

870122

9
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

**“ANALISIS DE LAS PROTESIS FIJAS MAYORMENTE UTILIZADAS EN
DIENTES TEMPORALES ANTEROSUPERIORES Y LA ALTERNATIVA
DE COLOCAR CORONAS DE ACERO CON FRENTE ESTETICO”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

RAFAEL ARRIOLA ANGUIANO

Asesor: Dr. Guillermo Hernández Ortiz
GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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.....	1
<u>CAPITULO I:</u>	
<u>"TIPOS DE RESTAURACIONES MAS COMUNES"</u>	
a) Necesidad de una restauración.....	4
b) Restauraciones en dientes primarios anterosepe- riores	6
c) Coronas preformadas	13
<u>CAPITULO II:</u>	
<u>"LA CORONA DE ACERO CON FRENTE ESTETICO"</u>	
a) Selección del caso	18
b) Consideraciones previas a la preparación	19
c) Preparación del diente receptor de la prótesis .	21
d) Selección de la corona	25
e) Ajuste y colocación de la corona	27
f) Cementado	31
g) Preparación de la ventana vestibular	33
h) Colocación del frente estético	40
i) Pulido y terminado	41
j) Comentarios	41
CASUISTICA	44
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA	55

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

El propósito de este trabajo es el demostrar otra alternativa para la rehabilitación de dientes anteriores primarios que han sido atacados gravemente por caries, principalmente como sucede con el Síndrome de Biberón.

Si bien conocemos y utilizamos frecuentemente amalgamas y coronas preformadas, las primeras están contraindicadas en grandes superficies por reconstruir. Sobre las segundas tratará este trabajo, incluyendo además las más utilizadas como son las de acero inoxidable y policarbonato, una modificación a la restauración con corona de acero, haciéndola más estética y sin que pierda sus grandes cualidades que las han hecho merecedoras de gran predilección entre Odontopediatras, como son: ajuste, duración y resistencia, que se mencionarán posteriormente en el Capítulo I.

Todos sabemos la importancia del factor estético en la restauración de dientes anteriores primarios, especialmente en el caso de los superiores. Una de las razones de esta importancia es la cuestión psicológica en el niño: los niños desean aparentar ser iguales a los demás para así evitar críticas y el ridículo de sus iguales que seguramente les harán, si ven que su dentadura es diferente.

Para mejorar la estética en restauraciones, se han hecho grandes progresos introduciendo prótesis estéticamente

placenteras, pero es conocido que en la actualidad las prótesis más duraderas son también las menos estéticas y viceversa con la excepción de las porcelanas que requieren condiciones especiales y que por su elevado costo quedan al margen del alcance de la mayoría de los pacientes y no es la intención de este trabajo el sugerir el empleo de una alternativa solo para una minoría, sino el empleo de una restauración que combine duración y estética sin que su costo sea muy superior al que se pagaría por una prótesis convencional, recordando que debemos tratar las piezas dentarias de los niños en base de lo que es mejor para ellos y no en función de lo que es más fácil o redituable para el Odontólogo.

C A P I T U L O I

" TIPOS DE RESTAURACIONES MAS COMUNES "

CAPITULO I

TIPOS DE RESTAURACIONES MAS COMUNES

NECESIDAD DE UNA RESTAURACION.-

A pesar de los grandes esfuerzos de la Odontología Infantil para ofrecer salud dental y para minimizar los efectos de la caries, muchos son los casos de niños que aún se -- presentan para atención dental con gran destrucción en sus -- dientes primarios en especial los anterosuperiores, caracte-- rística principal en el llamado Síndrome de Biberón, causado por el proporcionar por períodos prolongados el biberón al pe pequeño niño y más aún con la introducción de bebidas azucaradas en éste, se proporciona un medio de cultivo excelente para mi croorganismos debido al estancamiento de estas sustancias que se presenta más durante la noche (6).

La restauración de dientes primarios anterosuperiores ha presentado un reto único a los dentistas que se ocupan de tratar niños. (5)

Una de las tareas del Odontólogo es el reparar estos dientes con restauraciones que sean durables, retentivas, funcionales y estéticas. (6)

Al restaurar estas piezas dentarias, el Odontólogo se ve obligado a tomar decisiones que son importantes para --

los niños que se están tratando. Ahí el reto, de que al tratarse los dientes de los niños, deberán hacerse estos tratamientos en función de lo que es mejor para cada niño en particular y no en función de lo que es más fácil para los padres o para el Odontólogo inclusive, ni de lo que será lo mejor para otros niños ni mucho menos lo que sea más remunerativo económicamente hablando. (2)

Para la correcta elección de un tratamiento, nos debe importar tanto el estado histológico pulpar y su sintomatología como también el lograr restaurar la forma, función y estética del diente. (5)

El Odontólogo al hacer esto, contribuye a la salud tanto dental como general del niño, puesto que si se perdiera prematuramente cualquiera de las piezas primarias, se podría dañar de manera trascendente y duradera la dentición permanente sin mencionar la posible repercusión psicológica que pudiera traer consigo. (2)

Por esto mismo, el último fin o la meta de la Odontología Pediátrica es el preservar la integridad de las piezas deciduas, para que se mantengan funciones normales y ocurra su consiguiente exfoliación natural. (2)

El problema de la restauración en dientes anterosuperiores ha sido encarado de muchas formas. (5)

Y a pesar de que se han hecho grandes progresos en el desarrollo de restauraciones, no se ha llegado aún a la restauración ideal, esto es, una restauración que conjunte du

rabilidad, ajuste perfecto, función semejante a la natural, -
estética que realmente asemeje al órgano dentario y que pre-
sente un costo accesible al alcance de las mayorías. Prueba -
de ello es la problemática referente a la estética, en la que
se han alcanzado logros notables. Sin embargo encontramos tam-
bién que las restauraciones más duraderas siguen siendo las -
menos estéticamente placenteras y viceversa, las más estéti-
cas son por lo general las menos duraderas. (1)

Y si en alguna restauración se conjuntan éstas cua-
lidades, el costo resultante de esta restauración es muy ele-
vado y/o requiere además de circunstancias que no se presen-
tan en la mayoría de los casos.

Una revisión de diferentes alternativas que han sur-
gido se detalla a continuación.

Otra situación que se presenta aunque no muy fre-
cuentemente es el paciente con defectos estructurales en su -
primera dentición, ya sean anomalías en el esmalte y/o denti-
na, por ejemplo: dentinogénesis imperfecta, amelogénesis im-
perfecta, etc. En estos casos, el paciente busca la rehabili-
tación primeramente por motivos estéticos.

RESTAURACIONES EN DIENTES PRIMARIOS ANTEROSUPERIORES.-

La restauración de dientes anteriores primarios se
ha llevado a cabo: simplemente discando y utilizando nitrato
de plata, utilizando amalgama de plata, cemento de silicato,-
resinas compuestas, colocando bandas ortodónticas, coronas de

oro-porcelana, coronas de acrílico, coronas de celuloide, coronas de acero inoxidable, coronas de policarbonato, etc.

(1, 5, 6, 7, 8)

- Discar zonas cariosas -

Habitualmente, hay muy poco tejido duro disponible en estos dientes como para tallar cavidades retentivas, por ello, el método de tratamiento más sencillo es hacer que la cavidad pueda auto-limpiarse, discando las caras proximales.

