenedores de espacio activos con grandes beneficios. Cuando un paciente visita al odontólogo por primera vez, y por examen manual y radiográfico encuentra que no existe lugar suficiente para el --

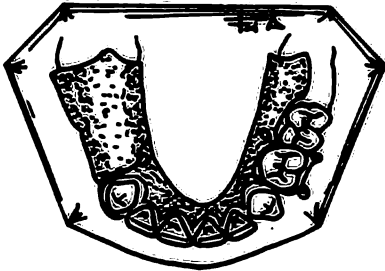
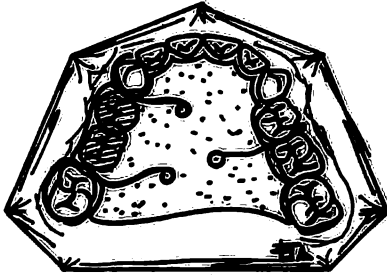
segundo premolar inferior, pero si existe espacio entre el primer premolar y el canino, y el primer premolar está inclinandose distalmente, y está relación de extremidad a extremidad con el primer molar superior será de gran utilidad un mantenedor de espacio ya que abrirá un espacio para el segundo premolar y restaurará el primer premolar a oclusión normal.

3) ELECCIÓN DE MANTENEDORES DE ESPACIO

La mayoría de los casos de mantenimiento de espacio pueden hacerse por la inserción de mantenedores pasivos y removibles, hechos con hilos metálicos y resina acrílica. En algunos mantenedores de espacio también se incluye el uso de bandas. La pérdida de un segundo molar primario generalmente puede remediarse con la inserción de un mantenedor de espacio de acrílico e hilo metálico. La elección de el mantenedor dependerá de los muchos factores que existan así como de las preferencias del dentista.

4) VENTAJAS DE UN MANTENEDOR REMOVIBLE

1. Es fácil de limpiar
2. Permite la limpieza de los dientes
3. Mantiene o restaura la dimensión vertical
4. Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
5. Puede ser llevado parte del tiempo, con efectos de permitir una mejor circulación sanguínea a los tejidos blandos.
6. Puede construirse de forma estética
7. Facilita la masticación y el habla



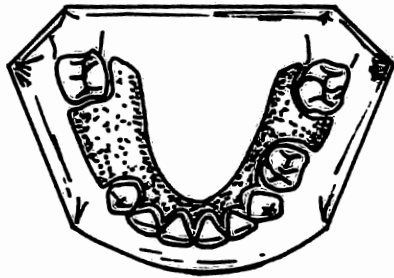
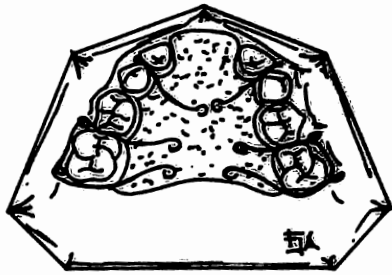
8. Ayuda a mantener la lengua en sus límites
9. Estimula la erupción de los dientes permanentes
10. No es necesaria la construcción de bandas
11. Se efectúan fácilmente las revisiones dentarias en busca de caries
12. Puede hacerse lugar para la erupción de piezas sin necesidad de construirse un aparato nuevo.

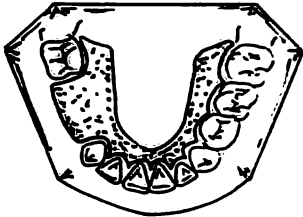
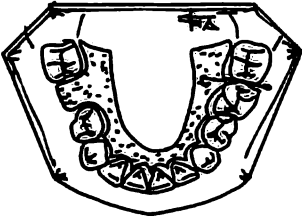
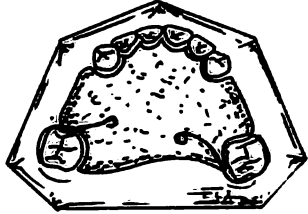
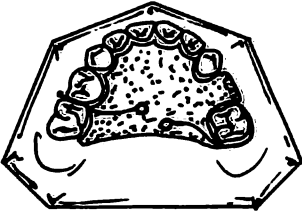
5) DESVENTAJAS

1. Puede perderse
2. El paciente puede decidir no llevarlo puesto
3. Puede romperse
4. Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula, -- si se incorporan grapas
5. Puede irritar los tejidos blandos

6) REQUISITOS GENERALES PARA LOS MANTENEDORES DE ESPACIO

1. Deberán mantener la dimensión mesiodistal del diente perdido
2. De ser posible, deberán ser funcionales, al menos al grado de evitar la sobre-erupción de los dientes antagonistas
3. Deberán ser sencillos y lo más resistentes posibles
4. No podrán en peligro a los dientes restantes mediante la -- aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.





5. Podrán ser limpiados fácilmente y no fungir como trampas para restos alimenticios que pudieran agravar la caries-dental y las enfermedades de los tejidos blandos.
6. Su construcción deberá ser tal que no impida el crecimiento normal ni los procesos de desarrollo, ni interfiera en funcionar tales como la masticación, habla o deglución.

