



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

**TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA

Usos de Coronas de Celuloides para Incisivos Primarios como
Restauraciones Provisionales

AUTORA

Saddy Veronyque Noles Bravo

TUTOR

Dr. Ery Suarez MSc.

Guayaquil, junio del 2015

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor/es del Trabajo de Titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo/a. Cuyo tema se refiere a:

Usos de Coronas de Celuloides para Incisivos Primarios como
Restauraciones Provisionales

Presentado por:

Sandy Veronyque Noles Bravo
0705324630

Dr. Ery Suarez Acebo MSc.
Tutor Académico y Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz.MSc.

Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.

Subdecano

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.

Directora Unidad Titulación

Guayaquil, junio 2015

AUTORIA

Las opiniones, criterios, conceptos y hallazgos de este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Saddy Veronyque Noles Bravo

0705324630

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo, A Dios que ha iluminado mis pasos a lo largo de mi vida y las fuerzas que me ha brindado en cada momento.

A mis padres Alberto Noles y Yolanda Bravo, mi Tia Mariana Noles por haber sido los pilares en mi vida, dedicándome su tiempo, viviendo cada una de mis alegrías y angustias, ayudándome en todo tiempo y por haberme regalado la más preciada joya que es la educación; a mis hermanos, a quienes nunca les faltó una palabra de ánimo para mí. Los amo mucho.

Con amor
Sandy Noles

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Caratula	I
Certificación de Tutores	II
Autoría	II
Dedicatoria	IV
Índice General	V
Índice de Tablas	VIII
Índice de Gráficos	IX
Resumen	X
Abstract	XI
Introducción	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema	7
1.2 Descripción del Problema	7
1.3 Formulación del Problema	7
1.4 Delimitación del Problema	8
1.5 Preguntas de Investigación	8
1.6 Formulación de Objetivos	8
1.6.1 Objetivo General	8
1.6.2 Objetivo Especifico	9
1.7 Justificación de la Información	9
1.8 Valoración Crítica de la Investigación	10

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación	11
2.2 Bases Teóricas	14
2.2.1 Uso de coronas de Celuloides	14
2.2.1.1. Indicaciones	16
2.2.1.2. Técnicas	16
2.2.1.3. Ventajas	18
2.2.1.4. Desventajas	19
2.2.1.5 Marcas en mercado	19
2.2.1.6 Selección del tamaño de la corona	21
2.2.1.7. Coronas con Matriz de Acetato	22
2.2.1.8. Técnica simplificada de matrices comerciales de acetato de celuloide	24
2.2.2. Incisivos Primarios	25
2.2.2.1. Dentición Temporal	25
2.2.2.2. Dientes Natales y Neonatales	26
2.2.2.3. Erupción y Muda	28
2.2.2.4. Funciones de los dientes Temporales	29
2.2.2.5. Forma de los Incisivos Temporales	29
2.2.2.6. Alteraciones más frecuentes de la Dentición Temporal	30
2.2.2.7. Cuidado y control de la Dentición Temporal	31
2.2.2.8. Traumatismos en Dientes Temporales	31
2.2.2.9. Exfoliación de los Dientes Temporales	31

INDICE GENERAL

Contenido	Pág.
2.2.2.10. Caries de la Dentición Primaria en Dientes Anteriores	33
2.2.3. Restauraciones Provisionales	35
2.2.3.1. Restauraciones	35
2.2.3.2. Materiales Estéticos para la Restauración	36
2.2.3.3. Restaurar Piezas Dentarias Anteriores	37
2.2.3.4. Restauraciones Directas	39
2.2.3.5. Restauraciones Indirectas	42
2.2.3.6. Restauraciones Semidirectas	44
2.3. Marco Conceptual	46
2.4. Marco Legal	49
2.5 Variable de a Investigación	51
2.6 Operacionalización de las Variables	51
CAPITULO III	
MARCO METODOLOGICO	
3.1 Diseño de la Investigación	52
3.2 Tipos de Investigación	52
3.3 Recursos Empleados	53
3.3.1 Talento Humano	53
3.3.2 Recurso Materiales	53
3.4 Población Y Muestra	54
3.5 Fases Metodológicas	54
4 Análisis de Resultado	58
5 Conclusiones	63
6 Recomendaciones	64
Bibliografía	
Anexos	

INDICE DE TABLA

Contenido	Pág.
Tabla N°1 Tiene conocimiento sobre las Coronas de Celuloide	58
Tabla N°2 Con qué frecuencia utilizan en su hogar el hilo dental	59
Tabla N°3 A qué edad debe empezar la higiene oral	60
Tabla N°4 Usted cree que el biberón causa caries	61
Tabla N°5 Considera usted importante la visita al Odontólogo	62

INDICE DE GRAFICO

Contenido	Pág.
Grafico N°1 Tiene conocimiento sobre las Coronas de Celuloide	58
Grafico N°2 Con que frecuencia utilizan en su hogar el hilo dental	59
Grafico N°3 A qué edad debe empezar la higiene oral	60
Grafico N°4 Usted cree que el biberón causa caries	61
Grafico N°5 Considera usted importante la visita al Odontólogo	62

RESUMEN

Las coronas de celuloideas para tratamientos en niños podremos mencionar que existían muchas causas por la que los niños llegan a las clínicas para hacer atendidos, entre ellas tenemos las caries y fracturas. El uso de las coronas de celuloideas constituía el método ideal para restaurar dientes primarios ya que su tiempo de trabajo es corto más aun sabiendo que se trabaja en bocas de niños que muchas veces no permiten trabajar más. Diagnosticaron el procedimiento del uso de coronas de celuloide en incisivos primarios en restauraciones provisionales, con la finalidad de poder llevar estos conocimientos a la práctica clínica según las necesidades individuales de los pacientes pediátricos que asistían a la Facultad Piloto de Odontología. La metodología con un diseño de investigación No experimental y su método pre teórico inductivo y deductivo. En la encuesta que se realizó a los padres de familia, tiene conocimiento sobre las Coronas de Celuloide respondieron si un 15% y no 85%. En la segunda pregunta, con qué frecuencia utilizan en su hogar el hilo dental respondieron 3 veces al día 40% y 2 veces al día 60%. En la tercera pregunta, a qué edad debe empezar la higiene oral respondieron desde bebe 39% y cuando tiene dientes 61%. En la cuarta pregunta, usted cree que el biberón causa caries respondieron si 45% no 55%. En la quinta pregunta, considera usted importante la visita al Odontólogo respondieron si 85% no 15%, Nos Dio como resultado que los padres de familia saben lo importante de ir a una consulta Odontológica. Diagnosticaron el tipo de caries para así elegir un plan de tratamiento adecuado, identificaron el material e instrumental necesario para obtener una correcta adaptación de la corona, elaboraron las coronas de celuloideas como medio de restauración provisional, determinaron la importancia que son las coronas de celuloideas como un tratamiento rápido para el niño.

Palabras claves: coronas de celuloideas, incisivos primarios, restauraciones provisionales.

ABSTRACT

Celluloid crowns treatment in children can mention that there were many reasons why children come to the clinics attended, among them we are cavities and fractures. The use of celluloid crowns constitute the ideal method to restore primary teeth because their working time is short even more knowing that working in mouths of children who often do not allow more work. They diagnosed the process of using celluloid crowns in primary incisors in temporary restorations, in order to be able to bring this knowledge to clinical practice according to the individual needs of pediatric patients attending the Pilot School of Dentistry. The methodology with no experimental research design and theoretical pre inductive and deductive method. In the survey of parents was held, is knowledgeable about Celluloid crowns asked whether 15% and not 85%. On the second question, how often used in home floss they responded 3 times a day 40% and 2 times a day 60%. In the third question, at what age you should begin oral hygiene responded from drinking 39% and 61% when to have teeth. In the fourth question, do you think the bottle causes cavities asked whether 45% 55%. In the fifth question, do you consider important to visit the dentist asked whether 85% 15% resulted we parents know how important to go to a dental office. They diagnosed the type of decay so choose a proper treatment plan, identified the material and necessary for proper adaptation of the crown instruments, developed the crowns of celluloid as a means of temporary restoration, and determined the importance of the crowns of celluloid as prompt treatment for the child.

Keywords: celluloid crowns, primary incisors, temporary restorations.

INTRODUCCION

La conservación de los dientes temporales está indicada siempre que sea posible. El uso de las coronas de celuloide para incisivos primarios como restauraciones provisionales esta constituye un reto para el clínico y en este artículo trataremos de una de tantas soluciones para su reconstrucción. Para este tipo de restauración nos ayudamos de una corona de acetato que nos sirve como preforma para nuestra reconstrucción con composite. El ahorro de tiempo es muy importante en niños en edad preescolar, ya que, tanto si están sedados como si no lo están, muchas veces toleran con dificultad períodos prolongados de tratamiento, y cualquier método que acorte el tiempo es deseable y conveniente.

La aplicación directa de composite está limitada por precisar de una estructura dentaria suficiente que ayude a la conformación de la corona clínica. De no existir tal estructura complica mucho más su confección, haciendo necesario otro tipo de reconstrucciones basadas en las preformas anatómicas de los incisivos temporales. Otro inconveniente es el tiempo necesario en la clínica para realizar una gran restauración con la calidad suficiente como para garantizar una vida promedio favorable de la misma. Una de las desventajas de las restauraciones del uso de las coronas de celuloides es que no tienen la resistencia de las coronas de acero cromo y que tampoco son indicadas en dientes anteriores por su falta de estética.

Los pasos para la colocación de las coronas celuloides son:

- Se selecciona la corona de celuloide adecuada.
- Se hace una pequeña perforación en una esquina incisal con un explorador para que sirva de escape a el aire atrapado.
- Se prepara el diente a restaurar.

- Se realiza el grabado ácido de 15 a 20 seg.
- Se coloca el agente adhesivo (Prime & Bond).
- Se rellena con resina compuesta unas 2/3 partes de la funda de celuloide y se asienta en el diente.
- El material excedente debe fluir por el margen gingival y por el orificio de ventilación.
- Dejar que el material polimerice.
- Se retira la corona de celuloide con una hoja de bisturí.
- Se corta por la superficie vestibular y después se desprende del diente.
- Se realiza el pulido final

Las ventajas del uso de coronas de celuloides es la buena retención por las propiedades adhesivas, excelente estética gracias a las propiedades de las resinas fotopolimerizadas utilizadas y a la forma anatómica de la corona de celuloide. (Quintana del Solar, 2010)

Diagnosticamos el procedimiento del uso de coronas de celuloide en incisivos primarios en restauraciones provisionales, con la finalidad de poder llevar estos conocimientos a la práctica clínica según las necesidades individuales de los pacientes pediátricos que asisten a la Facultad Piloto de Odontología.

- Identificar las condiciones clínicas que constituyen las indicaciones y contraindicaciones para la restauración con este tipo de coronas.
- Identificar el material e instrumental necesario para realizar la correcta adaptación de la corona de celuloide.
- Analizar cada pasó de la preparación del diente primario para su restauración con corona de celuloide.

En esta investigación vamos hablar sobre la importancia del uso de las coronas de celuloide, ante la presencia de alteraciones en los dientes anteriores es importante restaurarlos para que se mantengan hasta la exfoliación natural y haya una correcta erupción de las piezas permanentes. También es importante rehabilitarlos no solo por la estética, sino también para el adecuado desarrollo del lenguaje, fonación, buen desarrollo psicológico, social y emocional.

Las coronas de celuloide son moldes para la elaboración rápida y segura de restauraciones, utilizándolas como matrices para la colocación del material restaurador o provisional que pueden ser: resina, ionómero de vidrio o acrílico. Estas coronas tienen las propiedades de ser transparentes, delgadas y elásticas, para poder ser bien recortadas, adaptadas y rellenas posteriormente con el material restaurador, con menor riesgo a dejar burbujas de aire gracias a su transparencia. Una vez terminado el fotocurado de la resina se pueden separar fácilmente y dejan la superficie de la restauración tersa, además poseen paredes delgadas que a nivel proximal nos permiten un buen acabado de los puntos de contacto.

Las técnicas las coronas de celuloide con resina se pueden colocar con dos técnicas: una tradicional y otra modificada. La técnica modificada para coronas de celuloide con resina se crea a causa de que las coronas tradicionales tienden a fracturarse o a desalojar el diente, además son muy aceptables en lo que se refiere a la respuesta periodontal y pulpar.

