

ULACIT

Universidad Latinoamericana de Ciencia y
Tecnología

Facultad de Odontología

Restauración protésica para un niño de tres años
y ocho meses

Autora: Stephanie Miller

Tutora: Dra. Suee Fallas V.

Costa Rica, Febrero del 2009.

Índice:

Portada.....	1
Índice.....	2

Capítulo I

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Antecedentes.....	7

Capítulo II

Objetivo.....	9
---------------	---

Capítulo III

Marco teórico.....	10
Caries Rampante y caries precoz del niño pequeño.....	10
Manejo del paciente y cambios de conducta.....	11
Aislamiento del campo operatorio.....	13
Técnica anestésica.....	13
Exodoncia.....	14
Tratamientos pulpares (pulpectomía).....	15
Coronas preformadas.....	15
Rehabilitación protésica.....	16

Capítulo IV

Caso clínico.....	19
Presentación del caso.....	19
Antecedentes.....	21
Diagnóstico.....	21
Pronóstico.....	22
Plan de tratamiento.....	22
Evolución.....	23

Capítulo V

Análisis de resultados.....	32
Conclusión.....	33

Capítulo VI

Bibliografía.....	34
-------------------	----

Capítulo I

Resumen:

El objetivo del siguiente caso clínico, fue el tratamiento odontológico integral de un niño con caries rampante, a causa, principalmente de la toma del biberón con leche y azúcar, además de la falta de una buena higiene dental. Para el desarrollo del caso, las piezas seriamente afectadas fueron extraídas y las no tan afectadas fueron tratadas con procedimientos pulpares (pulpectomías-pulpotomías) eliminando completamente la caries y tejidos dañados; restaurándolas con coronas de acero cromado. Posteriormente se devuelve la función y estética dental del niño con prótesis parciales removibles, obteniendo gran satisfacción de los resultados. También se elimina totalmente la toma del biberón y se mejora notablemente la higiene dental del niño, por medio de la estimulación del paciente, aplicando la técnica de recompensa, así como una buena comunicación con el niño y los padres, marcando la importancia de las piezas temporales para el desarrollo físico y social del menor.

Abstract:

The object of the following clinical case was the whole dental treatment of a child with rampant cavities mainly caused by drinking milk and sugar from a baby bottle, as well as the lack of good dental hygiene. To develop the study, the pieces seriously affected were pulled and those not as damaged were treated with pulpotomy (pulpectomias and pulpotomies) thus eliminating completely the cavities and the surrounding damaged tissues and restoring the crowns with chrome steel. Later restore the child's functional and aesthetic dentures with a removable partial bridge which had very good results. We completely stopped drinking from a baby bottle and notably improved the child and the parents stressing the importance of temporary pieces for the physical and social development of the child.

Introducción:

A pesar de los esfuerzos por demostrar la importancia de la dentición temporal en el desarrollo de los niños, este es un tema que sigue siendo menospreciado por la sociedad costarricense.

Al igual que la dentición permanente, los dientes deciduos juegan un papel importante en el desarrollo del niño; no solo en su estética, sino en su función masticatoria, de mantenedores de espacio y guía para los dientes permanentes; así como en la fonación, deglución y en el desarrollo psicosocial y emocional.

La caries del biberón es una enfermedad infecciosa que no se debe pasar por alto en los niños, y corresponde ser tratada rápidamente, en especial eliminar el hábito que causa la aparición de la enfermedad para evitar la pérdida temprana de las piezas presentes en el niño.

Cuando tratamos niños, es extraño pensar en restauraciones protésicas totales o parciales. En el presente caso, se trata de un niño de 3 años y 8 meses, que presenta caries rampante avanzada en la mayoría de las piezas; la 5.5 con pólipo pulpar; y las demás restauraciones de coronas en acero cromado en mal estado. Es imperativa la restauración con prótesis parciales removibles, por la función y estética dental del niño, para evitar así, principalmente, problemas sociales y de nutrición.

Antecedentes:

- **García SA, De la Teja AE. “Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento”.**

Este artículo tiene el objetivo de “resaltar la importancia de mantener la salud bucal así como las repercusiones que ésta tiene en la salud”; en un caso de caries en temprana infancia por múltiples factores, el cómo prevenir la enfermedad haciendo énfasis en la higiene y en el cambio de los hábitos.

- **Zayda C., Barrios G., María E., Salas C., “Tratamientos protésicos en dentición primaria”.**

Con base en una revisión de la literatura, en este artículo se establece “la importancia de la odontología protésica como alternativa en la solución de los problemas causados por la pérdida parcial o total del diente primario, que permitan el restablecimiento de sus funciones adecuadamente”.