Esto debe ir acompañado por una rigurosa atención a la higiene bucal y a la dieta correcta si se quiere detener el avance de estas lesiones cariosas. El uso del nitrato de plata, aunque algunos dentistas lo utilizan, está contraindicado en estas superficies o en cualquier superficie dentaria pues no parece haber evidencia concluyente en cuanto a sus -- propiedades anticariogénicas, y su efecto sobre la pulpa es - impredecible, además de que las superficies dentarias se mancharán severamente dando un aspecto sumamente desagradable.

(7)

- Amalgama de Plata -

La amalgama de plata es un gran material de restauración, más sus grandes cualidades están presentes sólo cuando es utilizada en dientes posteriores y en una o dos caras - cómo máximo.

En dientes anteriores no se utilizan, debido primeramente a la poca cantidad de tejido dentario disponible para crear una cavidad retentiva, además de estar probada su ineficacia cuando se utiliza en más de dos superficies. Otra razón

de su limitado uso en dientes anteriores es el factor estético no muy agradable que presenta. (3, 8, 13)

- Cemento de Silicato -

Se utiliza con buenos resultados estéticos, ya que vienen en diferentes tonalidades, lo que facilita la imitación del color dentario. Estos buenos resultados se observarán siempre que se utilice como material de restauración provisional, ya que no es estable en el medio bucal y presenta cambios de color, además de su potencialidad nociva a la pulpa debido a su permeabilidad a los fluidos bucales, lo que lo convierte en una constante fuente de irritación pulpar. (8, 9)

- Resinas compuestas -

Estas resinas dan por resultado un aspecto inicial notablemente perfecto en cuanto a forma y estética. Es importante obtener una retención mecánica adecuada labial y lingualmente, como se indica en la técnica de Doyle introducida en 1967 (15), y que es una modificación a la preparación de cavidades Clase III, para dientes anteriores primarios cariados, con gran pérdida de material dentario. Debido a que los dientes primarios anteriores son más grandes en sentido mesiodistal que oclusogingival, se sugiere en esta técnica la creación de cavidades retentivas sobre las caras vestibular y lingual, para incrementar la retención del material restaurativo como la resina compuesta.

La promesa del resultado inicial lamentablemente no se mantiene, pues el borde incisal tiende a gastarse rápidamente y el aspecto pronto se deteriora. Además, se produce una filtración considerable por la mala adaptación marginal en

interfase y la falta de sellado marginal. Tampoco se recomienda esta técnica inmaterial, en cavidades ya sea en clase III o IV que presenten demasiada destrucción dentaria. (1, 6, 7)

- Bandas Ortodónticas -

Mediante ésta técnica, la banda ortodóntica preformada se adapta al diente involucrado antes de la remoción de la caries, posteriormente se elimina ésta con una cucharilla o excavador de dentina o con una fresa de bola preferentemente, se aplica una base apropiada a las porciones profundas de la cavidad y utilizando una mezcla cremosa de cemento de fosfato de cinc, se fija la banda en su posición correcta y ya fraguado el cemento se elimina el excedente.

El problema con esta restauración lo constituye el factor estético que es desagradable aunque se puede mejorar siguiendo el ejemplo de la corona de acero con frente estético, que describiremos en el próximo capítulo, y cortaremos una ventana labial a la que aplicaremos una carilla de acrílico o de resina compuesta. (1, 5)

- Corona de oro-Porcelana -

En 1963, se sugirió el uso de la corona oro-porcelana para resolver el problema restaurativo de los dientes primarios anteriores, con ésta se logró una completa funcionalidad y una estética excelente; sin embargo, el costo de estas restauraciones es muy elevado y además requiere de mucho desgaste de la pieza, circunstancia que no muy frecuentemente se puede realizar ya que estos dientes presentan poco material dentario para esta preparación, ya que aunado a su tamaño, generalmente pequeño, están en muchas ocasiones afectados por grandes lesiones cariosas que

minimizan más aún el volumen de éste. (5)

- Corona de Acrílico -

En 1966, se eliminó el costo elevado y muchas de las - circunstancias requeridas para la colocación de oro-porcelana, - introduciendo como restauración para dientes anteriores prima- rios la corona de acrílico.

Esta restauración es estética, funcional y económica, - sin embargo, presenta también contraindicaciones, como son en ca sos de niños muy pequeños, en dientes muy pequeños o con grandes lesiones; tampoco es recomendable en casos de pacientes con bru xismo o aquellos con problemas ortodónticos como sobremordidas - verticales muy marcadas. (5, 6, 7)

- Corona de Celuloide -

Lá técnica de la corona de celuloide aventaja las téc- nicas y principios de la aplicación de resinas. En esta técnica, el diente es preparado y grabado con ácido, después la corona de celuloide, previamente adaptada al diente, se llena de resina y se coloca. Cuando la resina ha polimerizado, la corona de celu- loide se retira al igual que los excedentes, y nuestra prepara- ción está así terminada.

Al mismo tiempo que es apoyada esta técnica, también - es atacada, pues a pesar de que ésta restauración es muy acepta- ble estéticamente, tiene varias desventajas como por ejemplo el ser potencialmente dañina a la pulpa y la resina está propensa a la decoloración, al desgaste y a la fractura. Para evitar estos inconvenientes y la necesidad frecuente de reparar o volver a co locar esta restauración se evita colocarla en pacientes que pre-

sentan dificultades para ser tratados, como serían: niños muy pequeños, impedidos, poco cooperadores, etc. (6)

- Coronas de Acero Inoxidable -

Dentro de las coronas metálicas preformadas tenemos -- las de acero inoxidable y las de Cromo-Níquel fabricadas por la casa 3M. (14)

Fueron introducidas en el mercado en 1950, y constituyen la restauración más resistente y durable para dientes posteriores y anteriores primarios. (1, 10)

El uso de coronas de acero ha sido ampliamente aceptado por la profesión dental, contribuyendo para que el campo restaurativo en el niño ocupe un lugar digno en la práctica odontológica. (10)

La estética es su única desventaja; más está recomendado su uso en las siguientes situaciones:

1.- Para restaurar dientes primarios excesivamente destruidos por la acción de la caries, en los cuales la restauración parcial está contraindicada por las fracturas que en ellas causen la presión que ejercen las fuerzas de la masticación.

2.- En dientes con caries que abarquen más de dos superficies dentarias.

3.- En dientes con fractura coronaria extensa.

4.- Después de un tratamiento pulpar tienden a volver-

se frágiles y quebradizos, la probable fractura de las estructuras dentarias en estos casos, ha llevado a la práctica de cubrir los dientes con coronas de acero después del tratamiento pulpar, ya que si se produjera una fractura por debajo de la inserción epitelial, sería imposible la ulterior reparación del diente.

5.- Dientes de primera dentición con muy marcada hipoplasia del esmalte y otros defectos como la amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, etc.

6.- En pacientes en los que la corona de acero puede ser utilizada en unión de aditamentos que cumplan otros objetivos, además del restaurador, por ejemplo: en el manejo de espacio como mantenedores, en el tratamiento de hábitos nocivos como trampas linguales, etc.

7.- En pacientes con alto índice de caries o incapacitados, que obliguen a proporcionar tratamientos radicales y no repetitivos, por ejemplo: síndrome de biberón, parálisis cerebral, etc.