Estos requisitos se refieren a todos los mantenedores de espacio, ya sean fijos o removibles. Dependiendo del diente perdido, el segmento afectado, el tipo de oclusión, los posibles impedimentos al hablar y la cooperación, puede estar indicando cierto tipo de mantenedor de espacio.

7. INDICACIONES ESPECIFICAS EN LAS QUE EL DENTISTA ESTA OBLIGADO A COLOCAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO:

1. Cuando el espacio muestra signos de cerrarse y es evidente que será insuficiente para permitir la correcta erupción - del diente superior.
2. Si el hecho de no mantener el espacio hará eventualmente - necesario un tratamiento de mal oclusión.

A) CONDICIONES INESPECIFICAS EN DONDE MANTENER EL ESPACIO

1. Para mantener la dimensión mesiodistal de el espacio.

2. Si no se interfiere con la erupción del antagonista
3. Si no interfiere con la función
4. Si no interfiere con la erupción del permanente
5. Si provee de suficiente espacio mesiodistal abierto - -
para el alineamiento normal de los permanentes.

B) MANTENEDORES DE ESPACIO FIJOS

a) TIPO FUNCIONAL. - Ya se han mencionado la multitud de requerimientos para un mantenedor; todos ellos tratan de imitar dentro de lo posible a la fisiología normal. La simple unión de dos dientes adyacentes a un espacio desdentado con componentes medilcos firmes, podrá proporcionar la resistencia necesaria.

b) TIPO NO FUNCIONAL. - Escencialmente se compone de los elementos utilizados en el mantenedor anterior y una de las diferencias radica en que la barra intermedia se ajusta al contorno de los tejidos. Existen muchas variaciones en cuanto a las no funcionales, pero cualquier tipo de estos mantenedores es menos adecuado que el mantenedor funcional ya descrito.

c) TIPO BRAZO DE PALANCA O VOLADO. - En ocasiones, se pierde un segundo molar decidido antes de que haga erupción el primer per

manente. Por esto ocurre que se atrape el segundo premolar pues - el primer molar erupciona en posición mesial. Es probable el colocar un mantenedor de espacio volado para que evite el desplazamiento mesial del primer molar permanente. Para ello es necesario pro-veernos de información radiográfica que siga detalladamente el - - proceso de erupción de los premolares.

d) ARCO LINGUAL REMOVIBLE.- Existen diversos aditamentos - - horizontales y verticales que permiten al dentista retirar y asjustar el arco lingual. El que con mayor frecuencia se utiliza es el de media caña y su poste respectivo los cuales permiten retirar -- verticalmente el aparato lingual. El arco es sostenido en su sitio mediante un muelle de candado que se ajusta bajo el extremo gingi-val del tubo vertical de media caña. Para retirar el aparato, sim-plemente se ajusta el resorte lingualmente en su extremo libre con un instrumento raspador pasado permitiendo retirar del tubo el poste. Después de colocar bajo el tubo con un condesador de amalgama. Como ilustra la figura 13-23, pueden agregarse muelles auxiliares-para el control de espacio.

C) MANTENEDORES DE ESPACIO REMOVIBLE

Los mantenedores de espacio tipo removible, poseen ciertas - ventajas; aplican menor presión por los dientes restantes pues son llevados por los tejidos. Pueden ser funcionales, aceleran la erup

ción de los dientes que se encuentran bajo ellos. A veces son más estéticos, más fáciles de construir, menos tiempo de consulta y - se limpian con mayor efectividad.

Por otra parte, exigen, mayor cooperación del paciente para evitar la pérdida o extravío o bien daño a este.

La higiene puede resultar conflictiva si no son retirados -- y limpiados sistemáticamente. En ocasiones, una combinación indica da es entre aparatos fijos y removibles. La eficiencia se ve aumen tada mediante la edición de dispositivos que ayudan a la retención del aparato removible. Estos aparatos se combierten en dentaduras- parciales removibles, que exigen el mismo grado de precisión y - cuidado de los tejidos blandos, oclusión y todos aquellos que el - dentista proporciona a sus pacientes de prótesis adultos.

a) ARCO LABIAL: Un simple hilo metálico mantiene al instrumen to en la boca, y en el maxilar superior evita que las piezas anterio res emigren hacia adelante. El hilo metálico no deberá tocar las papi las interdetales y viajará de distal de canino a distal de canino. El alambre se dobla directamente sobre la cáspide del canino y se guir de cerca el borde lingual sobre el modelo o el borde labial - en el inferior en el caso en que el arco labial sea mandibular. El alambre se adaptará posteriormente a la cara vestibular de los dien

tes anteriores y será de un grosor aproximado entre 0.32 y 0.28 - de pulgada.

b) MANTENEDOR ACTIVO REMOVIBLE.- Entre los muchos procedi-- mientos de ortodoncia preventiva, se incluyen aparatos removibles que ejecutan movimientos activos de posición de los molares, para permitir la erupción de los segundos premolares. Todos ellos requieren de procedimientos delicados para su confección así como materiales oclusivos. En todos ellos observamos normas que rigen su funcionamiento y siguiéndolas conseguiremos obtener todos los beneficios- que nos brindan.

c) CONCLUSIONES

El mejor mantenedor de espacio es el diente mismo.

Todo espacio resultante a una erupción prematura requiere de - la vigilancia estrecha en cuanto a sus dimensiones.