- **Méndez, C. “Rehabilitación protésica total en un paciente odontopediátrico con displasia de la dentina, odontodisplasia regional y múltiples gérmenes supernumerarios.”**

Expone el caso de un paciente de 14 años de edad, que, por presencia de caries y movilidad de las piezas presentes, a los 8 años se restaura con prótesis total y se le da seguimiento por 6 años. Ahí las piezas radiográficamente muestran múltiples gérmenes con poco desarrollo radicular y alteración en la densidad del esmalte y la dentina.

- **Casafont, A., Chan, L., Brenes, A. “Rehabilitación Protésica en Pacientes Pediátricos”.**

En este caso se plantean diferentes opciones de rehabilitación protésica en pacientes con dentición temporal para mejorar su estética y función, y para evitar el desarrollo de malos hábitos y de problemas psicológicos.

- **Barrios, A. “Pulpectomías en piezas temporales utilizando el material de obturación vitapex en pacientes de la clínica de especialidades odontológicas ULACIT”.**

Este artículo habla sobre la importancia de preservar los dientes temporales en boca, además de los procesos patológicos que se pueden presentar en la cavidad oral como alteraciones pulpares, necrosis, abscesos periapicales, entre otros. Todos ellos productos de caries y traumas o fracturas que afectan el nervio del diente, y que hacen necesario un tratamiento capaz de solucionar el problema.

Capítulo II

Objetivo:

Restaurar la función y la estética dental de un niño con caries rampante, por medio de tratamientos pulpares, coronas de acero cromado y prótesis parciales, para evitar problemas sociales y de nutrición.

Capítulo III

Marco teórico:

Para este caso se pretende restaurar la función dental de un niño de 3 años y 8 meses que llega a la consulta con caries rampante avanzada y coronas de acero cromado en mal estado.

Por esto, seguidamente se exponen aspectos teóricos de importancia para facilitar la comprensión de los tratamientos, técnicas y materiales empleados en este caso.

1. Caries rampante y caries precoz del niño pequeño:

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas más padecidas en el mundo. Esta tiene inicio con una desmineralización del esmalte dental, causada por los ácidos producidos por las bacterias que comúnmente viven en la cavidad oral.

La caries rampante aparece de forma brusca, destruyendo los tejidos dentarios y expandiéndose de forma rápida por todas las superficies dentales, aun en las de poco riesgo. Llega a afectar rápidamente el tejido pulpar, en especial en las piezas temporales ya que estas tienen un grosor y calcificación menor del esmalte.

Suele afectar a familias de bajos recursos o con malos hábitos de higiene oral, en donde los padres tienden a dejar a los niños esta responsabilidad, por lo que hay que modificar esta condición.

En la actualidad se le llama caries precoz del niño pequeño, si esta afectación aparece antes de los 3 años de edad; porque se ha demostrado que tanto los hábitos alimenticios, como el uso del biberón antes de dormir, son solo un factor favorecedor y no la causa en sí. Otros factores pueden ser la hipoplasia del esmalte; niños con bajo peso al nacer o con enfermedades sistémicas.

2. Manejo del paciente y cambios de conducta:

McDonald y Avery (1990) se refirió al desarrollo de pacientes odontológicos infantiles en los siguientes términos:

“El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde la concepción hasta la adultez. Comprende mucho más que el crecimiento físico, que muchas veces significa solamente un aumento de tamaño. El desarrollo implica un despliegue secuencial que puede comprender cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades”.

Esto demuestra la importancia del cuidado en la atención odontológica que le demos al niño, no solo para mejorar su salud bucal, sino para ayudarlo en su desarrollo social y emocional.

Por otro lado debemos tomar en cuenta que, en referencia a los niños, no nos relacionamos solamente con el paciente, sino también con su familia y entorno.

Para tener un control adecuado del niño durante la consulta dental, es necesario que este se familiarice primero con la clínica y el personal odontológico; y para esto es de suma importancia la cita preliminar.

También es necesario que a los niños se les explique lo que se va a realizar (excepto en procedimientos muy complejos o invasivos); además, que conozcan el instrumental y equipo. Esto ayuda a que el niño se encuentre más relajado y, por tanto, podamos trabajar más tranquilamente.

Otro punto importante es el tono de voz que se use para dirigirse a los niños. Este tono debe denotar, primero, una gran afabilidad; pero, debe reflejar, a su vez, autoridad y seguridad. No se trata de intimidarlo sino de provocar tranquilidad.

Existen técnicas como la restricción física, que ayudan en el control de niños rebeldes o inquietos, como en el caso de los más pequeños. En este punto también se pueden considerar el control de los maxilares con abre bocas, que nos permiten trabajar más cómodamente y evitar accidentes.

El método de elogio o la recompensa, por ser colaboradores, también es de mucha ayuda para el odontólogo, ya que ayuda a que el niño entienda el comportamiento que deseamos y busca ser premiado por ello.

