

870122
104
29

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REHABILITACION ESTETICA DE ESPACIO ANODONTICO EN LA DENTICION PRIMARIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
SILVIA ELENA ZAZUETA RUIZ
ASESOR:

DRA. MONICA MARGARITA NUÑO GONZALEZ
GUADALAJARA, JALISCO, 1997.



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 está 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

**CAPITULO I
DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO**

**CAPITULO II
TRAUMATISMO DE DIENTES ANTERIORES**

**CAPITULO III
DISEÑO, CONFECCION Y ADAPTACION DE APARATOS ESTETICOS.**

CASUISTICA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Mucho se ha escrito, sobre la perdida prematura de dientes primarios como factor etiológico de maloclusiones.

Las fuerzas eruptivas que ejercen los melares permanentes en su trayecto intra alveolar, durante la fase pre-funcional -- son lo suficientemente poderosas como para producir el cierre de un espacio, si se interrumpe la continuidad del arco, sobre todo en los momentos en que esas fuerzas estan actuando con mayor potencia.

es también verdad que en los primeros tres años de vida -- cuando la altura de la rama no ha alcanzado todavía el aumento en largo del cuerpo de la mandíbula, los espacios interdentarios en los melares primarios son comunes.

Igualmente debe temerse en cuenta el delicado equilibrio de las fuerzas musculares que actúan sobre los arcos dentarios la lengua por dentro y el buccinador y los musculos periferiales por fuera.

También podríamos decir que debe colocarse un mantenedor de espacio en todos los casos de perdida prematura de dientes primarios, cuando luego del analisis de los factores que pueden contribuir al cierre de ese espacio, consideramos que este es factible.

Ya que la perdida prematura de los incisivos no suelen producir cierre de espacio, pero consideraciones estéticas que son de una indudable trascendencia emocional y social, también la fonética, La prevención de hábitos indican la necesidad de resolver el problema.

Porque en el niño la estética es un factor muy importante y en la actualidad, en la práctica general el odontólogo le ha pasado a segundo término, e simplemente no le ha dado la importancia que realmente tiene.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO Y PLAN DE

TRATAMIENTO

CAPITULO I

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Creemos que la forma en que el profesional enfoca y conduce la primera visita puede ser decisiva para el futuro odontológico del niño. Una historia clínica completa, un examen minucioso, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado, más los comentarios educativos correspondientes en cada oportunidad que se presente, exigen lo mejor de nuestra capacidad. - Sería muy conveniente que la primera parte de la entrevista inicial pudiera efectuarse no en el consultorio, sino en una sala aparte para ese fin. Mientras tanto, el niño observará el ambiente, podrá o no tomar contacto activo con algunas cosas, todo lo cual nos permitirá observarlo para una primera impresión de sus actitudes, que registraremos también.

Seguiremos un cierto orden para conducir esta primera visita, pero podemos alterarlo según las circunstancias. Pretendemos conocer al niño al analizar cada uno de los campos en que dividimos nuestra historia clínica.

Una buena historia clínica lleva tiempo, pero todo aquello que contribuye a un buen diagnóstico más exacto y a formular un plan de tratamiento adecuado, sin duda no es "pérdida de tiempo". (2)

Aunque un diagnóstico es rara vez la identificación de un proceso simple, es más bien un planteo de circunstancias que requiere del tratamiento. (3)

METODO PARA DIAGNOSTICAR

Los elementos diagnosticos serían obtenidos por medio de lo siguiente: Examen visual y digital de cavidad bucal y - estructuras asociadas. Historia clinica, medica y odontolo- gica. Series completas de radiografías. Modelos orientados correctamente en un articulador adaptable. (6)

RECOPIACION DE HECHOS: Existen ciertos signos patogno- mónicos que pueden llevar a decisiones tempranas de diag- nóstico. Sin embargo, deberán recogerse y relacionarse sig- temáticamente todos los hechos que se refieren a la histo- ria del niño. (5)

Son elementos esenciales para un diagnostico integral y la planificación del tratamiento. Un diagnostico cuidadoso un minucioso examen del paciente, una evaluación de todos los datos disponibles. (3)

FORMULACION DEL DIAGNOSTICO: El historial, investigacio- nes radiográficas y exámenes clínicos a conciencia, propo- sionarán los hechos esenciales necesarios para llegar a - un diagnóstico. De los hechos recogidos se pueden sugerir- varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad - de que haya más de una enfermedad al mismo tiempo. Sin em- bargo generalmente el examinador puede analizar los hechos para identificar una entidad patógena que podrá tratarse - adecuadamente. En algunos casos es necesario a veces con- sultar a otros especialistas o medico en general antes de- poder llegar a un diagnostico final y prescribir un plan - de tratamiento. (3)

Las ventajas de registrar detalladamente un diagnóstico bucal es la traslación del mismo a un plan de tratamiento y cuidado permanente, basado en las necesidades totales -- del paciente. También es importante señalar las precauciones o limitaciones que las circunstancias pueden imponer -- al plan de tratamiento, ya que el tratamiento esta basado en una cuidadosa planificación por lo cual no se basa en -- curar una sola enfermedad sino a la prevención de todas -- las enfermedades, a menos que sea para un objetivo bien de terminado siguiendo un patrón de organización. (3)

EQUIPO PARA DIAGNOSTICO: El niño deberá estar sentado -- cómodamente en una silla dental diseñada para niños. Ad-- más de la lampara y la jeringa de aire, únicamente se nec-- cita un espejo de frente y un explorador de ángulo recto.-- Sele esos instrumentos tendrán que estar en evidencia aleg-- menzar el exámen, haciendole una breve explicación del uso de cada instrumento. (2)

EXAMEN DE URGENCIA; Está generalmente limitado al trata-- miento del problemas y se diseña básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleve a tratamiento rápido y-- a la eliminación de la queja principal. (2)

EXAMEN PERIODICO O DE RECORDATORIO: Es una sesión de -- continuación, después de una sesión inicial del exámen cog-- pleto. Su meta es observar los cambios que han ocurrido -- desde que se terminó el tratamiento anterior. El exámen pe-- riódico se realiza en la mayoria de los casos cada cuatro-- o seis meses. (2)

EXAMEN COMPLETO**1.- HISTORIA DEL CASO**

- a) Queja principal del paciente (dependerá si el paciente viene de emergencia o no).
- b) Historia prenatal, natal, posnatal y de infancia. (aquí veremos la trascendencia del problema). (2)

2.- EXAMEN CLINICO

- a) Perspectiva general del paciente (incluyendo estatura, porte, lenguaje y manos).
- b) Examen de la cabeza y cuello.
 - Tamaño y forma de la cabeza.
 - Piel y pelo.
 - Inflamación facial y asimetría.
 - Articulación temporomandibular.
 - Oídos.
 - Ojos.
 - Naríz.
 - Cuello.
- c) Examen de la cavidad bucal.
 - Aliento.
 - Labios, mucosa labial y bucal.
 - Saliva.
 - Tejido gingival y espacio sublingual.
 - Paladar.
 - Faringe y amígdalas.
 - Dientes. (2)

ANDAR: Cuando el niño entra en el consultorio, se puede apreciar rápidamente su andar y ver si este es normal o afectado. Tipos de andar inseguros, hemipleticos, tambaleante, de balanceo y atáxico. Al observarse cualquier tipo de debe examinarse a la madre sobre cualquier cambio reciente -- que haya observado en el andar del niño. (2)

LENGUAJE: El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de producir sonidos que ha escuchado, ej. los niños muy pequeños con problemas de audición graves -- pueden tener desarrollo de lengua anormalmente lento. Entre las edades de 21 y 24 meses los niños empiezan a usar frases, entre los dos y tres años generalmente empiezan hablar con oraciones completas.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos del lenguaje; 1) ataxia 2) lenguaje retardado 3) tartamudeo y 4) --- trastornos articulatorios del lenguaje.

La alasia motriz es rara y generalmente denota pérdida de lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central. Retrasos en el lenguaje pueden tomarse en consideración si el niño no habla cuando llega a los 3 años.

El tartamudeo o lenguaje repetitivo ocurre en casi todos los niños en algún periodo antes de ir al colegio, este es más común en los niños que en las niñas.

Los trastornos articulatorios del lenguaje que pueden considerarse importantes son: emisión, inserción y distorsión. Los niños con parálisis cerebral, lesión neurológica central, paladar hendido o maloclusiones a menudo tienen dificultades articulatorias. (2)

MANOS: Al tomar las manos del niño en las de uno, podemos apreciar su salud general, también podríamos apreciar su temperatura, aquí podemos apreciar todas las lesiones primarias y secundarias de piel tales como máculas, pápulas vesículas, úlceras, costras y escamas. Muchos factores casuales pueden producir estos trastornos como enfermedades exantematosas, deficiencias vitamínicas, hormonales y del desarrollo. (2)

Las uñas pueden estar merdidas, cortas, como resultado de su ansiedad y tensión. (2)

TAMANO Y FORMA DE LA CABEZA: La macrocefalia o cabeza demasiado grande se debe frecuentemente a trastornos de desarrollo o traumatismos. La microcefalia o cabeza pequeña, puede deberse a trastornos de crecimiento, enfermedades o traumas que afecten el sistema nervioso.

Las formas anormales de la cabeza pueden ser causadas -- por un cierre prematuro de las suturas o interferencias del -- crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales -- dentro del craneo. (2)

PALO Y PIEL: La alopecia o pérdida del cabello puede observarse en pacientes de muy corta edad, una de las calvicies más comunes en una area pequeña discreta y redondeada -- de una línea endurecida o inflamada generalmente lleva a -- diagnosticar empaine (displasia ectodérmica congénita con pelo escaso o ausente y de color claro más común en niños -- que en niñas). (2)

Hay otros desequilibrios hormonales que pueden causar -- pérdida de cabello mientras que la adición de medicación -- hormonal puede causar hirsutismo o crecimiento excesivo -- del cabello. (2)

INFLAMACION FACIAL O ASIMETRIA: La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica. Los dos lados de la cara nunca son exactamente iguales. Se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de su término normal afectan a la forma de la cara de manera permanente. Se puede -- producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares. Las infecciones de origen bacteriano o viral son causa principal de inflamación facial en los niños. (2)

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: Aquí se observarán, las limitaciones de movimiento, subluxación, dislocaciones o -- desviaciones mandibulares, trismus o espasmos de los músculos masticatorios. (2)

OIDOS: Se deberá estar consiente de cualquier deficiencia de audición en el niño, la observación del meato auditivo — externo puede revelar cierta secreción.