Aunque tenga grandes ventajas el uso de estas coronas, también existe un número reducido de contraindicaciones, por ejemplo:

1.- No deben utilizarse como restauraciones permanentes en dientes de la segunda dentición, ya que es casi imposible obtener una adaptación adecuada de la corona al borde gingival. Esta adaptación imperfecta suele producir irritación gingival crónica.

2.- En presencia de enfermedades sistémicas en las que al efectuar este procedimiento, puede comprometerse la salud del paciente. Asi también en presencia de alteraciones en el periodo o en la pulpa dental que no hayan sido tratadas.

3.- Cuando existe gran pérdida de espacio proximal que impida la colocación adecuada de ésta. (10, 12)

Sobre la técnica hablaremos en el siguiente capítulo, cuando mencionemos la modificación de ésta corona para volverla más estética sin que perdamos sus cualidades mencionadas anteriormente, esto es: la corona de acero con frente estético.

Al referirnos a esta modificación, también haremos un repaso sobre la técnica completa, esto es, que incluya desde la preparación adecuada del diente y de la corona de acero convencional hasta la colocación del frente estético.

- Corona de Policarbonato -

Sobre ésta nos referiremos a continuación en la sección de coronas preformadas plásticas.

CORONAS PREFORMADAS.-

El uso principal de las coronas preformadas es restaurar la función de una pieza dental dañada. Las coronas preformadas se fabrican en metales no preciosos y en resinas plásticas color diente, siendo las de policarbonato las más utilizadas de esta segunda categoría. (14)

Dentro de las coronas metálicas preformadas encontramos las de acero inoxidable y las de níquel-cromo, ya mencionadas anteriormente y que completaremos lo referente a su preparación y modificaciones en el siguiente capítulo.

- Coronas Preformadas Plásticas -

La corona preformada de policarbonato, ejemplo de las coronas preformadas plásticas, se utiliza para restaurar dientes anteriores cuando la resina compuesta no se retenga apropiadamente. En el pasado se utilizaron como restauraciones estéticas provisionales para dientes permanentes anteriores. Y con el progreso de la Odontología Infantil y el reconocimiento de la necesidad de estética en la restauración de dientes primarios, las coronas de policarbonato se perfeccionan en su técnica, para utilizarse en la Odontopediatría. (11)

Las indicaciones clínicas para el uso de la corona preformada de policarbonato son las mismas que para la utilización de las coronas de acero (5, 6, 8).

Se recomiendan dientes con extensas lesiones, malformaciones estructurales, dientes fracturados, para restaurar dientes que han sido tratados endodónticamente, etc. El objetivo principal de la corona de policarbonato es la restauración total del diente con resultados estéticos.

Tienen la desventaja de que son muy propensas a fracturarse, presentan problemas de retención, son muy impredecibles en cuanto a su adaptación gingival y una vez adaptadas y ajustadas, existe una marcada tendencia a que la sangre y los líquidos tisulares produzcan una rápida deterioro del margen gingival.

(1, 5)

Está contraindicado su uso cuando:

- 1) No exista espacio interoclusal adecuado.
- 2) Cuando exista apiñamiento.
- 3) Se presenten sobremordidas muy marcadas.
- 4) Exista bruxismo y haya evidencia de abrasiones en los dientes anteriores.

Estas circunstancias son comunes en la primera dentición y evidentemente limitan la utilización de esta corona como restauración de dientes primarios anteriores. (5, 6)

Técnica de Preparación y Ajuste.-

Sobre la preparación del diente receptor de esta corona y el ajuste de la misma, mencionaremos en forma somera los pa sos recomendados:

1.- Anestesia local.- Aún cuando se trate de un diente desvitalizado, por el trauma que pueden experimentar los tejidos blandos, se recomienda utilizarla.

2.- Selección de tamaño de corona apropiado.- Las coro nas de policarbonato vienen en un solo color y en seis diferentes tamaños para cada diente.

3.- Colocación del dique de hule.-

4.- Eliminación de la caries y/o tratamiento pulpar si fuese necesario.

5.- Preparación del diente.- Se puede realizar en for-

ma similar a la preparación para corona de acero o si está afectado el cuello de la pieza se hará la preparación con hombro, si milar a la indicada para una corona-funda.

6.- Adaptación de la corona.- Se revisará el ajuste -- cervical, si hubiera desajuste se corregirá con resina acrílica del mismo color de la corona.

7.- Raspado del interior de la corona.- Para que el ce mento se adhiera mejor.

8.- Cementado de la corona.- a) Con cemento de fosfato de zinc si la corona está bien adaptada.

b) Con resina y cemento de fosfato de zinc, para lo - -
grar un mejor ajuste y cementado.

c) Con resina únicamente. Se recomiendan hacer dos ori ficios de 1 mm de diámetro aproximadamente en la cara lingual, - para que fluya el excedente de resina y se logre una mejor adaptación.

9.- Terminado y pulido de márgenes cervicales.-

Si se quiere utilizar una corona de policarbonato en - un diente anteroinferior, deberemos utilizar una de las coronas superiores y adaptarla al diente inferior a restaurar.

En ocasiones cuando no exista suficiente estructura -- dentaria para sostener la corona, en su lugar es necesario utili zar una corona de acero para obtener mejores resultados. (8, 11, 14)

CAPITULO II

" LA CORONA DE ACERO CON FRENTE ESTETICO "

CAPITULO II

"CORONAS DE ACERO CON FRENTE ESTETICO"

SELECCION DEL CASO.-

Cuando el paciente infantil solicita atención dental y presenta en sus dientes primarios anterosuperiores gran destrucción, espera dentro de lo posible una rehabilitación total que conjunte funcionalidad, duración y estética.

Desgraciadamente cuando existe demasiada destrucción de sus dientes, estos sólo podrán ser rehabilitados con coronas de acero inoxidable y el aspecto poco estético de estas restauraciones se aceptará como un mal necesario y podrá traer repercusiones psicológicas en el niño.

Ya que los niños no les gusta ser diferentes a sus iguales para no exponerse al ridículo que en este caso se produciría al observar la diferencia entre sus dientes con coronas de acero y los dientes sanos de sus compañeros. Estos probablemente se burlarán del aspecto desagradable de los dientes de éste, creándole un sentimiento de rechazo que tendrá manifestaciones psicológicas como mencionamos, que irán presentándose durante su desarrollo al estar en un medio ambiente agresivo.(2)

Una alternativa que debe el odontólogo ofrecer a sus pequeños pacientes, es la corona de acero con frente estético que incorpora estética a la corona de acero inoxidable.

La corona de acero con frente estético está indicada cuando se requiera de una restauración durable y funcional para dientes primarios anterosuperiores y se requiera también de una prótesis estética sin importar que existan condiciones desfavorables tales como lesiones cariosas extensas, sobremordida profunda, hábito de bruxismo, etc., situaciones que pueden contraindicar cualquier restauración que no sea la corona de acero. (5)

Esta restauración no tiene las limitaciones del jacket acrílico o la corona de policarbonato, como son las situaciones mencionadas en el párrafo anterior. (5)

También supera a la corona oro-porcelana que además de requerir situaciones especiales como son el necesitar gran cantidad de remanente dentario, también presenta un costo muy elevado. (5)

En estas ventajas aunadas al factor psicológico que mencionamos con anterioridad, radica la importancia de conocer y ofrecer esta alternativa al paciente infantil.