“Las experiencias positivas odontológicas del niño favorecerán también la formación de un adulto colaborador en el futuro” (Boj, Catala, Garcia-Ballesta, Mendoza, 2004)

Para asegurar el éxito, es importante destacar la necesidad de un cambio de conducta de los padres y del niño con respecto a las técnicas deficientes de higiene que se han empleado; asimismo, deben mejorarse hábitos alimenticios y de cooperación con el tratamiento.

3. Aislamiento del campo operatorio:

El aislamiento es de suma importancia durante algunos tratamientos como las pulpectomías y operatoria, ya que nos facilitan la visibilidad y mantienen las superficies tratadas libres de saliva y otros agentes contaminantes.

Actualmente se puede contar con el dique de goma, que, además de ser efectivo, es generalmente bien aceptado por el niño.

Para su colocación se debe contar con un marco que nos ayuda a sujetar el dique y mantenerlo en la posición deseada; además, las grapas o retenedores ayudan a fijarlo sobre el diente hasta terminar el tratamiento.

4. Técnica anestésica:

El uso de anestésico local en niños es de suma importancia para el control del dolor, y evitar molestias durante el tratamiento, además de que ayuda con el comportamiento del niño.

Existen varios tipos de anestesia local, de los cuales se mencionan los utilizados en este caso.

Anestesia infiltrativa: se usa con mayor frecuencia en la maxila, ya que el hueso es menos denso y con mayor vascularización que el de la mandíbula. En esta técnica se coloca el anestésico en las ramas terminales del nervio, insertando la aguja en el pliegue mucogingival buscando la zona apical de las piezas que deseamos dormir.

Anestesia troncular: se utiliza principalmente para dormir los molares inferiores (nervio dental inferior y lingual) colocando el anestésico cerca del agujero

mandibular, en la rama de la mandíbula. Es importante tener en cuenta que, en los niños, este orificio se encuentra por debajo del plano oclusal, y este va subiendo a medida que el niño crece.

5. Exodoncia:

Como mencionan Boj et al. (2004): “Dentro de los procedimientos habituales en la terapia del paciente odontopediátrico, la extracción dental constituye uno de los momentos de mayor carga negativa en la conducta del paciente infantil.”

Por este motivo, en el caso de que se deban realizar varias exodoncias, se deben efectuar por cuadrantes en una sola cita, siempre y cuando las condiciones lo permitan.

Es importante que, luego de colocar la anestesia, se le explique al niño lo que puede sentir o las sensaciones que va a experimentar, como los labios “gorditos”, presión y tracción. Se debe tener todo el instrumental necesario a la mano, así como la radiografía correspondiente para conocer el estado de las raíces y cercanía a los gérmenes dentarios de las piezas permanentes.

Otra consideración trascendental es el cuidado, durante el procedimiento, de evitar la aspiración o deglución de la pieza extraída.

Al terminar este tipo de tratamientos, es de suma importancia, el explicarle al niño y a los padres los cuidados que deben tener luego de la extracción; como lo es el evitar juegos muy fuertes, no tomar con pajilla, evitar enjuagues y alimentos calientes, cepillarse bien pero con cuidado en la zona donde se hizo el procedimiento, entre otros.

6. Tratamientos pulpares (pulpectomía):

Como mencionamos, en los casos de caries rampante los tejidos pulpares se ven rápidamente afectados, y, si existe suficiente estructura dentaria, estas piezas afectadas se pueden restaurar, en niños, con tratamientos pulpares y coronas de acero cromado.

Si la pulpa se encuentra afectada de forma irreversible, el procedimiento de elección es la Pulpectomía, que ayuda en la eliminación o reducción de bacterias, dentro del conducto, que puedan llegar a afectar a los gérmenes dentarios que se encuentran en el perímetro apical de estas piezas.

Este tratamiento se debe realizar bajo anestesia y con el aislamiento del campo operatorio adecuado. Primeramente, se debe eliminar la caries por completo y realizar una apertura amplia para el fácil acceso al conducto respectivo. Seguidamente, se procede a la extirpación del nervio, utilizando limas estériles; luego se limpia con suero fisiológico. Se obtura con materiales compuestos de yodoformo e hidróxido de calcio, y se coloca la restauración definitiva.

Es necesario que se utilicen materiales reabsorbibles, al igual que lo hacen las piezas temporales, y que no afecten los tejidos circundantes.

7. Coronas preformadas:

Las coronas de acero cromado, o acero inoxidable, son utilizadas principalmente para restaurar, de manera exitosa, dientes con caries amplias y con poco soporte para otras restauraciones.

Para su colocación se debe aislar anestesiar bien la pieza. En la preparación del diente es necesario realizar un leve desgaste proximal con terminación en filo de cuchillo y por vestibular, palatino o lingual, solo si es necesario, ya que ayudan con la retención de la corona. Las cúspides y ángulos de la pieza deben ser redondeados, creando un espacio de aproximadamente 1mm con respecto al antagonista.