Se caracterizará por dolor bucal que se irradia al oído;— este necesita un examen a conciencia de los dientes, y determinar si el dolor referido originado en los dientes es la posible causa originado del oído, lo cual también podría detectarse por medio de la palpación del oído externo y de la apófisis mastoide, si revela alguna sensibilidad. (2)

OJOS: Se observará si el niño tiene dificultad para ver o no, si usa o no lentes, esta observación incluirá los párpados, presencia o ausencia de conjuntivitis, defectos de iris y lagrimeo anormal. (2)

NARIZ: Aquí cualquier anomalía de tamaño, forma o color — de la nariz atrae automáticamente la atención hacia dicho — órgano, el drenaje nasal indica infección respiratoria superior, o cualquier anomalía de desarrollo o traumatismo. Algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz. La nariz en silla de montar característica de sífilis congénita. (2)

CUERPO: El examen de cuello se hace por observación y palpación. La piel del cuello esta sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias y también a las cicatrices de respiración quirúrgica, frecuentemente se observan agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares y esto puede asociarse con amígdalas inflamadas infectadas y con infección respiratoria crónica. (2)

Los ganglios palpables también pueden deberse a drenaje — de infección bucal o neoplasmas.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL: Es la meta del examen para diagnóstico. La apreciación general y diagnósticos sistemáticos de la cabeza y el cuello sirven de introducción a la cavidad bucal del niño. Esta concentra sus esfuerzos en tejidos blandos. (2)

ALIENTO: Generalmente en un niño como es dulce o agradable. "mal aliento" o halitosis pueden ser atribuidos a causas locales o generales. Las causas locales incluyen; higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor. Las causas generales pueden incluir; deshidratación, sinusitis, hipertrofia, infección del tejido adenoide, fiebre tifoidea, o cualquier otro trastorno gastrointestinal. (2)

LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL: Los labios son la entrada a la cavidad bucal no debe pasar desapercibido al examinar tamaño, forma, color, y textura de la superficie, deben ser palpados usando el pulgar y el índice. Frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesículas, fisuras y costras. Los labios protegen los dientes de trauma y por lo tanto son lugar frecuente de contusión en los niños. (2)

Saliva: Los procedimientos de examen dentro de la cavidad bucal generalmente estimulan salivación profusa en los niños. La calidad de la saliva puede ser muy delgada-normal o extremadamente viscosa. (2)

Una secreción excesiva o purulenta del conducto de Sten sen puede indicar otros trastornos de la glandula parótida. Las glandulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden volverse hipersensibles, hinchadas y pueden tener - secreciones alteradas cuando existen infecciones generales.

TEJIDO GINGIVAL: El frenillo labial situado en la linea media de la mandibula superior e inferior puede ser responsable de un espaciamento anormal entre los incisivos centrales. El color, tamaño, forma, consistencia y la fragilidad capilar deben también tomarse en cuenta. (2)

LENQUA Y ESPACIO SUBLINGUAL: Deberá examinarse la lengua en su forma tamaño, color y movimiento. El agrandamiento patológico de la lengua puede deberse a cretinismo o mongolismo o puede asociarse a un quiste o neoplasma.

Si el frenillo lingual es anormalmente corto, puede evitar que la punta de la lengua se incline hacia adelante. - Este frenillo puede ser la causa de ciertos defectos de fonación.

La sequedad de la lengua puede deberse a deshidratación o puede ocurrir en los niños que respiran por la boca. La lengua puede tener un color blanco grisáceo o pardusco en estado febril o etapas tempranas de enfermedades exantematosas.

La hinchazon en el suelo de la boca puede hacer que la lengua se eleve y afecte a la fonación y el movimiento lingual de el niño. (2)

PALADAR: Debe observarse directamente la forma, color y la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar duro y blando. La consistencia de las deformidades o inflamaciones deberá ser investigadas con cuidado por medio de la palpación. (2)

FARINGE Y AMIGDALAS: Para examinar esta area es necesario reprimir la lengua con un abatelenguas, así poder observar cualquier cambio de color, úlceras o inflamaciones. (2)

DIENTES: Aquí incluimos el número de piezas y su tamaño color, oclusión y malformaciones.

- Número de piezas; Un trastorno en la erupción de la dentadura puede hacer que existan demasiadas piezas o pocas, según exista un patrón de erupción retrasada o precoz. - Ciertos trastornos hormonales y del desarrollo pueden causar una desorganización de los patrones normales de erupción de la dentadura. Dentaduras retrasadas o precoces - pueden resultar de ello y el número de piezas presentes - varían en gran manera.
- Tamaño de las piezas; Es raro encontrar macrodoncia (dientes demasiado grandes) o microdoncia (dientes demasiado pequeños). La herencia desempeña generalmente el papel principal en la predeterminación del tamaño de las piezas. (2)

- Color de las piezas; La tinción anormal de las piezas de los niños pueden deberse a factores extrínsicos e intrínsicos.
- Oclusión de las piezas; La interdigitación de molar y canine deberá ser comprobada cuidadosamente de manera bilateral.
- Malformaciones de los dientes; Lesiones físicas o hipoplasias del esmalte son las causas más comunes de dientes malformados. (2)

PLANEACION DEL TRATAMIENTO

El tratamiento odontológico acertado se basa en diagnóstico exacto y cuidadosa planeación del mismo. Debe evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento; urgencia, secuencia y resultados probables. - Una secuencia bien organizada de tratamiento evita muchos falsos comienzos, repetición de tratamiento, pérdida de tiempo, energías y dinero. (2)

DISEÑO GENERAL DE PLANEACION DE TRATAMIENTO PARA ODONTOPEDIATRIA

- 1.- TRATAMIENTO MEDICO.
 - a) Envío a un médico general.
- 2.- TRATAMIENTO GENERAL.
 - a) Premedicación.
 - b) Terapéutica para infección bucal.
- 3.- TRATAMIENTO CORRECTIVO
 - a) Operatoria dental.
 - b) Prótesis dental.
 - c) Terapéutica de ortodoncia.
- 4.- EXAMEN DE RECORDATORIO PERIODICO Y TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO. (2)

MODELOS DE ESTUDIO

El uso correcto de los modelos de estudio en el diagnóstico y plan de tratamiento es de mucha importancia para evaluar la oclusión del paciente y también, si es necesario para determinar los cambios oclusales. (6)

Para un diagnóstico funcional, los modelos deben ser montados en articuladores adaptables con alguna apariencia de orden. Los modelos no montados son de valor limitado, porque pueden revelar la oclusión centrada y porque se pueden determinar los contactos dentarios en las posiciones de trabajo y balanceo. - Esto hace resaltar la importancia de un cuidadoso montaje de los modelos dentarios del paciente en un instrumento que copie sus movimientos mandibulares de modo que el diagnóstico de las relaciones funcionales pueda realizarse estudiándolos en conexión con los hallazgos clínicos y radiográficos. Los modelos montados en articulador deben reproducir correctamente las relaciones bucales para duplicar exactamente los movimientos de la mandíbula. lo que debe esperarse de un articulador es la expresión individual de los movimientos condíleos de un paciente con otras palabras debemos referirnos a los ejes que controlan la mandíbula, y solamente se hace así pueden los modelos diagnósticos ser de algún valor para llegar al diagnóstico y aun plan de tratamiento correcto. (6)

EL DESARROLLO DE LA DENTICION

DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS:

Aquí se comprenden las etapas iniciales del desarrollo de los dientes y procesos de formación de los dientes, aquí pueden ocurrir muchas aberraciones y pueden ser necesarios los procedimientos interceptivos. (g)

DOS A SEIS AÑOS:

Aquí un gran número de niños poseen 20 dientes clínicamente presentes y funcionando. Por lo tanto este es un buen sitio para comensar un análisis detallado del estado de la dentición según la edad.

Ciertamente, a los 2 años de edad, los segundos molares deciduos se encuentran generalmente en proceso de erupción. (g)

La formación de la raíz de los incisivos deciduos está terminada y la formación radicular de los caninos y primeros molares deciduos se acerca a su culminación.

La calcificación también prosigue en los dientes permanentes en desarrollo anteriores a los primeros molares permanentes. Algunos niños las criptas en desarrollo de los segundos molares permanentes pueden ser observadas en dirección a los primeros molares permanentes.

A los 2 1/2 años de edad la dentición decidua generalmente está completa y funcionando en su totalidad.

A los 3 años de edad, las raíces de los dientes deciduos están completas. Las coronas de los primeros molares permanentes se encuentran totalmente desarrolladas y las raíces comienzan a formarse. (g)

Las criptas de los segundos molares permanentes en desarrollo son definidas y pueden observarse en el espacio antes ocupado por los primeros molares permanentes en desarrollo. Aunque la calcificación avanza en la dentición permanente en desarrollo. (g)

Un examen clínico de la dentición decidua y la medición del arco nos indicará si estos dientes poseen suficiente espacio para hacer erupción posteriormente. (g)

Entre los 3 y 6 años de edad el desarrollo de los dientes permanentes continúa, avanzando más los incisivos superiores e inferiores. (g)

De los 5 a los 6 años de edad, justamente antes de la exfoliación de los incisivos deciduos, existen más dientes en los maxilares que en cualquier otro tiempo. (g)

Entre los 3 y 6 años de edad, pueden apreciarse grandes cambios individuales. La edad cronológica solo nos da una aproximación del orden del desarrollo. La edad fisiológica esta basada en la maduración de uno o más tejidos. (g)

SEIS A DIEZ AÑOS

Entre los seis y siete años de edad hacen erupción los primeros molares permanentes. En cuando ocurre el primer ataque de la sobremordida excesiva. Existen 3 periodos de levantamiento fisiológico de la mordida; a) La erupción de los primeros molares permanentes a los seis años, b) la erupción de los segundos molares permanentes a los 12 años, c) y la erupción de los terceros molares a los 18 años. (8)

El tiempo comprendido entre los siete y los ocho años de edad es crítico para dentición en desarrollo. Es necesario que el dentista haga observaciones frecuentes en este momento. Puede también revelar si existen dientes ausentes o supernumerarios. Puede existir una barrera de mucosa que evite la erupción de los incisivos permanentes. Y es cuando debe hacerse las extracciones controladas. (8)

DESPUES DE LOS 10 AÑOS DE EDAD

Entre las 10 y 12 años de edad, existe considerable variación en el orden de erupción de los caninos y premolares. (8)

El canino mandibular hace erupción antes que el primero y el segundo premolar inferior.