En otro tema nos referiremos a Incisivos Primarios la dentición temporal, primaria, decidua o de leche es la que comienza a aparecer en los niños de 6-8 meses y termina de salir hacia los 24-36 meses. Permanece en boca sin estar acompañada de dientes permanentes hasta aproximadamente los 6 años de edad. Se trata de dientes de un tamaño más

pequeño que el de los dientes definitivos. También son dientes más achatados y más blancos. Recordemos que la dentición temporal consta de 20 dientes: incisivos centrales: 2 superiores y 2 inferiores, Incisivos laterales: 2 superiores y 2 inferiores.

Si la erupción del primer diente no ha ocurrido hacia los 18 meses de edad, el niño deberá ser evaluado por un dentista. Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener retrasos en la erupción de los dientes temporales así como defectos en el esmalte, haciéndolos más propensos a las caries. La erupción suele ser simétrica (los dientes inferiores por lo general salen antes que los superiores), siguiendo este patrón en el caso de los dientes temporales: incisivos centrales, incisivos laterales, primeros molares, caninos y por último segundos molares.

La forma de los incisivos temporales resulta muy parecida a la de los permanentes. Sin embargo, los diámetros de sus coronas, dentro de un aparente equilibrio, invierten sus proporciones: la longitud es menor que el diámetro mesiodistal, por esta razón aparece un borde incisal relativamente elongado. Estos bordes tienen la característica de ser trilobulados al momento de la erupción, pero se desgastan rápidamente. Es notorio un “estrangulamiento” a nivel cervical que destaca marcadamente la corona de la raíz, además de que el esmalte forma un reborde labiogingival, sobre todo en los inferiores. Las raíces son cónicas, con sus ápices inclinados hacia vestibular, algo aplanadas en vestibular y lingual y pueden mostrar surcos longitudinales en mesial y distal.

La caída de los primeros dientes, comúnmente llamados “dientes de leche” o temporales, comienza alrededor de los cinco o seis años. Este largo proceso de caída y renovación de dientes hasta lograr la dentadura definitiva puede durar hasta los 12 años aproximadamente. A medida que los dientes

definitivos empiezan a salir, se reabsorbe la raíz de los temporales, provocando que éstos se suelten y se desprendan. El momento de exfoliación o caída de cada diente de leche, que son 20 dientes en total, es variable, ya que puede haber diferencias individuales dadas por herencia de los padres, consistencia de alimentación, etc.

También hablamos sobre la importancia de las restauraciones provisionales las restauración directa con el mismo color que los dientes constituye hoy en día una solución estándar en los consultorios odontológicos. El composite de obturación es considerado el material de primera elección para tales rehabilitaciones, dado que ofrece ventajas clínicas tales como una preparación mínimamente invasiva y la estabilización dentaria por unión adhesiva de la restauración y, sobre todo, satisface a los pacientes que por lo general desean una restauración invisible. Estos composite de obturación, cuya utilización se limitaba inicialmente a la región anterior, actualmente están considerados como material puntero también para dientes posteriores. En los últimos años, los composite híbridos han destacado particularmente por los buenos resultados obtenidos en numerosos estudios de larga duración.

Los materiales estéticos para la restauración de dientes anteriores en la Odontología, además de por su obvia similitud en el color del diente y las mejoras en sus propiedades físicas, ha sido precedida e impulsada fuertemente por la desinformación, en relación a la posible toxicidad que pudieran presentar las restauraciones de amalgama dental por su contenido de mercurio. Se presenta a las restauraciones de resinas compuestas como materiales que al endurecer pudieran dar la idea errónea de ser totalmente inertes y no ser causantes de ningún daño. Es importante que se pueda considerar la posibilidad de generación de daño de estos materiales, así como entender las características de los componentes que pueden producir

reacciones dañinas o alérgicas tanto en el caso de su reciente colocación, como durante el proceso del envejecimiento de las restauraciones. (Lamas Lara & Vega, 2011)

Corresponden a aquellos materiales que por sus características ópticas, como el croma, la translucidez y la intensidad se asemejan lo más posible a los tejidos que buscamos restaurar, es decir, la pieza dentaria. Consiste en la aplicación de material estético restaurador en la superficie de los dientes para tratar distintas patologías dentarias. Por medio de las técnicas directas se mantienen las estructuras dentarias sanas hasta tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración. El tratamiento generalmente no requiere anestesia, suele realizarse en una sola cita y no necesita de provisionales ni pruebas de laboratorio. Se puede recuperar con excelentes resultados estéticos la morfología dental y funcionamiento estable.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se plantea el siguiente problema de trabajo debido a las diferentes técnicas restauradoras en cuanto a tiempo y beneficio. El problema es que muchas veces se descuidan las piezas deciduas, ya que estas no estarán un largo tiempo en boca y el desconocimiento nos hace caer en el error de extraerlas o no rehabilitarlas, perdiendo con esto el espacio en donde erupción los dientes permanentes.

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Desde hace más de 60 años se utilizan las coronas de celuloideas para tratamientos en niños que se atienden en las clínicas de Odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontología. Podremos mencionar que existen muchas causas por la que los niños llegan a nuestras clínicas para hacer atendidos, entre ellas tenemos las caries y fracturas. El uso de las coronas de celuloideas constituye el método ideal para restaurar dientes primarios ya que su tiempo de trabajo es corto más aun sabiendo que se trabaja en bocas de niños que muchas veces no permiten trabajar más.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué condiciones pueden llegar las piezas deciduas de los niños para poderlas tratar con coronas de celuloideas?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Usos de coronas de celuloideas para incisivos primarios como restauraciones provisionales

Objeto de Estudio: Usos de coronas de celuloideas.

Campo de Acción: Incisivos primarios como restauraciones provisionales.

Àrea: Pregrado

Periodo: 2014 - 2015

1.5 PREGUNTAS RELEVANTES DE INVESTIGACIÓN

¿Qué ventajas tiene el uso de coronas de celuloide?

¿Cuáles son las principales causas de las caries en niños?

¿Qué otros tipos de tratamiento se pueden utilizar en restauraciones en incisivos temporarios?

¿Por qué se producen fracturas en la dentición primaria?

¿Por qué causas no se podrían realizar restauraciones con coronas de celuloide?

1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Diagnosticaremos el procedimiento del uso de coronas de celuloide en incisivos primarios en restauraciones provisionales, con la finalidad de poder llevar estos conocimientos a la práctica clínica según las necesidades individuales de los pacientes pediátricos que asisten a la Facultad Piloto de Odontología.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las condiciones clínicas que constituyen las indicaciones y contraindicaciones para la restauración con este tipo de coronas.
- Identificar el material e instrumental necesario para realizar la correcta adaptación de la corona de celuloide.
- Analizar cada pasó de la preparación del diente primario para su restauración con corona de celuloide.

1.7 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

Conveniencia: La necesidad de este trabajo investigativo es promover técnicas y tratamientos con el fin de mantener las piezas anteriores el mayor tiempo posible en boca y así dar solución a este problema.

Relevancia Social: Esta investigación es conveniente ya que servirá en la parte teórica y práctica para la estética y su morfología para los pacientes de dientes deciduos o temporarios.

Implicaciones Practicas: Ayudará a beneficiar a los pacientes para resolver los problemas al realizar una reconstrucción rápida y eficacia a niños con diversos problemas en las piezas dentarias temporales.

Valor Teórico: Esta investigación nos ayudar para comentar sobre la alternativa que tenemos en restauraciones de tratamiento inmediato en caso de piezas deciduas. Le recomiendo a mis compañeros estudiantes y profesionales a que se asistan a las actualizaciones odontológicas a futuro e investiguen temas sobre las diferentes morfologías relacionadas previas a una restauración.

Utilidad Metodológica: Se sugiere investigar sobre pacientes de dentición temporal o decidua como en esta investigación. Para saber sobre un

adecuado método de restauración en piezas dentarias de niños y así evitar pérdidas prematuras.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación: Diferentes técnicas restauradoras en cuanto tiempo y beneficio en el tratamiento de niños con caries y fracturas.

Evidente: El uso de coronas de celuloide nos permite evidentemente trabajar en tiempos cortos el tratamiento de las piezas deciduas en niños que se atienden en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología.

Concreto: Las coronas de celuloide son las más eficaces en el tratamiento en niños.

Contextual: Las coronas de celuloide es uno de los principales materiales utilizado en la clínicas de Odontopediatría para restauraciones.

Factible: Los costos de las coronas de celuloides son asequible y se pueden realizar en corto tiempo los tratamientos.

Identifique los productos esperados: Las coronas de celuloides son muy útiles en tratamientos para niños.

Variables:

- Variable independiente.- uso de corona de celuloide.
- Variable dependiente.- Incisivos primarios como restauraciones provisionales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Desde 1979 Donley presenta una nueva técnica, la cual es una buena opción estética pero no muy resistente, pero sí económica; las coronas de resina directas. Después Webber y col. describen una técnica en la cual se utiliza una corona de celuloide.

Parisotto R y cols. 1999, han planteado el uso de procedimientos alternativos para las destrucciones coronarias complejas, como son: adhesión de fragmentos dentarios "restauración biológica", amalgama adhesiva, carillas de esmalte, restauraciones metálicas fundidas, restauraciones con resinas compuestas realizadas directamente en la cavidad bucal o mediante la técnica indirecta y la técnica de coronas de celuloides.

El Centro de Pesquisas de Dentistas Odontopediátricos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sao Paulo (Brasil), citado por Guedez A 2003 y Catala M 2005, así como Vega La RM 2001, Thordrup M y cols. 2006 y Franco F 2001, proponen las restauraciones de coronas de celuloide y resinas compuestas fotocuradas mediante la técnica indirecta, en destrucciones coronarias extensas y en pacientes que no aceptan una atención clínica prolongada, cuyo objetivo es permitir la rehabilitación estética y funcional.

Las restauraciones odontopediátrica son el resultado de la combinación dinámica de materiales desarrollados con mejores propiedades y de técnicas comprobadas clínicamente en estudios experimentales. Por otra parte, los

principios estéticos se han tornado cada vez más importantes en la práctica odontológica; es así, como la utilización de nuevos materiales y técnicas alternativas permiten al Odontólogo complementar la restauración funcional con la estética y, por ende, crear mayor conciencia a los pacientes respecto a la importancia de los servicios odontológicos.

Los niños con defectos dentales del desarrollo, destrucciones coronarias extensas producto de la caries dental o un traumatismo, traen como consecuencia la presencia de cavidades complejas que plantean un desafío en la planificación del tratamiento restaurativo del paciente pediátrico, debido a las dificultades inherentes a la técnica empleada, además de los problemas de conducta que pudiera presentar el paciente.

El tratamiento restaurador para dientes primarios con amalgama y coronas de acero inoxidable y coronas de celuloide constituye una alternativa que se ha mantenido hasta la actualidad. Sin embargo, es importante indicar que aun cuando las coronas de celuloide cumplen con los requisitos funcionales, en algunos casos fallan en la apariencia estética y características adhesivas, debido a factores como la filtración marginal, la baja resistencia al desgaste.

Estos estudios han permitido mejorar las características de las resinas compuestas y de los sistemas de unión, favoreciendo la tendencia a preparaciones y restauraciones más conservadoras, de mejor apariencia estética, con una mejor unión a la estructura del diente y con liberación de fluoruros.

Actualmente, la Odontología Preventiva ha presentado grandes avances, sin embargo, todavía pueden ser observadas situaciones de gran destrucción coronaria que afectan principalmente los molares primarios.

La American Academy of Pediatric Dentistry recomienda que todos los niños reciban asesoría sobre salud bucal alrededor de su primer año de edad, puesto que la caries de biberón es el único problema dental grave en niños menores de 3 años de edad. (Salas, Simancas, & Villalón, 2009)

Indicaciones

- Dientes primarios severamente careados.
- En pacientes que presentan alteraciones del desarrollo, con defectos de estructura.
- Una restauración tras una pulpectomia en el que existe un alto riesgo de fractura del reto de la estructura coronal dental.
- Una restauración de un diente fracturado.

Contraindicaciones

- Dientes primarios que estén cerca del momento de exfolación.
- Dificultades técnicas ligadas al comportamiento del niño.
- Intolerancias alérgicas a los materiales empleados. (Torres, 2014)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. USO DE CORONAS DE CELULOIDES

Ante la presencia de alteraciones en los dientes anteriores es importante restaurarlos para que se mantengan hasta la exfoliación natural y haya una correcta erupción de las piezas permanentes. También es importante rehabilitarlos no solo por la estética, sino también para el adecuado desarrollo del lenguaje, fonación, buen desarrollo psicológico, social y emocional.

