

Facultad Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Odontología



## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**REHABILITACIÓN ESTÉTICA EN DIENTES TEMPORALES ANTERIORES**

**Para optar el título profesional de Cirujano Dentista**

**Autor: LILIAN ROSARIO RAMIREZ SANABRIA**

**ASESORA: MG. HOSPINAL P ESCAJADILLO JANE.**

**Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud**

**Línea de Investigación de la Escuela Profesional de Odontología:**

**Investigación Clínica y Patología**

**Lugar de investigación: Clínica Odontológica de la Universidad Peruana  
los Andes**

**HUANCAYO – PERÚ**

**2021**

### **DEDICATORIA:**

Dedico mi trabajo de investigación con todo mi amor y cariño, a mis dos hijos Carlos Emmanuel y Álvaro Gabriel que son mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme y seguir adelante.

A mi esposo Carlos Amaro S. por su sacrificio, esfuerzo y apoyo incondicional por estar a mi lado dándome fuerzas, comprensión, cariño y amor para seguir adelante en tiempos felices y también difíciles.

A mi madre y hermanos por sus palabras de aliento, para seguir adelante, perseverando para cumplir mi meta.

## **RESUMEN**

La forma tradicional para restaurar dientes anteriores temporales con caries grandes son las coronas de acero cromo y las de resina, las de acero cumplen los requisitos funcionales, pero no estéticos, las de resina cumplen con la estética, pero no son resistentes.

En este artículo se propone utilizar las coronas con funda de celuloide de resina, para cumplir las expectativas de estética, resistencia, ya que se asemejan a la apariencia natural de los dientes y lograr la funcionalidad de aquellos dientes gravemente dañados o alterados.

La investigación midió clínicamente la eficacia de la restauración de la técnica modificada y tradicional

Caso clínico: se reporta caso de un paciente, en la que se colocó una corona de celuloide con resina compuesta con una mejor presentación estética y resistencia.

**PALABRAS CLAVE:** Coronas. Resina. Caries. Celuloide.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco mucho por la ayuda que me brindaron a mi familia, a mis maestros mis compañeros, y a la universidad por haberme dado la bienvenida y brindarme las oportunidades que me han brindado para el desarrollo y formación de la carrera profesional que actualmente e culminado.

## **CONTENIDO**

### **CAPÍTULO I**

#### **PRESENTACIÓN**

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>CONTENIDO.....</b>	<b>4</b>

### **CAPÍTULO II**

<b>2.1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.2.1 PROBLEMA GENERAL.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3.1. BASES TEÓRICAS.....</b>	<b>10</b>
<b>2.4 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>

### **CAPÍTULO III**

<b>3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 HISTORIA CLÍNICA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2.1 MATERIALES, INSTRUMENTOS Y TÉCNICA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 EVALUACIÓN INTEGRAL.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.....</b>	<b>19</b>

### **CAPÍTULO IV**

<b>PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 FORMULACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO.....</b>	<b>21</b>

### **CAPÍTULO V**

<b>5.1 DISCUSIÓN.....</b>	<b>23</b>
---------------------------	-----------

### **CAPÍTULO VI**

<b>6.1 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>25</b>
---------------------------------	-----------

### **CAPÍTULO VII**

<b>7.1 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>25</b>
---------------------------------	-----------

#### **7.2 REFERENCIAS**

<b>BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>26</b>
----------------------------	-----------

<b>7.3 ANEXOS.....</b>	<b>28</b>
------------------------	-----------

<b>7.3.1 ANEXOS AUXILIARES.....</b>	<b>29</b>
-------------------------------------	-----------

## CAPÍTULO II

### 2.1 INTRODUCCIÓN

El manejo estético de los dientes anteriores superiores primarios cariados, deformados o traumatizados en niños que a menudo requieren restauraciones con cobertura coronal completa es un desafío, especialmente debido a su pequeño tamaño, la cercanía de la pulpa a la superficie del diente, el esmalte delgado, el área de superficie reducida para la unión acoplada con problemas de manejo del comportamiento, especialmente en niños muy pequeños.<sup>1</sup>

Si bien existe información limitada sobre el posible impacto psicosocial de la caries anterior o las restauraciones no estéticas en los dientes deciduos, la parte estética debe ser el objetivo del tratamiento siempre que sea posible.<sup>2</sup>

Una restauración previa ideal debe ser fácil de colocar, duradera, estéticamente agradable y económica. A lo largo de los años, se han probado varias opciones disponibles para proporcionar una restauración de cobertura completa para dientes primarios anteriores, cada una con sus propias ventajas y limitaciones técnicas, funcionales o estéticas asociadas.<sup>3</sup>

La literatura publicada muestra el éxito de muchas técnicas restaurativas que los dentistas solían restaurar los dientes anteriores primarios, sin embargo, no hay pruebas suficientes relacionadas con resultados científicamente probados.<sup>4</sup>

Los avances tecnológicos en materiales y técnicas dentales para su uso en niños, que se han producido en las últimas décadas, hacen necesaria una constante reevaluación de las filosofías y técnicas de tratamiento.<sup>5</sup>

Durante la última década, teniendo en cuenta el requisito estético de la población pediátrica, se han introducido coronas de celuloide para dientes primarios anteriores.