En el maxilar superior, el primer premolar generalmente hace erupción antes que el canino. El segundo premolar superior y el canino superior hace erupción aproximadamente al mismo tiempo. No deberá darse demasiada importancia a la variación del orden si parece haber suficiente espacio. Una norma es tratar de conservar los lados derechos e izquierdos con el mismo ritmo de erupción. Si el primer molar superior izq. deciduo se pierde normalmente y el molar superior der. aun se encuentra firme. La radiografía

puede mostrar que la raíz mesial o distal no se ha reabsorbido correctamente. En estos casos, es recomendable ayudar extrayendo el diente. Después de la pérdida de los segundos molares deciduos, existe un ajuste en la oclusión de los primeros molares. (5)

PLAN DE TRATAMIENTO ESTETICO

Un tratamiento estético dental requiere aptitudes que incluyen mucho más que la habilidad para diagnosticar y es corregir irregularidades funcionales patológicas. (3)

Básicamente se necesita una relación personal de comunicación entre el profesional y el niño. (3)

El tratamiento estético además de interesarse en la patología y la función también alcanza las actitudes del paciente, relacionadas con la personalidad, sino los que influyen más con los padres o también los compañeros de escuela por medio de burlas que pueden influir en el niño psicologicamente, o el mismo medio social donde se desenvuelve. (3)

Además el odontólogo debé ser cápaz de prever los resultados antes de emplear los procedimientos operativos si quiere alcanzar éxito en la estética y funcional.

Ya que cualquier procedimiento, puede ser funcional - más no estético, habrá casos en que no serán necesarios algunos aparatos, pero la estética los requiere, y por lo tanto deberán hacerse, se deberá tratar que el niño quede estéticamente bien para prevenir cualquier trastor no emocional, que pudiera afectar al niño. (3)

Ya sea con el uso de aparatos, o cualquier otro tipo de restauración estética para prevenir cualquier anomalía patológica, funcional, o psicológica que pudiera -- traer cualquier otra consecuencia que afecte al niño. (3)

CAPITULO II

TRAUMATISMO DE DIENTES

ANTERIORES

TRAUMATISMO DE DIENTES ANTERIORES

Los traumatismos dentarios en niños presentan para el odontólogo un verdadero desafío.

Esto es porque debe estar lo suficientemente preparado para dar un tratamiento integral con éxito, ser capaz de llevar a cabo el tratamiento de urgencia en el momento preciso y calmar al niño y a la madre, que en esos momentos son presos de gran preocupación.

La pérdida prematura de un traumatismo de los incisivos temporales superiores pueden dar como resultado, en un momento dado, dientes en mal posición.

De ahí la importancia de tratar de mantener el espacio que dejó la pérdida del diente temporal. Es por eso que se requiere del mantenedor de espacio, dada su importancia estética y funcional.

Para evitar cualquier anomalía de posición que pudiera afectar a la dentición permanente afectando estéticamente al niño.

HISTORIA DEL TRAUMATISMO

Ante todo se debe de establecer el momento del traumatismo. A veces, el accidente es grave que no se puede -- iniciar inmediatamente el tratamiento odontológico. El -- pronóstico, lógicamente depende del tiempo que haya ---- transcurrido entre el accidente y el momento en que se - suministre el tratamiento de emergencia. Esta situación- es particularmente válida en las exposiciones pulpares, - donde la protección pulpar o la pulpetomía constituirán- el procedimiento de elección. (7)

Solo al efectuar una historia completa el odontólogo- podrá enterarse de accidentes anteriores en la zona. Los traumatismos repetidos de los dientes de los niños, ne - son raros en niños con dientes protuidos y en los parti- cipantes activos del atletismo. En esos pacientes el pro- nóstico puede ser favorable. (7)

La queja y las experiencias del paciente después del- traumatismo con ayuda invaluable en la determinación de la extensión del traumatismo y en la estimación de la capacidad de la pulpa y los tejidos de sostén traumatis- dos para sobreponerse a los efectos del traumatismo. El- dolor causado por un cambio térmico es indicio de hipere- mia pulpar o indición de que el tratamiento inmediato de- be estar dirigido a aliviar esta situación y a prevenir - nuevas lesiones pulpares por irritantes externos. (7)

El dolor experimentado por llevar a los dientes fue desplazado. Un traumatismo padecido por los tejidos de sostén pueden causar inflamación de reabsorción radicular periférica. En casos de traumatismos graves, los dientes pueden perderse por reabsorción radicular patológica y degeneración pulpar. (7)

EXAMEN CLINICO

El examen clínico debe ser llevado a cabo despues que los dientes de la zona hayan sido cuidadosamente limpiados de residuos. (6) (7)

Cuando algun traumatismo produzca fractura de la corona el odontólogo debe observar la cantidad de tejido dental perdido y ver si hay exposición pulpar. La corona clínica debe ser examinada en busca de grietas o líneas de resquebrajamiento, cuya presencia podría influir sobre el tipo de restauración temporal para el diente. Con transluminación de los dientes de la zona, el color del diente traumatizado debe ser cuidadosamente comparado con el de los dientes adyacentes a él. Dientes traumatizados a menudo se verán más oscuros, en realidad no cambian de color, pero con un aspecto rojizo, que indica hiperemia pulpar y congestión. Este aspecto puede sugerir que la pulpa en algun momento sufrirá alteraciones degenerativas que terminarán en necrosis pulpar. (6) (7)

El dolor experimentado con hielo cuando se le aplica a un diente normal cede al retirar el hielo. Una reacción más dolorosa al frio indica una alteración patológica de la pulpa. (6) (7)

Una pulpa que no responde inmediatamente despues de un accidente no ésta destinada a la terapeutica endodóntica. Se debe terminar el tratamiento de emergencia y volver a probar el diente a la semana o diez dias. Si al término de dos semanas la pulpa no respondiera a la prueba de vitalidad, se podrá suponer que los vasos apicales

fueron seccionados o que la pulpa experimento alteraciones degenerativas y se requiere un tratamiento mayor.

También muy importante, el examen bucal que comprende los tejidos bucales por inspección y palpación. Haciendo estudios de la mucosa bucal, que incluye los tejidos blandos inmediatamente adyacentes a los dientes y a los que están situados lejos de los dientes. Registro frenillos grandes y torus, ya que pueden influir sobre el diseño de aparatos. Son hallazgos importantes las manifestaciones aberrantes, como desviaciones de la forma y color gingival normal, profundidad de las bolsas, fístulas o neoplasias. Los odontólogos deben ser estimulados a observar lesiones bucales, de manera que un número mayor de pacientes con sintomatología precez de cáncer bucal sean guiados hacia un diagnóstico patológico preciso y su tratamiento específico. (6) (7)

La transluminación es un buen complemento del examen bucal, consiste en el pasaje de luz a través de los tejidos, interponiendo el objeto a ser examinado entre la fuente de luz y el examinador. (6) (7)

El examen de los tejidos gingivales requiere una inspección y sondeo detallado para determinar el estado de salud. Se debe de tomar en cuenta el cambio de color, textura y forma gingival. La sonda periodontal calibrada para la medición de la profundidad de la bolsa es un elemento importante. Se mide y registra la profundidad de todas las bolsas periodontales con esta sonda milimetrada. (6) (7)

EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen de los dientes traumatizados no pueden ser considerados completos sin radiografías del diente afectado, de los adyacentes y de los antagonistas. El tamaño relativo de la cámara pulpar y del conducto debe ser examinado cuidadosamente. Las irregularidades o una falta de concordancia en el tamaño de la cámara o el conducto respecto de los dientes adyacentes pueden ser evidencia de un traumatismo anterior. Esta observación es importante para determinar el curso inmediato del tratamiento. - El estado de desarrollo apical dicta el tipo de tratamiento así como el tamaño de la pulpa coronaria y su proximidad a la zona de influencia de tal fractura influirá sobre el tipo de restauraciones que se emplee. (7)

El mayor valor de la radiografía es que proporcione una constancia del diente inmediatamente después del traumatismo. Las radiografías periódicas frecuentes revelarán la continuación de la vitalidad pulpar o la aparición de reacciones adversas en la pulpa o los tejidos de sostén. (7)

Se toma una serie completa de radiografías, incluyendo placas con aleta de mordida, en la primera visita, y aunque este procedimiento es un complemento para el diagnóstico, no lo debe reemplazar. Las radiografías es una ayuda para reconocer estados patológicos que deben ser removidos o restaurados a un estado de salud, capáz se soportar una función normal. (8)

Las radiografías serán estudiadas y relacionadas con el paciente a quien se está examinando, pues no tendrán sentido a menos que se correlacionen con los hallazgos clínicos de la cavidad bucal. Obsérvese cuidadosamente si hay destrucción en la zona que recibe el impacto de las fuerzas en los contactos prematuros, que previenen una trayectoria normal de cierre de la mandíbula. Se revelará la información siguiente; (6)

- 1.- Extensión de la caries.
- 2.- Tipo y cantidad de hueso alveolar.
- 3.- Presencia o ausencia de infección apical.
- 4.- Furcaciones comprometidas.
- 5.- Reabsorciones o aposiciones radiculares.
- 6.- Tamaño, forma y posición de las raíces.
- 7.- Estado de las estructuras de soporte del diente.
- 8.- Dientes retenidos y raíces residuales.
- 9.- Quistes y granulomas.
- 10.- Estado de cualquier diente tratado por endodoncia.
- 11.- Relación del hueso alveolar remanente con la longitud y ancho de las raíces; capacidad del periodonto para soportar esfuerzos.
- 12.- Relación corona-raíz.
- 13.- Estado de la parte coronaria de los dientes.
- 14.- Pulpa de los dientes
- 15.- Espacio del ligamento periodontal.
- 16.- Cortical alveolar.
- 17.- Pérdida ósea vertical. (6)

Las radiografías con aleta de mordida dan mucha información relacionada con caries, y su proximidad, así como la de restauraciones viejas, con la pulpa, la adaptación de - margen gingival de las restauraciones y con frecuencia, si la cresta está incluida en una inflamación periodontal. (4)

PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS

Los dientes deciduos no solamente sirven de órganos de la masticación, sino también de mantenedores de espacio para los dientes permanentes. También ayudan a mantener los dientes antagonistas en su nivel oclusal correcto.