Colocar mantenedores de espacio hará menos daño que no hacerlo.

B) CORONA SOPORTADA POR MUÑON

Cuando un diente secundario sufre una fractura coronaria - y queda expuesta la pulpa, lo primero que se deberá hacer es una pulpectomía, ya que en estos casos se pierde la corona clínica - la que serviría como retención y soporte de la corona, lo cual - conseguiremos a base de un poste intrarradicular acompañado del muñón que ha de servir como base de apoyo a la corona.

Su ventaja es que por medio de esta restauración podemos - conservar sanos, tanto el diente como las estructuras periodontales que es lo más importante. La desventaja consiste en que se - requiere de muchas horas de sillón y como consecuencia la elevación del costo del tratamiento.

PROTESIS FIJA

La colocación de un puente fijo antes de que termine de -- realizarse la maduración ósea, ha sido discutida ampliamente y - rechazada por un gran número de dentistas que apoyan su tesis en que al usar este tipo de aparatología que es rígida y fija, el - desarrollo óseo que se encuentra en la región posterior se alterará. Observándose que el desarrollo no se suspende sino que se redirige generalmente en este tipo de prótesis, llega a utilizar se tanto en niños como en adolescentes antes de que termine la -

maduración ósea en la región de dientes anteriores, evitando -- así malos hábitos orales como son el de la lengua o la mala -- articulación del lenguaje. Tiene como ventaja el obtener buenos resultados aún sin la cooperación del paciente, ya que no existe riesgo de que éste no lo use y además, no se pierda el espacio -- para la erupción de los dientes por salir.

Usualmente este tipo de prótesis se construye a base de -- acrílico de curado lento ya que pueden considerarse restauracio- nes temporales a largo plazo y que generalmente tienen un tiempo de duración de 3 a 5 años.

C) PRÓTESIS SEMIFIJA

Por tener un extremo libre que sólo recae sobre un diente- soporte, al que sólo se le ha preparado una especie de escalón -- para que allí se asiente algo similar a un pequeño gancho; sin -- embargo, está totalmente fijado en otro diente soporte, es por -- eso que se le ha dado este nombre.

Por presentar la ventaja anterior se puede utilizar, evi- tando el riesgo de interferir el libre desarrollo óseo, por esta razón se le puede considerar una buena prótesis, ya que al mismo tiempo que está rehabilitando al paciente mantiene el espacio nece-

sario para la erupción de los dientes sin provocar ningún trastorno secundario. Otra ventaja que se puede obtener con la colocación de este tipo de aparatología consiste en que al crear esta prótesis -- volada en el pónico, podemos restablecer la anatomía del diente -- ausente, restituyendo un plano de oclusión diámetro vertical normal; así como el mejoramiento de la masticación y digestión. Sin embargo, requiere tiempo como para seleccionar el tipo de aparato que se le va a colocar como para la colocación de éste, dependiendo del material que utilizaremos, el costo opcional podría elevarse.

Existen diferentes formas de construir este tipo de prótesis -- semifija, para la rehabilitación del cliente, que generalmente se -- utilizan en la ausencia del primer molar primario, usando el segundo molar como soporte fijo.

D) PROTESIS REMOVIBLE

Dentro de esta encontraremos la pasiva y la activa. El uso -- de la prótesis mucosoportada pasiva, está indicado cuando los molares permanentes están próximos a salir llevando una dirección normal, mientras que el uso de una prótesis mucosoportada activa es cuando exista alguna migración o inclinación dentro del alveolo. Está indicado cuando se han perdido los primeros y segundos molares primarios, --

principalmente cuando es bilateral, sin embargo, también se puede -
colocar en lugar del aparato gula del primer molar permanente con la
zapatilla distal, se fabrica una plaquita con la cual se deja una --
porción de acrílico que llegue hasta la porción mesial de la eleva-
ción, que se presenta generalmente donde ya erupciona el primer molar
permanente, y esto se identifica en los modelos de estudio de la boca
del paciente como si fuera una tuberosidad o también existe otro método
en el cual se toma Rx. tanto periapicales como oclusales, se mide
la distancia con un compas, se saca una constante y ya calculada la -
distancia, la extensión protética se lleva hasta el lugar de éste.

La prótesis removible siempre deberá ser bilateral y si acaso
estuviere presente el primer molar de la segunda dentición nunca se -
le colocará un apoyo oclusal para no interferir en la migración que
realiza éste, en este sentido, y que regularmente termina hasta los -
16 años, según señalan algunos autores, lo cual concuerda con la - -
maduración ósea, por lo que se recomienda colocar ganchos semicircu-
lares a nivel de la porción cervical de la corona.

El. Dr. Finn⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ recomienda específicamente colocar dentaduras
parciales, cuando existe pérdida prematura de molares y necesitamos -
mantener el espacio, al mismo tiempo que restablece las funciones - -

masticatorias, además cuando se calcula por medio del diagnóstico radiográfico que los dientes secundarios tardarán más de seis meses en erupcionar; también se recomienda colocar esta prótesis -- cuando se pierden los dientes en la región anterior debido a un traumatismo o cuando la ausencia de dientes se debe algún trastoro no congénito, como ciertas enfermedades donde debemos rehabilitar estéticamente al paciente para que tenga un mejor desarrollo emocional.