## **2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La caries de la primera infancia es una enfermedad infantil común con mayor prevalencia en los grupos minoritarios, pobres y socialmente desfavorecidos. Los principales factores de riesgo de la caries de la primera infancia son el consumo frecuente de azúcar, la falta de cepillado de los dientes y la hipoplasia del esmalte. Los factores contribuyentes incluyen tensiones ambientales y psicosociales que modifican los comportamientos de los cuidadores. Las estrategias de prevención incluyen prevenir la transmisión de *Streptococcus mutans*, restringir los azúcares en la dieta, cepillarse los dientes, aplicaciones tópicas de fluoruro y exámenes dentales tempranos. La corona de los dientes deciduos es pequeña y las caries causan destrucciones amplias, el clínico debe colocar restauraciones resistentes y lograr que la pieza dental permanezca en la cavidad oral el mayor tiempo posible para no alterar la erupción de los dientes permanentes.<sup>1,2</sup>

Es por ello que este caso clínico despertó el interés para poder realizar la rehabilitación con coronas de celuloide en dientes temporales anteriores.

### **2.2.1 Delimitación del problema**

- **Delimitación espacial**

El caso clínico se desarrolló en la Clínica Odontológica de la Universidad Peruana Los Andes, Filial Lima – Perú.

- **Delimitación Temporal**

El presente caso clínico se realizó durante el Segundo Semestre Agosto del 2019.

### **2.2.2 Formulación del problema**

#### **2.2.2.1 Problema general**

¿Cuál es la técnica de rehabilitación con coronas de celuloide en dientes temporales anteriores?

### **2.2.2.2 Problemas específicos**

¿Cuáles son las opciones de rehabilitación estética en dientes temporales anteriores?

¿Cuáles son las ventajas de la técnica de rehabilitación con coronas de celuloide en dientes temporales anteriores?

## **2.3 MARCO TEÓRICO**

### **2.3.1 Antecedentes de estudio**

Ashima G et al. (2016) El tratamiento estético de los dientes anteriores superiores del maxilar primarios muy deteriorados que requieren una restauración de la cobertura coronal completa suele ser un desafío para los dentistas pediátricos, especialmente en niños muy pequeños. Se han probado muchas opciones estéticas a lo largo de los años, cada una con sus propias ventajas, desventajas y limitaciones técnicas, funcionales o estéticas asociadas. Las coronas de circonio han proporcionado una alternativa de tratamiento para abordar las preocupaciones estéticas y la facilidad de colocación de restauraciones extracoronales en dientes anteriores primarios. El presente artículo presenta un caso en el que los incisivos primarios maxilares gravemente deteriorados se restauraron estéticamente y funcionalmente con coronas de circonio prefabricadas (ZIRKIZ, HASS Corp; Corea). Después del tratamiento endodóntico, los dientes cariados fueron restaurados con coronas de circonio. Durante un período de 30 meses, las coronas han demostrado una buena retención y resultados estéticos. Enfrentar las necesidades estéticas en niños con una pérdida extensa de la estructura dental, usar coronas de circonio sería práctico y exitoso. El tratamiento descrito es simple y efectivo y representa una alternativa prometedora para la rehabilitación de dientes primarios cariados.<sup>1</sup>

Shahawy O et al. (2016) describieron una técnica simple y confiable para restaurar dientes anteriores primarios severamente destruidos. Se creó un poste rígido de ionómero de vidrio sobre el cual se pudieron colocar coronas de circonio para lograr una restauración estética estable a largo plazo para los dientes anteriores primarios. Se incluyeron niños de 2 a 5 años con dos a seis incisivos primarios superiores muy cariados. El Fuji IX se condensó en un espacio intracanal creado a una profundidad de 3 mm, para proporcionar un núcleo que

también se extendía 3 mm supra gingivalmente. Los preparativos de la corona se completaron con estos núcleos. Se colocaron coronas de circonio (Nusmile, Houston, Texas, EE. UU.) Y se cementaron sobre los núcleos preparados. Veintitrés niños sanos con 86 restauraciones participaron en el estudio. La supervivencia general de las restauraciones fue del 95,3% después de 12 meses y del 80,2% después de 24 meses. Según el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, no se alcanzó el tiempo medio de supervivencia, mientras que el tiempo medio de supervivencia estimado fue de 22,9 meses. Esta técnica clínica recientemente descrita es simple y confiable de usar para la restauración de incisivos primarios muy deteriorados. El uso de coronas de circonio retenidas con esta técnica ofrece restauraciones estéticas superiores duraderas con una notable respuesta gingival hasta 24 meses.<sup>2</sup>