En la elección de la corona de acero cromado es importante decidirse por la de mejor ajuste, para evitar filtraciones. El borde de la corona debe seguir el contorno natural de la encía sin producir isquemia, debe quedar 1mm subgingival y tener una altura gingivo-oclusal adecuada que no interfiera en la oclusión del paciente. Con unas pinzas contorneadoras se ajusta el borde cervical por vestibular y palatino de la corona de acero cromado, hasta que la corona se adapte cómodamente.

Antes de cementar es necesario probar la corona sin el dique de goma, para comprobar la oclusión y ajuste. Para el cementado podemos utilizar ionómero de vidrio, que por su liberación de flúor, fortalece los tejidos dentarios remanentes en piezas vitales, y cemento de policarboxilato en piezas tratadas con pulpectomías.

8. Rehabilitación protésica:

Una de las consideraciones más importantes de los pacientes y padres de familia, con las restauraciones protésicas, es la estética; pero este tratamiento va más allá de solo mejorar la apariencia dental.

Los dientes cumplen varias funciones, como lo son la masticación, deglución, fonación, y estética; en el caso de los dientes temporales, también son guía de erupción de las piezas permanentes y desarrollo adecuado de las arcadas dentales,

Es importante hacer ver, a los padres, lo necesario que es restaurar o reponer, de alguna manera, las piezas dentales perdidas. Además, se les debe explicar que, en niños, al igual de los cambios que existen en la dentición mixta, las prótesis deben adaptarse a estos cambios, por lo que necesitan una supervisión regular.

Según Boj et al (2004), los objetivos de la colocación de una prótesis son los siguientes:

- Mantener el espacio y dimensiones de las arcadas, incluida la dimensión vertical de oclusión.
- Facilitar la masticación: la prótesis debe favorecer una alimentación sana y equilibrada, devolver una función muscular normal y permitir la maduración de la deglución.
- Evitar interferir en el propio desarrollo del niño, y permitir un crecimiento armónico.
- Contribuir a la adquisición de una correcta articulación del lenguaje, elemento importante de la vida de relación del niño.
- Devolver la estética y el bienestar psicológico.
- Evitar la adquisición de hábitos perniciosos.

Para la preparación y diseño de la prótesis, es necesario tomar en cuenta que la distribución de las fuerzas sobre los dientes restantes se encuentre en los límites fisiológicos, para evitar daños adicionales.

En las bases de extremos libres: “se debe utilizar el máximo de superficie para soporte de la prótesis, de manera que la fuerza por unidad de superficie sobre la cresta residual sea mínima. (McDonald y Avery, 1990)

Por otro lado, si los dientes antagonistas son naturales o con restauraciones metálicas, como las coronas de acero cromado, los dientes de la prótesis deben ser de plástico, para evitar desgastes.

Al igual que en los adultos, las prótesis removibles requieren una higiene adecuada; por eso, se debe explicar bien, tanto a los padres como al niño, la importancia de la colaboración de ambos en su mantenimiento.

Capítulo IV



Caso clínico:

Presentación del caso

Caso clínico de un niño de 3 años y 8 meses que asiste a la consulta, con su madre, para una revisión. El niño presenta caries rampante avanzada en la mayoría de las piezas.



Dentro del diagnóstico clínico y radiográfico encontramos.

Pieza	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Radiográfico
5.5	Pulpitis crónica hiperplásica	Destrucción de la corona clínica
5.4	Caries en toda la corona	Destrucción de la corona clínica
5.3	Caries en toda la superficie palatina	Destrucción parcial de la corona clínica
5.2	Corona de acero cromado de central superior	Corona de acero cromado desajustada y posible caries residida

5.1	Corona de acero cromado desajustada	Posible caries residida
6.1	Corona de acero cromado desajustada	Posible caries residida
6.2	Corona de acero cromado de central superior	Corona de acero cromado desajustada y posible caries residida
6.3	Caries en toda la superficie palatina	Destrucción parcial de la corona clínica
6.4	Caries en toda la corona	Destrucción de la corona clínica
6.5	Corona de acero cromado desajustada de una 5.5	Corona de acero cromado desajustada y posible caries residida
7.5	Caries en toda la corona	Destrucción de la corona clínica
7.4	Corona de acero cromado desajustada	Corona de acero cromado desajustada y posible caries residida
7.3	Caries en toda la superficie lingual	Destrucción parcial de la corona clínica
7.2	Corona de acero cromado desajustada	Corona de acero cromado desajustada y posible caries residida
7.1	Caries en toda la superficie vestibular	Destrucción parcial de la corona clínica
8.1	Caries en toda la superficie vestibular	Destrucción parcial de la corona clínica
8.2	Caries en toda la corona	Destrucción de la corona clínica
8.3	Caries en toda la corona	Destrucción parcial de la corona clínica
8.4	Caries en toda la corona	Destrucción de la corona clínica
8.5	Caries en toda la corona	Destrucción de la corona clínica

Antecedentes

APP: gripe

APNP: toma chupón dos veces al día (en la mañana y antes de dormir) con leche y azúcar.