CONSIDERACIONES PREVIAS A LA PREPARACION.-

Procedimiento Operatorio.-

Para mejorar el aspecto de la corona de acero sin

reducir su gran facultad retentiva y demás cualidades, se ha sugerido la alternativa de la corona de cara abierta, esto es, una corona de acero con una ventana cortada en la cara vestibular. (5)

No obstante no se ha descrito aún en forma detallada, la técnica para lograr esta restauración. Mencionándose en los libros de Odontología Infantil tan sólo como una alternativa en la restauración de dientes primarios anterosuperiores sin darle mayor importancia y mucho menos describiendo paso a paso la técnica para la elaboración de éstas. (5)

Por lo tanto uno de los objetivos de este trabajo es el mostrar detalladamente la secuencia y manera de llegar a realizar la corona de acero con frente estético o corona de cara abierta. (5)

Siguiendo atentamente paso a paso la técnica que describiré a continuación, se puede lograr una restauración durable que superará con mucho la permanencia normal del diente en el maxilar; funcional, retentiva y estética sin importar el estado del diente: si existe o no gran destrucción con mucha pérdida de sustancia dentaria, si existe o no vitalidad pulpar, y otras posibles circunstancias que contraindicarían el uso de otras restauraciones conocidas y mencionadas en el capítulo anterior. (4, 5, 6)

Al no describirse paso a paso la mejor forma de preparar el diente y adaptar la corona de acero, se corre el riesgo de que se realice esto de forma similar a como se hace en el caso de dientes y coronas en posteriores y el ac-

tuar de semejante manera constituiría un grave error. (6)

Existen varias diferencias en estas dos técnicas y si el diente anterior no es preparado adecuadamente o si la corona de acero no se adapta correctamente ya sea por desconocer la técnica específica o por otra circunstancia, la corona de acero con frente estético puede fracasar, sin importar sus grandes cualidades y su potencial grado de retención entre ellas. (4, 5)

PREPARACION DEL DIENTE RECEPTOR DE LA PROTESIS.-

El procedimiento operatorio, después de un diagnóstico correcto que haya incluido el estado clínico y radiográfico del diente afectado, edad y colaboración del paciente así como deseo del paciente y de sus padres porque sea rehabilitado por medio de ésta prótesis en particular y no existiendo contraindicaciones aparentes, se iniciará con el bloqueo anestésico del diente por preparar. (5)

Después de lograr una anestesia profunda, se procederá al tan importante aislamiento absoluto con la utilización del dique de hule y preferentemente por comodidad al preparar al diente, evitaremos el colocar la grapa en nuestro diente a rehabilitar y colocándola en cualquier otro diente que consideremos adecuado para lograr nuestro aislamiento.

Ya anestesiado previamente y aislado correctamente, procederemos a la preparación del diente propiamente di-

cha.

Sugerimos y utilizamos la siguiente conducta clínica:

1) El primer paso consistirá en la reducción del borde incisal, del cual se eliminará de 1.5 a 2 mm aproximadamente, utilizando la pieza de mano de alta velocidad y de preferencia con una fresa de rueda para hacer el desgaste -- más rápidamente. (Fig. 1) (4, 5, 6)

2) Continuaremos con las superficies interproximales llevando el corte con una fresa de diamante cónica larga o extralarga delgada, hasta 0.5 mm dentro del surco gingival eliminando cualquier borde o irregularidad que pudiera dificultar el asentamiento y ajuste de la corona; y cuidando que las paredes preparadas hayan quedado paralelas al eje axial del diente. (4, 5, 6)

3) Después del desgaste interproximal, continuaremos con la reducción de la cara vestibular, eliminando aproximadamente 0.5 mm y llevando también nuestro corte a 0.5 mm dentro del surco para que se continúe con la línea gingival dejada en las caras mesial y distal y teniendo el mismo cuidado de no dejar ningún borde ni irregularidad. La porción - incisal de ésta cara se redondeará hacia lingual para facilitar la inserción de la corona de acero. (Fig. 1) (6)

4) La última cara en ser preparada será la lingual y se realizará con la misma fresa usada en los pasos 2 y 3, - se colocará ésta paralela al eje axial del diente, eliminan-

do material dentario del área del cingulo hasta dejarlo paralelo, para asegurar un buen asentamiento de la corona de acero. Se penetrarán también los 0.5 mm en el surco gingival para asegurar que la terminación completa en toda la periferia del diente haya quedado al mismo nivel respecto a la cresta gingival.

En el caso de los caninos, se requerirá generalmente una reducción aproximada de 1 mm mayor, en la superficie lingual que en los incisivos.

La porción incisal de la cara lingual del diente no será necesario reducirla en forma sistemática, sólo cuando -- sea esta reducción obligada, ya sea por un espacio interoclusal muy pequeño, insuficiente para la colocación de la corona de acero, por alguna lesión cariosa localizada en ésta área o por alguna otra razón que se contemple en el momento preciso. (6)

5) Finalizado el desgaste de las 4 caras y borde in cisal del diente, se procede a redondear todo ángulo filoso - que haya quedado. (6)

6) Observaremos ahora la existencia de espacio interoclusal, requiriendo por lo mínimo para la corona de acero un espacio de 1 mm, en caso de no existir suficiente espacio, se observará el área del cingulo, evaluando si es conveniente el hacer un desgaste mayor en ésta área o en la porción incisal de la cara lingual que habíamos dejado sin tocar con la fresa. (6)

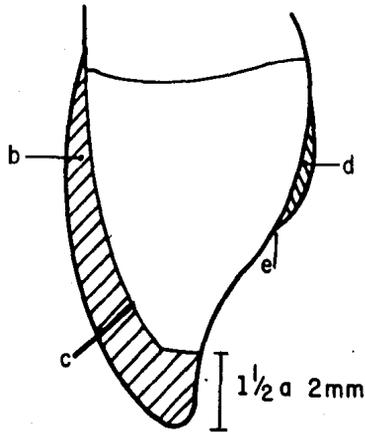


Fig. 1.- En el diagrama se muestran las principales zonas de reducción en la preparación del diente por recibir la corona de acero: a) Zona de reducción incisal; b) - Reducción vestibular; c) Redondeado hacia lingual; -- d) Reducción en el cíngulo, y e) Zona de reducción no siempre necesaria.

7) Si fuese necesario el incluir remociones de material dentario mayores en sitios con lesiones cariosas muy severas, se hará en este momento, utilizando para ello la pieza de baja o alta velocidad, dependiendo de la preferencia o habilidad personal del operador y con una fresa de bola grande de preferencia una # 4 de carburo. También se incluirá en éste último paso, el realizar cualquier tratamiento pulpar que fuese necesario. (6)

De esta manera terminamos nuestra preparación del diente y dependiendo de esta preparación, tendremos, si está hecha correctamente, una gran posibilidad de éxito en los pasos siguientes y en el resultado final, por consiguiente.

El siguiente paso consiste en seleccionar la corona de acero más adecuada. Para obtener la seguridad de escoger esta corona, seguiremos las siguientes indicaciones en forma concienzuda y sin descuidar ninguna de ellas para continuar correctamente nuestro procedimiento operatorio y facilitarnos a la vez, los pasos subsecuentes.