La caries y fracturas de los dientes anteriores superiores en los niños es muy común y para esto es necesario hacer restauraciones que ofrezcan resistencia y estética, aunque la forma más usada de restaurar las piezas con caries extensas es colocar coronas de acero estas no cumplen los requisitos de estética, aunque también se pueden utilizar coronas de acero con frete estético (veneer), pero son costosas; otra manera de restaurar y obtener estética y economía son las coronas de resina directa, pero estas no ofrecen resistencia. Para obtener estética, resistencia y buen precio tenemos la opción de restaurar con coronas de celuloide con resina.

Las coronas de celuloide son moldes para la elaboración rápida y segura de restauraciones, utilizándolas como matrices para la colocación del material restaurador o provisional que pueden ser: resina, ionómero de vidrio o acrílico. Estas coronas tienen las propiedades de ser transparentes, delgadas y elásticas, para poder ser bien recortadas, adaptadas y rellenas posteriormente con el material restaurador, con menor riesgo a dejar burbujas de aire gracias a su transparencia. Una vez terminado el fotocurado de la resina se pueden separar fácilmente y dejan la superficie de la

restauración tersa, además poseen paredes delgadas que a nivel proximal nos permiten un buen acabado de los puntos de contacto.

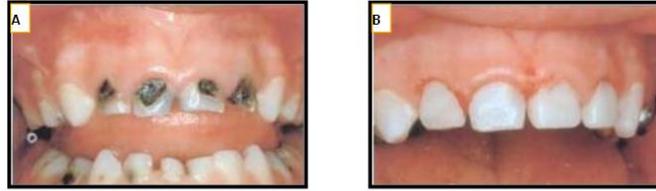
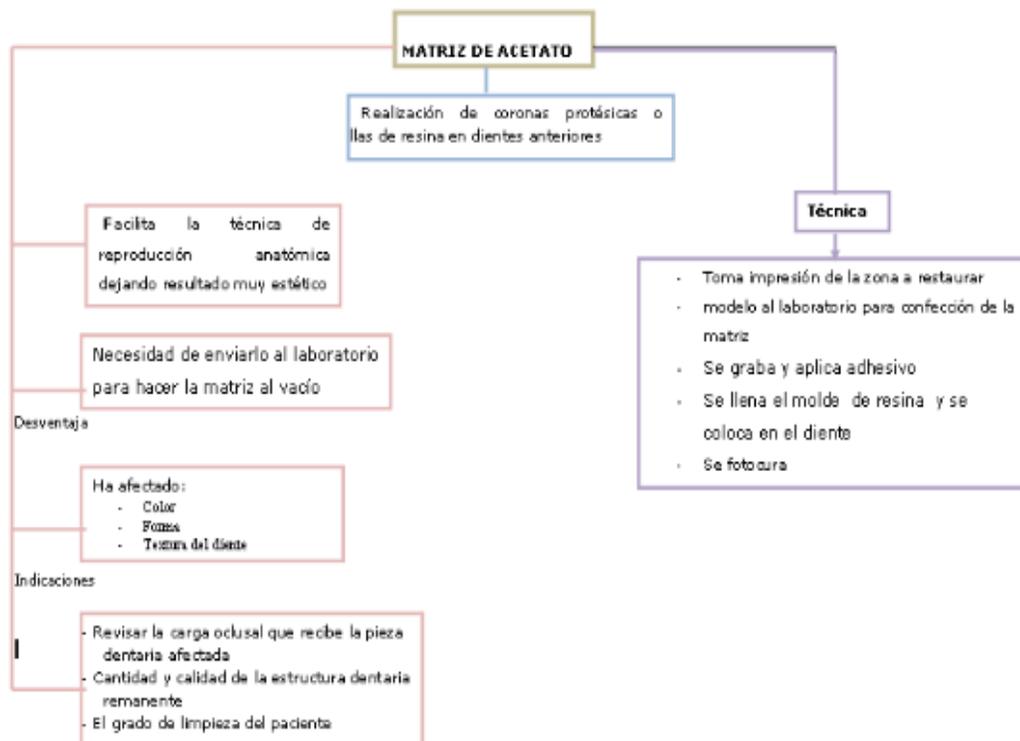


Fig. 87: restauración con coronas de celuloide. (A) Se observa gran destrucción coronaria por caries
(B) Buena estética obtenida tras las restauraciones
Disponible en Boj J. Odontopediatría. Barcelona. Mason. 2004; p.167

(Quintana del Solar, 2010)

Además también tenemos la opción de confeccionar coronas pre tratamiento endodóntico, es decir se confecciona la corona normal, se cementa y luego se hace el tratamiento endodóntico, pero estas serían solo coronas provisionales.

Dentro de las coronas provisionales también tenemos que si la destrucción es muy extensa o no es posible restaurar por la existencia de hemorragia, edema, sensibilidad, o falta de tiempo se puede colocar una corona de celuloide rellena de acrílico.



2.2.1.1. Indicaciones

- Incisivos con lesiones interproximales extensas
- Incisivos con tratamiento pulpar
- Incisivos fracturados con pérdida considerable de la estructura dental
- Incisivos pigmentados
- Incisivos con defectos hipoplásicos

Según Shafer y col. para los casos de amelogenesis imperfecta no se pueden hacer restauraciones protésicas permanentes, ya que la dentina es débil. Si en este tipo de pacientes se producen fracturas a nivel o por debajo del borde gingival es preferible hacer exodoncia.

2.2.1.2. Técnicas

Las coronas de celuloide con resina se pueden colocar con dos técnicas: una tradicional y otra modificada.

La técnica modificada para coronas de celuloide con resina se crea a causa de que las coronas tradicionales tienden a fracturarse o a desalojar el diente, además son muy aceptables en lo que se refiere a la respuesta periodontal y pulpar.

Técnica Tradicional

- Anestesia infiltrativa
- Eliminar la caries
- Aislamiento del campo operatorio
- Selección de corona de celuloide, según el tamaño de la pieza.
- Selección del color de resina que se puede hacer fotocurando solo resina en la superficie vestibular para comparar los colores.
- Reducción de las superficies dentales con fresa punta de lápiz. 1,5 mm del borde incisal, 0,5 – 1 mm las superficies interproximales buscando paralelismo entre estas, 0,5 – 1 mm la superficie vestibular y 0,5 mm la superficie lingual-palatina
- Preparar una pequeña rielera en el tercio gingival en vestibular para aumentar la retención.
- Recorte y adaptación de la corona de acetato, la cual debe ir 1 mm por debajo del borde gingival, también debe quedar adaptada con sus puntos de contacto proximales (Fig. 91)
- Se debe tener mucho cuidado en la reducción y colocación, pues es difícil evitar el sangrado de la encía al adaptar el borde gingival. Para disminuir esto podemos tomar una impresión con alginato para ajustar las coronas de celuloide.
- Hacer perforación pequeña en la zona incisal de la corona de celuloide con un explorador, para que sirva como un lugar de escape de la resina y del aire atrapado.

- Grabar la superficie dentaria por 30 segundos y colocar el adhesivo polimerizando por 10 segundos.
- Rellenar la corona preformada con el material restaurador hasta sus dos terceras partes, teniendo cuidado de no dejar burbujas.
- Colocar la corona de celuloide suavemente en sentido gingival, retirar los excesos con sonda o explorador y fotopolimerizar por 60 segundos en cada cara o según las instrucciones del fabricante.
- Se retira la corona de celuloide cortando por vestibular en sentido axial, desde gingival a incisal.
- Verificar la oclusión y pulir con discos con piedra de arcansa.

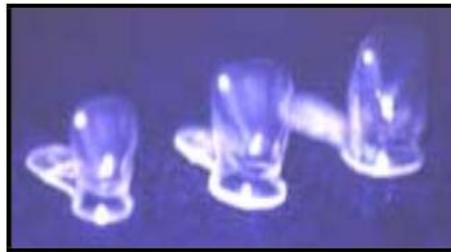


Fig. 88: Coronas de celuloide para incisivos
 Disponible en: www.medigraphi.com

(Quintana del Solar, 2010)

Técnica Modificada

- Se realizan los mismos procedimientos de la técnica tradicional hasta el punto donde se realizan las reducciones y recortes.
- Se coloca vaselina a la superficie dentaria.
- Rellenamos la corona de celuloide en sus 2/3 partes y lo colocamos sobre el diente.

- Retiramos los excedentes de resina y fotopolimerizamos por 60 segundos en cada cara.
- Procedemos a retirar la corona (corona de celuloide y resina)
- Se recorta y pule dándole la estética deseada.
- Se hace retenciones con una fresa fisura.
- Se graba y se coloca el adhesivo, fotopolimerizamos
- Se cementa la corona con una resina fluida y se le da el acabado final

2.2.1.3. Ventajas

- Buena estética
- Buena resistencia y retención
- Restablecen adecuadamente la función
- Bajo precio

2.2.1.4. Desventajas

- Se necesita mucha estructura dentaria remanente para su adecuada retención.
- No se puede colocar subgingival

2.2.1.5 Marcas en mercado

Las principales marcas de coronas de celuloide en el mercado nacional tenemos:

- Frasaco
- 3M ESPE
- TDV
- New Stetic

Frasaco

Se utilizan para la técnica de capas múltiples durante la colocación de la última capa. Indicado en la protección temporal de dientes preparados, para la protección de grandes obturaciones y como matriz en la reconstrucción de los bordes de las piezas.

3M ESPE

Están diseñados para la utilización de incisivos anteriores deciduos como matriz para la colocación de resinas compuestas autopolimerizables o fotopolimerizables. La presentación, en esta marca, es de un estuche en forma de charola, de fácil almacenamiento.



Fig. 99: Charola de coronas de acetato de la marca 3M en variados tamaños
Fuente. solutions.3mchile.cl

(Quintana del Solar, 2010)

TDV

Son producidas para dientes permanentes y pediátricos; en los casos de dientes anteriores se ofrecen en 3 tamaños diferentes y para los posteriores en 2. El material utilizado es transparente y no reacciona químicamente con ningún tipo de resina de uso odontológico; lo que asegura su antiadherencia.

New Stetic

Las formas plásticas preformadas, son utilizadas para aplicación en dientes anteriores y posteriores, son ideales para usarse como matriz para restauraciones de pequeñas áreas lesionadas o perdidas en superficies externas del diente. Estas son de fácil aplicación, se obtiene muy buena estética, excelente retención y restauración perfecta de la función. Las coronas de composite fotopolimerizadas presentan una adaptación buena, la superficie es homogénea y libre de poros, lo que le da una buena estética y mayor resistencia a la abrasión. (Roja Reynoso & Gasca Argueta, 2014)



Fig. 102: bandeja de coronas de celuloide de la marca New Stetic

(Quintana del Solar, 2010)

2.2.1.6 Selección del tamaño de la corona

La selección de la corona se hace de acuerdo a la pieza que se va a restaurar, las coronas se venden por tamaños y códigos, por ejemplo en la marca frasco se tienen los tamaños como se observan en la figura. Cada corona tiene la forma anatómica exacta de la pieza que le corresponde. Utilizaba un área de preparación alrededor del hombro gingival, se retenía la mayor cantidad posible de esmalte para la desmineralización, y conservaba

la porción media del ángulo natural incisal siempre que sea posible mejorar la retención. Después de retirar la caries, proteger la dentina expuesta, y desmineralizar el esmalte, se restaura con resina compuesta usando una corona celuloide formada como una matriz.

Hay que tener en cuenta que los tamaños y formas de coronas de acetato que suministran los fabricantes son muy limitados. La corona se recorta por la zona del cuello hasta obtener la altura adecuada. La probamos sobre el diente, observando el ajuste a nivel gingival y elegimos preferiblemente un tamaño más grande del que tendrá la futura restauración, para que durante el pulido podamos hacer el recontorneado estético que consideremos oportuno. Se realiza un orificio a la matriz seleccionada con una fresa en la zona palatina con el fin de que al insertarla se facilite la salida de los excesos de composite. (Peña., 2009)

2.2.1.7. Coronas con Matriz de Acetato

La realización de coronas protésicas o carillas de resina compuestas es una alternativa que se utiliza habitualmente cuando hay la necesidad de restablecer la anatomía y el color de los dientes anteriores

La técnica de matriz de acetato facilita la técnica de reproducción anatómica durante la restauración de una pieza dentaria, que se puede realizar incluso por profesionales principiantes.