Su ventaja es que devuelve la oclusión del paciente, permitiendo masticar y digerir sus alimentos, dirige mejor las fuerzas oclusales al mismo tiempo de llevar, acomodar y triturar mejor -- los alimentos. Otra de las ventajas que presenta este tipo de prótesis, es que son fáciles de limpiar, además de que no necesitan mucho tiempo tanto en el sillón como la elaboración y construcción.

Sus desventajas son que sólo se puede colocar en pacientes-cooperadores, que cuenten verdaderamente con la ayuda y supervisión de los padres.

Como generalmente se colocan en niños que no han alcanzado su maduración ósea, el Dr. Herrera, ⁽¹⁵⁾ recomienda que se coloquen -- ciertos aditamentos a nivel de la línea media, para que así permí

tan el desplazamiento y movimiento del aparato durante el desarrollo óseo.

Ahora a nivel del maxilar superior, para evitar una irritación de la mucosa palatina ya sea por presiones o acumulaciones de alimentos, deberemos utilizar lo que se llama ancaje recíproco, o sea donde una de las partes de acrílico se monta sobre la otra, -- permitiéndole así el movimiento libre transversal.

E) PROTESIS TOTAL

Este tipo de prótesis se utiliza generalmente a la edad de tres años y medio, aunque puede ser antes y hasta los diez años -- cuando empiezan a salir los dientes secundarios, es sorprendente --
(31)
pero Farrel asegura, que durante este período no existe crecimiento maxilar y mandibular, por lo cual se puede recortar cuando -- hagan erupción los dientes anteriores.

Esta indicada en niños que desgraciadamente han perdido la -- totalidad de sus dientes, ya sea en una arcada o en ambas, esto -- lleva a la necesidad implícita de devolverles su capacidad masticatoria, previniendo así problemas de nutrición y gastrointestinales, ayuda a mantener un plano de oclusión y devuelve la aparición normal o estética, y junto con esto va el evitar las burlas que puede

sufrir y que le puede lastimar emotivamente.

Después de los siete años de edad, será mejor el fabricar una prótesis con desplazamiento transversal, sin embargo, tanto en ésta época como en la anterior, se deberán realizar revisiones quincenales, para ver como se va desarrollando el niño y como se va adaptando a su dentadura.

La desventaja que se puede presentar es que el niño se -- trague las prótesis, por lo cual es recomendable que el paciente se retire la placa mientras duerme o realiza un ejercicio, esto -- es sumamente importante para evitar accidentes.

TEMA V

TRATAMIENTO

A) DIAGNOSTICO

Un tratamiento adecuado parte de la base de un buen diagnóstico, ya que la clave de la prevención y represión de las enfermedades reside en la indentificación de las primeras alteraciones -- patológicas, de modo que se puede instituir cuanto antes el tratamiento, restableciendo y controlando la salud del paciente.

El diagnóstico bucal es una parte basada en el conocimiento científico de los tejidos normales; los esquemas nosológicos, métodos y la práctica de éste incluyen examen del paciente, interpretación de las observaciones, obtención del diagnóstico planificación de la secuencia del tratamiento y educación del paciente.

1) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Lo principal es aliviar la molestia que presente el paciente, cualquiera que fuese el origen de ésta, si quitamos el dolor o -- siquiera disminuyéramos la tensión o nerviosismo hará lo mismo, -- despertando un sentimiento de confianza antes de ejecutar otro procedimiento.

2) DIAGNOSTICO, PROMOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Como dijimos anteriormente, para desarrollar un plan de --
tratamiento óptico, se requiere una apreciación minuciosa del pa-
ciente. Para ésto, realizaremos una historia clínica médica gene-
ral que nos revele los antecedentes que podrían exigir la nece-
sidad de ciertas consideraciones especiales durante el tratamien-
to, en otras palabras hacer interconsultas con médicos más espe-
cializados y así saber si está en condiciones de recibir el tra-
tamiento y si se deberá realizar con algunas reservas. La histo-
ria odontológica nos permitirá conocer el estado oral pasado. En
él se encuentra la importancia que tiene tanto el paciente como-
sus padres por la salud oral.

Posteriormente, se procede analizar el examen visual y di-
gital para el que se requiere buena iluminación, espejo, explora-
dor, sonda paradontal y vitalómetro; dentro de éste examen debe-
mos inspeccionar los tejidos blandos si presentan alguna inflama-
ción o irritación investigando cual es la causa y así eliminar -
ésta si es posible.

Se tendrá que evaluar los procesos cariosos, realizando --
pruebas térmicas y eléctricas en los dientes dudosos y establecer
si todavía pueden preservarse o necesitan extraerse. Asimismo se

deberán palpar las estructuras que van a soportar la prótesis - y ver si ésta no requiere de ninguna intervención quirúrgica.