APF: no refiere

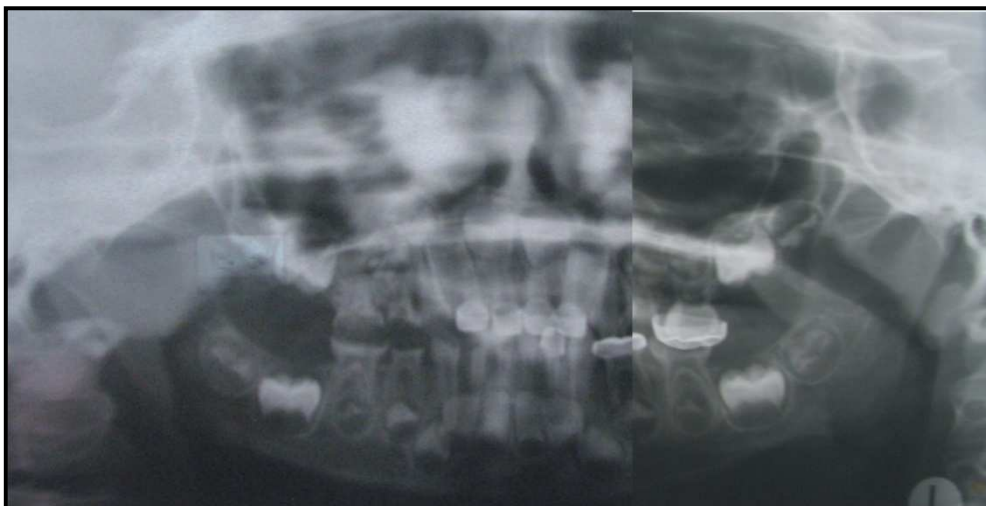
AA: no refiere

AQ: no refiere

Diagnóstico

El examen radiográfico es difícil de realizar por la edad del niño, ya que se requiere de una radiografía panorámica para el análisis general del caso. Por este motivo se tomaron dos radiografías panorámicas que se complementan.

Se le diagnostica caries rampante del biberón



Pronóstico

Pronóstico reservado, ya que el éxito del tratamiento depende de la colaboración del paciente y de sus padres

Plan de tratamiento

Cita 1	Ficha clínica, índice de placa, instrucciones de higiene, toma de fotos, modelos y radiografías.
Cita 2	Índice de placa, profilaxis e instrucciones de higiene oral.
Cita 3	Exodoncia de 64
Cita 4	Exodoncias de 55, 54, 53 y 52
Cita 5	Exodoncias de 85, 84 y 82
Cita 6	Pulpectomía y corona de AC de 83
Cita 7	Pulpectomía y corona de AC de 81 y 71
Cita 8	Pulpectomía y corona de AC de 73 y 74
Cita 9	Pulpectomía y corona de AC de 51 y 61
Cita 10	Pulpectomía y corona de AC 62 y 65
Cita 11	Pulpectomía y corona de AC de 63
Cita 12	Toma de modelos; fotos e índice de placa.
Cita 13	Prueba de rodetes y escogencia del color.
Cita 14	Prueba estética y visto bueno del paciente
Cita 15	Colocación de la prótesis; instrucciones de uso e higiene.
Cita 16	Cita control
Cita 17	Cita control
Cita 18	El paciente debe de seguir en controles programados para ayudarle con un desarrollo dental y óseo facial adecuados.

Evolución:

Cita 1, 29-2-08:

Ficha clínica, índice de placa, toma de radiografías panorámicas. El niño se comporta bien durante la cita, acompañado de su madre. Presenta caries rampante avanzada y coronas de acero cromado en mal estado.

Cita 2, 14-3-08:

Toma de impresiones para modelos de estudio y fotografías iniciales. Índice de placa y profilaxis general para disminuir la cantidad de bacterias en boca, y ambientar al niño con la consulta odontológica.