El restablecimiento de la salud dental también significa un retorno armonioso de la sonrisa que se pierden por manchas extrínsecas o intrínsecas, caries, trauma o por tratamientos de conducto.

Indicaciones

Este tratamiento está indicado en los casos donde se ha afectado las dos terceras partes de la estructura dental, ya sea en color, forma o textura que sean imposibles de recuperar por medio de restauraciones convencionales. Los factores que se deben tener en cuenta para la colocación de restauraciones con matriz de acetato son:

- Revisar la carga oclusal que recibe la pieza dentaria afectada
- Cantidad y calidad de la estructura dentaria remanente
- El grado de limpieza del paciente

Técnicas

La técnica se realiza:

- Se toma una impresión de la zona a restaurar
- Se lleva el modelo al laboratorio para la confección de la matriz de acetato que se hace al vacío
- Se aplica gel de ácido fosfórico al 37% por 30 segundos
- Se aplica adhesivo fotocurando por 20 segundos
- A continuación, el molde se llenó de resina y se coloca en el diente.
- Se fotocura por 40 segundos
- El acabado final, texturado y pulido se realizan en otra sesión, utilizando discos abrasivos

Una limitación para el uso de esta técnica es la necesidad de enviarlo al laboratorio para hacer la matriz al vacío, pero los resultados obtenidos con esta técnica son muy satisfactorios ya que se puede devolver los detalles anatómicos de la pieza dentaria, aunque también esto depende de la habilidad artística y profesional del odontólogo. Especiales para restaurar

lesiones múltiples de caries en los dientes primarios anteriores. Las coronas se adaptan sobre el diente y se rellena con composite, previo al tallado de la pieza dentaria y excavación de la caries. Las coronas de celuloide están indicadas cuando hay caries que abarcan algunas caras de los dientes fracturas por traumatismo, decoloraciones y alteraciones congénitas del esmalte o la dentina.

Método

- Anestesia local.
- Elección de la corona de celuloide del tamaño correcto, basándose en el ancho mesiodistal del diente a tratar.
- Eliminar la caries con una fresa redonda a baja velocidad.
- Reducir 2 mm. De la altura incisal
- Proteger la dentina expuesta con un liner o hidróxido de calcio dependiendo de la profundidad.
- Recortar la corona y realizar dos agujeros en las esquinas incisales con un explorador afilado.
- Grabar el esmalte durante 20 segundos, lavar y secar.
- Rellenar la forma de la corona con el tono apropiado de composite y asentarlos con una presión suave y regular, permitiendo salir libremente el exceso de material.
- Fotopolimerizar cada una de las caras por igual forma.
- Retirar con cuidado la corona de celuloide y acabar el pulido con discos o fresas de acabado para composite.
- Comprobar la oclusión.

(Romero, 2010)

2.2.1.8. Técnica simplificada de matrices comerciales de acetato de celuloide

Consiste en la aplicación de material estético restaurador en la superficie de los dientes para tratar distintas patologías dentarias. Por medio de las técnicas directas se mantienen las estructuras dentarias sanas hasta tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración. El tratamiento generalmente no requiere anestesia, suele realizarse en una sola cita y no necesita de provisionales ni pruebas de laboratorio. Se puede recuperar con excelentes resultados estéticos la morfología dental y funcionamiento estable. (Navarro Sánchez, Cores Carballosa, & Chaviano Rodríguez , 2011)

El primer paso consiste en la selección de la matriz correspondiente al caso clínico que se tratará. Se elige una matriz similar a la forma y el tamaño del diente que recibirá el tratamiento. Para elegir la correcta lo más indicado es tomar la matriz y compararla con el ancho mesiodistal de la pieza homóloga contralateral o con la misma pieza afectada. Esta matriz se individualiza de dos formas diferentes: una es por medio de un recorte único, sobrepasando 1 mm la zona de terminación del bisel vestibular y 1 mm por encima del borde cavo por proximal y por palatino, para lograr así el confinamiento del material de restauración sobrepasando apenas los márgenes de la preparación.

(Zambrano Blondell, Rondón Rodríguez, & Sogbe, 2012)

2.2.2. INCISIVOS PRIMARIOS

2.2.2.1. Dentición Temporal

La dentición temporal, primaria, decidua o de leche es la que comienza a aparecer en los niños de 6-8 meses y termina de salir hacia los 24-36 meses. Permanece en boca sin estar acompañada de dientes permanentes hasta

aproximadamente los 6 años de edad. Se trata de dientes de un tamaño más pequeño que el de los dientes definitivos. También son dientes más achatados y más blancos. Recordemos que la dentición temporal consta de 20 dientes:

- Incisivos centrales: 2 superiores y 2 inferiores.
- Incisivos laterales: 2 superiores y 2 inferiores.
- Caninos (colmillos): 2 superiores y 2 inferiores.
- Primeros molares temporales: 2 superiores y 2 inferiores.
- Segundos molares temporales: 2 superiores y 2 inferiores.

Los retrasos en la erupción no deben preocuparnos siempre que no sean más de dos a tres meses. Un retraso de más de 4-6 meses puede hacer conveniente una consulta con un profesional. Pero siempre que la erupción se vaya produciendo de manera normal, más que de retraso o precocidad, preferiremos hablar de ritmo de erupción más o menos rápido. La secuencia de erupción de los dientes temporales sería la siguiente:

- Incisivos centrales inferiores: A los 6-10 meses de edad.
- Incisivos centrales superiores: 8-12 meses.
- Incisivos laterales superiores: 9-13 meses.
- Incisivos laterales inferiores: 10-16 meses.
- Primeros molares superiores: 13-19 meses en niños y 14-18 meses en niñas.
- Primeros molares inferiores: 14-18 meses.
- Caninos inferiores: 15-21 meses.
- Caninos superiores: 16-22 meses.

- Segundos molares temporales inferiores: 23-31 meses en niños y 24-30 en niñas.
- Segundos molares superiores: 25-33 meses.

(Cal Jaro, 2011)

2.2.2.2. Dientes Natales y Neonatales

La erupción dentaria sigue un patrón de tiempo y secuencia definidos clínicamente. Se considera erupción clínica al momento en que se puede observar una parte del esmalte de la corona dentaria: El periodo normal de erupción de los dientes temporales se inicia a los seis meses de edad, con los incisivos centrales inferiores. En algunos casos raros, estos dientes están presentes al nacimiento o aparecen en los primeros 28 días de vida y se les denominan dientes natales y neonatales respectivamente; también se consideran como erupción prematura. No se conoce la causa. Se ha atribuido a hipovitaminosis, estimulación hormonal, disostosis craneofacial, esteatocitoma múltiple, traumatismos y estados febriles.

Existe un factor hereditario (gen autosómico dominante) en un 15% de los casos y se relaciona con síndromes como la paquioniquia congénita, el síndrome de Ellis van Crevel y el de Hallerman Streiff. Los trabajos al respecto refieren una prevalencia que varía entre 1 en 800 a 1 en 30,000, sin diferencia entre géneros. Al parecer el hueso que debiera crecer sobre los gérmenes dentarios por aposición no cubre a estos dientes. Por lo general pertenecen a la fórmula temporal; los más frecuentes son los incisivos inferiores. El 61% viene por pares, sólo del 1.1 al 5% de los casos son supernumerarios; son más raros los molares y caninos natales.

Aunque clínicamente los dientes natales y neonatales semejan a los dientes temporales normales, son más pequeños, móviles, debido a la falta de

formación radicular, lo que se puede corroborar radiográficamente, son amarillos, hipoplásicos, de bordes irregulares y agudos que pueden causar una úlcera de fricción o úlcera de Riga Fede en la superficie ventral anterior de la lengua, y laceración del pecho materno, lo que dificulta la alimentación. El diagnóstico diferencial se hace con los quistes de la lámina dental y los nódulos de Bohn

Tratamiento

Antes de iniciarlo se debe: Descartar con una radiografía si es un diente supernumerario, en cuyo caso se realiza su extracción. Si pertenece a la fórmula, se debe observar si los bordes cervicales de la corona son visibles y la movilidad extrema; en este caso se realiza la extracción. Si pertenece a la fórmula, no se observan los bordes cervicales de la corona y hay poca movilidad, se debe intentar preservarlos eliminando las asperezas que causan los bordes irregulares del esmalte incisal, así como aplicar fluoruro tópico con frecuencia (una vez al mes) con un hisopo para evitar la caries dental. Si impiden la alimentación adecuada los molares, se les debe extraer por el peligro de que sean tragados o broncoaspirados durante el amamantamiento. No hay informes en la literatura al respecto.

Se recomienda aplicar anestésico local y tener cuidado del sangrado en los primeros días de vida, debido a la hipoprotrombinemia o a la falta de aplicación de Vitamina K. (De La Teja Ángeles, Durán Gutierrez, & Zurita Bautista, 2011)

2.2.2.3. Erupción y Muda

Si la erupción del primer diente no ha ocurrido hacia los 18 meses de edad, el niño deberá ser evaluado por un dentista. Los bebés prematuros y de bajo

peso al nacer pueden tener retrasos en la erupción de los dientes temporales así como defectos en el esmalte, haciéndolos más propensos a las caries. La erupción suele ser simétrica (los dientes inferiores por lo general salen antes que los superiores), siguiendo este patrón en el caso de los dientes temporales: incisivos centrales, incisivos laterales, primeros molares, caninos y por último segundos molares. La exfoliación suele seguir un patrón similar.

Una regla nemotécnica que permite recordar la cronología de la erupción de los dientes temporales es la regla $7 + 4$. A los 7 meses de edad, los niños deben tener su primer diente; a los 11 meses (4 meses más tarde), deben tener 4 dientes. A los 15 meses (4 meses más tarde) deben tener 8 dientes; a los 19 meses, deben tener 12 dientes; a los 23 meses, deben tener 16 dientes; y a los 27 meses, deben tener 20 dientes. La erupción es similar en el caso de los dientes permanentes, comenzando entre los 5 y los 7 años de edad y por lo general finalizando de los 13 a los 14 años de edad. El patrón típico es: incisivos centrales, incisivos laterales, primeros molares, premolares, caninos, segundos molares y por último los terceros molares (muelas del juicio), aunque éstas no siempre se desarrollan o salen.

En ocasiones los dientes erupcionan sin seguir la secuencia de erupción “normal”. Esto no es motivo de preocupación. (Camacho, 2010)

2.2.2.4. Funciones de los dientes Temporales

Luego de cumplir su función de alimentación, desarrollo de la mandíbula, desarrollo del habla, y mantener los espacios entre las raíces, estos dientes comienzan a caerse hacia los 5 a 7 años de edad para dar paso a los dientes permanentes. Las funciones de los dientes de leche son:

- Alimentación: se inicia con la buena masticación garantizando una buena digestión.

- Desarrollo de la mandíbula: el ejercicio de masticación ayuda al desarrollo y crecimiento de la mandíbula, la cual debe crecer para poder alojar los dientes permanentes que son más grandes.
- Desarrollo del habla: el ejercicio de masticación desarrolla los músculos en boca que hacen posible pronunciar correctamente las palabras porque favorecen la coordinación entre la lengua y labios.
- Mantener espacios: entre las raíces para que los dientes permanentes crezcan en el lugar y posición ideal, consiguiendo una “mordida” correcta.

2.2.2.5. Forma de los Incisivos Temporales

La forma de los incisivos temporales resulta muy parecida a la de los permanentes. Sin embargo, los diámetros de sus coronas, dentro de un aparente equilibrio, invierten sus proporciones: la longitud es menor que el diámetro mesiodistal, por esta razón aparece un borde incisal relativamente elongado. Estos bordes tienen la característica de ser trilobulados al momento de la erupción, pero se desgastan rápidamente. Es notorio un “estrangulamiento” a nivel cervical que destaca marcadamente la corona de la raíz, además de que el esmalte forma un reborde labiogingival, sobre todo en los inferiores. Las raíces son cónicas, con sus ápices inclinados hacia vestibular, algo aplanadas en vestibular y lingual y pueden mostrar surcos longitudinales en mesial y distal.

La cavidad pulpar reproduce la forma externa del diente, y la cámara y los conductos son relativamente amplios, existe una neta demarcación entre ambos que se acentúa en los incisivos laterales superiores y en los centrales inferiores. En su porción incisal la cámara presenta tres mamelones que corresponden a los lóbulos de la corona. El mayor diámetro vestibulolingual

de la cámara aparece a nivel del cingulo, el cual está bien formado sobre todo en los superiores.