El tipo de pérdida prematura es clave para realizar extracciones adicionales de dientes deciduos y quizá la extracción de los primeros premolares posteriormente. La conservación del espacio muchas veces puede ser contraproducente, si no se usan mantenedores de espacio. (g)

La pérdida prematura de una o más unidades dentarias pueden desequilibrar el itinerario delicado e impedir que la naturaleza establezca una oclusión normal y sana.

En las zonas anteriores, superiores e inferiores, pocas veces es necesario mantener el espacio si existe oclusión normal y sana. Los procesos de crecimiento y desarrollo impiden el desplazamiento mesial de los dientes contiguos. Cuando existe deficiencia en la longitud de la arcada o problemas de sobremordida horizontal (overjet) esos espacios pueden perderse rápidamente. (g)

La pérdida del primero o segundo molar deciduo, siempre es motivo de preocupación aunque la oclusión sea normal. En la arcada inferior el ancho combinado del canino deciduo, primer molar deciduo y segundo molar deciduo es como promedio 1.7 mm mayor cada lado que el ancho de los sucesores permanentes. (g)

En la arcada superior este espacio libre es de solamente 0.9 mm debido al mayor tamaño del canino permanente y -- del primero y segundo premolares. Esta diferencia es necesaria para permitir el ajuste general de la oclusión al corregirse la relación del plano terminal. La extracción prematura del segundo molar deciduo causará, con toda seguridad, el desplazamiento mesial del primer molar permanente y atraparé los segundos premolares en erupción.

Aun cuando hace erupción el premolar, es desviado en sentido vestibular o lingual hasta una posición de maloclusión. Al desplazarse mesialmente el molar superior, -- con frecuencia gira desplazándose la cúspide mesiovestibular en sentido lingual, lo que hace que el diente se incline. (g)

En la arcada inferior, el primer molar permanente puede girar menos, pero con mayor frecuencia se inclina sobre el segundo premolar aún incluido. El desplazamiento mesial y la inclinación de los primeros molares permanentes no siempre sucede. (g)

Con respecto a la extracción prematura de los dientes deciduos basta poca para desequilibrar el itinerario del desarrollo dentario. Está deberá realizar todas las maniobras necesarias para conservar el programa de erupción normal, colocando restauraciones anatómicas adecuadas en los dientes deciduos y conservando la integridad de la arcada dentaria. (g)

CARIES DE DIENTES PRIMARIOS

La causa más frecuente de pérdida de perímetro del arco en la dentición mixta, es la caries de los molares primarios. Una lesión de caries en la cara distal del segundo molar primario, es particular, permite al primer molar permanecer inclinado hacia mesial. El primer paso para mantener los perímetros del arco es preservar intacto el tamaño de las coronas de los molares primarios. El aparato ortodóntico preventivo más importante en una restauración correctamente colocada es un molar primario. (g)

PERDIDA DE DIENTES PRIMARIOS INDIVIDUALES

Se ha brindado mucha atención a la necesidad de colocar mantenedores de espacio cuando se ha perdido un diente primario. Con demasiada frecuencia, sin embargo, el efecto de la pérdida dentaria en la longitud del arco total ha sido descuidado. Un mantenedor de espacio después de la pérdida de un diente, se coloca solo si se obtienen las siguientes condiciones: (1) el sucesor permanente está presente y desarrollándose normalmente. (2) la longitud del arco no se ha acortado, (3) El espacio del que se ha perdido el diente no ha disminuido, (4) la articulación molar o canina no ha sido afectada por la pérdida y (5) hay una predicción favorable del análisis de la dentición mixta. No hay razón para colocar un mantenedor de espacio si falta el sucesor permanente, ni hay que mantener 4 mm de espacio para un diente que se sabe tiene 7mm de ancho. El tipo de mantenedor de espacio a usar depende del sitio de la pérdida y de la preferencia del operador. (g)

INCISIVOS PRIMARIOS

Estos dientes pueden perderse prematuramente por trauma aunque también se ve, por supuesto pérdida múltiple por caries. En la mayoría de los casos, no son necesarios mantenedores de espacio; sin embargo, esta no es ciertamente -- una regla rígida. Antes que los dientes permanentes se hayan desarrollado lo suficiente para mantener las dimensiones del arco o la pérdida de un incisivo primario puede resultar en un rápido cierre de espacio. (5)

En cada caso de pérdida prematura de incisivos primarios, hacer un modelo de registro y radiografías oclusales para diagnóstico y estudio seriados. En niños en quienes es probable la pérdida de espacio, colocar una banda con un arco de alambre soldado a ella que toque el diente del otro lado del espacio desdentado. Dejar esto en su lugar -- hasta la erupción del incisivo permanente. (6)

CANINOS PRIMARIOS

Aunque los caninos primarios pueden ser extraídos prematuramente por caries, la erupción de incisivos permanentes grandes es una causa más frecuente de su pérdida indeseada. No es infrecuente que un incisivo lateral grande erupcione por lingual de los centrales en el maxilar inferior. Esta es una posición eruptiva normal, pero debido a su gran tamaño no hay lugar para el en el arco. La combinación de -- fuerzas eruptivas y la presión de la lengua lleva al incisivo lateral contra la raíz del canino primario, produciendo reabsorción. (6)

La reabsorción radicular del canino primario, es más probable en la mandíbula, especialmente si el canino no puede moverse labialmente y hacia distal en el espacio primate. Siguiendo a la pérdida de los caninos primarios, el perímetro del arco mandibular suele acortarse desde el frente, porque los labios pueden inclinar a los incisivos permanentes lingualmente, aumentando el resalte y también aparentemente la sobremordida. Como resultado, los caninos permanentes inferiores en erupción, puede moverse hacia adelante cruzando las raíces de los incisivos laterales, emergiendo finalmente en posición de labioversión. Si otros dientes posteriores se mueven también hacia adelante, es difícil corregir la malposición de los caninos. Esa malposición de los caninos se evita mejor impidiendo la inclinación lingual de los incisivos con un arco lingual bien adaptado. (8)

No inclinar los incisivos inferiores labialmente con ningún aparato en esta época, salvo que los esté enderezando cuidadosamente desde una posición de linguoversión. En el arco superior, el problema es similar, pero la variación en la secuencia de erupción aumenta las posibilidades para que el canino permanente se mueva hacia labial. También parece existir una mejor oportunidad para que el arco se acorte en la parte posterior, que el movimiento distal del primer molar permanente y proporcione lugar en el arco para una mejor ubicación de caninos y premolares. (8)

PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS

En la mayoría de los casos, la pérdida de este diente no es tan seria como la del segundo molar primario. La gravedad del problema depende de la secuencia de erupción de los dientes de remplazo, la articulación molar y la edad del paciente. La pérdida del perímetro del arco es más probable que ocurra cuando el primer molar primario se pierde antes de la erupción del primer molar permanente. Puede ocurrir cuando las cúspides de los molares permanentes son planas e hay una relación molar cúspide a cúspide combinada con una secuencia de erupción desfavorable. Se han diseñado muchos de mantenedores de espacio para esta región. Algunos de los sugeridos son tan complicados que resultan ridículos e imprácticos. No colocar un aparato que trabe el canino primario y el segundo molar juntos. Cuando el canino primario es exfoliado, debe tener la oportunidad de moverse labialmente y un poco hacia distal. Después de la pérdida de un primer molar primario, se puede colocar una placa removible o un arco lingual, si se esperan otros problemas de espacio en este arco. Si el perímetro no está amenazado, puede colocarse un mantenedor de espacio unitario. (8)

LESIONES TRAUMATIZANTES

- PRIMERA CLASE:** fracturas que afectan solo el esmalte.
- SEGUNDA CLASE:** Fractura extensa de la corona, afectando con considerable cantidad de dentina sin exposición de pulpa dental.
- TERCERA CLASE:** Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina con exposición de pulpa dental.
- CUARTA CLASE:** Pieza traumatizada transformada en no vital con o sin pérdida de la estructura dentaria.
- QUINTA CLASE:** Pérdida de las piezas como resultado de traumatismo.
- SEXTA CLASE:** Fractura de la raíz, con o sin pérdida de estructura coronaria.
- SEPTIMA CLASE:** Desplazamiento de la pieza, sin fractura de corona o raíz.
- UCTAVA CLASE:** Fractura de la corona en masa y su reemplazo.

TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS

FRACTURAS QUE AFECTAN SOLO AL ESMALTE

Son pérdidas de esmalte de la porción central del borde inicial de la pieza dental, o fractura mucho más comunes de ángulos incisoproximales. El gran peligro en esta fractura, aparentemente benignas, radica en menospreciar los posibles efectos perjudiciales de conmociones en la pulpa. Si se examina al paciente poco tiempo después del accidente, puede cubrirse el borde fracturado con algún adhesivo-comercial para proteger la pulpa contra mayores irritaciones. (2)

Si la pieza ha sido recientemente fracturada, deberá citarse al paciente para seis u ocho semanas después. En esta visita, se tomarán radiografías periapicales y se registrará cualquier cambio de color en la pieza. El cambio de color de una pieza permanente traumatizada generalmente indica pérdida de vitalidad pulpar. Deberán llevarse a cabo en este momento pruebas de vitalidad pulpar y deberán compararse con las tomadas en el examen inicial. Deberá advertirse a los padres del niño que la pieza puede volverse no vital y requerir terapéutica de canal radicular. En fracturas donde se pierde un mínimo de esmalte se puede obtener resultados de buen efecto estético remodelando el borde inicial con un disco de diamante, en cuyo caso no sería necesario restaurar. (2)

El desgaste del borde inicial deberá siempre realizarse tan solo después de estar suficientemente seguro de que la pulpa se recuperó totalmente del impacto de la lesión.