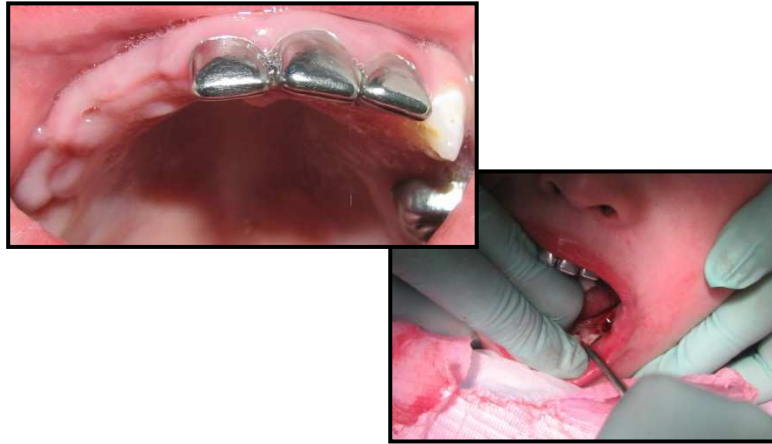


Cita 3, 18-3-08:

Exodoncia simple de 64; se coloca un carpul de anestesia al 2%. El niño se muestra poco colaborador pero tranquilo; se puede trabajar. Se coloca gelfoam para el control del sangrado y cierre del alvéolo.

Cita 4, 4-4-08:

Exodoncia de 55, 54, 53 y 52; se anestesia con 2 carpules al 2%. Desde un inicio se quiso realizar la exodoncia de 55, 54 y 53 pero, durante el tratamiento, la corona de acero cromado (en mal estado) de la 52 se desprendió y se detectó que la pieza se encuentra en muy mal estado; por lo que se extrae. El niño se encuentra por momentos inquieto durante el procedimiento; se coloca gelfoam en cada alvéolo, para el control del sangrado. Los tejidos periodontales en donde se encontraba la 64 ya han sanado sin problemas.

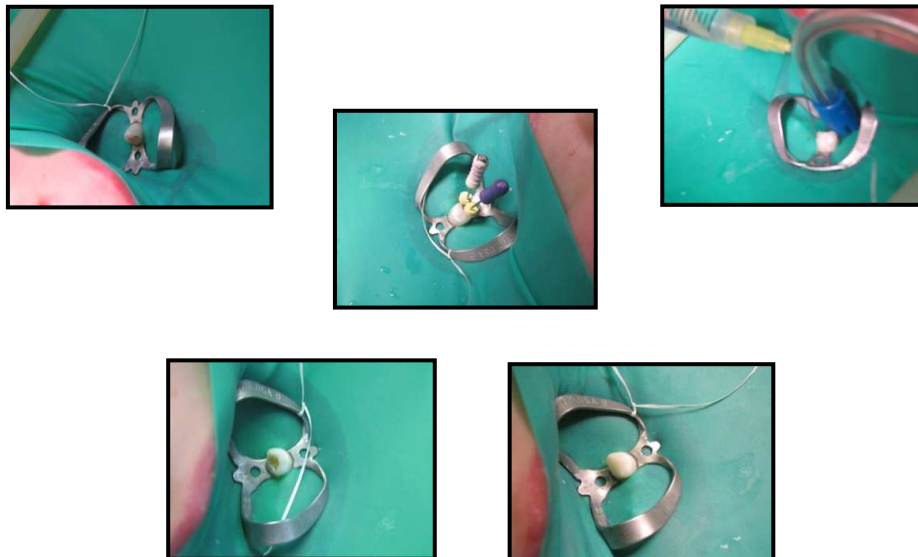


Cita 5, 3-6-08:

Exodoncia de 85, 84 y 82; el paciente se encuentra un poco más inquieto, pero se puede tratar. Se colocan 2 carpules de anestesia al 2%, y gelfoam para el control del sangrado en los alvéolos. Los tejidos del cuadrante 5 ya han sanado correctamente.

Cita 6, 8-7-08:

Eliminación de caries de 83 y pulpectomía. Se anestesia con un carpul al 2% y durante el tratamiento el paciente es colaborador, aunque algo inquieto. Se utiliza aislamiento absoluto con dique de hule. Se obtura parcialmente con vitapex, ya que en la clínica odontológica de la universidad no había más material. Se obtura temporalmente con vidrio ionómero, para posteriormente terminar de rellenar el conducto.



Cita 7, 5-8-08:

Se anestesia al 2% la pieza 83, para terminar de obturarla con hidróxido de calcio por ausencia del material (vitapex); Se utiliza aislamiento absoluto con dique de hule y se prepara la pieza para colocar la corona de acero cromado #5. Al tomar la radiografía final, se nota que no bajó bien la corona, por lo que se debe corregir en la siguiente cita.

Cita 8, 12-8-08:

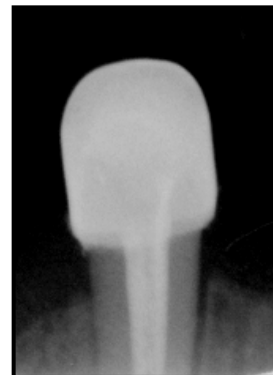
Se anestesia al 2% la pieza 83 y se retira la corona de acero cromado desajustada; se utiliza aislamiento con gasa estéril y constante succión. Se limpia y se coloca una nueva corona #5 cementándola con policarboxilato. El paciente se comporta muy bien durante el tratamiento.