Salami A et al. (2015) evaluaron y compararon la satisfacción de los padres entre la corona de tiras de resina compuesta, la corona de acero inoxidable prevenido y la corona de circonia primaria prefabricada recientemente introducida para restaurar incisivos primarios maxilares. Un estudio clínico prospectivo en 39 niños con incisivos maxilares primarios cariados o traumatizados. Se distribuyeron de manera aleatoria e igual en tres grupos y recibieron una de las restauraciones coronales completas. Se recordó a los niños para evaluar y comparar la satisfacción de los padres sobre el desempeño de las coronas después de un año a través de un cuestionario. Los padres estaban satisfechos con las tres técnicas de restauración coronal completa del color de los dientes. Se encontró una relación significativa entre el color de la corona de acero inoxidable prevenido ( $p = 0.003$ ) y la durabilidad de las coronas de tiras de resina ( $p = 0.009$ ) con los niveles generales de satisfacción de los padres. Sin embargo, los padres que dieron calificaciones bajas en estas dos variables calificaron sus niveles generales de aceptación como satisfechos. La satisfacción general de los padres fue mayor para las coronas primarias de zirconia seguidas de las coronas de tiras de resina compuesta y se informó la menor satisfacción para las SSC prechapadas. Los padres estaban menos satisfechos con la durabilidad de las coronas de tiras de resina compuesta y el color de las coronas de acero inoxidable prechapadas. Sin embargo, esto no afectó su satisfacción general con estas coronas.<sup>3</sup>

Parise C et al. (2019) Con el avance en las restauraciones cerámicas unidas a la estructura dental, el tratamiento se ha convertido en una opción factible y conservadora para restaurar los dientes con alteraciones en la forma debido a la gran demanda de estética, con o sin preparación dental mínima. En este artículo se describe un informe de una mujer de 32 años que no estaba satisfecha con su sonrisa. La paciente informó que todavía tenía dientes deciduos y que los incisivos laterales superiores se habían restaurado con resina directa compuesta para corregir la forma de los dientes. Después de discutir las posibilidades de restauración, se tomó la decisión de colocar coronas totalmente cerámicas (vitrocerámica de disilicato de litio) con una preparación mínima de los dientes, lo que representa un enfoque conservador de cobertura total. Un resultado estético parecido a una sonrisa de aspecto natural resultó en la satisfacción del paciente. La unión de coronas totalmente cerámicas sobre figuras de dientes deciduos mínimamente preparadas como tratamiento conservador en caso de anodoncia parcial, lo que disminuye la posibilidad de reabsorción radicular inducida por trauma y se beneficia de una buena adhesión al esmalte. <sup>4</sup>

Goldenfum GM et al. (2019) presentaron un caso clínico relacionado a la pérdida prematura o la destrucción severa de los dientes anteriores primarios superiores por la caries infantil temprana (ECC), el cual es un desafío para el dentista pediátrico. En la región anterior, la estética es una preocupación importante junto con la función y la gestión del espacio. La rehabilitación dental en esta región se vuelve fundamental. El propósito de este informe fue presentar un caso de un niño de 4 años con pérdida temprana de incisivos superiores centrales y lesiones de caries en ambos incisivos laterales superiores. Tanto 51 como 61 fueron extraídos debido a ECC. El paciente fue rehabilitado con un mantenedor de espacio estético fijo y los incisivos superiores laterales vitales, destruidos por ECC, restaurados con carillas de resina compuesta directa. El resultado final restableció los problemas locales, sistémicos, psicológicos, estéticos y sociales del niño. <sup>5</sup>

### **2.3.2 Bases teóricas**

#### **Caries dental**

La caries dental es una enfermedad dinámica, multifactorial, no transmisible, mediada por biopelículas, modulada por la dieta, que produce una pérdida mineral neta de los tejidos duros dentales. Está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales. Como consecuencia de este proceso, se desarrolla una lesión de caries.<sup>6,7</sup>

#### **Actividad de caries**

La actividad de caries es un concepto que refleja el balance mineral, en términos de pérdida neta de mineral, ganancia neta de mineral o estasis en el tiempo. La caries activa implica el inicio / progresión de la caries; caries inactiva implica detención / regresión de caries.<sup>8</sup>

#### **Cuidado, manejo y control de Caries**

El cuidado, manejo y control de la caries son acciones que se toman para interferir con la pérdida de minerales en todas las etapas de la enfermedad de caries, incluidas las intervenciones / tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos. Debido a los procesos continuos de des / remineralización, el control de la caries debe continuarse durante toda la vida. Los términos cuidado / manejo / control de caries pueden ser más apropiados que el término prevención de caries.<sup>9</sup>