Tratándose de piezas primarias no se hará nada, debido al tamaño de la pulpa y dependiendo la extensión de la fractura. (2)

FRACTURAS QUE AFECTAN AL ESMALTE Y DENTINA, SIN PRESENCIA DE EXPOSICIÓN PULPAR.

Estas fracturas pueden ser horizontales, afectando a la superficie incisiva completa, o pueden ser diagonales, en cuyo caso se pueden perder una gran porción del ángulo incisoproximal. Aunque en esta categoría de fractura el tejido pulpar no está visiblemente expuesto. Es necesario tratamiento de urgencia para proteger la pulpa ya traumatizada contra más insulto del estímulo térmico, bacterianos y químicos y en el área fracturada. En cualquier caso, se aplica sobre la dentina una capa de hidróxido de calcio, deberá emplearse un retenedor temporal adecuado. Pueden emplearse a este efecto un adhesivo comercial, una banda ortodéutica, una forma de corona de celuloide obturada con material restaurativo de resina compuesta, o una corona de acero inoxidable. (2.)

TRATAMIENTO PARA FRACTURAS QUE AFECTAN LA PULPA.

- 1.- Recubrimiento pulpar.
- 2.- Pulpotomía
- 3.- Pulpectomía con o sin apicectomía
- 4.- Extracción de la pieza.

La elección dependerá del grado de exposición pulpar -- del estado de la pulpa, del grado de desarrollo del foramen apical y del grado de lesión de la raíz y tejido de soporte. (2)

También dependerá de factores secundarios, tales como - aspecto general de la cavidad bucal, y cooperación e intereses por parte del paciente.

Las piezas primarias dependerán de la edad del paciente y de la rizolisis principalmente. (2)

FRACTURA MASIVA DE LA CORONA

Existen casos en que las piezas presenta fractura horizontal cerca de la unión entre cemento y esmalte. Si la línea de fractura es tal que la restauración de la pieza resulta imposible, se procede a la extracción.

Como la corona clínica en los niños es corta, la fractura cercana a la unión entre esmalte y cemento puede estar varios milímetros debajo del margen gingival libre. Si es posible, deberá tratarse la pieza, puesto que en unos años la encía alcanzará el nivel de la unión entre cemento y esmalte. (2)

Primero se realizará una gingivectomía localizada para exponer estructuras dentales suficientes para permitir procedimientos endodónticos adecuados. Puede ser necesario retirar una pequeña cantidad de hueso. Se lleva a cabo un tratamiento endodóntico obturando el tercio apical de la raíz.

El tratamiento en piezas primarias dependerá de la edad del paciente pero generalmente el tratamiento de elección en todos los casos va a ser la extracción. (2)

CAPITULO III

DISEÑO COMPLECIÓN

Y ADAPTACION

DE APARATOS

ESTÉTICOS

DISEÑO CONFECCION Y ADAPTACION DE APARATOS ESTETICOS

El diseño de cualquier dentadura parcial removible deberá satisfacer los principios básicos aceptados de diseño.- Al tratar a niños es muy importante considerar cuanto tiempo se llevará la dentadura parcial y la naturaleza cambiante de los arcos dentales.

Un principio de diseño muy importante que deberá de observarse en toda dentadura parcial es la inclusión de medios para que las piezas y tejidos sostengan la dentadura.

Es una situación ideal, todo artefacto deberá diseñarse junto a la silla dental, estando presente el paciente, junto con los modelos de estudio y radiografías. (2)

No hay un tratamiento ideal para todas las circunstancias, cada caso es diferente, variando los factores que influyen en la elección del tratamiento. Los pacientes tienen diferentes requerimientos estéticos que a veces pueden influir o comprometer la función. La decisión de que una reparación es más estética que otra se basa en interpretaciones visuales. Por lo tanto hay que comprender ciertos principios. Hay que decidir cual es la mejor reparación para el paciente y seleccionar el tratamiento más funcional posible de acuerdo a las circunstancias de su funcionalidad. (3)

CLASIFICACION

- 1.- Aparatos renovibles
- 2.- Aparatos fijos (10)

APARATOS RENOVIBLES

Un aparato renovible es el diseño para que el paciente pueda retirarlo de la boca. Se usan en niños que han perdido una o más piezas primarias o permanentes. (9)

PARTES DE UN APARATO RENOVIBLE

- 1.- Base acrílica
- 2.- Gancho de alambre
- 3.- Piezas artificiales

BASE

Para la mayoría de las dentaduras parciales, la base se hace con resinas acrílicas aunque a veces puede consistir - en metal solo o metal y resina acrílica.

Proporciona medios para fijar los ganchos y las piezas-artificiales.

La base de la dentadura deberá ser ligera y poseer suficiente fuerza para cumplir con sus requisitos funcionales.

(2)

GANCHOS

Se utilizan para proporcionar fijación adecuada e retención de la base del aparato. Dan sostén a las piezas con la base y complementan el soporte que recibe de los tejidos blandos.

Algunos ganchos utilizados en los niños son: Los ganchos Adams, de bola y de flecha. (2)

PIEZAS ARTIFICIALES

Han salido al mercado piezas artificiales para dentaduras primarias, sin embargo, habrá veces en que el odontólogo tenga que fabricarlas. (3)

El diseño del diente artificial es crítico para el remplazo de un diente natural con resultados estéticos. - Un tratamiento restaurador correcto se refleja en la buena concepción previa de la prótesis y es la expresión del conocimiento, imaginación y aptitudes operativas del odontólogo. (5)

El diente artificial debe ser tan funcional como estético. Un diente substitute debe estar en armonía con los dientes de sostén y el resto de la dentadura original. Ocultar el hecho de que este diente es un remplazo artificial se lleva a cabo mediante la forma exterior, tamaño, alineación, contorno, textura de la superficie y color. - Además debe funcionar con el opuesto en la oclusión, dar comodidad y soporte a los tejidos adyacentes y continuidad a los patrones de masticación: debe tener detalles exteriores fáciles de limpiar. (3)

No se debe imitar exactamente la naturaleza, se recomienda tratar de mejorarla con una prótesis basada en los principios biomecánicos.

El diseño es el factor más importante para prevenir reacciones inflamatorias debajo de los mismos. (3)

FORMA DEL DIENTE ARTIFICIAL ANTERIOR

En la reposición de dientes anteriores cuando la estética es el factor principal, se recomienda contactos punti-formas con la mucosa labial con un póntico libre de presio-nes. Esto sigue el principio previamente establecido de --las superficies convexas, lisas, con acabados apropiados y manejables higiénicamente. Los contornos linguales se ta-llan en armonía con los dientes naturales o artificiales v adyacentes. (9)

Las áreas más críticas desde el punto de vista estético son el contacto labial del reborde alveolar y la forma del tercio gingival. Primero la forma se debe confundir con la de los dientes adyacentes tan correctamente como lo hace -su contraparte en el lado opuesto. Una de las áreas más di-
fíciles e importantes es el espacio interdental. Dentro de lo posible hay que preparar el diente siguiente siguiendo-la curva gingival para disimular esta área. Para prevenir e el obscurecimiento completo en las áreas anchas hay que ta-llar la porción labial para igualar el diente correspon-
diente del arco pero dejar el ancho lingual suficiente pa-
ra ocultar el espacio interdental. (3)

Si existe un espacio demasiado ancho o si el área de la encia presenta una discrepancia demasiado grande para co-
rregir por tallado debe usarse un tejido de inserción in-terdental artificial. (3)

El segundo problema es que la unión del diente artificial y el tejido parezca real. La mayoría de las dentaduras parciales fijas que aparecen artificiales son realmente defectos de este tipo. Si hay demasiado espacio en esta área se verán sombras oscuras en la sonrisa de un paciente con una línea labial alta. Esto puede ser causado porque el diente artificial está colocado demasiado alto hacia el labio o demasiado bajo hacia incisal creando un espacio entre la encía y la porción gingival del diente artificial.

En un paciente con una línea labial alta hay que trenzar para lograr la máxima estética. Aquí es necesario un contacto suficiente entre el tejido y el diente artificial para producir una suave depresión o presión inicial débil para crear un efecto de realidad. La isquemia inicial de la encía debe desaparecer dentro de los 60 segundos. Este contacto satisface el requerimiento estético al dar la ilusión visual de una relación real entre el diente y la encía a la vez que permite el mantenimiento higiénico. (3)

REQUISITOS DEL APARATO ESTÉTICO

- No deben interferir con la erupción de las piezas antagonistas.
- No deben interferir con la erupción de dientes permanentes.
- Deben facilitar espacio mesiodistal suficiente para la alineación de dientes permanentes en erupción.
- No deben interferir con la fonación, masticación, o movimientos mandibular funcional.
- Deben ser de diseño sencillo
- Deben ser fáciles de limpiar y conservar. (1b)

INDICACIONES

- Pérdida prematura de uno o más dientes incisivos temporales.
- Se puede utilizar en todos los casos en que la función y la estética son importantes. (1b)

CONTRAINDICACIONES

- Cuando el paciente es alérgico al material de resina usado en la construcción del aparato.
- Cuando no hay colaboración del paciente.
- Cuando se espera una próxima erupción de varios dientes - al poco tiempo debe ser colocado el aparato en boca y -- por consiguiente sea necesario mayores reformas de este.