B) MODELOS DE ESTUDIO

Antes de instituir cualquier tratamiento, es importante - reevaluar el resumen de las alteraciones fisiológicas, junto con los modelos de estudio que nos sirven de guía tridimensional, - ya que estos proporcionan la oportunidad de evaluar la relación de las estructuras bucales cuando son correctamente tomados y - montados; realizando esto último mediante una transferencia con arco facial y registros interoclusales, el montaje se realiza - en relación céntrica, de modo que correlacionan los contactos - oclusales de desviación con los observados en la boca; si el -- paciente no presenta problemas con articulación temporomandibular o problemas parodontales, la restauración propuesta, podrá ser construida en relación céntrica.

Las restauraciones se deben construir en armonía con rela - ción céntrica y oclusión céntrica, sin embargo, una decisión de ésta importancia puede conducir a la destrucción del aparato -- estomatognático si no es realizada adecuadamente.

Los modelos diagnósticos son una ayuda valiosa para deter-

minar los procedimientos necesarios para realizar un buen tratamiento, tales como movimientos dentales menores mediante recursos ortodónticos.

Los contactos prematuros involuntarios en los dientes antagonistas, suelen ser muy destructores para los tejidos de sostén afectados. Los modelos de estudio muestran el carácter y ubicación de esos contactos dentales e indican la dirección por tomar para su corrección.

Además de los modelos de estudio nos ayudarán al diseño de como rehabilitar al paciente adecuadamente, mediante las prótesis necesarias.

D) PREPARACION PROTÉSICA

Consiste en todos aquellos procedimientos necesarios para crear un ambiente oral adecuado que puede proveer el soporte y retención adecuada para la prótesis, además de prevenir situaciones dañinas o destructivas para los dientes permanentes y sus tejidos de soporte.

Dentro de los procedimientos preoperatorios que pudieran realizarse están incluidas todas las ramas de odontología, o sea, en

Esta etapa se deberá reducir la inflamación, el sangrado, eliminar las caries, realizar los tratamientos endodónticos que se deben hacer para salvar los dientes estratégicos para soporte y retención de la prótesis, además de la extracción de los dientes y raíces o la -- realización de tratamientos quirúrgicos para el restablecimiento de la salud oral; la reposición de los dientes en su lugar es otra situación bien importante para lograr un exitoso plan de tratamiento y favorecer la erupción de los dientes subsecuentes.

E) TOMA DE IMPRESION

La toma de impresión en odontopediatría es un procedimiento rutinario pero que generalmente implica molestias y rechazos por parte del paciente; por lo cual, antes de colocarle la cucharilla en la - - obca, hay que hacerle ver la importancia que tiene este acto para la - construcción y realización de sus dientes nuevos.

La elección que llevamos a cabo para decidir cual será la cucharilla adecuada para portar el material de impresión es muy importante, ya que generalmente los niños sólo permitirán que ésta se les coloque una vez, por ésta razón es que debemos evitar errores de este tipo. Al llevar la cucharilla con el material de impresión deberemos mantener - la confianza del niño controlando su miedo y temor; sobre todo mantener se uno tranquilo y sereno, así como también cumplir nuestras promesas,

dado que se le ha dicho que en determinado tiempo se le retirará -- de la boca el portaimpresiones, y otro medio adecuado para lograr -- la confianza de él, consiste en ofrecerle un premio si nos ayuda -- con su paciencia en el desarrollo del trabajo.

Dentro de los materiales de impresión que se utilizan en - - - odontopediatría están los alginatos y los hules de silicón, estos - son los menos molestos para el paciente, además de su facilidad de -- manejo y su rapidez de endurecimiento.

La toma de impresión de la arcada superior, regularmente causa náuseas y en algunos pacientes hasta el vómito, por lo que se recomienda que él mantenga la cabeza inclinada hacia adelante, un recipiente a la mano durante todo el tiempo que la cucharilla junto con el material de impresión, se mantenga en la cavidad oral, así en -- caso de algún accidente operatorio, existirá un recipiente donde - se pueda alojar el material de deposición evitando algún problema - de aspiración de cuerpos extraños por las vías respiratorias.

Cuando se toma la impresión inferior, el único problema que - se presenta es la estimulación de mayor secreción salival, la cual - se puede controlar con el eyector de saliva; al mismo tiempo que -- estemos realizando esto, podemos reafirmar la confianza del niño, -

por esto es aconsejable el tomar primero esta impresión.

F) FASE DE RECONSTRUCCIÓN

El objeto básico de esta fase, es la realización de una adecuada restauración o rehabilitación odontológica, entendiéndose por esto, la satisfacción de las necesidades fisiológicas y estéticas sin molestias posteriores; aunado a esto, la estabilización de los dientes restantes, impidiendo su desplazamiento o estrusión, evitando la acumulación de alimentos, la distribución adecuada de las fuerzas además de proteger a las mucosas.

En esta etapa de reconstrucción será importante la reevaluación de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que presenta el paciente.

Junto a lo anterior se deberán reevaluar, todos los hallagos encontrados en los modelos de estudio, radiografías, historia clínica o tratamientos efectuados; para confirmar esto, se determina el tipo de rehabilitación protética más conveniente para el paciente.

Cualesquiera que sean las prótesis dentarias, es necesario que éstas guarden los contornos y formas correctas para así no provocar-

problemas iatrogénicos post-operatorios.