SELECCION DE LA CORONA.-

Las coronas de acero más comúnmente utilizadas son las fabricadas por la casa Unitek Corporation. Están fabricadas en una extensa variedad de tamaños y para cada diente en particular, a excepción de los incisivos centrales y laterales mandibulares en los que se pueden adaptar fácilmente las coronas de los incisivos laterales maxilares. (6)

Estas coronas, como dijimos, vienen diseñadas para incisivos centrales maxilares derecho e izquierdo, para incisivos maxilares laterales derecho e izquierdo, para caninos maxilares y mandibulares y en el caso de molares, las hay para primeros y segundos molares deciduos superiores e inferiores, izquierdos y derechos y para primeros molares permanentes también maxilares como mandibulares e izquierdos como derechos y cada corona en especial viene en siete tamaños. (6)

En el caso que se trate de dientes de mayor tamaño que el promedio, se pueden y es recomendable el uso de las coronas fabricadas por la casa Rocky Mountain. Estas coronas -- vienen diseñadas para caninos, para incisivos centrales y para incisivos laterales, además de las utilizadas en dientes -- posteriores. La particularidad en las anteriores es que cada corona trae especificado el ancho mesio-distal del borde incisal en milímetros. (6)

La corona adecuada se obtendrá después de varias -- pruebas. Se tendrá en cuenta el tamaño del diente y se seleccionará la corona que más se aproxime a la medida original -- del diente, esto es, antes de la preparación, fractura, ata-- que carioso, etc. (6)

La corona al asentarla en su lugar, debe presentar alguna resistencia, pero de ninguna manera debe presentar la sensación de que se está presionando o intruyendo al diente o que entre muy forzada simplemente.

La corona debe presentar la misma cierta resisten-- cia al tratar de desalojarla, pero ésta podrá ser vencida con una ligera presión de nuestro instrumento que puede ser nues-- tra pinza de curación o el mismo explorador.

Después de algunas pruebas se podrá discernir si el ajuste es adecuado o mejor aún, si se logró el cierre hermético. Si se hubieran medido las dimensiones del diente o del espacio antes de la preparación, entonces la anchura específica da en las coronas Rocky Mountain sería muy útil al seleccio--nar la corona adecuada. (6)

Ya seleccionada nuestra corona, procederemos a la preparación y ajuste de la misma en el diente.

AJUSTE Y COLOCACION DE LA CORONA.-

Se recortará la corona en su parte cervical de manera que la corona asiente sólo 1 mm por debajo de la encía libre en el surco gingival. Para lograr esto nos podemos servir de alguna marca que hagamos en la corona a nivel de la cresta gingival con nuestro explorador y así respetar 1 mm por cervical de la marca, el excedente se puede recortar con la seguridad de no eliminar demasiado o por el contrario dejarla más larga de lo apropiado. (5, 6)

Para el recorte nos podemos ayudar de unas tijeras para oro, que estén muy afiladas o si se prefiere, se puede utilizar una fresa a alta velocidad, haciendo hincapié de que si recortamos con fresa, tendremos también que limpiar los bordes de la corona de la rebaba que se forma al hacer este tipo de desgaste con la fresa.

Al cortar una corona pequeña, debe tenerse mucho cuidado ya que un pequeño descuido en la atención al corte, y puede perder su forma original la corona, haciéndose más elíptica o asimétrica. (6)

Si fuese necesario, se utilizarán las pinzas 114 de contornear, las Unitek 800-417 de abombar o la pinza Peeso 118, para devolver a la corona de acero su forma original per dida. (6)

Debido a la particular anatomía de los dientes primarios anteriores, las coronas de acero para éstos dientes no se contornearán con la pinza 114 en forma rutinaria como se hace en los casos de colocación de coronas de acero en dientes posteriores. (6)

Las coronas de acero para dientes anteriores, sólo se deben abombar con la pinza 800-417 o con una Pesseo 118 para facilitar el ajuste y cierre hermético sobre el diente preparado. (6)

Es necesario también en algunas ocasiones el redondear la forma ovoidal de las coronas de incisivos laterales e incisivos centrales, para esto es suficiente la mayoría de -- las veces la sólo presión digital entre las caras mesial y -- distal de las coronas, o si se prefiere, también se puede lograr este resultado haciendo uso de las pinzas de How, pero -- teniendo precaución de no exceder nuestra presión al usar estas pinzas, ya que fácilmente podríamos deformar nuestra corona. (6)

También se puede dar el caso en el que sea necesario el incrementar las dimensiones del área del cingulo de la corona, particularmente se podrá presentar este caso cuando -- se trabaje con caninos. (6)

Esto puede arreglarse utilizando una pinza de contornear número 114. Se coloca la pinza en el área del cingulo y se presiona con fuerza moderada haciendo movimientos al mismo tiempo hacia las caras mesial y distal. Esto por lo general nos dará resultado una área redondeada en el cingulo. (6)

Al tener ya realizada en forma adecuada nuestra preparación del diente y nuestra corona seleccionada y habiéndole hecho las modificaciones necesarias, procederemos a una última prueba de ajuste y últimas consideraciones. (6)

En esta etapa final, al asentar la corona de acero en el diente preparado, éste entrará en forma muy ajustada, - por lo que será difícil hacer que calce adecuadamente tan sólo con nuestra presión digital. (6)

Entonces será conveniente el ayudarnos de un colocador de bandas ortodónticas, de un abatelenguas o con el mango de una pinza de curación, pero recordando siempre el cuidado que debemos tener con cualquier instrumento que hayamos elegido para prevenir alguna luxación o hasta una posible fractura del diente al hacer uso de una fuerza excesiva o mal dirigida en este paso. (6)

Se debe dirigir la fuerza aplicada sobre el diente tan sólo en sentido apical con un muy ligero balanceo de lingual a vestibular al introducir nuestra corona de acero en el diente preparado. (Fig. 2)

Ya colocada correctamente nuestra corona de acero - en el diente preparado, realizaremos una última observación - al ajuste en el área cervical. Para esto nos ayudaremos de un explorador, con el cual verificaremos que nuestra corona ajuste perfectamente y no exista ningún espacio entre diente preparado y corona de acero en toda la periferia de aquel. Si acaso existiera algún espacio o desajuste, volveremos a hacer uso de nuestras pinzas de abombar número 114 y estaremos veri

ficando hasta que se haya corregido el desajuste. (5, 6)

Figura 2

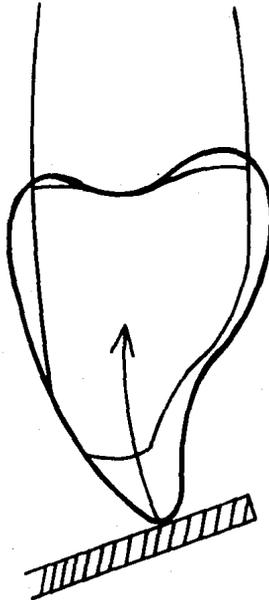


Fig. 2.- Se muestra la dirección en la que debe ser aplicada nuestra fuerza al asentar la corona de acero.

Una vez que nos hayamos cerciorado que la colocación y ajuste reúnan todos los requisitos, retiraremos nuestra corona de acero del diente, usando nuestro explorador o una punta de nuestra pinza de curación para no deformarla.

También será recomendable tener en cuenta el no hacer uso de mucha fuerza al retirar la corona del diente para evitar que ésta salga violentamente.