#### **Prevalencia de caries**

La prevalencia de caries es, en sentido estricto, el número / proporción de individuos con caries en una población dada en un umbral específico, en un momento designado. Las definiciones de caso a menudo se malinterpretan y son necesarias. En muchos estudios, se ha informado la prevalencia de la experiencia de caries. Otros ejemplos específicos de definiciones de casos incluyen la notificación de lesiones de caries totales (no tratadas y tratadas) en dientes primarios y permanentes o caries no tratadas, que incluye lesiones en dientes temporales y permanentes que no han recibido el tratamiento adecuado.<sup>10</sup>

### **Riesgo de caries**

El riesgo de caries es la probabilidad de que las lesiones de caries aparezcan o progresen si las condiciones permanecen iguales dentro de un período de tiempo establecido. El riesgo de caries es un indicador del resultado real (nuevas lesiones de caries o progresión), que solo se puede validar con el tiempo.<sup>11</sup>

### **Factor de riesgo / determinante de caries**

El factor / determinante de riesgo de caries es un factor ambiental, conductual o biológico confirmado por secuencia temporal, generalmente en estudios longitudinales, que, si está presente, aumenta directamente la probabilidad de aparición de caries. El factor de riesgo es parte de la cadena causal.<sup>11</sup>

### **Factor de riesgo modificable**

El factor de riesgo modificable es un determinante que puede modificarse mediante la intervención, reduciendo así la probabilidad de caries.<sup>11</sup>

### **Lesión de caries**

La lesión de caries es el signo clínico de caries. Las lesiones de caries pueden clasificarse según su ubicación anatómica en el diente (corona o superficie raíz / cemento), su gravedad (p. Ej., No cavitada, cavitada), profundidad de penetración en el tejido (p. Ej., Esmalte, dentina, pulpa), y su estado de actividad (activo, inactivo).<sup>12</sup>

### **Detección de lesiones por caries**

La detección de lesiones de caries es la identificación de los signos de caries dental. Las lesiones de caries pueden detectarse clínicamente en varios umbrales y etapas de detección, por ejemplo, no cavitadas, microcavitadas y cavitadas. Las lesiones de caries también se pueden detectar mediante herramientas de detección complementarias, como radiografía y métodos ópticos y eléctricos. La detección de lesiones de caries *in vitro* incluye histología, microscopía electrónica de transmisión y barrido, así como microscopía de barrido láser con focal.<sup>12</sup>

### **Evaluación de la gravedad de la lesión de caries**

La evaluación de la gravedad de la lesión de caries es la estadificación del proceso de pérdida neta de minerales que progresa desde pequeñas lesiones hasta grados crecientes de destrucción dentaria hasta la afectación de la pulpa dental. Se puede lograr utilizando una variedad de métodos y sistemas de clasificación. Los ejemplos incluyen la estadificación clínica en lesiones no cavitadas, microcavitadas y cavitadas, estadificación clínica y radiográfica en lesiones iniciales, moderadas y extensas, y estadificación clínica desde lesiones no cavitadas hasta sepsis pulpar.<sup>12</sup>

### **Caries en la primera infancia**

La caries de la primera infancia es la aparición temprana de caries en niños pequeños con una progresión a menudo rápida, que finalmente puede resultar en la destrucción completa de la dentición temporal. Una definición epidemiológica de caries en la primera infancia es la presencia de una o más superficies con caries (lesiones no cavitadas o cavitadas), faltantes (debido a caries) u obturadas en cualquier diente temporal de un niño menor de 6 años.

Debido al consumo frecuente de carbohidratos, especialmente azúcares, y la higiene bucal inadecuada o inexistente en los niños pequeños, la caries de la primera infancia muestra un patrón atípico de ataque de caries, particularmente en las superficies lisas de los dientes anteriores superiores.<sup>13</sup>

### **Restauración de dientes anteriores primarios**

Hay disponible una variedad de materiales de restauración estéticos para restaurar los incisivos primarios. Las restauraciones intracoronarias de dientes temporales pueden utilizar compuestos de resina, cementos de ionómero de vidrio, ionómeros modificados con resina o resinas modificadas con poliácido. Cada uno tiene distintas ventajas y desventajas y las condiciones clínicas de colocación pueden ser un factor determinante importante en cuanto a qué material se utiliza. Las coronas disponibles para la restauración de incisivos primarios incluyen las que se adhieren directamente al diente, que generalmente son de material de resina, y las coronas que se adhieren al diente y son algún tipo de corona de acero inoxidable. Sin embargo, debido a la falta de datos clínicos que lo respalden, no se puede decir que

ninguna de las coronas sea superior a las demás en todas las circunstancias. Aunque la caries en la región mandibular es rara, se necesitan soluciones restauradoras para los incisivos mandibulares. Ni las coronas de acero inoxidable ni las coronas de celuloide están hechas específicamente para incisivos mandibulares. Existen muchas opciones para reparar los incisivos primarios cariados, pero no hay suficientes datos clínicos controlados que sugieran que un tipo de restauración es superior a otro. Esto no descarta el hecho de que los dentistas han estado utilizando muchas de estas coronas durante años con mucho éxito. Preferencias del operador, exigencias estéticas de los padres, comportamiento del niño.<sup>14</sup>