Cita 9, 26-8-08:

Se anestesia al 2% la pieza 73 para realizar tratamiento pulpar. Se aísla con dique de hule, se elimina caries y se coloca vitapex en el conducto radicular. Se restaura con vidrio ionómero, para la posterior colocación de la corona de acero cromado. El paciente es colaborador.

Cita 10, 2-9-08:

El niño se presenta con prurito en los brazos, cara y cuello; la hermana menciona que hace cuatro días le inició la alergia, pero no conocen la causa; se encuentra tomando clorotrimetón, recetado en la clínica de salud. Se anestesia al 2% y se prepara la pieza para colocar la corona de acero cromado de la pieza 73 y se cementa con vidrio ionómero. El paciente se comporta bien durante todo el tratamiento.



Cita 11, 4-9-08:

El paciente se presenta con una mejora del prurito. Se anestesia al 2% la pieza 81 para eliminar caries. No se realiza la pulpectomía porque no se llegó al nervio; en su lugar se restaura con vidrio ionómero y se deja la pieza en observación.



Cita 12, 11-9-08:

El paciente llega tarde a la cita por lo que no se puede colocar la corona de acero cromado de la 81; pero se realiza la exodoncia de la 72, con anestesia al 2%, sin problemas.

Cita 13, 2-10-08:

Anestesia al 2% y se quita el cemento de la pieza 65, ya que la corona de acero cromado que tenía se cayó unos días atrás. Se utiliza aislamiento absoluto con dique de hule, se elimina la caries oclusal y se realiza una pulpotomía por la extensión de la misma, dejándola en observación unos 15 días. Los tejidos de la zona del 72 ya están sanos.

Cita 14, 9-10-08:

Anestesia al 2% se aísla con dique de hule y se elimina caries de 63, realizando luego una pulpectomía con vitapex. Se reconstruye con vidrio ionómero para colocar corona de acero cromado. El paciente es colaborador.



Cita 15, 14-10-08:

Se prepara la pieza 63 para colocar corona de acero cromado #3 con anestesia al 2% y se cementa con vidrio ionómero. El paciente se presenta con un poco de gripe e inflamación de las glándulas, pero se comporta bien durante el tratamiento.

Cita 16, 16-10-08:

Se coloca anestesia al 2%, y prepara la pieza 65 para colocar corona de acero cromado, ya que no presentó molestias en el periodo de observación. Se cementa con vidrio ionómero; la pieza presenta gran pérdida de la corona clínica, pero la corona de acero cromado ajusta bien.

Cita 17, 21-10-08:

Se anestesia al 2% con técnica infiltrativa en las piezas 51 y 62. Se utiliza aislamiento permanente con dique de hule. Se elimina caries y se realizan pulpectomías en ambas piezas. Se utiliza vitapex para su obturación y se reconstruye con policarboxilato. En la 61 solo se elimina caries y se restaura con vidrio ionómero por la vitalidad de la pieza.



Cita 18, 23-10-08:

Se anestesia al 2% y se preparan las piezas 51, 61 y 62 para colocar corona de acero cromado; se cementan con polycarboxilato las 51 y 62, y con vidrio ionómero la 61, por su vitalidad. El paciente es colaborador en todo momento.

Cita 19, 28-10-08:

Toma de impresiones; chorreado de modelos para la preparación de las prótesis parciales y fotos de control.



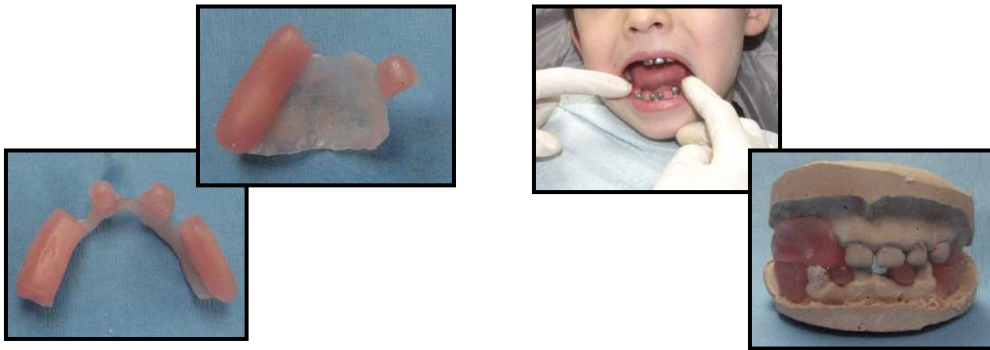
Cita 20, 4-11-08:

Se anestesia al 2% y se preparan las piezas 71 y 81 para colocar corona de acero cromado # 2. La pieza 81 estaba en observación pero no presentó molestias durante dos meses. La madre nos dice que el niño ya no toma chupón y su higiene ha mejorado mucho.