Desarrollo de los dientes temporales

DIENTES TEMPORALES	ERUPCIÓN	PÉRDIDA
Incisivo central superior	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral superior	9-13 meses	7-8 años

(Escudero & Perea, 2011)

2.2.2.6. Alteraciones más frecuentes de la Dentición Temporal

- Caries: deberán ser obturadas, salvo inminente recambio, de forma similar a las obturaciones de los dientes permanentes.
- Traumatismos: serán tratados mediante la reconstrucción de la pieza o con un mantenedor de espacio si se precisa.
- Malposiciones y alteraciones de tamaño, número, forma, color y estructura de los dientes: requerirán ortodoncia funcional.

2.2.2.7. Cuidado y control de la Dentición Temporal

Debe incluir los siguientes aspectos:

- Cepillado, lo más correcto posible
- Aplicación de flúor, mediante pastillas o en colutorio según el caso.
- Colocación de selladores de fisuras, para prevenir caries.
- Control de la dieta, evitando azúcares, alimentos pegajosos, etc.
- Revisiones periódicas al dentista.

(Romina, 2011)

2.2.2.8. Traumatismos en Dientes Temporales

En dientes temporales no podemos olvidar la relación entre el ápice del diente temporal y el germen del diente permanente que se está formando. Ya que pueden provocar malformaciones, alteraciones en la erupción e impactación de comida en los dientes adyacentes provocando caries o bolsas periodontales; y van frecuentemente acompañados de lesiones en partes blandas, generalmente heridas en los labios y frenillo, lo que puede provocar un sangrado abundante.

2.2.2.9. Exfoliación de los Dientes Temporales

La caída de los primeros dientes, comúnmente llamados “dientes de leche” o temporales, comienza alrededor de los cinco o seis años. Este largo proceso de caída y renovación de dientes hasta lograr la dentadura definitiva puede durar hasta los 12 años aproximadamente. A medida que los dientes definitivos empiezan a salir, se reabsorbe la raíz de los temporales, provocando que éstos se suelten y se desprendan. El momento de exfoliación o caída de cada diente de leche, que son 20 dientes en total, es variable, ya que puede haber diferencias individuales dadas por herencia de los padres, consistencia de alimentación, etc.

Los dientes inferiores suelen ser los primeros en caer entre los 5 y 6 años. Con frecuencia sucede que los incisivos inferiores definitivos aparecen en boca y aún permanecen intactos los dientes de leche. Formando una especie de doble fila de dientes. En estos casos es importante asistir al odontólogo tratante para evaluar la situación y ver la necesidad de realizar la exodoncia del diente de leche o no. Otro suceso importante a esta edad, es la aparición en boca del Primer Molar definitivo o también llamado Molar de los 6 años, el cual emerge por detrás de los molares temporales, ocupando su propio

espacio no reemplazando a ningún otro diente. A esta altura hay que tomar todas las precauciones para prevenir y proteger a este molar de las caries. Por lo mismo, es necesario acudir al dentista tratante y deben saber que la atención odontológica de niños de 6 años se encuentra dentro de las GES (AUGE).

Entre los 7 y 8 años erupcionan los incisivos permanentes superiores, coincidiendo con los incisivos laterales inferiores. Entre los 8 y 9 años emergen los laterales superiores. Con respecto a este período, es importante considerar que los dientes permanentes que van saliendo al ser de mayor tamaño (más anchos) que los de leche, no siempre van a quedar bien posicionados o no van a tener el espacio suficiente para ubicarse correctamente, por lo que algunos dientes pueden salir un poco torcidos, pero una vez que se desarrolle el hueso máxilofacial y exista un equilibrio neuromuscular se pueden ir alineando un poco por sí solos. Aquí se debe controlar con odontólogo tratante para eliminar malos hábitos y evaluar que el niño esté siguiendo un patrón normal de crecimiento, o derivar a ortodoncia.

Entre los 9 y 12 años se produce el recambio de los molares temporales y caninos, por los llamados premolares y caninos definitivos. El último es el canino superior, que muchas veces queda sin espacio para erupcionar. A los 12 años erupciona el segundo molar definitivo, por detrás del molar de los 6 años. Y entre los 17 y 21 años aproximadamente en algunas personas erupciona el tercer molar definitivo o también conocido como “muela del juicio”. Constituyendo con este 32 dientes definitivos. (Mercurio, 2011)

2.2.2.10. Caries de la Dentición Primaria en Dientes Anteriores

La caries de la temprana infancia, El tiempo de colonización en los niños varía, dependiendo de factores ambientales como la dieta, nivel de exposición con otros individuos afectados y composición del diente. Los niños con malnutrición in útero, generalmente exhiben hipoplasias clínicas y subclínicas del esmalte, donde *E. mutans* coloniza rápidamente estos dientes por las superficies rugosas que presentan, lo que hace una colonización a edades más tempranas. (Alonso Noriega & Karakowsky, 2010)

Tipo de Caries

El tipo de caries que afecta a la dentición temporaria a los incisivos es:

- **Caries de Biberón**

La caries de la infancia temprana, antes conocida como caries de biberón, es una forma particularmente virulenta de caries que inicia poco después de la erupción dental y se desarrolla en las superficies dentales lisas con un rápido progreso. Suele mostrar un patrón característico: caries en los incisivos superiores, los molares de ambas arcadas pero no en los incisivos inferiores; este patrón se relaciona con la secuencia de erupción y la posición de la lengua durante la alimentación.

La caries de la infancia temprana está asociada con la ingesta excesiva de cualquier líquido azucarado como la leche, fórmulas, jugos de frutas, refrescos, la alimentación a libre demanda del seno materno y la falta de higiene después de la ingesta. Los factores de riesgo como la dieta, la higiene oral, la exposición a fluoruros y el uso prolongado de biberón, entre otros, son los principales causantes de caries de la infancia temprana. Estos

son atributos que le confieren cierto grado de susceptibilidad a los pacientes infantiles, constituyendo una probabilidad medible, con valor predictivo, y que al modificarse aportan ventajas para la prevención individual, grupal o comunitaria. (Aguilar-Ayala FJ, Aguilar Ayala, Duarte Escobedo, & Rejon Peraza, 2014)



(Zavala, 2014)

Además, esta clase de lesiones puede tener otro tipo de consecuencias como son: infecciones dentarias; dificultad para el tratamiento, por lo grandes que pueden llegar a ser las lesiones y por la corta edad del paciente; problemas estéticos; dificultad para masticar; dificultad para una correcta pronunciación; puede alterar la erupción de los dientes sucesores; puede dar lugar a problemas de espacio que a la larga necesiten tratamiento ortodóncico. (Ariane, 2009)

2.2.3. RESTAURACIONES PROVISIONALES

2.2.3.1. Restauraciones

Las restauración directa con el mismo color que los dientes constituye hoy en día una solución estándar en los consultorios odontológicos. El composite de obturación es considerado el material de primera elección para tales rehabilitaciones, dado que ofrece ventajas clínicas tales como una preparación mínimamente invasiva y la estabilización dentaria por unión

adhesiva de la restauración y, sobre todo, satisface a los pacientes que por lo general desean una restauración invisible. Estos composite de obturación, cuya utilización se limitaba inicialmente a la región anterior, actualmente están considerados como material puntero también para dientes posteriores. En los últimos años, los composite híbridos han destacado particularmente por los buenos resultados obtenidos en numerosos estudios de larga duración.

Estos resultados clínicos positivos se deben tanto al perfeccionamiento de la técnica adhesiva, como a una mejora sustantiva de las propiedades físicas de los composites híbridos en comparación con los antiguos composites de microrrelleno y macrorrelleno. El composite microhíbrido ha sido perfeccionado utilizando rellenos constituidos por nanopartículas, hasta obtener un composite nanohíbrido. Tal desarrollo ha permitido aumentar considerablemente el contenido de relleno de los materiales y mejorar mucho sus propiedades físicas. (Denner, 2011)

La caries es la desmineralización de los tejidos duros del diente que puede ocasionar enfermedades de la pulpa y hasta la pérdida total de la pieza. Actualmente las caries pasan desapercibidas en sus primeras fases, por eso es necesario un chequeo profesional para detectarlas y tratarlas oportunamente. Si esperamos asistir al odontólogo cuando presentamos dolor, nos arriesgamos a que el problema haya avanzado, por ejemplo, a una infección en pulpa. El tratamiento de una caries se basa en eliminar los tejidos afectados, que a su vez están contaminados por las bacterias que producen las caries y restaurar la forma anatómica de la pieza dentaria.

La principal característica de estos materiales es la adhesión a la estructura dental, por lo que la preparación de las cavidades para recibir las resinas compuestas es más conservadora, respetándose más tejido dentario.

Además, tienen una composición polimérica libre de productos metálicos, ausencia de conductividad térmica y buenas propiedades ópticas de absorción, refracción, transmisión y reflexión de la luz, lo que le permite generar restauraciones con coloración y características propias, o más próximas a la morfología de los dientes naturales. (Cedillo Valencia & Cedi, 2013)

2.2.3.2. Materiales Estéticos para la Restauración

Los materiales estéticos para la restauración de dientes anteriores en la Odontología, además de por su obvia similitud en el color del diente y las mejoras en sus propiedades físicas, ha sido precedida e impulsada fuertemente por la desinformación, en relación a la posible toxicidad que pudieran presentar las restauraciones de amalgama dental por su contenido de mercurio. Se presenta a las restauraciones de resinas compuestas como materiales que al endurecer pudieran dar la idea errónea de ser totalmente inertes y no ser causantes de ningún daño. Es importante que se pueda considerar la posibilidad de generación de daño de estos materiales, así como entender las características de los componentes que pueden producir reacciones dañinas o alérgicas tanto en el caso de su reciente colocación, como durante el proceso del envejecimiento de las restauraciones.

Usualmente una polimerización inadecuada o incompleta genera problemas tales como: Sensibilidad operatoria, decoloración, baja resistencia, desgaste excesivo, caries recurrente, deterioro marginal, etc. Además de ocasionar daños por la retención insuficiente de la resina al esmalte, agresión pulpar por monómero residual, cambios de color y absorción de agua, mayor desgaste y propiedades físicas disminuidas. Uno de los avances más significativos en los materiales de resinas compuestas es la presentación en una sola pasta y su endurecimiento a través de luz visible generando un proceso de fotopolimerización. Estos avances han dado paso a una amplia

variedad en el uso de las resinas como materiales restauradores, adhesivos, materiales de reconstrucción, cementación, etc., así como a un gran número de formas de presentación y endurecimiento, dependiendo de la finalidad principal para la cual es empleada. (Carrillo Sánchez, 2011)

2.2.3.3. Restaurar Piezas Dentarias Anteriores

Restaurar piezas dentarias en el sector antero superior exige por parte del profesional un conocimiento a cabalidad de los materiales, así como de la técnica a emplear, ya que este sector representa un factor muy importante en la estética del rostro. Conocer las características anatómicas y funcionales de las piezas en el sector anterior es de vital importancia para realizar restauraciones duraderas. No basta con realizar una restauración solamente estética si esta no cumple con los requisitos de función en nuestro sistema estomatognático. Antes de realizar cualquier procedimiento restaurador debemos considerar los posibles problemas estéticos y de acuerdo a la situación elegir el tipo de material más idóneo para cada caso.

En la actualidad hay muy buenos materiales restauradores, pero lo más importante es el conocimiento profundo de los mismos y una técnica adecuada. De nada nos sirve utilizar el que creemos el mejor sistema restaurador si no lo dominamos a cabalidad ya que cada material exige una previa preparación para que nos brinde resultados satisfactorios. Las restauraciones en el sector anterior requieren por parte del profesional conocimientos tanto teóricos, científicos y artísticos, así como habilidad manual con el fin de reproducir los detalles anatómicos.

Las resinas compuestas como material restaurador directo cumplen con los requisitos de simplificación de los diseños cavitarios, preservación de la estructura dentaria, simplicidad de la técnica a aplicar, multiplicidad de matices y viscosidades; y sobretodo proveer una estética bastante adecuada

para restauraciones tanto anteriores como posteriores. Actualmente existe una demanda de estética dental por parte de los pacientes que obliga al profesional a mejorar su preparación, los niveles de análisis, comunicación y presentación de sus procedimientos restauradores. La técnica de Mock Up consiste en aplicar resina compuesta directamente sobre la estructura dentaria a restaurar con el fin de simular de una manera más precisa las características que las piezas dentarias han perdido y de esta manera obtener un patrón que sirva para la posterior restauración definitiva.