### **Coronas de celuloide**

Las coronas de celuloide sirven de molde para la elaboración rápida y segura de restauraciones son usadas como matrices para colocar el material restaurador o provisional; resina ionómero de vidrio o acrílico.<sup>15</sup>

#### **Técnicas para el uso de coronas de celuloide**

##### **Técnica tradicional:**

- Anestesia
- Eliminar la caries
- Aislamiento del campo operatorio.
- Selección de la corona de celuloide, color de resina.
- Reducción de 1.5mm dl borde incisal,1.0mm de interproximal, 0.5-1.0mm mm de vestibular y 0.5 mm de lingual y palatino
- Recorte y adaptación de la corona.
- Perforación en la zona incisal de la corona
- Grabar y colocar adhesivo.
- Rellenar con el material restaurador
- Colocar la corona al diente, retirar los excesos y fotopolimerizar
- Se retira la corona de celuloide.
- Verificar la oclusión y pulir.

**Técnica modificada:**

Se crea para generar menor respuesta periodontal

- Igual que la modificada antes de introducir la corona al diente.
- Vaselina al diente.
- Se coloca la vaselina al diente y se retira los excesos.
- Se retira la corona (corona y resina).
- Se recorta y pule
- Se hace retenciones por dentro
- Grabar y colocar el adhesivo y fotopolimerizar.
- Realizar la cementación con una resina fluida.<sup>16</sup>

**2.4 OBJETIVOS:****Objetivo general:**

Determinar técnica de rehabilitación con coronas de celuloide en dientes temporales anteriores

**Objetivos específicos:**

Determinar las opciones de rehabilitación estética en dientes temporales anteriores.

Determinar las ventajas de la técnica de rehabilitación con coronas de celuloide en dientes temporales anteriores.

## CAPÍTULO III

### 3.1 HISTORIA CLÍNICA

H.C. N°

#### ANAMNESIS

Nombre : A.M.F.B.

Edad : 5 años 6 meses

Sexo : M

Raza : Mestiza

Grado de instrucción : Inicial

Motivo de la Consulta: “La madre del menor refiere dolor en diente chico”

#### EVALUACIÓN:

- Madre de paciente refiere que curso un embarazo sin complicaciones.
- La frecuencia del cepillado del niño es de dos veces por día (mañana y tarde).
- El niño tuvo lactancia materna exclusiva hasta los 11 meses, después tuvo una lactancia artificial (biberón) hasta los 3 años de edad con una frecuencia de 2 a 3 veces por día.

## **EXAMEN CLINICO GENERAL:**

### **Ectoscopia:**

- Aparente buen estado general.
- Facie: no caracterizada.
- Grado de colaboración: **PARCIALMENTE COOPERADOR**

### **Peso y talla:**

- Peso: **20kg**
- Talla: **1.10 cm**

### **Piel y anexos:**

- Temperatura: **36.5 °C (oral)**
- Lesiones: **ausentes**
- Piel y Anexos: **Aparentemente normal**

## **EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL E INTRAORAL**

- Paciente mesocéfalo, mesofacial, perfil A-P: convexo, perfil vertical: normodivergente, respiración nasal, ganglios no palpables asintomáticos.
- Presencia de movilidad dentaria de la pieza 7.4, dentición decidua, arco superior e inferior: tipo I y ovoide, RMD: EM, RMI: EM, RC (D- I): Clase I, OJ : 2mm y OB: 20% e IHO: 2.9.

## **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

**Estado general:** Paciente de sexo masculino de 5 años 11 meses de edad en ABEG, ABEN, ABEH. Sin limitaciones físicas y/o psíquicas ni compromiso sistémico, Paciente parcialmente cooperador.

**Tejidos blandos:** Gingivitis asociada a placa.

**Tejidos duros:** Caries dental con lesiones Pzas: 55 (o), 54(od), 52 (m),51(d), 61(d), 62(p),64 (om), 65(o), 75(ov), 74(old), 85(ov).

**Oclusión:** Normoclusion en dentición decidua

## **PLAN DE TRATAMIENTO PARA DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

- Rx. Periapical: anterosuperior.
- Rx. Bitewing: (D-I)
- Radiografías periapicales de las piezas 54,52,51,61,62,64,74,84.
- Fotografías.
- IHOS
- DIARIO DIETÉTICO

## **DIAGNÓSTICO DEFINITO:**

### **Del estado general:**

Paciente de sexo masculino de 5 años 11 meses de edad en ABEG, ABEN, ABEH. Sin limitaciones físicas y/o psíquicas ni compromiso sistémico. Paciente parcialmente cooperador.