(1b)

VANTAJAS

- Fácil de construir.
- Requiere poco tiempo.
- Fácil de ajustar.
- Menos fuerza sobre los dientes restantes porque es sostenido principalmente por los tejidos blandos.
- Mayor estética.
- Fácil de limpiar.
- Como son aparatos susceptibles de romperse y deformarse - pueden ser retirados por el paciente sin necesidad de esperar la intervención del operador para ser reparado.
- Fácil reparación en caso de ruptura.
- Poco tiempo para ajustarse. (8)

DESVENTAJAS

- El paciente determina el uso del aparato.
- La fonación se ve impedida parcialmente por el uso del aparato.
- Requiere toma de impresión y elaboración de un molde.
- Causa alteración de la masticación.
- Aumenta el riesgo de perderse o deformarse alguna de sus partes.
- Difícil de dominar.
- El cierre de espacio después de la extracción es muy difícil.
- Alto grado de habilidad para su fabricación. (2) (5)

TECNICA

Se tomán modelos de estudio superiores e inferiores con impresión de alginato, se hace un registro de mordida en cera. Se recortan los modelos de acuerdo con el registro de mordida en cera de manera que ocluyan adecuadamente. -- Con un lápiz puntiagudo se diseñan los ganchos y la extensión de la parte acrílica del aparato. (10)

CONSTRUCCIÓN

- Esqueleto de alambre, generalmente consiste en ganchos -- que sirven para obtener retención para el aparato.
- Algunos de los ganchos más comunmente usados para este - tipo de aparatos son: gancho circular, Adams? bola, y -- flecha.
- Cuerpo de resina (hecho con resinas autopolimerizables).
- Se adapta y aseguran todos los alambres con cera pegaje- sa en la superficie vestibular para no interferir con la porción acrílica del aparato.
- Se colocan los dientes plásticos.
- Se aplica alternativamente monómero (líquido) y polímero (polvo) hasta conseguir un espesor uniforme de 2mm de re- sina.
- Se introduce en una bolsa de plástico para evitar, que - quede con burbujas y permitir quede de una textura más - uniforme.
- Con un instrumento plano y agudo se separa con cuidado - el aparato del modelo.
- Se recorta y pule con una fresa para acrílico en forma - de pera. Se pule hasta obtener un buen brillo con conos- o ruedas de fieltro con pómez húmedo y a continuación -- con un líquido para pulir dentaduras. (10)

CUIDADOS DEL APARATO ESTETICO REMOVIBLE

- El aparato debe usarse constantemente en las horas de vigilia y durante el sueño.
- Si por cualquier razón se retira el aparato de la boca é debe colocarse en un lugar donde no pueda caerse o extraviarse.
- Los niños se adaptan rápidamente a estos aparatos pero - se necesita un periodo de ajuste y un esfuerzo por parte del niño.
- Si aparece un punto doloroso, deberá ajustarse.
- Inmediatamente después de cada comida y especialmente antes de acostarse, se debe cepillar cuidadosamente el aparato fuera de la boca, con pasta de dientes.
- Son necesarias frecuentes citas de revisión para observar el progreso de la erupción de los dientes permanentes y el crecimiento de los maxilares. (50)

APARATOS FIJOS

Los aparatos fijos son los que no pueden y no deben ser retirados por el paciente. (9)

PARTES DE UN APARATO FIJO

- 1) Bandas ortodónticas.
- 2) Arco de alambre.
- 3) Piezas artificiales. (5)

BANDA ORTODONTICA

El elemento básico de todos los aparatos fijos es la banda de ortodoncia. Esta está hecha de un metal precioso o de aleaciones inoxidables de cromo cobalto, especialmente fabricadas para ofrecer la mayor fuerza y durabilidad con un mínimo de volumen.

El material de la banda deberá ser suficientemente blando para permitir adaptación íntima a los contornos del diente y a la vez suficientemente fuerte para resistir los esfuerzos de la masticación y la deglución.

Las superficies de las bandas deberán ser pulidas para impedir la adhesión de restos de alimento. El material de la banda es insípido y no se oxida.

Las bandas de ortodoncia se presentan en tiras, rollos preformadas, conterneadas, sin costura. (4)

ARCO DE ALAMBRE

El alambre puede ser rectangular, redondo o cuadrado en un corte seccional, es de acero inoxidable de 0.036 de diámetro. (5)

VANTAJAS

- Mínimo tiempo empleado
- Fácil de construir.
- Fácil de ajustar.
- El aparato no puede ser retirado de la boca por el paciente. (10)

TÉCNICA

- Se seleccionan las bandas y se adaptan a los molares más distales (generalmente los primeros molares permanentes).
- Se toma una impresión superior.
- Se retiran las bandas de los dientes y se aseguran en la impresión.
- Se vierte la impresión en yeso piedra, se deja fraguar y se retira el modelo de yeso piedra. (11)

CONSTRUCCION

- Se dobla en forma de U un trozo de acero inoxidable 0.036 con los dedos.
- Los extremos distales del alambre deben estar en contacto con las superficies linguales de las bandas.
- Se mezcla una pequeña cantidad de yeso piedra y se asegura el alambre en la posición adecuada, añadiendo yeso a la porción anterior de manera que no interfiera con la soldadura.
- Se suelda el alambre a las bandas con fundentes de acero inoxidable y soldadura de plata.
- Se coloca la pinza artificial.
- Se retira el aparato de modelo de yeso piedra y se pule.
- Se observa el aparato en la boca del paciente antes de cementarlo para asegurarse que esté bien adaptado. (10)

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

La introducción de la corona de acero inoxidable a Humphrey demostró ser una fortuna para la práctica paideiéntica clínica al proporcionar un medio simple y expeditivo para restaurar los dientes que antes habían sido condenados a la pinza de extracción o hubieran requerido la preparación extensa y costosa de restauraciones coladas de oro. - La corona de acero inoxidable es parte invaluable e indispensable del instrumental de odontopediatría y de ningún modo es la restauración inferior de algunos profesionales-inexpertos en su uso, nos harían creer. Bien trabajada y utilizada la corona de acero inoxidable estará más adecuadamente a la altura de los requisitos de excelencia odontológica, en especial a la luz de la investigación moderna y los progresos en materiales dentarios y técnicas de fabricación. (1).

INDICACIONES PARA EL USO DE LAS CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

1.- Restauraciones de los dientes primarios y permanentes inmaduros tan intensamente atacados por caries que las restauraciones de amalgama serían de un tamaño muy grandenada práctico.

2.- Restauraciones de dientes deformados por defectos o anomalías del desarrollo, como displasias adamantinas e -- dentinogenesis imperfecta.

3.- Restauraciones que ha de ser preferentemente extracoronaria cuando haya habido terapéutica pulpar, que además de socavar el diente ya se mencionó, tienda a tornarla más frágil. (1).

4.- Restauración preventiva de caries recidivante en dientes ya tratados con amalgama, cuando se trate de bocas con una incidencia extremadamente elevada de caries.

5.- Pilar de mantenedores de espacio, tanto cuando el diente por sí plantea la indicación de este tipo de restauración, como cuando la anatomía del diente pilar es tal -- que impedirá la adaptación de una buena ortodóncia como anclaje para el dispositivo. También se puede usar coronas -- acero con topes soldados por vestibular para mejor retención de las grapas de las dentaduras parciales.

6.- Restauración de la dimensión vertical entre arcadas y prevención de exposición pulpar traumática en los casos -- severos de bruxismo, en los cuales los dientes pueden estar tan abracionados que las coronas sean necesarias. En -- la fase de dentición mixta, las coronas de acero inoxidable adaptadas a los molares primarios ayudarán a evitar el desgaste indebido de los molares permanentes. (1.)

RESTAURACION DE DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES CON CARIES PROXIMALES

Las restauraciones de los dientes anteriores primarios con caries que incluyen los ángulos proximales. Señalan - que hay posiciones muy firmes en cuanto a preparaciones - cavitarias con cola de milano o de corona de acero inoxidable o si quiere restaurar los dientes afectados. (X)

No hay duda de que la cuestión de la estética en la -- restauración de los dientes anteriores primarios, especial_lmente los superiores, merece una consideración cuidadosa. Si bien se hicieron grandes progresos en el desarrollo de restauraciones estéticamente placenteras para dientes anteriores. (X)

En el momento actual, las técnicas más adecuadas para las restauraciones de lesiones cariosas extensas de clase IV son las resinas acrílicas y compuestas, las coronas de policarbonato, coronas de acero inoxidable (con frente - estético o sin el) y las bandas ortodónticas. (X)

RESINAS ACRÍLICAS Y COMPUESTAS

Estas dan por resultado un aspecto inicial notablemente perfecto en cuanto a formas y estéticas. Es importante

(2)

obtener una retención mecánica adecuada labial y lingualmente, como la técnica descrita por Doyle. Lamentablemente la promesa inicial de la restauración no se mantiene; el borde inicial tiende a gastarse rápidamente y el aspecto pronto se deteriora. Además se produce una filtración considerable por la mala adaptación marginal de interfase y la falta de sellado marginal. Esto puede ser reducido - si se grava con ácido el esmalte previamente durante 60 segundos; o mejor aún, si se emplea un sistema de unión - al esmalte. (1)

CORONAS DE POLICARBONATO

Se les encuentra en el comercio en diversos tamaños y espesores, pero se requiere la reducción de una cantidad excesiva de tejido dentario natural para poder adaptarlas adecuadamente. Son muy impredecibles en cuanto adaptación gingival y una vez adaptadas y ajustadas, hay una marcada tendencia a que la sangre y los líquidos tisulares produzcan rápido deterioro del margen gingival. (2)

CORONA DE ACERO INOXIDABLE

Sin duda, la corona de acero inoxidable proporciona la restauración más resistente y durable para dientes anteriores primarios. Estéticamente, son muy pobres, pero se puede lograr un progreso considerable si se recorta una ventana labial y se coloca un frente de resina compuesta. Con la técnica hábil y cuidadosa se puede lograr en estos dientes algo muy exitoso estéticamente hablando. (3)

USO DE CROWNAS TELESCOPICAS

Las restauraciones telescópicas ofrecen ciertos beneficios, pero no carecen de problema. Una ventaja es que las preparaciones no tienen que conformar una pauta común de inserción. Solo las superficies funcionales requieren amoldarse a las pautas comunes. Otra ventaja consiste en la facilidad para unir diferentes segmentos de dentadura parciales fijas mientras se mantiene una brecha corta. Esto es particularmente útil cuando se usa porcelana con metal y aquí un arco largo puede producir demasiada fuerza y subsiguientemente la posibilidad de fractura. Esto permite quitar los pequeños arreglos en caso de desgaste del acrílico, fractura de la porcelana o necesidad de acceder a la pulpa si son necesarios procedimientos endodónticos. La flexibilidad de los procedimientos telescópicos permiten la alteración de los diseños, lo que hace innecesario rehacer la restauración completa. Por ej. en el caso de pérdida de un apoyo posterior, la superestructura se puede reacondicionar con una dentadura parcial removible. Se puede conseguir un alto grado de latitud, lo que depende de como se hace la unión de las copias. (3)

C A S U I S T I C A

CASO CLINICO N° 1**DATOS PERSONALES:**

Nombre; Beatriz del Real.