Las restauraciones directas con resinas compuestas, ofrecen una alternativa de tratamiento estética y funcional frente a otras restauraciones convencionales, como carillas y coronas cerámicas, pues preservamos mayor cantidad de estructura dentaria, reducimos el número de citas clínicas y costos para el paciente. La elección de la técnica restauradora con resinas compuestas a utilizar dependerá del dominio de la misma y del nivel de complejidad de la situación clínica que se presente. Utilizando la técnica de estratificación por capas anatómicas en este caso se logró una adecuada mimetización de la restauración a las estructuras dentales remanentes. Las resinas compuestas de uso directo son una muy buena alternativa de tratamiento para los casos de restauraciones anteriores. El profundo conocimiento de los materiales y las técnicas a utilizar van a facilitar la ejecución de un tratamiento satisfactorio. Cabe destacar que no todas las resinas compuestas se comportan de la misma manera, tanto en sus propiedades físicas y mecánicas como en su manipulación. No es suficiente realizar una restauración visualmente correcta si esta no cumple su función dentro del sistema estomatognático. (Lamas Lara & Vega, 2011)

2.2.3.4. Restauraciones Directas

Corresponden a aquellos materiales que por sus características ópticas, como el croma, la translucidez y la intensidad se asemejan lo más posible a los tejidos que buscamos restaurar, es decir, la pieza dentaria. Consiste en la aplicación de material estético restaurador en la superficie de los dientes para tratar distintas patologías dentarias. Por medio de las técnicas directas se mantienen las estructuras dentarias sanas hasta tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración. El tratamiento generalmente no requiere anestesia, suele realizarse en una sola cita y no necesita de provisionales ni pruebas de laboratorio. Se puede recuperar con excelentes resultados estéticos la morfología dental y funcionamiento estable.

Materiales estéticos de restauración directa en odontología

- Vidrio Ionómeros convencionales.
- Vidrio Ionómeros Híbridos.
- Compómeros.
- Resinas Compuestas.

Vidrio Ionómeros convencionales

Por agregación de polvo al líquido, espátulado vigoroso, manejando la consistencia dependiendo de la necesidad clínica. Dejar en consistencia de masilla si se trabaja con Resina de Obturación y en forma de pelo si es Vidrio Ionómero de Cementación.

Propiedades Generales

- Mediana resistencia compresiva y a la abrasión.

- Alta solubilidad en medio bucal (mayor desventaja).
- Liberación de flúor, mediana capacidad de mimetismo (por la baja cantidad de colores).
- Poca variedad de colores.
- Excelente compatibilidad pulpar.
- La mayor ventaja es que no presenta contracción de polimerización (estable).

Vidrio Ionómeros Híbridos

Endurece por un mecanismo dual: Por reacción ácido base, donde los ácidos atacan las partículas de vidrio (Autocurado). Agentes fotopolimerizantes (Fotocurado), los cuales se encuentran en la masa resinosa.

Propiedades Generales

- Buena resistencia compresiva y a la abrasión.
- Muy baja solubilidad en medio bucal.
- Liberación de fluor.
- Muy buena estabilidad dimensional (no se contrae ni se expande).
- Buena capacidad de mimetismo (Variedad de colores).

Compómeros

Fotopolimerización de la fase resinosa y reacción de ácido base de la fase Ionomérica.

Propiedades Generales

- No se fusionan adecuadamente las fases ya que no es un complotado, lo que los hace inestable dimensionalmente a cambios de T^0 y absorción acuosa.

- Interface de unión débil los componentes microretentivos como la resina y el V.I. no se unen bien.
- Buena resistencia compresiva y al desgaste.
- Liberación de flúor.
- Alta contracción de polimerización.
- Buenas propiedades ópticas.
- Gran variedad de colores.

Resinas Compuestas

Polimerización de la base resinosa (Monómero a Polímero), formando cadenas entrecruzadas a través de reacción entre los radicales libres de los monómeros, lo que va a formar el polímero (generando contracción). Existen de autoactivación y de Fotoactivación (luz alógena).

Propiedades Generales

- Excelente resistencia a la compresión y al desgaste, no es mejor que la amalgama.
- Excelentes propiedades ópticas.
- Gran variedad de colores.
- Buena retención a la estructura dentaria. Esto se debe a su unión con el esmalte, porque si se uniera al barro dentinario su retención sería de 4Mpa solamente.
- Buena estabilidad dimensional.
- Muy baja solubilidad en medio bucal.
- Módulo de elasticidad muy similar a la Dentina.
- Buena tolerancia pulpar cuando se ha constituido una capa híbrida adecuada,
- Contracción de polimerización lo que obliga a ejecutar técnica con porciones pequeñas e incrementos sucesivos Técnica incremental,

- Técnica muy sensible a la humedad por lo que se debe aislar con Goma Dique para lograr una aislación absoluta y no relativa la cual se obtiene solamente con algodones. (Navarro Sánchez, Cores Carballosa, & Chaviano Rodríguez, Gaceta Dental, 2011)

2.2.3.5. Restauraciones Indirectas

Las restauraciones indirectas de resina compuesta surgen con la intención de mejorar el desempeño clínico de las resinas compuestas directas y reducir las dificultades técnicas que presenta el trabajo clínico en la cavidad bucal. Son confeccionadas comúnmente por los técnicos de laboratorio, y pueden también ser realizadas de forma rápida y simple en el consultorio por el propio odontólogo, pasando a ser denominadas en este caso semidirectas. De esa forma, a través de la restauración dentaria fuera del ambiente bucal, es posible reducir los efectos perjudiciales de la contracción de polimerización, aumentando el grado de conversión de los monómeros resinosos en polímeros, además de mejorar las condiciones clínicas de trabajo.

Así, la reconstrucción del punto de contacto proximal, la adaptación de los márgenes de la restauración, la caracterización y la escultura anatómica, además de las etapas finales de acabado y pulido, se pueden controlar de forma más eficaz.

Las indicaciones para el empleo de las restauraciones indirectas son:

- Recubrir y reforzar cúspides.
- Reconstrucción de dientes debilitados.
- En pacientes con oclusión favorable y fuerzas masticatorias moderadas.

- En espacios interdentarios grandes y difíciles de reconstruir en forma directa.
- En cajones proximales profundos donde es difícil controlar la contracción.
- En caso de realizar varias restauraciones en un mismo cuadrante.
- Cuando la posición del diente en el arco dentario no favorece la colocación de una matriz para insertar el material.

Las contraindicaciones pueden ser:

- En lesiones pequeñas.
- En lesiones grandes donde se indica una corona.
- En personas con hábitos para funcionales (bruxismo), porque puede ocurrir desgaste y fractura.
- Mala higiene y dieta cariogénica.
- Cuando el aislamiento absoluto es imposible.
- Cuando la oclusión es desfavorable con los topes de céntrica en la restauración.

2.2.3.6. Restauraciones Semidirectas

Las restauraciones semidirectas de resina compuesta tienen una enorme desventaja: compiten con y son de la misma familia de dos grandes tipos de restauración, las resinas compuestas directas y las incrustaciones cerámicas. Estas dos son más antiguas y, por lo tanto, mejor conocidas y evaluadas, por lo que su gran potencialidad oscurece el de las restauraciones semidirectas de resina compuesta. Por seguir un ordenamiento del tema, en listaremos las ventajas y desventajas de estas restauraciones:

Ventajas:

- El control de la contracción de polimerización.
- La mejora de las propiedades físicas.
- La facilitación de un correcto modelado y contorneado.
- El beneficio económico.

Desventajas.

- Que requieren dos citas, o una muy larga, dependiendo de la técnica que se escoja.
- Necesitan una preparación bastante agresiva.
- Hay necesidad de temporales.
- Están basadas totalmente en una unión adhesiva.

Modelado y contorneado correcto

Las restauraciones semidirectas de resina compuesta son insuperablemente mejores que las resinas compuestas directas; con éstas es muy difícil y laborioso conseguir un maquillaje y modelado anatómico comparable al que podemos conseguir nosotros mismos extraoralmente en nuestra clínica. La

incorporación de detalles anatómicos hace que sean grandes tratamientos estéticos, ya que es más fácil conseguir una anatomía funcional si trabajamos fuera de la boca.

Beneficio económico

Realizar una restauración semidirecta de resina en una cita, en vez de realizar la restauración en dos visitas, es de gran ventaja económica, ya que implica un ahorro de tiempo en el sillón, resultando esto en un beneficio económico. Además, los pacientes estarán más satisfechos por evitarse una cita más en nuestro consultorio. La inversión en tiempo es muy grande, bien sea en una o dos visitas, dependiendo de la técnica elegida. Diversos reportes en la literatura que estudian la relación efectividad indican que, en promedio, se emplean 90 minutos en la fabricación de la resina por el método directo, incluyendo el trabajo extraoral; aunque existe un 40% de variación entre distintos profesionales, hora y media es un tiempo muy largo. (Cedillo Valencial & Cedil, 2013)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Alginato: La viscosidad es la propiedad fundamental de las soluciones de alginato y junto a su reactividad frente al calcio, es la que genera las características únicas de tales compuestos como espesantes, estabilizantes, gelificantes, etc.

Adaptación: Una adaptación biológica es un proceso fisiológico o rasgo morfológico o del comportamiento de un organismo que ha evolucionado durante un periodo mediante la selección natural de tal manera que incrementa sus expectativas a largo plazo para reproducirse con éxito.

Cara vestibular: El contorno mesial de la corona es más convexo, con la cresta de la curvatura, proximal al ángulo mesioicisal. El contorno distal de la corona es más convexo que mesial. El contorno cervical de la corona sigue en dirección semicircular, con la convexidad hacia la raíz.

Celuloideos: Las coronas de celuloide están indicadas cuando hay caries que abarcan algunas caras de los dientes, fracturas por traumatismo, decoloraciones y alteraciones congénitas del esmalte o la dentina.

Coronas: Una corona dental es un diente en forma de "tapón" que se coloca sobre un diente que cubre el diente para restaurar su forma y tamaño, la fuerza y / o para mejorar su aspecto.

Deciduos: Una primaria, temporal, decidua o dientes de leche.

Dentición: La dentición decidua, conocida también como dentición de leche, dentición infantil o dentición primaria, es el primer juego de dientes que

aparecen durante la ontogenia de humanos y como en las de otros mamíferos.

Estética: Aspecto exterior de una persona o cosa desde el punto de vista de lo bello.

Exfoliación: Es un proceso que no se conoce muy bien el como sucede, pero que da la oportunidad de realizar el recambio dental de una forma fisiológica normal para la erupción de la dentición permanente.

Exodoncia: La exodoncia es un acto quirúrgico por el que se extrae un diente o una parte remanente del mismo que ha quedado alojada en el alveolo. La intervención se realiza bajo anestesia local y mediante una técnica sencilla.

Fotopolimerizar: polimerización por adición se da cuando la molécula de monómero pasa a formar parte del polímero sin pérdida de átomos, es decir, la composición química de la cadena resultante es igual a la suma de las composiciones químicas de los monómeros que la conforman.

Fractura: Las fracturas son soluciones de continuidad que se originan, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad.

Hipoplasia: Es una anomalía dentaria que se da por una alteración en el esmalte dentario ya sean estos temporales o permanentes, al padecer de esta enfermedad, el paciente es muy propenso a padecer caries dental, se presentan como manchas a nivel de la corona del diente de color blancas o marrones.

Homóloga: Se aplica a la cosa que se corresponde con otra o se considera semejante o igual a esta por tener una característica común.

Maloclusión: Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Matrices: Amplia gama de matrices dentales parciales abombadas de dos espesores (0,025mm - 0,04mm), delgadas y ultradelgadas. Acero inoxidable blando, fácil de bruñir, para puntos de contacto anatómicos.

Periodontal: Suele empezar por un proceso de gingivitis que al no tratarse correctamente provoca un estadio más avanzado de la infección llamada periodontitis, en la que las encías y el hueso de soporte se pueden llegar a dañar seriamente llegando a provocar la pérdida de piezas dentales.

Provisionales: Es un diente acrílico temporal que estará colocado en el diente, después de la preparación de los dientes o diente que se esté tratando, mientras que el diente definitivo está siendo fabricado en el laboratorio.