### **De las condiciones estomatológicas:**

**Tejidos blandos:** Gingivitis asociada a placa bacteriana.

**Tejidos duros:** Caries de Aparición Temprana con Lesiones de caries dental en las Pzas: 55 (OM), 54(OD), 52 (MP),51(DP), 61(DP), 62 (MPI),64 (OM-D), 65(O), 75(OV), 74(OD),84(OD), 85(OMV).

**Oclusión:** Normoclusion en dentición decidua

**Riesgo a Caries:** Alto



## CAPÍTULO IV

### 4. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL:

#### **Fase higiene:**

- Fisioterapia oral: detección de placa bacteriana, aplicación del IHO, instrucción de la técnica de higiene oral al niño (técnica de cepillado de acuerdo a la etapa de vida).
- Uso de cepillo pediátrico con cerdas suaves.
- Uso de pastas fluoradas (1000ppm) con xilytol (Vitis Junior) por el alto índice de caries.

#### **Fase preventiva:**

- Aplicación de flúor barniz al 5% (26 000 ppm) Duraphat.
- Eliminar foco infeccioso (Exodoncia de pieza 54 y 74).
- Terapia de shock: primera semana aplicación de barniz fluorado al 5%, segunda semana aplicación de barniz de clorhexidina al 1%, tercera semana aplicación de barniz fluorado al 5%, cuarta semana aplicación de barniz de clorhexidina al 1%.
- Remineralización de las piezas 53,52,51,61,62,63 (con monofosfato de caseína).

#### **Fase correctiva:**

- RPI y restauración con CIV-R de la pieza 64 (OMD).
- Restauración con CIV-R de las piezas: 55 (o), 65(o), 75(ov), 84 y 85(ov)
- RPI de la 84.
- Coronas de celuloide de las piezas: 52,51,61 y 62;
- Corona de acero de la pieza 84.
- Mantenedor de espacio banda ansa para la pieza 54 y 74.

**Fase mantenimiento:**

- Controles periódicos cada 2 meses (re evaluación de odontograma, fisioterapia oral, índice de higiene oral, profilaxis, refuerzo de fisioterapia)
- Enjuague bucal con Flúor 0.05% y Xilytol 0.7% en casa bajo la supervisión de los padres y revisión del diario dietético.
- Controles radiográficos cada 6 meses.

## CAPÍTULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

Las características de la estructura de tejido duro de los dientes deciduos y la escasa cooperación de los niños, la tasa de reparación directa de resina de los dientes anteriores deciduos es alta, lo que ha sido un problema que siempre ha aquejado a los dentistas. Se encontró que la tasa de permanencia es de 18 meses de la corona de resina de los dientes anteriores deciduos vitales con coronas de resina es del 89,2%, que es muy similar al 88% de las coronas de resina de 18 meses informadas por Kupietzky et al.<sup>17</sup>

Las coronas completas actuales de dientes anteriores deciduos tienen coronas de acero inoxidable de cara abierta con carillas de resina, coronas de resina preformadas, coronas de porcelana preformadas o coronas de circonio. Para el relleno de los dientes anteriores, los padres de los niños parecen prestar más atención a la mejora de la estética que a la función. La corona de resina es más popular que la corona abierta de acero inoxidable.<sup>18</sup> La resistencia de la corona de zirconia preformada es la mejor de todas, pero requiere más preparación del diente, requiere una gran cantidad de tejido dental remanente o necesita cooperar con la aplicación del poste, lo que requiere mayores requisitos técnicos.<sup>19</sup>

Diversos estudios muestran que la tasa de retención de la restauración de coronas de resina para dientes anteriores deciduos durante 18 meses es del 89,2%, lo que mantiene la función del diente y restaura su efecto estético. La reparación es sencilla, por lo que se reduce antes de caerse la necesidad de retratamiento para reducir las complicaciones de la pulpa dental. Tiene una buena perspectiva de aplicación en la restauración de caries de dientes anteriores temporales debido a la alta sensibilidad de la tecnología de la corona de resina y la operación relativamente complicada, es más adecuado para niños que pueden cooperar en el tratamiento clínico y niños que reciben tratamiento dental bajo sedación o anestesia general.<sup>20</sup>

## CAPÍTULO VI

### 6.1 RECOMENDACIONES

- Es importante restaurar la dentición en los niños porque permite devolver la función masticatoria, fonética, estética; y así mejorar el aspecto psicosocial del mismo.
- Para la elección de un material restaurador para el tratamiento de dientes deciduos de debe tener en cuenta diversos factores: la edad, riesgo de caries, colaboración del paciente, ventajas de la técnica a utilizar, tiempo a emplear y costo del tratamiento; el cual nos llevará al éxito del tratamiento.
- Existen diversos materiales para confeccionar una corona en dentición temporal (acero, celuloide, etc.). La elección adecuada de una corona, que se encuentre correctamente recortada, contorneada, adaptada, pulida y bien cementada, nos garantizará el éxito a la misma y la salud gingival.
- Las coronas de acero, actualmente, siguen siendo la mejor opción para restaurar las piezas con amplia destrucción coronaria; sin embargo, tienen grandes desventajas estéticas para el sector anterior.
- Las coronas de celuloide a pesar que no son tan resistentes como las de acero, vienen a ser una excelente alternativa estética para el sector anterior siendo un tratamiento relativamente rápido, fácil de manipular y a un bajo costo.