Nuestro siguiente paso lo realizaremos de la misma manera como se hace en el caso de las coronas de acero en - - dientes posteriores y consistirá en pulir los bordes de nuestra corona de acero. (4, 5, 6)

Para el pulido de nuestra corona de acero, es recomendable el uso de piedras verdes, una rueda de hule y el trí poli. Para darle un terminado al borde cervical de la corona lo más delgado o desvanecido y completamente sin ninguna aspereza que pudiera actuar como lugar de retención de alimento y ser una constante fuente de irritación al margen gingival del paciente, perdiéndose una de las cualidades de ésta restauración que es la de ser una prótesis higiénica por la facilidad de eliminar todo resto alimenticio siempre y cuando nuestra - corona se encuentre bien adaptada y pulida y habiéndose retirado los excedentes producidos durante el cementado de nuestra corona, paso que a continuación mencionaremos. (5, 6)

CEMENTADO. -

El cementado nos ofrece una mejor retención que la obtenida tan sólo con el ajuste de nuestra corona de acero y de éstas la que muestra mayor resistencia a ser retirada es la corona de acero fabricada por la compañía "Unitek Corporation", seguida por las fabricadas por las casas "Rocky Mountain" y por la 3 M (Niquel Cromo). (3)

Para el correcto cementado de las coronas de acero se utilizará el cemento de Fosfato de Zinc como el cemento de elección, pudiéndose también utilizar el cemento de carboxilato. (3, 5, 6)

Se han realizado muchos estudios y no se han encontrado diferencias significativas entre estos dos cementos en cuanto a sus cualidades retentivas para las coronas de acero, por lo cual se consideran como cementos ideales para cementar éstas. (3)

El cemento de Oxido de Zinc y Eugenol sí muestra tener menor capacidad de retención que la comparada con los cementos de fosfato de zinc y carboxilato. (3)

Además que para nuestro caso de la corona de acero con frente estético, está contraindicado el uso de este cemento con eugenol debido a que las resinas no polimerizan cuando se encuentran en contacto con este cemento en particular. (6)

Habiendo elegido el cemento a utilizarse, se mezclará el polvo y el líquido siguiendo las indicaciones del fabricante, específicas para cada tipo de cemento.

Se recomienda que el cemento ya espatulado no quede de una consistencia muy pesada para que pueda fluir el excedente al colocar la corona de acero y no sea un obstáculo para el correcto asentamiento de la misma.

Se colocará el cemento en la corona de acero, cuidando que toda la superficie interna de la corona quede impregnada del agente cementante, ya colocado el cemento en la

corona, procederemos a colocar ésta sobre el diente preparado y la asentaremos de igual forma como se indica en la figura # 2.

Una vez que estemos seguros que el cemento ya haya fraguado, limpiaremos la corona de los excedentes de este material usando para esto un explorador y haciendo uso de la se da dental, de la misma manera como se realiza en el caso de la colocación de las coronas de acero en dientes posteriores. (6)

Hasta este momento, tenemos ya nuestro diente restaurado con la corona de acero inoxidable convencional, a par tir de este momento, seguiremos los pasos para convertir nues tra prótesis convencional, la corona de zero inoxidable, en una corona de acero de cara abierta o corona de acero con - frente estético.

Para la preparación en la corona de acero del fren te estético es conveniente indicar que lo mismo se puede realizar inmediato al fraguado y limpiado de excedentes del ce mento, como también se puede realizar indistintamente en una sesión posterior, aclarando que no será necesario el bloqueo anestésico en forma rutinaria en caso de escogerse la opción de dos citas.

PREPARACION DE LA VENTANA VESTIBULAR.-

La ventana será colocada en la superficie vestibu lar de la corona de acero.

El primer paso consistirá en hacer un corte en el margen incisal. Se puede utilizar para hacer este primer corte, un disco de diamante muy delgado, número 35x, a baja velocidad, o de preferencia utilizaremos una fresa de cono invertido tamaño 34 o 35 de diamante en alta velocidad. (6)

La ventaja de usar este tipo de fresa consiste en el alto grado de visibilidad obtenido en el momento de ir haciendo el corte, lo que ayudará a que el corte sea una línea nítida, sin asperezas. Aunado a esta ventaja tenemos también al usar este tipo de fresa, la facultad de poder crear cierta retención auxiliar a la que se dará al retirar el cemento de la cara vestibular y crear un socavado de aproximadamente 0.5 a 1 mm para la retención mecánica de la resina. (6)

El margen incisal debe colocarse como mencionamos, sobre la cara vestibular, dejando sólo un corto margen del borde incisal de la corona de acero, lo más pequeño posible, pues entre menor cantidad de metal sea visible, mayor podrá ser la estética lograda. (6)

Sin embargo, hay que tener la precaución de no eliminar todo el margen, ya que esta pequeña porción metálica nos protegerá esta área de la corona de acero sometida a las fuerzas de la masticación. (6)

Asimismo, se debe colocar este margen incisal, lo más paralelo al borde incisal natural del diente, para obtener de esta manera, la máxima estética posible al concordar la línea incisal de la ventana con el borde incisal del diente adyacente y verse o dar un aspecto más natural. (Fig. 3)

Se puede también ayudar a mejorar la apariencia en casos en los que exista alguna inclinación ligera anormal hacia mesial o hacia distal en el diente a preparar, pero enfatizando que sólo se podrá lograr este "enderezamiento" mediante la modificación en la colocación de nuestro corte del margen incisal, en los casos de malposiciones o inclinaciones -- muy ligeras. (Fig. 3)

Fig. 3

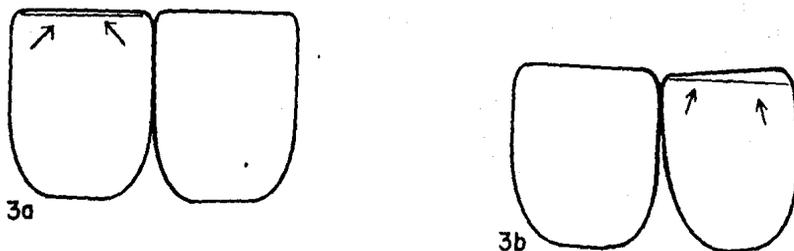


Fig. 3.- A) Se indica la forma correcta en que debe colocarse el margen incisal de la ventana, en un plano paralelo al borde incisal del diente; B) Se muestra la forma en que se puede mejorar el aspecto en un diente con ligera inclinación anormal, ya sea hacia mesial o distal.

Después de cortar la línea o margen incisal de nuestra ventana en la corona de acero, cortaremos las caras proximales de la misma.

Utilizando la misma fresa, la de cono invertido, haremos que los cortes mesial y distal queden localizados lo más cercanos posible a los ángulos vestibulo-mesial y vestibulo-distal respectivamente, para que de esta forma, se observe la menor cantidad de porción metálica posible. (4, 5, 6)

Hacia incisal, se deben dejar redondeados los ángulos mesio-incisal y disto-incisal para simular lo más posible al diente natural, ganando así un mejor aspecto. (Fig. 4)

Recordaremos que los incisivos primarios tienen sus ángulos próximo-incisales más redondeados que los incisivos permanentes, en los que se observan más marcados. (Fig. 5)

Fig. 4

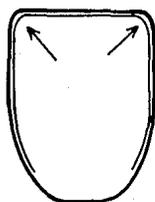
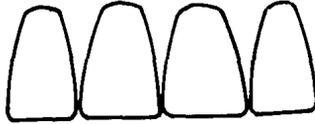


Fig. 4.- Se muestra cómo se debe hacer el corte en los ángulos próximo-incisales de la ventana, en la corona de acero, las flechas muestran los ángulos mesio-incisal y disto-incisal redondeados.