El diseño de una prótesis parcial se lleva a cabo valorando y considerando las fuerzas que sean transmitidas a los dientes permanentes y parodontos; para que estas se equilibren de tal manera que las fuerzas sean favorables dentro del arco dental, evitando así - - fuerzas de inclinación o de rotación.

Cuando se van a colocar las prótesis dentales, no importa de que tipo sean éstas, hay que tener cuidado especialmente en los márgenes y terminado de éstos, evitando así problemas de rechazo por -- parte del paciente.

En general el diseño y construcción de la prótesis se encamina a crear una integración armónica entre la forma y función de sus componentes en relación al aparato estomatognático.

El diseño de las prótesis siempre deberá ser realizado por el Odontólogo y posteriormente las podrá mandar al laboratorio para que se construyan bajo las indicaciones y recomendaciones que se les - - haya solicitado.

01 COLOCACION DE LA PROTESIS

Después de que el laboratorio nos ha regresado nuestros modelos con los trabajos realizados, procederemos a la prueba de éstos - en el paciente, para así ajustarlos y equilibrarlos. Una vez realizado esto, recomendamos al paciente que no ingiera bocadillos pegajosos y que por la noche retire su aparato protético removible con el objeto de que no se trague o aspire la prótesis.

TEMA VI

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

A) HIGIENE ORAL

La atención odontológica debe ser considerada como un servicio de salud y no como un ejercicio técnico realizado en el propio beneficio.

Lo anterior, viene a colocar que nosotros los Dentistas, no solamente nos debemos a restaurar los dientes cariosos, sino ir más allá. Sabemos que las enfermedades dentales son reincidentes por lo que, si nosotros conocemos las causas de éstas, así como prevenirlas, podremos asesorar a nuestros pacientes de como evitarlas y/o comba-tirlas.

Por esto es que, dentro del tratamiento debemos incluir la educación oral de nuestros pacientes, tratando así de que éstos adquieran hábitos adecuados para mantener la salud oral.

En 1959-1960 ^() Addler y Stone crearon una teoría de motivación, para que el niño y el adolescentes aceptaran de mayor agrado la atención odontológica, la cual se basa en: explicar y mostrar. Y en base

a esto podremos explicar a nuestros pacientes por medio de pláticas edificantes lo importante que es cambiar sus hábitos de higiene y de alimentación, cooperando de esta manera al éxito de nuestro tratamiento, haciéndolo que éste tenga un pronóstico bueno a largo plazo.

B) DIETA

La dieta no es más que los alimentos y bebidas que ingerimos o consumimos regularmente.

Para poder registrar los verdaderos hábitos de alimentación de nuestros pacientes, le pediremos a éste o a los padres, que apunten todo aquello que coman o beban durante una semana, con el objeto de saber la frecuencia, cantidad y consistencia de los alimentos -- cariogénicos y el tiempo en que tardarán en eliminarse estos cariogénicos; ya que dependen de la duración en que se mantenga el PH -- ácido para la mayor o menor desmineralización del esmalte.

En realidad es difícil el eliminar los hidratos de carbono de una dieta normal; en primer lugar porque éstos son necesarios -- para el desarrollo normal de un individuo, además de darle las calorías que se requieran para el gasto energético usual y en segundo lugar porque son muchísimos los alimentos que los contienen.

Sin embargo en casos de caries rampantes es aconsejable el disminuir al máximo la ingestión de hidratos de carbono para así bajar el Índice de actividad cariosa.

En general a todos nuestros pacientes les aconsejamos bajar los hidratos de carbono en su dieta normal, sustituyéndolos por -- proteínas y grasas o tal vez alimentos menos cariogénicos.

A niños, adolescentes y padres de éstos, se les recomienda entre comidas deberán disminuir y restringir las golosinas y alimentos ricos en azúcar, sustituyéndolos con emparedados de pan moreno con jamón y queso, frutas o leche; esto también deberá ser racionado y se suprimirán las galletas y emparedados de pan blanco con mermelada o jaleas, dulces y helados.

Es de interés que ellos comprendan que lo importante no es la cantidad de azúcar, sino el tipo y la frecuencia de las tomas y alimentos pegajosos que hacen que aumente el proceso cariogénico.

Por lo cual será conveniente evitar los azúcares entre comidas y lavarse los dientes después de ingerirlas.

Ciertos investigadores han demostrado que las grasas tienen

un poder cariostático de diferentes formas, ya que pueden actuar a nivel del diente protegiéndolo por medio de una película aceitosa, o inhibiendo el metabolismo de los microorganismos o modificando la -- degradación de los carbohidratos.

C) ESTIMULACION O MOTIVACION DEL PACIENTE

Si el niño no tiene dolores en la primera cita, podremos explicarle que si sus dientes están enfermos, se debe a que no se los ha cuidado como es debido, permitiendo que los restos alimenticios y -- los microbios se mezclen para formar la placa dento-bacteriana la -- cual ha de destruir sus dientes.

Aprovechando esta situación motivaremos al paciente para que - cambie sus hábitos; para lograr esto le explicaremos y le mostraremos lo que es la placa dento-bacteriana, diciéndole que es amarillenta, - densa, blanda, gelatinosa, pegajosa formada por animalitos pequeños (microorganismos vitales) que se encuentran englosados dentro de una matriz compuesta por residuos de dulces y alimentos (polisacáridos y glucoproteínas) que se adhieren a los dientes pudiendo provocar caries y enfermedades parodontales.