## CAPÍTULO VII

### 7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ashima G, Sarabjot KB, Gauba K, Mittal HC. Zirconia crowns for rehabilitation of decayed primary incisors: an esthetic alternative. *J Clin Pediatr Dent.* 2014.
2. El Shahawy OI, O'Connell AC. Successful Restoration of Severely Mutilated Primary Incisors Using a Novel Method to Retain Zirconia Crowns - Two Year Results. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(6):425-430.
3. Salami A, Walia T, Bashiri R. Comparison of Parental Satisfaction with Three Tooth-Colored Full-Coronal Restorations in Primary Maxillary Incisors. *J Clin Pediatr Dent.* 2015 Fall;39(5):423-8. doi: 10.17796/1053-4628-39.5.423.
4. Parise Gré C, Schweigert Bona V, Pedrollo Lise D, Monteiro Júnior S. Esthetic Rehabilitation of Retained Primary Teeth-A Conservative Approach. *J Prosthodont.* 2019 Jan;28(1):e41-e44. doi: 10.1111/jopr.12602. Epub 2017 Apr 11.
5. Goldenfum GM, de Almeida Rodrigues J. Esthetic Rehabilitation in Early Childhood Caries: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 Mar-Apr;12(2):157-159. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1611.
6. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Feb;25(1):5-12. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00894.x.
7. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019 May;29(3):384-386. doi: 10.1111/ipd.12490. PMID: 31099129.

8. Thylstrup A, Bruun C, Holmen L. In vivo caries models—mechanisms for caries initiation and arrestment. *Adv Dent Res.* 1994 Jul;8(2):144–57.
9. Nyvad B, Baelum V. Nyvad criteria for caries lesion activity and severity assessment: a validated approach for clinical management and research. *Caries Res.* 2018;52(5):397–405.
10. Fleming E, Afful J. Prevalence of total and untreated dental caries among youth: United States 2015-2016. NCHS Data Brief, no 307. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2018.
11. Burt BA. Definitions of risk. *J Dent Educ.* 2001 Oct;65(10):1007–8.
12. Pitts NB, Ekstrand KR; ICDAS Foundation. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Feb;41(1):e41–52.
13. Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019 May;29(3):384–6.
14. Waggoner WF. Restoring primary anterior teeth. *Pediatr Dent.* 2002 Sep-Oct;24(5):511-6. PMID: 12412967.
15. Waggoner WF. Restoring primary anterior teeth: updated for 2014. *Pediatr Dent.* 2015 Mar-Apr;37(2):163-70. PMID: 25905657.

16. Dhar V, Hsu KL, Coll JA, Ginsberg E, Ball BM, Chhibber S, Johnson M, Kim M, Modaresi N, Tinanoff N. Evidence-based Update of Pediatric Dental Restorative Procedures: Dental Materials. *J Clin Pediatr Dent.* 2015 Summer;39(4):303-10. doi: 10.17796/1053-4628-39.4.303. PMID: 26161599.
17. Kupietzky A, Waggoner WF, Galea J. The clinical and radiographic success of bonded resin composite strip crowns for primary incisors. *Pediatr Dent.* 2003;25(6):577–581. doi: 10.1016/j.tree.2005.05.004.
18. Kupietzky A, Waggoner WE, Galea J. Long-term photographic and radiographic assessment of bonded resin composite strip crowns for primary incisors: results after 3 years. *Pediatr Dent.* 2005;27(3):221–225.
19. El Shahawy OI, O'Connell AC. Successful restoration of severely mutilated primary incisors using a novel method to retain zirconia crowns-two year results. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(6):425–430. doi: 10.17796/1053-4628-40.6.425.
20. Duhan H, Pandit IK, Srivastava N, et al. Clinical comparison of various esthetic restorative options for coronal build-up of primary anterior teeth. *Dent Res J.* 2015;12(6):574–580. doi: 10.4103/1735-3327.170578.