Fig. 5



INCISIVOS SUPERIORES PERMANENTES



INCISIVOS SUPERIORES TEMPORARIOS

Fig. 5.- Se observan las diferencias entre los incisivos superiores de la dentición permanente y la temporaria. Obsérvese la diferencia en los ángulos próximos incisales.

Nuestro siguiente paso es el corte de la línea gingival de la ventana, este corte, como los anteriores, lo realizaremos también con la misma fresa de cono invertido. (4, 5 6)

Abriremos la última línea para completar la ventana, dejando éste último corte al nivel de la encía libre o -- preferentemente 0.5 mm coronal a éste, de manera que el tejido blando esté siempre en contacto con la superficie metálica de la corona de acero y no con el material del frente estéti-

co, la resina compuesta, evitando así la posible inflamación gingival que resultaría de la irritación constante por parte de la placa bacteriana que muy fácilmente se adhiere a la superficie microscópicamente porosa de la resina compuesta del frente estético y no tan fácilmente adherible o más fácilmente eliminable de la superficie lisa y pulida del metal de la corona. (Fig. 6)

Fig. 6

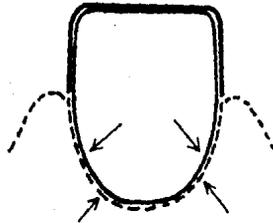


Fig. 6.- Se indica el nivel al que debe que dar el margen gingival de la ventana en la corona de acero con frente estético.

Algunos autores como Hartmann (4), sugieren la necesidad de crear un canal de retención gingival para obtener retención adicional en ésta area de la ventana, que es la que ofrece menor retención al frente estético. Se puede crear este canal utilizando una fresa de bola muy pequeña, $\frac{1}{2}$ o 1, en alta velocidad. Este paso adicional es recomendable hacerlo, si se optó por ello, durante la preparación normal del diente para recibir la corona de acero convencional, para evitarnos el tener que hacer uso nuevamente del bloqueo anestésico necesario, a excepción de que no existiese vitalidad pulpar en el diente. (4, 5)

Con una piedra verde en baja velocidad o en alta, - eliminaremos cualquier irregularidad que haya quedado en los bordes de la ventana que abrimos, logrando así una ventana cu yos lados estén dados por líneas bien definidas y sin asperezas.

Ya preparada nuestra ventana, retiraremos el cemento ya sea con alta o con baja velocidad. El cemento se eliminará hasta 1 mm dentro de los márgenes recortados de la corona, creando un socavado de la misma medida alrededor de la -- ventana.

La profundidad de la ventana debe ser lo suficientemente profundo para que el diente preparado o cemento remanente no se observe a través de la capa del material estético: - resina compuesta. Ya que el aspecto de la resina compuesta será más estética, si existe el suficiente grosor de ésta para que el aspecto final del frente estético sea uniforme y no -- muestre irregularidades, mismas que se presentarían si el grosor de este material no fuese uniforme.

Si durante la preparación del diente para recibir - la corona de acero se hubiese dejado dentina expuesta, ésta - deberá ser protegida por una base de hidróxido de calcio antes de ser colocado el frente estético.

Con la experiencia se podrá ir mejorando el aspecto final del color resultante del frente estético, ya que éste - variará con respecto al grosor disponible para la resina compuesta en cada caso en particular; ya que existen gran cantidad de posibles variantes en este aspecto, como serían: un --

diente muy destruído, un diente muy pequeño, un diente con -- tratamiento pulpar o diente vital, etc.

En este trabajo sólo se considera lo que debe ser - la preparación ideal del diente y corona, pero debemos tener presente que no siempre que trabajamos se nos presentan condi ciones ideales; de ahí la importancia de nuestra experiencia para resolver satisfactoriamente cada caso con sus respecti-- vas variantes.

COLOCACION DEL FRENTE ESTETICO.-

La colocación del frente estético constituye el pa- so final en nuestra restauración. Y si los pasos previos se - hicieron correctamente, no habrá problema en conseguir que en éste último se logre con seguridad la restauración estética - que esperamos obtener. (4)

Primeramente limpiaremos y nos cercioraremos de que esté bien seca nuestra preparación y procederemos al llenado del espacio existente entre el diente preparado y la corona - de acero, con resina compuesta. Esta podrá ser llevada con u- na jeringa especial para este material, o con cualquier ins- trumento que consideremos el más adecuado. (4, 6)

Se colocará primeramente la resina compuesta llenan- do el socavado gingival y se continuará hacia incisal llenan- do los espacios proximales: mesial y distal de la ventana. Des- pués se llenará el socavado incisal asegurándonos que no haya quedado ninguna area retentiva sin llenar. Esta secuencia nos

asegurará una retención máxima al haber llenado todos los so-
cavados. (4, 5, 6)

El colocado o inyección de la resina se completará
al depositar en la porción central de la ventana. (4, 5, 6)

Después de haber llenado la ventana con el material
estético, se colocará una banda de celuloide que cubra toda -
la superficie de ésta y se presionará suavemente con el fin -
de que nos quede un contorno facial adecuado; teniendo la pre
caución de no excedernos en esta presión, ya que nos podría -
quedar una superficie muy plana y con esto perderíamos el as-
pecto natural que deseamos. Al polimerizar la resina, se reti
rará la banda de celuloide y se procederá a eliminar los exce-
dentes. (4, 5)

PULIDO Y TERMINADO.-

Retirada la banda y polimerizada la resina, se ha-
rán las pequeñas correcciones que fueran necesarias y el reti
ro de la resina excedente se realizará con una fresa de dia-
mante muy fina, o con alguna piedra blanca y con discos SOF--
LEX. Y así nuestra restauración estética estará terminada.
(4, 5)

COMENTARIOS.-

Entre los aspectos que tenemos que tener presentes,
tenemos:

1) Tener cuidado de seleccionar el color de la resina adecuado.

2) No es necesario el uso del ácido grabador de esmalte, ya que generalmente trabajamos sobre dentina y la retención de la resina será mecánica y no química.

3) En caso de utilizar cemento de ionómero de vidrio como base, en lugar de hidróxido de calcio; sí se podrá utilizar el ácido grabador y aumentar la retención al hacerla también química.

4) Se puede agregar a nuestro frente estético una fina capa de resina líquida para aumentar la estética, y darle ésta un brillo más natural.

5) Puede utilizarse también en este tipo de restauraciones, la resina del tipo fotopolimerizable, obteniéndose también excelentes resultados. Se menciona la técnica con el uso de resina autocurable, por la razón económica solamente, ya que se pueden obtener los mismos excelentes resultados -- con cualquiera de ellas. El uso de resina fotocurable, aun cuando nos brinda mayor comodidad, también tiende a incrementar en mucho el costo de nuestra restauración, ya que requiere aparatología más sofisticada.

CASUISTICA

C A S U I S T I C A

La siguiente casuística basada en tratamientos efectuados en el Departamento de Infantil de la Clínica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

Estos tratamientos se practicaron en niños de ambos sexos con edades entre los tres y cuatro años que se presentaron al citado departamento y se les efectuó un diagnóstico integral, así mismo, se les indicó el tratamiento más adecuado en cada caso. Sin embargo, este reporte sólo incluye lo referente a la restauración de dientes primarios anterosuperiores.