Edad; 5 años.

Sexo; Femenino.

Ocupación; Estudiante.

Dirección; Mariano Otero 1592.

MOTIVO DE CONSULTA:

Los padres refieren que el mes anterior, le extrajeron el incisivo superior derecho a la paciente y ésta desea tener su nuevo diente.

DIAGNOSTICO:

Boca asintomatica, presencia de espacio anodontico en la región del incisivo central superior derecho.

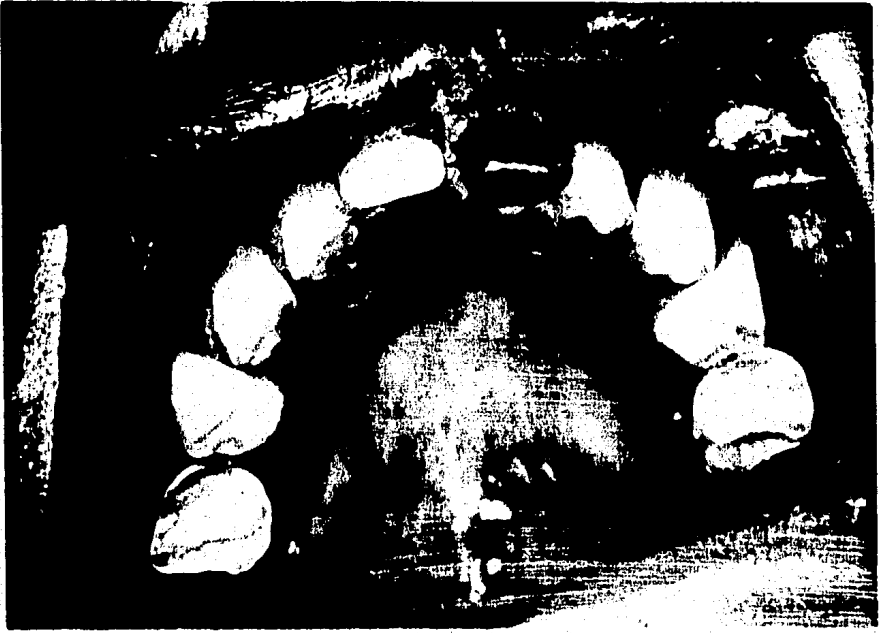
TRATAMIENTO:

- Confección de placa parcial removible con diente estético.
- Posterior a la valoración radiográfica en donde no hubo hallazgos patológicos, se tomó impresión del proceso maxilar, se vacio el modelo y sobre -----

éste se elaboraron ganchos semicirculares en caninos maxilares, se aplico el monómero y polimero acrilico y por último un diente de resina acrílica fué colocada sobre el acrilico.

- La placa se recorto, se pulio con piedra pómez y blanco de españa.
- El paciente recibio instrucciones sobre colocación y limpieza de la placa.
- Evaluación: la primera evaluación 15 días después el paciente se presenta sin la placa debido a que no puede comer con ella.
- Un mes después el paciente continua sin utilizar adecuadamente la placa.
- Resultado: decidimos posponer la colocación de un aparato fijo para una fecha posterior.





CASO CLINICO Nº 2

DATOS PERSONALES:

Nombre: Leticia López Ruelas.

Edad: 5 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Estudiante

Dirección: Hidalgo # 834

MOTIVO DE CONSULTA:

Los padres reportan que la niña ha cambiado de actitud desde la extracción de su diente anterior.

DIAGNOSTICO:

A la inspección oral se observa, una boca asintomática, con presencia de espacio anodontico en la región del incisivo superior derecho primario.

TRATAMIENTO:

- Placa parcial removible con diente estético.
- Se valoró radiográficamente al paciente
- se tomó impresión superior e inferior y se vaciarón los modelos.

- Sobre el modelo superior se confeccionaron ganchos semicirculares en segundos molares primarios y en caninos, se colocó un diente de resina acrílica y se utilizó la técnica de sal y pimienta en la confección de la base acrílica.
- Después del recortado y pulido de la plaquita se coloca esta en la paciente.
- Previa explicación de adaptación, limpieza y retiro de la misma.
- Se recomendaron valoraciones posteriores cada 15 días.
- La paciente presenta una adaptación atraumática de la placa, su actitud de rechazo a las actividades escolares se ha modificado con el uso de la misma.
- Evolución: satisfactoria.



CASO CLINICO Nº 3

DATOS PERSONALES:

Nombre: Carmen Ibarra Felix.
Edad: 3 años
Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante de Kinder
Dirección: Pablo Neruda # 3234

MOTIVO DE LA CONSULTA

Se presentó la paciente con ausencia del incisivo central superior izquierdo primario como resultado de un traumatismo.

DIAGNOSTICO

Una vez hecho el examen clínico observamos una boca asintomática, con presencia de espacio anodontico en la región del incisivo central superior izquierdo primario.

TRATAMIENTO

- Placa parcial fija con diente estético
- Se valoró radiográficamente al paciente
- Se tomó impresión superior e inferior y se vaciaron los modelos.
- Sobre el modelo superior se confeccionaron bandas

en segundos molares primarios, se adapta el arco por palatine y se solda al alambre un diente de resina acrílica.

- Se pulió el aparato y se cementaron las bandas.
- Se recomendaron valoraciones posteriores cada 15 días.
- La pacientes presenta una adaptación atramatica de la pla
ca.
- Evolución : satisfactoria.

CASO CLINICO N° 4

DATOS PERSONALES:

Nombre: Felipe Soto Gómez.
Edad: 5 años
Sexo: Masculino
Ocupación: Estudiante
Dirección: Av. Niño Obrero # 453

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente se presentó al consultorio, ya que había presentado frecuentemente inflamación en el área del incisivo central superior derecho primario y superficie hipoplásica en segundo molar primario maxilares izquierdo y derecho.

DIAGNOSTICO:

En el examen oral observamos caries de tercer grado en el diente incisivo central superior derecho, por lo cuál se indicó extracción del mismo.
Los molares fueron rehabilitados con corona de acero.

TRATAMIENTO:

- Aparato fijo con diente estético.
- Se valoró al paciente radiográficamente.
- Se tomó impresión superior e inferior y se vaciaron los modelos.
- Sobre el modelo superior, se confeccionó un aparato fijo, utilizando como anclaje coronas en el segundo molar derecho y el segundo molar izquierdo primario unidas por un arco al que se le unió el diente central de resina acrílica.
- Se recomendaron valoraciones posteriores cada 15 días.
- El paciente presentó una adaptación satisfactoria del aparato fijo, y en el momento en que se produjo la aparición del central permanente, se retiró el arco cortando en los puntos de unión con las coronas.

CASO CLINICO N° 5

DATOS PERSONALES:

Nombre: Ramón Sainz Rodríguez.
 Edad: 3 años
 Sexo: Masculino
 Ocupación: Estudiante de Kinder
 Dirección: Naciones Unidas # 4839

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Este niño fué derivado por su pediatra con la indicación de que se le extrajerán todos los dientes-bajo anestesia general. Y que el niño presentaba el hábito de succión del púlgar.

DIAGNOSTICO:

Evidentemente el cuadro era alarmante, pero el -examen clínico y radiográfico mostró que, con excepción de los restos radiculares infectados de los -cuatro incisivos superiores y del primer molar inferior derecho, todos los otros dientes, a pesar de -su gran destrucción coronaria, tenían lesiones de -caries detenida, sin complicaciones periapicales y - se podían conservar.

TRATAMIENTO;

- Se prepararon coronas de acero para los molares y caninos, se cementaron previa protección indirecta con óxido de zinc eugenol.
- Luego se extrajeron las raíces de los incisivos superiores y del primer molar inferior derecho.
- Se confecciono una placa removible superior con dientes anteriores de resina acrilica.
- Se recomendaron valoraciones posteriores casa quince días.
- El paciente una vez rehabilitado, dejo de chuparse el dedo y presento una adaptación satisfactoria a la placa superior.

CASO CLINICO N° 6

DATOS PERSONALES:

Nombre: Claudia felix Gonzales.

Edad: 5 años.

Sexo: Femenino.

Ocupación: Estudiante.

Dirección: Av. Bethoben # 545

MOTIVO DE CONSULTA:

Esta niña fué traída al consultorio a consecuencia de un fuerte golpe, recibido en la zona de los dos in cisivos centrales superiores.

DIAGNOSTICO:

Una vez realizado el exanén clínico observamos que los incisivos céntrales superiores, fuerón despla-- dos lingualmente, hasta quedar en oclusión invertida, presentaban una coloración rojiza que era exsión de - la intensa hemorragia pulpar.

TRATAMIENTO:

- Se valoró al paciente radiográficamente, en el cuál mostraba, además del marcado desplazamiento, fractura radicular del central derecho.

- Extracción de los dientes anteriores superiores.
- Placa parcial removible con dientes estéticos.
- Se tomó impresión superior con alginato, se vació el modelo, y se obtuvo la reproducción de los dos centrales.
- Se confeccionaron ganchos semicirculares en los segundos molares primarios y en los caninos, se ubicaron los dientes de resina acrílica, y se utilizó la técnica de sal y pimienta en la confección de la base acrílica.
- Después del recortado y pulido de la placa se colocó esta en el paciente.
- Se recomendaron valoraciones posteriores cada 15 días.
- Evaluación post-tratamiento; satisfactoria.

CASO CLINICO n° 7

DATOS PERSONALES:

Nombre: Gilda Lorenia Ruiz rodriguez.

Edad: 4 años 6 meses.

Sexo: Femenino.

Ocupación: Estudiante.

Dirección: Av. Guadalupe # 435.

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente presenta dolor en los incisivos anteriores maxilares.

DIAGNOSTICO:

Caries rampante.

TRATAMIENTO:

- Extracción de incisivos centrales superiores y adaptación de coronas de acero en laterales.
- Confección de placa parcial removible con dientes de resina acilica.
- Se valoró radiográficamente a la paciente.

- Se tomó impresión superior y sobre el modelo superior se confeccionó una placa acrílica con incisivos centrales, de resina, ganchos mesocirculares en caninos y segundos molares primarios.
- La placa se recortó, se adaptó en la paciente.
- Previo entrenamiento sobre colocación y limpieza de la misma.
- Se valoró a la paciente con intervalos de 15 días, observando una adecuada adaptación y tejidos orales --- asintóticamente.