Para hacer más clara la idea anterior, le mostraremos lo que - - es la placa en su boca, por medio de sustancias reveladoras o mostrian-

dosela en un microscopio de fase, lo que puede resultarle interesante. También en algunas ocasiones bajo el consentimiento del paciente podremos lograr que éste la toque, huela con el fin de que le de asco y la rechace.

Una vez realizado lo anterior, procederemos a comunicarle de manera más clara, que la mejor manera de eliminarla es por medio del cepillo de dientes, después de cada comida y que para que sea más -- efectiva, deberemos usar pastillas reveladoras, hilo dental de seda sin cera, si es que ya ésta en edad de usarlo (8-9 años) y que para mayor protección sería recomendable que utilizara una pasta con -- flour, ya que en 1960 fue aceptado por la Asociación Dental Americana como un medio de anticaries muy eficaz.

Las técnicas de cepillado varían de acuerdo a la edad, por -- eso es que desde los 0 años hasta que pueda tomar un cepillo dental, los rodetes gingivales deberán limpiarse con una gasa para prevenir enfermedades parodontales, ya cuando pueda tomar el cepillo dental - deberá realizar su limpieza oral con movimientos horizontales y cuando tenga control sobre esto es recomendable que lleve a cabo su higiene oral bajo la técnica de Stillman modificada.

Es necesario que tanto los niños, adolescentes y padres se den

cuenta de que con un poco de esfuerzo podrán mejorar su nivel de salud bucal, en lugar de aceptar las enfermedades crónicas y reparación de dientes sin controlar las causas, esperando que al final tanto -- unos como otros se responsabilicen de su salud, logrando así que man tenga sus dientes en un estado estético y funcional durante toda su vida, con un mínimo de reparación y desembolso.

Los niños por otro lado necesitan otro tipo de estímulos, como son los externos, basados en premios y recompensas por lo que la madre o persona encargada del niño podrá colocarle una estrellita después de haber realizado un buen cepillado o ponerlas en un cuadro -- para que la final del mes o de la semana, se les de algo a cambio que se más significativo.

En cambio al adolescente, se le puede motivar mucho más por el lado del sexo opuesto, despertando ciertas fantasías acerca del posible ridículo o crítica que esto puede ocasionar entre el núcleo de sus amistades y que en algunas ocasiones hasta lo pueden rechazar.

En fin lo más importante, es poder comprender que la motivación basada sobre la satisfacción de las necesidades interiores, tales como reconocimiento, seguridad o aprobación de los demás, así mismo como la prevención de dolor son probablemente las que produzcan cambios más --

significativos en cuanto a actitudes y actos, influirán en gran parte - en el éxito o fracaso de nuestro tratamiento.

*Por eso es que todo paciente que ha sido tratado protésicamente, no sólo deberá enseñársele a ejecutar una buena higiene oral, sino también a cuidar de sus restauraciones en casa como algo normal y rutinario. Para comprobar que realmente lo está haciendo, será importante en-
checarle al paciente su técnica de cepillado cada consulta.*

D) REVISION PERIODICA

*En general debemos de realizar las revisiones de estos trabajos-
cada tres meses con el fin de mantener la salud oral que le hemos devuel-
to al paciente.*

significativos en cuanto a actitudes y actos, influirán en gran parte - en el éxito o fracaso de nuestro tratamiento.

*Por eso es que todo paciente que ha sido tratado protésicamente, no sólo deberá enseñársele a ejecutar una buena higiene oral, sino también a cuidar de sus restauraciones en casa como algo normal y rutinario. Para comprobar que realmente lo está haciendo, será importante en-
checarle al paciente su técnica de cepillado cada consulta.*

D) REVISION PERIODICA

*En general debemos de realizar las revisiones de estos trabajos-
cada tres meses con el fin de mantener la salud oral que le hemos devuel-
to al paciente.*

TEMA VII

CONCLUSIONES

La rehabilitación protésica en Odontopediatría no es un trabajo fácil de realizar debido a que el paciente se encuentra en un periodo de vida de desarrollo.

Dependiendo del tiempo de destrucción que presente el paciente, se elegirá el tipo de prótesis más conveniente para la solución de sus problemas odontológicos.

Cualquier tipo de prótesis puede ser colocada en niños o adolescentes siempre y cuando sea la adecuada y este supervisada por el profesional.

El mantenimiento de la integridad del arco dentario es necesario para el funcionamiento y desarrollo fisiológico como psicológico.

El tratamiento protésico que se realiza deberá armonizar la forma y función de los componentes del aparato estomatognático; realizando una correcta restauración y cuidado de las estructuras bucales.

Es necesario rehabilitar protésicamente al niño o adolescente -siguiendo los requerimientos y objetivos que ésta nos exija a fin de -conseguir los beneficios y ventajas que esto les pueda reportar.

Previo a cualquier colocación de todo tipo de prótesis, en necesario el realizar los estudios convenientes para la elección de éstas.

Al devolver la fisiología a la cavidad oral encontraremos, que-los problemas gastrointestinales y nutricionales disminuirán.