Los padres de los pequeños pacientes aceptaron dichos tratamientos en que se les colocaron coronas de acero con frente estético en los dientes primarios anterosuperiores, mediante la modalidad de dos citas para que observaran mejor la diferencia entre los dos tipos de restauraciones: el empleo de la corona convencional de acero y el beneficio que se obtiene mediante el uso de la misma corona de acero, pero con frente estético.

A continuación anexamos seis casos en los que se realizaron éstas restauraciones.

Reporte del Caso N° 1

Clinica de Odontología
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Expediente N° 2503

Fecha: Tratamiento realizado en Agosto-Septiembre de 1986

Nombre: Cinthia

Edad: 3 años

Sexo: Femenino

Tratamiento: Ingresó al Departamento de Infantil, se le restauraron dientes posteriores, y se le colocaron coronas de acero inoxidable en los cuatro incisivos superiores, se le colocaron además frentes estéticos a las cuatro coronas de acero.

Reporte del Caso N° 2

Clínica de Odontología
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Expediente N° 2609

Fecha: Tratamiento realizado en Septiembre de 1986

Nombre: Julio César

Edad: 3 años

Sexo: Masculino

Tratamiento: Ingresó al Departamento de Infantil, se le restauraron dientes posteriores y se le colocaron coronas de a cero y frentes estéticos a éstas en los incisivos centrales y lateral derecho superiores.

Reporte del Caso N° 3

Clínica de Odontología
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Expediente N° 2236

Fecha: Tratamiento realizado en Noviembre de 1986

Nombre: Celia

Edad: 4 años

Sexo: Femenino

Tratamiento: Ingresó al Departamento de Infantil, se le restauraron dientes posteriores, se le practicaron extracciones en incisivos centrales superiores, se colocó una prótesis removible para rehabilitar la pérdida, se le colocaron coronas de acero en incisivos laterales superiores y además se le colocaron frentes estéticos a estas dos coronas.

Reporte del Caso N° 4

Clínica de Odontología
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Expediente N° 2963

Fecha: Tratamiento realizado en Noviembre de 1986

Nombre: Rodrigo

Edad: 4 años

Sexo: Masculino

Tratamiento: Ingresó al Departamento de Infantil, se le restauraron dientes posteriores, se le colocaron cuatro coronas de acero en los incisivos superiores, posteriormente se le colocaron frentes estéticos a éstas coronas.

Reporte del Caso N° 5

Clínica de Odontología
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Expediente N° 3372

Fecha: Tratamiento realizado en Diciembre, 1986

Nombre: Nelina

Edad: 3 años

Sexo: Femenino

Tratamiento: Ingresó al Departamento de Infantil, se le restauraron dientes posteriores y en los incisivos centrales superiores se le colocaron coronas de acero y frentes estéticos a éstas.

NO DEBE
TESIS DE LA
ESTR DE LA
BIBLIOTECA
SAR

Reporte del Caso N° 6

Clinica de Odontología
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Expediente N° 4297

Fecha: Tratamiento realizado en Abril, 1987

Nombre: Paulina

Edad: 4 años

Sexo: Femenino

Tratamiento: Ingresó al Departamento de Infantil, se le restauraron dientes posteriores y se le colocaron en los cuatro incisivos superiores coronas de acero a las que se les agregó frentes estéticos.

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

CONCLUSIONES

El resultado de los seis casos clínicos mencionados: - cuatro niñas y dos niños, entre los 3 y 4 años de edad, fue: funcional y estéticamente muy bueno, los padres que deseaban que -- las restauraciones en sus niños fueran estéticamente aceptables, quedaron muy satisfechos con la corona de acero con frente estético ya que se les mostró primero la corona de acero convencional y posteriormente se les colocaron los frentes estéticos a éstas. Observando así la gran diferencia entre los dos tipos de -- restauraciones.

Este mismo resultado estético, pensamos les podrá evitar a los pequeños pacientes problemas de aceptación social, ya que con estas restauraciones no se observan diferencias considerables en apariencia con respecto a los dientes sanos de los demás niños, lo cual no sucede con la corona de acero convencional, en la que es evidente esta diferencia, y mientras que en algunos pacientes se aceptarían simplemente como un mal necesario, en algunos otros se pueden considerar muy impactantes psicológicamente y capaz de alterar el desarrollo normal del pequeño al convivir en un medio agresivo por parte de sus iguales.

Por ello la importancia de que una restauración como - la corona de acero con frente estético se ofrezca como un tratamiento común y se realice con la frecuencia que se requiera. Lo-

grándose, si así fuera cumplirse el objetivo de este trabajo, -- que fué el mencionar la importancia y forma de llevar a cabo esta restauración, modificación de la corona de acero inoxidable - usada tan frecuentemente.

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

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

- 1.- BRAHAM, R. L., y MORRIS, M. E.- Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana, I Edición; Argentina, (1986), pp. 262-263.
- 2.- FINN, SIDNEY B.- Odontología Pediátrica, Editorial Interamericana, IV Edición, México, (1982), pp. 1-39.
- 3.- GARCIA GODOY, F.- "Clinical evaluation of the retention of preformed crowns using two dental cements" En: J. of Pedodontics, E. U. A., Spring, (1984); pp. 278-281.
- 4.- HARTMANN, C. R.- "La corona de cara abierta en niños"; En: Reseña Dental, México, Julio (1983), pp. 26-29
- 5.- HARTMANN, C.R.- "The open-face stainless steel crown: an esthetic technique" En: J. of Dentistry for Children, E. U.A., Jan- Feb. (1983): pp. 31-33
- 6.- HELPIN, M.L.- "The open-face steel crown restoration in children, E.U.A. Jan-Feb., (1983); pp. 34-38
- 7.- HOLLOWAY, P.J., SWALLOW, J.N.- Salud Dental Infantil, Editorial Mundi; I Edición, Argentina (1979): pp. 90-92
- 8.- MINK, J.R., HILL, C.J.- "Corona para dientes anteriores primarios", En: Clínicas Odontológicas de Norteamérica, México, Enero, (1973): pp. 85-92

- 9.- PHILLIPS, RALPH W.- La ciencia de los materiales dentales; - Editorial Interamericana; VII Edición; México, (1981), pp. 396-423.
- 10.- SILVA, M. R.- "Una guía para la colocación de coronas de acero-cromo en molares primarios"; En: Revista de la Asociación Dental Mexicana, México, Mar-Abril, (1982); pp. 83-86
- 11.- SNAWDER, K. D.- Handbook of Clinical Pedodontics. Ed. C. V. Mosby, I Edición; E. U. A., (1980): pp. 144-147
- 12.- TORRES LARIOS, C.- "Coronas de acero inoxidable", En: Odontólogo Moderno; México, Oct-Nov. (1979), pp. 9-17
- 13.- WEBSTER, DAVID B., MINK, J. R.- "Evaluation on the quality of restoration in a children's dental program"; En: J. of Dentistry for children; E. U. A., March-April (1981) pp: 136-137
- 14.- 3M RIKER, S. A. DE C. V.- "Coronas Preformadas" En: Reseña Dental, México, Mayo-Junio (1983): pp. 66

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 15.- DOYLE, R., En: Helpin, M. L., "The open-face steel crown - restoration in children", J. of Dentistry for children Ene-Feb. (1983), p. 86