Resina: La resina compuesta dental es un material de gran densidad de entrecruzamiento polimérico, reforzado con partículas de relleno que se unen a la matriz por un agente de conexión.

Restablecimiento: Establecimiento de nuevo de una cosa o puesta en su estado anterior.

Restauraciones: Los dientes anteriores despulpados, pueden ser tratados simplemente con restauraciones que les devuelvan el tejido perdido, a no ser

que falte gran parte de la corona y por razones estéticas el operador decida colocar una corona completa.

Sensibilidad: Capacidad propia de los seres vivos de percibir sensaciones y de responder a muy pequeñas excitaciones, estímulos o causas.

2.4. MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5 VARIABLES DE INVESTIGACION

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Uso de coronas de celuloideas

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Restauraciones provisionales.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Variable Independiente Uso de coronas de celuloideas	Las coronas de celuloide son moldes para la elaboración rápida y segura de restauraciones.	Utilizándolas como matrices para la colocación del material restaurador o provisional devolviendo la morfología a la pieza	<ul style="list-style-type: none"> Técnica Tradicional Técnica modificada. 	Preparar una pequeña rielera en el tercio gingival en vestibular para aumentar la retención. Se realiza retenciones con una fresa fisura.
Variable dependiente Restauraciones provisionales.	Es una obturación es la primera elección para tales rehabilitaciones	Ofrece ventajas clínicas tales como preparación invasiva y la estabilización dentaria por unión adhesiva de la restauración y, sobre todo, para tener restauración invisible.	<ul style="list-style-type: none"> Restauraciones Directas Restauraciones Indirectas Restauraciones Semidirectas 	Corresponden a materiales que se asemejan a los tejidos Son confeccionadas por los técnicos de laboratorio. Compiten con y son de la misma familia de dos grandes tipos de restauración, las resinas compuestas directas y las incrustaciones cerámicas

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este trabajo investigativo tiende hacer de carácter No Experimental, porque se recoge información a través del espacio en puntos específicos; se observara de qué modo y porque causa se produce un fenómeno.

Métodos.- En el presente trabajo se utiliza los métodos: Deductivo, inductivo, analítico, sintético.

- Deductivo.- porque se partirá de una problemática general existente diagnóstica en el trabajo de investigación.
- Inductivo.- porque se conduce a abordar la temática desde la especificidad, donde existe con mayor influencia dicho problema, generando un cambio o mejoramiento.
- Analítico.- porque se tomarán en cuenta las variables, se realizarán comparaciones y análisis de tratamientos.
- Sintético.- porque al final de nuestra investigación se obtendrán conclusiones. Tales como

3.2 TIPOS DE INVESTIGACION

Documental: La investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos.

Descriptivo: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 TALENTO HUMANO

Tutor Académico: Dr. Ery Suarez Acebo Mcs.

Tutor Metodológico: Dra. Fátima Mazzini De Ubilla Msc.

Autora: Sanddy Veronyque Noles Bravo

Padres de Familia

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Lapto

Impresora

Hoja A4

Sacapunta

Regla

Hoja ministro

Internet

Esfero

Escritorio

Corrector

Lápiz

Pendrive

Borrador

Microsoft Word

Microsoft Power Point

3.4 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

Esta población está compuesta por 20 Padres de familia que acuden a las clínicas de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología

3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación ya que se descuidan muchas veces las piezas deciduas estas no estarán por un largo tiempo en boca y el desconocimiento nos hace caer en el error de extraerlas o no rehabilitarlas, perdiendo en esto el espacio en donde van a erupcionar los dientes permanentes a la concreción de los objetivos del estudio es diagnosticar el procedimiento de uso de coronas de celuloide en incisivos primarios en restauraciones provisionales, con la finalidad de poder llevar estos conocimientos a la práctica clínica según las necesidades individuales de los pacientes pediátricos que asisten a la facultad Piloto de Odontología que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: ¿En qué condiciones pueden llegar las piezas deciduas de los niños para poderlas tratar con coronas de celuloideas?

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: El uso de coronas de celuloide para restaurar los dientes anteriores y una de las principales particularidades es que otro de los materiales utilizados para la confección de coronas para dientes primarios es la resina. El tratamiento de coronas dentales en dientes anteriores es una excelente alternativa en una amplia variedad de situaciones tales como las caries extensas en incisivos primarios, casos de fracturas de esmalte y dentina o en aquellos pacientes que hayan sufrido alteraciones tanto de la forma como color del diente anterior. Por otra parte es ideal para los pacientes poco colaboradores.

En definitiva hemos podido ver las funcionalidades y diferentes tipos de corona dentales que se utilizan en Odontopediatría, siendo este un tratamiento que nos será de gran utilidad para que los niños puedan restaurar las piezas y devolver tanto la estética como la funcionalidad de sus dientes, por lo que no es de extrañar que sea uno de los tratamientos más demandados.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Describir el procedimiento del uso de coronas de celuloide en incisivos primarios en restauraciones provisionales, con la finalidad de poder llevar estos conocimientos a la práctica clínica según las necesidades individuales de los pacientes pediátricos que asisten a la Facultad Piloto de Odontología.

La fase metodológica es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: Esta investigación es de forma no experimental.

Definición de los sujetos del estudio: Nuestra población escogida son los Padres de familia que acuden a la clínica de Pediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Descripción de las variables de la investigación: Usos de las coronas de celuloideas para incisivos primarios como restauraciones provisionales para evitar las malformaciones dentarias.

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: Se realizó una encuesta a los Padres de familia que acudieron a la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

La última fase, **la fase empírica** es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: La información fue recogida en una encuesta.

Interpretación de los resultados:

En la encuesta realizada a los padres de familia, a la primera respuesta respondieron SI un 15% y NO 85%. Esto nos hace indica la desinformación que tienen los padres por la variedad de algunos tipos de restauraciones.

En la segunda pregunta, respondieron 3VECES AL DIA 40% y 2 VECES AL DIA 60%. Nos trata de decir que en su hogar no utilizan una buena higiene hogar ya que no utilizan hilo interdental.

En la tercera pregunta, respondieron DESDE BEBE 39% Y CUNDO TIENE DIENTES 61% nos da a entender que los encuestados no saben la

importancia del cuidado de la higiene oral desde que son bebés pues es ahí la causa de la caries de biberón.

En la cuarta pregunta, respondieron SI 45% NO 55%. Tenemos como resultado que los padres de familia no están informados de la causa de caries de biberón.

En la quinta pregunta, respondieron SI 85% NO 15%, Da como resultado que los padres de familia saben lo importante de ir a una consulta Odontológica.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla # 1

Preguntas realizadas a los padres de familia que acuden a la clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

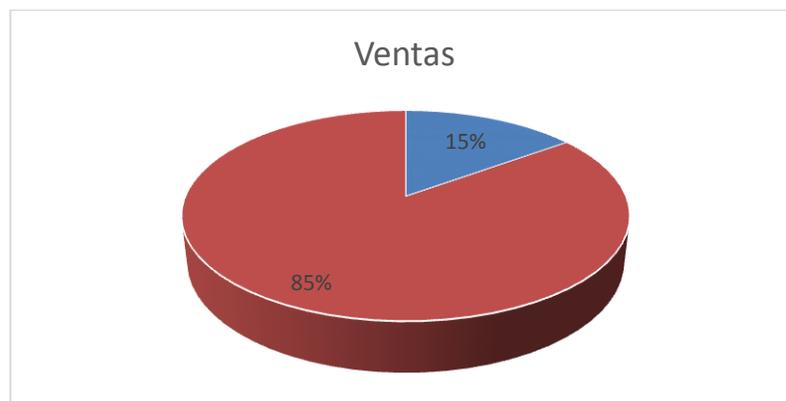
1) ¿Tiene conocimiento sobre las Coronas de Celuloide?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	3	15%
NO	17	85%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clinica de Odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontologia.

Autora: Sandy Veronyque Noles Bravo

GRAFICO # 1



Fuente: Encuesta realizada en la Clinica de Odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontologia.

Autor: Sandy Veronyque Noles Bravo

Análisis de la Tabla y Grafico #1: Se observa un total de 20 personas (100%) encuestadas sobre ¿Tiene conocimiento sobre las Coronas de Celuloide?, contestaron NO un 17 (85%) Si un 3 (15%)

TABLA # 2

2) ¿Con que frecuencia utilizan en su hogar el hilo dental?

	NUMERO	PORCENTAJE
3VECES AL DIA	8	40%
2VECES AL DIA	12	60%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontologia.

Autora: Sandy Veronyque Noles Bravo

GRAFICO # 2



Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatria de la Facultad Piloto de Odontología.

Autor: Sandy Veronyque Noles Bravo

Análisis de la Tabla y Grafico #2: Se observa un total de 20 personas (100%) encuestadas sobre ¿Con que frecuencia utilizan en su hogar el hilo dental?, contestaron 3 veces al día un 8 (40%) 2 veces al día un 12 (60%).

TABLA # 3

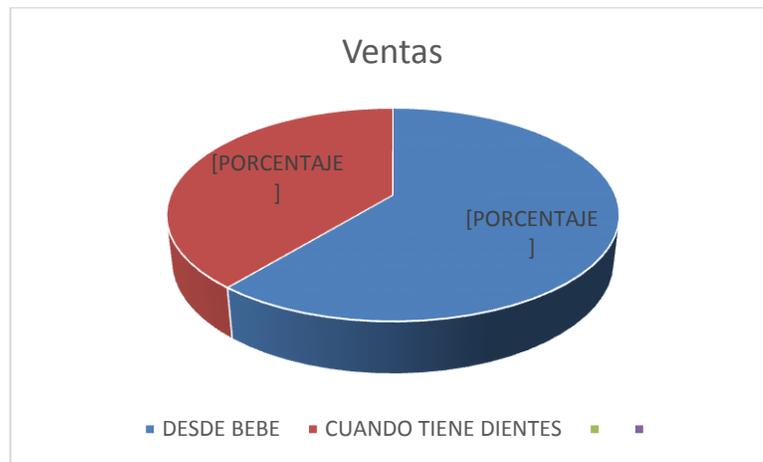
3) ¿A qué edad debe empezar la higiene oral?

	NUMERO	PORCENTAJE
DESDE BEBE	5	39%
CUANDO TIENE DIENTES	15	61%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Autora: Sandy Veronyque Noles Bravo

GRAFICO # 3



Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Autor: Sandy Veronyque Noles Bravo

Análisis de la Tabla y Grafico #3: Se observa un total de 20 personas (100%) encuestadas sobre ¿A qué edad debe empezar la higiene oral?, contestaron Desde Bebe un 5 (39%) Cuando tiene dientes un 15 (61%).

TABLA # 4

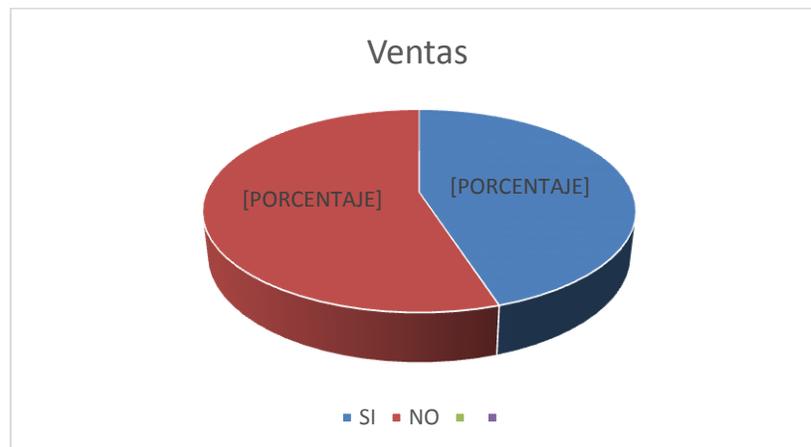
4) ¿Usted cree que el biberón causa caries?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	9	45%
NO	11	55%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Autora: Sandy Veronyque Noles Bravo

GRAFICO # 4



Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Autor: Sandy Veronyque Noles Bravo

Análisis de la Tabla y Grafico #4: Se observa un total de 20 personas (100%) encuestadas sobre ¿Usted cree que el biberón causa caries?, contestaron Si un 9 (45%) No un 11 (55%).