CASO CLINICO N.º 8**DATOS PERSONALES:**

Nombre: Karla Soto Gastelum.

Edad: 5 años

Sexo: Femenino.

Ocupación: Estudiante.

Dirección: Av. Patria # 104

MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente se golpeo los dientes anteriores superiores.

DIAGNOSTICO:

Laceración de frenillo y extrusión de incisivo central superior derecho.

TRATAMIENTO:

- Sutura de los tejidos gingivales y extracción del diente.
- Se adaptaron bandas prefabricadas en segundos molares primarios, se tomó impresión con alginato, - con las bandas sobre la impresión se obtuvo el modelo en yeso.

- Se adaptó un alambre 0.032 sobre la superficie palatina, se soldó un alambre 0.028 en la zona correspondiente al espacio anodontico, se soldarán también los extremos distales del alambre a las superficies linguales de las bandas.
- Sobre una coronita de celuloide se colocó acrilico y esta se colocó sobre el alambre. Las bandas se retiraron del modelo.
- Se pulió y se cementaron en el paciente.
- Evolución: satisfactoria.

CASO CLINICO N° 9**DATOS PERSONALES;**

Nombre: Adolfo Urdetia Flores.

Edad: 4 años.

Sexo: Masculino.

Ocupación: Estudiante.

Dirección: Morelos # 231 Lomas.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Dolor dental.

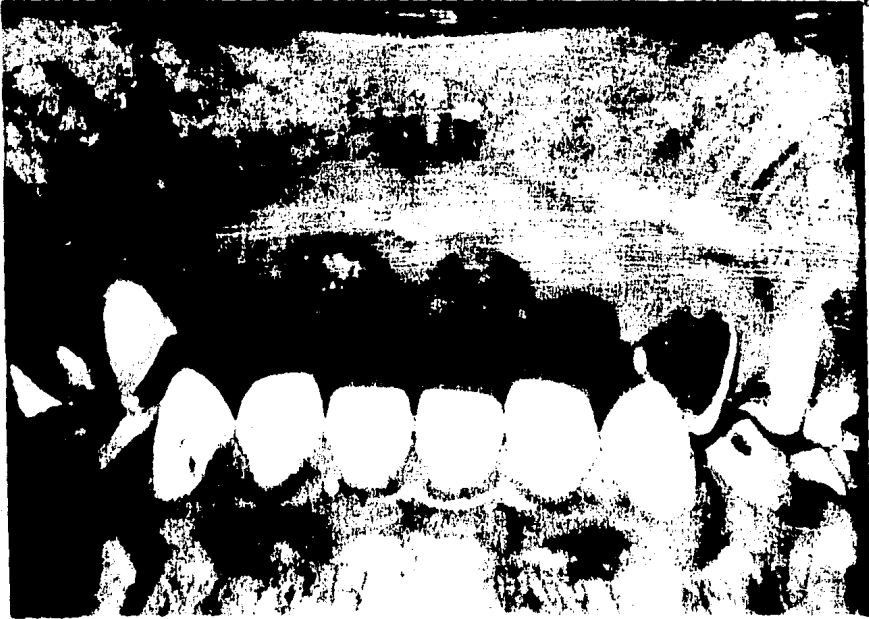
DIAGNOSTICO;

Una vez realizado el examen clínico, y el estudio radiográfico, observamos caries de tiberón, por lo cual se indicó extracción de los cuatro incisivos superiores y de los primeros molares derecho e izquierdos superiores primarios, y en caninos caries de segundo grado, en lo que se indicó coronas de acero.

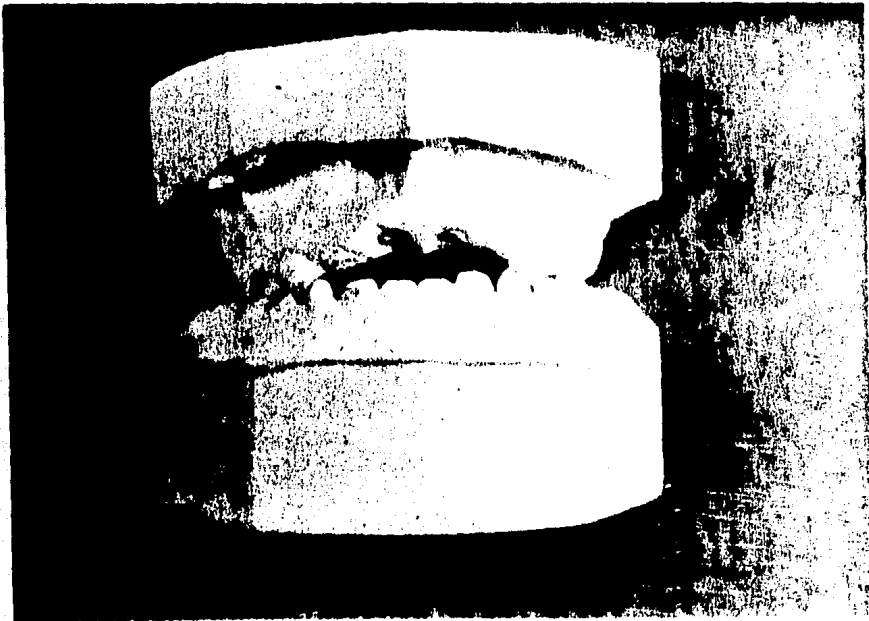
TRATAMIENTO:

- Se realizó historia clínica, y modelos de estudio.
- Posterior a la valoración radiográfica del paciente se hizo extracción de las piezas indicadas.
- Una vez realizado el tratamiento de operatoria dental, se tomó impresión superior e inferior y se vaciaron los modelos, sobre el modelo superior y se confeccionó un aparato removible con dientes estéticos.
- Se confeccionarán ganchos semicirculares en los segundos molares primarios y caninos, se colocarán los dientes de resina acrílica, se utilizó la técnica de sal y pimienta en la confección de la base acrílica.
- Después se recortó y se pulió la placa.
- Se colocó en el paciente.
- Previa explicación de adaptación, limpieza y retiro de la misma.
- Se recomendarán valoraciones posteriores cada 15 días.
- Evolución: satisfactoria.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA



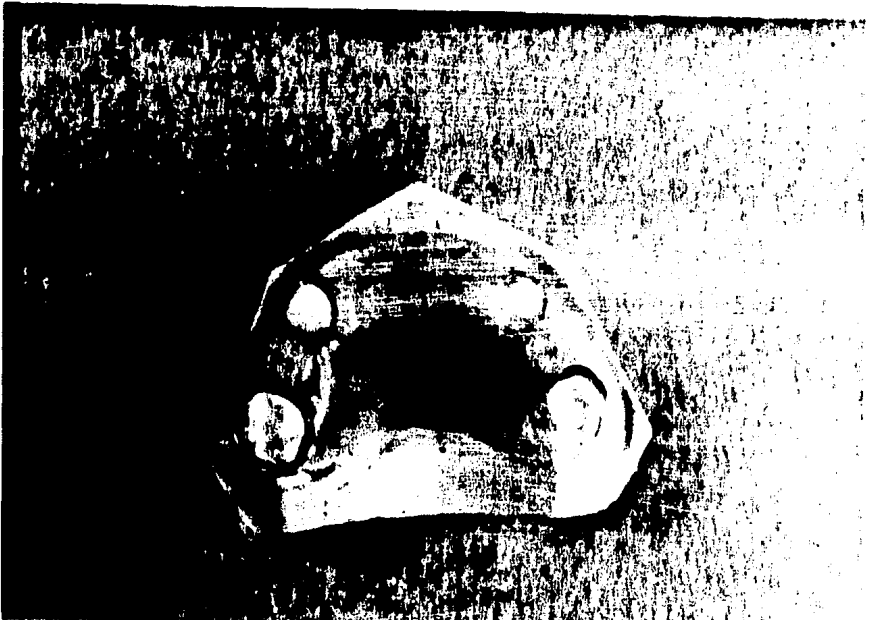
CARIES DE BIBERON



MODELOS DE ESTUDIO



ESPACIO ANODONTICO



PLACA TERMINADA SOBRE EL MODELO DE TRABAJO



PRUEBA DEL APARATO EN LA BOCA DEL PACIENTE



COLOCACION FINAL DEL APARATO EN LA BOCA DEL PACIENTE

CONCLUSIONES

Considero que siempre debe colocarse un mantenedor de espacio, en todos los casos de pérdida prematura de dientes primarios, ya sea, por cualquiera de las siguientes causas: Traumatismos, caries o ausencia congénita.

Ya que la ausencia de las piezas puede traer consecuencias de trastornos psicológicos, problemas de fonación, masticación social y hábitos.

Este tema me interesa, porque en la actualidad el odontólogo no se interesa mucho en la estética de los niños, por lo hago incapie en que todos nos debemos de interesar más en estos tipos de pacientes para una mejor funcionalidad de las piezas en un futuro, y la estética que es muy importante en los niños.

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

- 1.- Braham Morris, Odontologia Pediátrica,
Primera Edición, Editorial Panamericana S.A.
Argentina, 1984.
- 2.- Finn Sidney, Odontologia Pediátrica,
Cuarta Edición, Editorial Interamericana,
México, 1980
- 3.- Goldstein Ronald, Estética Odontologica,
Primera Edición, Editorial Inter-Médica,
Argentina, 1980.
- 4.- Graber T.M., Ortodoncia,
Tercera Edición, Editorial Interamericana,
México, 1981.
- 5.- Kerr Donald, Diagnostico Bucal,
Primera Edición, Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Argentina, 1976.
- 6.- Kornfeld Max, Rehabilitación Bucal,
Primera Edición, Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Argentina, 1972.

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

- 7.- McDonald Ralph, Odontología para el niño y el adolescente. Segunda Edición, Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Argentina, 1975.
- 8.- Moyers Robert E., Ortodencia, Tercera Edición, Editorial Interamericana, México, 1981.
- 9.- Sim Joseph M., Movimientos dentarios Menores en niños, Segunda Edición, Editorial Mundi., Argentina 1980.
- 10.- Snawder Fenneth D., Manual de Odontopediatria Clínica, Primera Edición, Editorial Labor, España, 1982.