Cita 21, 6-11-08:

Preparación de los rodetes y toma de registro de mordida para mandar los modelos al técnico, para la preparación de las prótesis parciales removibles. Se le solicita al técnico que realice la prótesis con ganchos forjados y acrílico, ya que estas deben ser cambiadas de acuerdo con el crecimiento del niño y erupción de las piezas permanentes. Por otro lado, las piezas presentes actualmente en el niño no favorecen la colocación de una prótesis fija.



Cita 22, 16-12-08:

Paciente colaborador, se le prueban las prótesis pero la superior no tiene buena retención por lo que se habla con el técnico para modificarla, por este motivo no se le colocan al paciente.



Cita 23, 20-01-09:

Se toman las impresiones nuevamente para modificar las prótesis y mejorar la retención de la prótesis superior. Se mandan al técnico junto con las prótesis anteriormente preparadas.

Cita 24, 29-01-09:

Se colocan las prótesis modificadas al paciente y se ajusta la oclusión, ambas prótesis se retienen adecuadamente. El paciente es colaborador y no refiere molestias. Se le dan indicaciones de uso y mantenimiento tanto al paciente como a los padres.

Nota: para mejorar la retención de la prótesis superior se une conacrílico el sector vestibular izquierdo con el derecho, como en una prótesis total, pero dejando el espacio de los dientes naturales del paciente.



Cita 25, 03-02-09:

Control, la mamá refiere que el niño ha utilizado las prótesis en todo momento y se las quita para dormir; pero que al comer se levanta la inferior por lo que ella se la quita en ese momento. En la cita se le ajustan los ganchos de la prótesis inferior y se desgasta levemente el borde lingual de la misma para evitar que se levante, se refuerzan las indicaciones de cuidados y manejo a la vez que se motiva al paciente.

Cita 26, 10-02-09:

Control, la mamá del niño menciona que este está utilizando las prótesis durante todo el día, y que puede comer bien con ellas. Los tejidos no muestran enrojecimiento o lesiones a causa de las prótesis y el paciente no refiere molestias, por lo que se le da cita de control dentro de 22 días. Por otro lado los padres refieren que el niño no toma chupón ya desde hace algunos meses.

Es importante mencionar, que como parte de las próximas citas, se debe llevar un buen control radiográfico de los tratamientos, así como del crecimiento óseo y desarrollo de los gérmenes dentarios de las piezas permanentes.



Análisis de resultados:

Para nuestra consideración se llegó a satisfacer exitosamente nuestro objetivo, ya que, se logró eliminar totalmente la toma del chupón, considerando esta la causa principal del problema inicial (caries rampante). Se mejoró notablemente la higiene dental del niño, al punto que la mamá nos comenta que el menor disfruta hacerlo. Y por último se logra restaurar la función y estética dental del paciente por medio de las prótesis parciales removibles, con las cuales el niño se siente cómodo y motivado a usarlas durante todo el día sin molestias, facilitándole así su alimentación, nutrición y seguridad en su apariencia. También es importante destacar la mejora en el comportamiento del niño en el momento de la consulta dental y su colaboración durante los tratamientos.

Conclusión:

Es indiscutible la satisfacción que se obtiene con este tipo de restauraciones tanto para el paciente y sus padres como para nosotros como profesionales, y saber que se logran compensar todos los aspectos funcionales, sociales, estéticos y de nutrición del niño, mejorando así su crecimiento y calidad de vida. Además de que esto nos ayuda a hacer conciencia sobre la importancia de la dentición temporal en nuestros niños.

Capítulo V

Bibliografía:

Libros:

- Boj, J.R. Catala, M. García-Ballesta, C. y Mendoza, A. (2004). *“Odontopediatría”*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- McDonald, R. y Avery, D. (1990). *“Odontología pediátrica y del adolescente”*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Pinkham, JR. (1996). *“Odontología pediátrica”*. México: Nueva Editorial Interamericana.

Artículos:

- Barrios, A. (2004) *“Pulpectomías en piezas temporales utilizando el material de obturación vitapex en pacientes de la clínica de especialidades odontológicas, ULACIT 2003”*. Tesis de licenciatura no publicada, ULACIT, San José, Costa Rica.
- Casafont, A., Chan, L., Brenes, A. (2005) *“Rehabilitación Protésica en Pacientes Pediátricos”*. *Publicación Científica, Facultad de Odontología UCR*, N° 7.

- García SA, De la Teja AE. (2008) "Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento". *Acta pediátrica, Mex.* 29(2):69-72.
- Méndez, C. "Rehabilitación protésica total en un paciente odontopediátrico con displasia de la dentina, odontodisplasia regional y múltiples gérmenes supernumerarios."
- Zayda C., Barrios G., María E., Salas C., (2006) "Tratamientos protésicos en dentición primaria". Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.