TABLA # 5

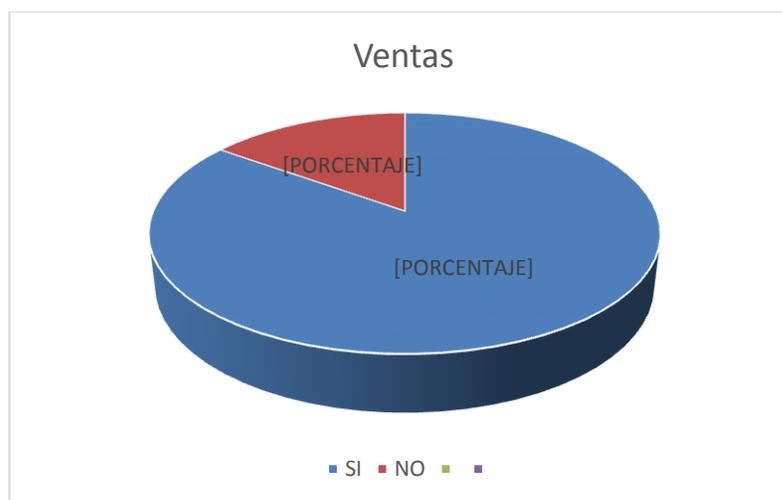
1) ¿Considera usted importante la visita al Odontólogo?

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	18	85%
NO	2	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Autora: Sanddy Veronyque Noles Bravo

GRAFICO # 5



Fuente: Encuesta realizada en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología.

Autor: Sanddy Veronyque Noles Bravo

Análisis de la Tabla y Grafico #5: Se observa un total de 20 personas (100%) encuestadas sobre ¿Considera usted importante la visita al Odontólogo?, contestaron Si un 18 (85%) No un 2 (15%).

5. CONCLUSIONES

Diagnosticar el tipo de caries para así elegir el plan de tratamiento adecuado.

Identificar el material e instrumental necesario para obtener una correcta adaptación de la corona.

Elaborar las coronas de celuloideas como medio de restauración provisional.

Efectuar una estética adecuado para así devolver la funcionalidad a la pieza dentaria.

Analizar nuestro trabajo para que así nuestros futuros colegas puedan realizar restauraciones adecuadas

Determinar la importancia que son las coronas de celuloideas como un tratamiento rápido para el niño.

6. RECOMENDACIONES

Implementar programas preventivos promocionales de salud bucal dirigidos a escolares, padres de familia y personal de las instituciones educativas,

Extenderse a aquellas poblaciones donde no exista fácil acceso al servicio público o privado para que de esta forma mejorar la salud oral de los niños.

Educar a la población acerca de la importancia de conservar la dentición decidua.

Hacer énfasis en preservar la vitalidad de las piezas dentarias primarias lesionadas cuando sea posible, restaurando hábilmente su aspecto anatómico original, manteniendo su relación con las piezas vecinas y antagonistas lográndose un estado funcional y estético aceptable.

Seguir con las investigaciones de la coronas de celuloide para realizar correctas restauraciones.

Bibliografía

- 1) Carrillo Sánchez, C. (01 de 02 de 2011). ¿Son las restauraciones de resinas compuestas inertes y seguras? *Revista ADM*, 25 - 29. Recuperado el 23 de 12 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111e.pdf>
- 2) Cedillo Valencia, J., & Cedi, J. E. (10 de 10 de 2013). *Revista ADM*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od136i.pdf>
- 3) Aguilar-Ayala FJ, D.-E. C.-P., Aguilar Ayala, F., Duarte Escobedo, C., & Rejon Peraza. (20 de 06 de 2014). *Medigraphic*. Recuperado el 19 de 12 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm144b.pdf>
- 4) Alonso Noriega, M. J., & Karakowsky, L. (06 de junio de 2010). *Medigraphic*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>
- 5) Ariane. (13 de diciembre de 2009). *Archivo del blog*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2014, de <http://ariane09.blogspot.com/2009/12/la-caries-rampante-o-enfermedad-del.html>
- 6) Cal Jaro. (16 de 01 de 2011). *Odontología Internado UTP*. Recuperado el 20 de 01 de 2014, de <http://suuucaljaro.blogspot.com/2011/01/denticion-temporal-y-denticion.html>
- 7) Camacho, S. (10 de Junio de 2010). Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://pediatrika2010.blogspot.com/p/los-dientes.html>
- 8) Cedillo Valencial, J., & Cedil, J. E. (12 de 08 de 2013). *Medigraphic*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od136i.pdf>
- 9) De La Teja Ángeles, E., Durán Gutierrez, L. A., & Zurita Bautista, Y. E. (06 de 12 de 2011). *Criterios Pediátricos*. Recuperado el 20 de 12 de

2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm116g.pdf>

- 10) Denner, W. (10 de 12 de 2011). *Gaceta Dental*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de http://www.voco.es/es/product/GrandioSO/AB_GrandioSO_Dr__Denner_Gaceta_Dental_Dezember_2011.pdf
- 11) Escudero, & Perea. (25 de 08 de 2011). *Dental Internacional*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://www.dentalinternacional.es/dentista-infantil.php>
- 12) Estupiñan, D. D. (10 de abril de 2011). *OdontoAyuda*. Obtenido de <http://odontoayuda.com/temas/restauracion-en-dientes-temporales/>
- 13) Lamas Lara, C., & Vega, A. (14 de 01 de 2011). *ODONTOLOGÍA SANMARQUINA*. Recuperado el 23 de 12 de 2014, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2011_n1/pdf/a07.pdf
- 14) Mercurio. (17 de 07 de 2011). *Guioteca*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://www.guioteca.com/odontologia/como-pasar-de-los-dientes-de-leche-a-los-definitivos/>
- 15) Navarro Sánchez, A., Cores Carballosa, A., & Chaviano Rodríguez, J. C. (10 de 09 de 2011). *Gaceta Dental*. Recuperado el 23 de 12 de 2014, de <http://www.gacetadental.com/2011/09/restaurando-con-composites-y-tcnicas-directas-25818/>
- 16) Navarro Sánchez, A., Cores Carballosa, A., & Chaviano Rodríguez, J. C. (10 de 09 de 2011). *Gaceta Dental*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <http://www.gacetadental.com/2011/09/restaurando-con-composites-y-tcnicas-directas-25818/>
- 17) Peña, D. V. (10 de enero de 2009). *DENTSPLY*. Obtenido de <http://www.dentsply.es/Noticias/clinica4203.htm>
- 18) Quintana del Solar, C. (15 de 04 de 2010). *Rehabilitacion Oral*. Recuperado el 21 de 12 de 2014, de

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/calderon_vm.pdf

- 19) Roja Reynoso, A., & Gasca Argueta, G. (4 de Octubre - Diciembre de 2014). *Revista Odontológica Mexicana*. Obtenido de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90370831&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=90&ty=67&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=90v18n04a90370831pdf001.pdf
- 20) Romero, A. (10 de 08 de 2010). *Odontologos Ecuador.com*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <http://www.odontologosecuador.com/espanol/artpacientes/amb/tratamiento-dientes-primarios.htm>
- 21) Romina. (02 de 10 de 2011). *ESTOMATOLOGIA COMUNITARIA*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://romina1988arce.blogspot.com/2011/10/denticion-temporal-y-denticion.html>
- 22) Salas, M. E., Simancas, Y., & Villalón, M. (09 de 06 de 2009). *Acta Odontologica*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/4/art1.asp>
- 23) Torres, L. (09 de Diciembre de 2014). Recuperado el 22 de 12 de 2014, de Prezi: <https://prezi.com/jd6c39svzh4u/rehabilitacion-con-coronas-en-odontopediatria/>
- 24) Zambrano Blondell, G. A., Rondón Rodríguez, R. G., & Sogbe, R. (23 de 08 de 2012). *Ortodoncia.ws*. Recuperado el 22 de 12 de 2014, de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art35.asp>
- 25) Zavala, A. A. (2014). Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: reporte de un caso . *Revista Tame*, 225.

ANEXOS

Figura N.- 1

Encuesta realizada a padres de familia.



PREGUNTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

¿Tiene conocimiento sobre las Coronas de Celuloide?

SI NO

¿Con que frecuencia utilizan en su hogar el hilo dental?

¿A qué edad debe empezar la higiene oral?

¿Usted cree que el biberón causa caries?

SI NO

¿Considera usted importante la visita al Odontólogo?

SI NO

Figura N.- 2

Estado en que llegó el paciente los incisivos centrales superiores dominan la sonrisa, por eso el paciente no sonríe, oculta sus dientes al hablar.



Fuente: <http://www.cesarrivera.cl/coronas-acetato-composite/>

Autor: César Rivera

Figura N.- 3

Estado inmediato, posterior a la confección de composite anteriores con base en coronas preformadas de acetato. Queda pendiente abordar los dientes laterales (incisivos laterales superiores), sin embargo cambia inmediatamente.



Fuente: <http://www.cesarrivera.cl/coronas-acetato-composite/>

Autor: César Rivera

Figura N.- 4

Las coronas para los dientes primarios son coronas prefabricadas de resina, y se pueden adaptar los dientes de los niños en una sola cita.



Fuente: <http://odontopediatria.pe/coronas-de-acetato/>

Autor: Dental House Kids

Figura N.- 5

Procedimiento A traumático Para Restauraciones En Sector Anterior En Niños De 1 A 3 Años



Fuente:

<http://www.clinicadentalsanjavier.com/casos/restauracion-anterior-en-ninos.htm>

Autor: San Javier

Figura N.- 6

Ésta foto intraoral muestra el estado inicial de la paciente. En la imagen se observa la gran destrucción de la paciente. Casi la totalidad de las piezas comprometidas con las lesiones cariosas.



Fuente: <http://www.cesarrivera.cl/ninavuelve-a-sonreir/>

Autor: Cesar Riviera

Figura N.- 7

Restauraciones estéticas con composite y coronas preformadas de acetato. Resultado inmediato. Las encías se encuentran enrojecidas por el trabajo del intraoperatorio.



Fuente: <http://www.cesarrivera.cl/ninavuelve-a-sonreir/>

Autor: Cesar Riviera



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, Octubre 8 del 2014

Doctor.

Washington Escudero Doltz

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **Noles Bravo Sanddy Veronyque** con numero de C.I. **0705324630**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 10**; del periodo lectivo 2014 - 2015, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO TITULACIÓN**, previo a la obtención del titulo de Odontologa, en la materia de **ODONTOPEDIATRIA**. Requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Noles Bravo Sanddy Veronyque

C.I. 0705324630

Se le ha designado al Dr. (a) ERY SUAREZ A. para que colabore en su trabajo de graduación.

Dr. Washington Escudero Doltz

DECANO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 28 Noviembre del 2014

Dra.

Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.

Directora del departamento de Titulación, de la Facultad Piloto de Odontología Cuidad.-

De mis consideraciones:

Yo, **Sanddy Veronyque Noles Bravo** con C.I 0705324630, alumna del Quinto año paralelo N° 10 del periodo lectivo 2014-2015, presento para su consideración el tema para la el trabajo de titulación.

Tema: Uso de coronas de celuloides para incisivos primarios como restauraciones provisionales.

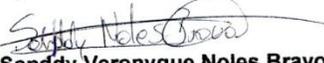
Propósito: En este trabajo investigativo se plateará el uso de coronas de celuloides para incisivos primarios. El propósito es dar a conocer los diferentes usos y técnicas de estas restauraciones provisionales en dientes anteriores deciduos.

Problema: Se platea el siguiente problema de trabajo de trabajo debido a las diferentes técnicas restauradoras en cuanto a tiempo y beneficio. El problema es que muchas veces se descuidan las piezas deciduas, ya que estás no estarán un largo tiempo en boca y el desconocimiento nos hace caer en el error de extraerlas o no rehabilitarlas, perdiendo con esto el espacio en donde erupción los dientes permanentes.

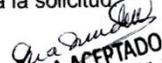
Justificación: La necesidad de este trabajo investigativo es de promover técnicas y tratamientos con el fin de mantener las piezas anteriores el mayor tiempo posible en boca y así dar solución a este problema.

Viabilidad: Es viable porque cuenta con todos los recursos investigativos, prácticos y humanos, además del apoyo de los docentes del área de Odontopediatria, para culminar dicho propósito.

Agradezco de antemano la atención a la solicitud


Sanddy Veronyque Noles Bravo

C.I. 0705324630


TEMA-ACEPTADO
Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.
DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN


Dr. Ery Suarez MSc.

TUTOR ACADEMICO