### 7.3 ANEXOS

#### Selección del color



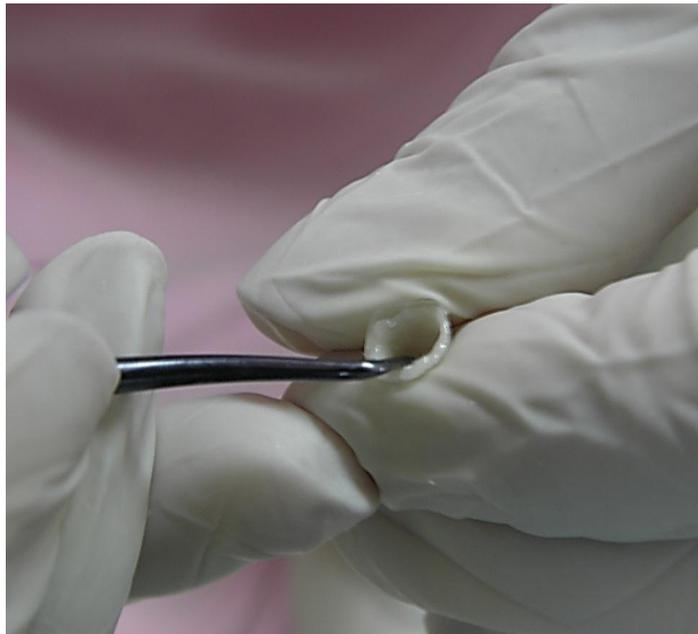
#### ELIMINACIÓN DE TEJIDO CARIOSO Y COLOCACIÓN DE IONÓMERO DE VIDRIO



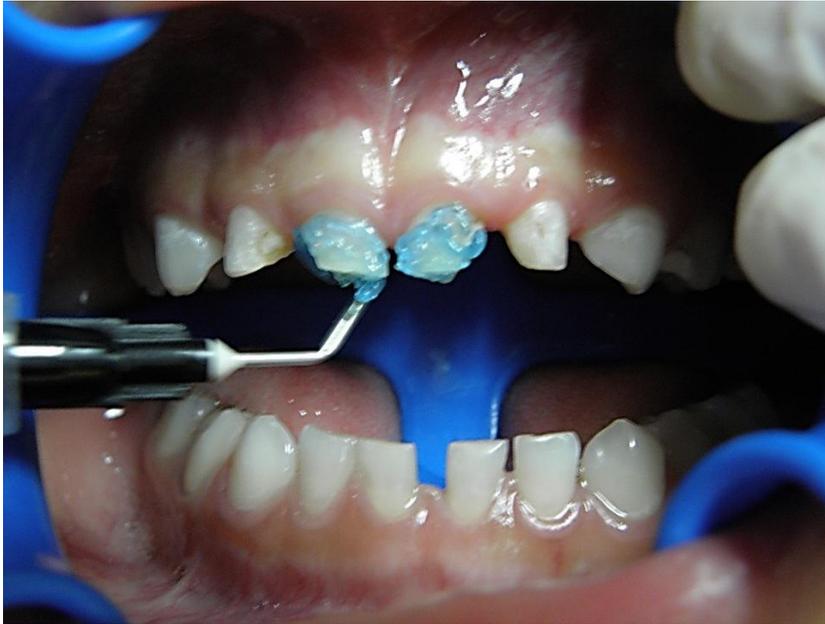
## RECORTE Y ADAPTACIÓN DE LAS CORONAS DE CELULOIDE



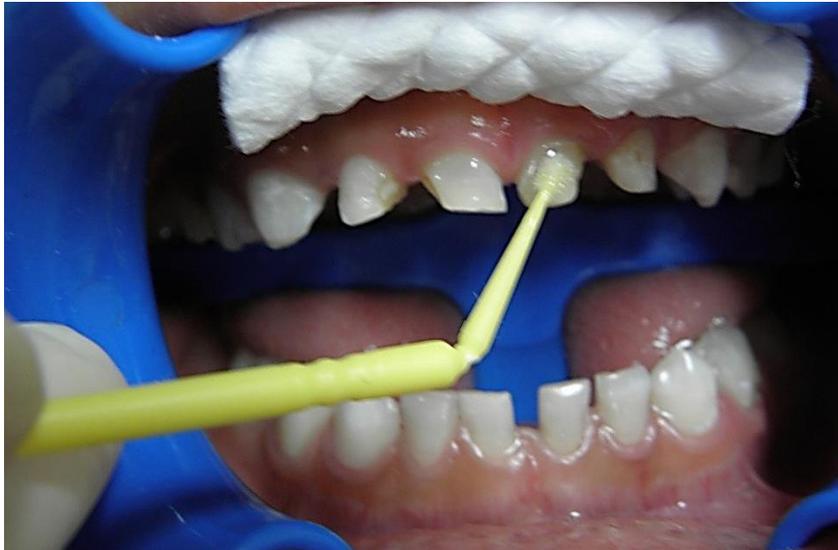
## INCREMENTO DE RESINA EN LA COFIA DE CELULOIDE



## ACONDICINAMIENTO DEL TEJIDO CON ÁCIDO GRABADOR



## APLICACIÓN DE ADHESIVO



## COLOCACIÓN DE LA CORONA CELULOIDE



## FOTOCURADO



## CORONAS TERMINADAS