El cambio de actitud que pueden reportar los pacientes después del tratamiento es bien palpable, ya que ciertos sentimientos de inseguridad y miedo pueden desaparecer al ser aceptados como "normales" con respecto al grupo al que pertenecen.

Lo importante en sí, es poder concebir que en nuestras manos -tenemos la solución de muchos problemas y que si los identificamos podemos controlarlos y prevenir su desarrollo por medio del tratamiento inmediato.

° BIBLIOGRAFIA °

1. CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA
Puentes removibles parciales
Ed. Interamericana
(571-584) (001-610) (631-647) (703-715)

2. CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA
Paul Wesley Vinton
Prótesis parcial removible
Ed. Mundi
(214)

3. COMCOWICH T. JAMES M. PARK R.L. PERA
Los problemas de la prótesis
Revista A.D.M. (47)
Abril 1976.

4. CARRANZA A. FERNIN - ROMONELLI JORGE
The Effects of Fillines and Prosthesis Appliances
On the Marginal Gingiva.
J.Int. Dent.
Vol. 23. (1): 64-67
March. 1973

5. COHEN M.M.
Odontología Pediátrica
Editorial Mundi, 1960

6. ESPONDA VILLA RAFAEL
Anatomía Dental
Cap.1. Conceptos fundamentales
Manual Universitario 1-9
1970.

7. EUGENE W. SKINNER. RALPH W. PHILLIPS
La Ciencia de los Materiales Dentales
Editorial Mundí. Buenos Aires
(192-293) (213-214) (258-259) (283-289) (377)
1960.

 8. FRANK H. NETTER
The Ciba Collection of Medical Illustrations
Vol. 3. Digestive System.
Part. 1. Upper Digestive Tract.
Mastication 72-73
Effects of Gastrectomy 93.
1971.

 9. FLOYD PEYTON
Materiales Dentales Restaurativos
Primera Edición
(331-333)

 10. FINN S.B.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana 1976.

 11. GIBBARD OD.
*The management of Children and Adolescents suffering
from amelogenesis imperfecta and dentinogenesis imperfecta*
J. Oral Rehabil
1: 55-66
1974.

 12. GWENTY R. VAUGHN. H. PERRY HITCHCOCK. JOHNWYE AKIN.
Trastornos de la comunicación en niños
Cap. 26: 514-528
Odontología pediátrica de Siney Finn
Cuarta Edición. Editorial Americana
1976.
-

13. HARRIS N.E.
A Method of metal post core retentions for crowns.
J.G.A. Dental Assoc.
50 (3):19-21
Febrero 1977

14. HOBSON P.
The value of an intact deciduous arch
J. British Dent
56: 637-638
1934

15. BENJAMIN GOMEZ HERRERA
Revista Cerón
Rehabilitación Protésica en Odontopediatría

16. HARNDT E. MEYERS. H.
Odontología Infantil
Editorial Mundí. 1969

17. JOSEPH M. SIM. SIDNEY FINN
Cap. 8. Operación Dental para Niños
Odontología Pediátrica. Sidney Finn
1976.

18. KATZ S.Mc. DONALD J.L.
Odontología Preventiva en Acción
Editorial Panamericana 1975

19. MITCK J.R.
Restaurative Dentistry for Children
J A D A 66: 227
1963

20. **MOOREES C.F.A.**
The Dentition of Growing Child
Harvard University Pres. Cambridge
Mass. 1959

21. **MITCHELL A.C. GRANT A.A.**
*The effect of complete dentures on the development
in speech articulation in children*
J. Dent.
4 (4): 175-182
Julio 1976.

22. **MAC. DONALD R.E.**
Dentistry the children and adolescent
St. Louis C.V. Mosby Co.
Chapter 23: 446-457
1969

23. **PRESTON HICKS E.**
*Elaboración de un plan de tratamiento para la utilización
del mantenedor de espacio con prolongación distal Clínicas
Odontológicas de Norteamérica*
Odontología Pediátrica
135-149
Enero 1973

24. **POSNICK MR.**
Treatment of Hereditary Dentine report of case
J. Dent. Child
43 (1): 46-48
Jan. Febrero 1976

25. **PROGRESOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SERIE III, Vol. V.**
Odontopediatría, Ortodoncia Terapéutica.
Editorial Mundí

26. **TOBIAS GIMORA MARTO**
La corona de acero en odontopediatría
Revista A.D.H.
33 (4): 29-36

27. SATISH R. RAO
Dentaduras removibles para niños
Cap. 12: 241-252
Odontología Pedilátrica. Sidney Finn
Cuarta Edición, Editorial americana
1976.

28. SHADER
Consideratios in dental treatment of children with
Ectodermal Dysplasi
J. A.M. Assoc
50 (3): 19-21
Febrero 1977

29. SILVA ROBERTO
La Odontología ante los problemas nutricionales
Odontología Infantil
Revista A.D.M. (34-38)
Diciembre 1975

30. SANTOS JESUS
Apuntes de la Cátedra de Prótesis Pacial Fija y Removible III.
Universidad Tecnológica de México.

31. FARREL H. JOHN
The Effect of Mastication en the Digestion of Food.
British Dental Journal
Vol. 100 No. 6 (149-155)
March 20, 1956