



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ODONTOPEDIATRÍA
**PRÓTESIS REMOVIBLE PARA TRATAMIENTO EN
PACIENTE NIÑO PARCIALMENTE EDÉNTULO:
REPORTE DE CASO**
TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA

AUTOR

YBARRA BARRETO, LIZBETH MAGALI
ORCID: 0000-0002-3561-2053

ASESOR

MGTR. BERMEJO TERRONES, ALAN MAYKOL
ORCID: 0000-0003-0356-7937

CHIMBOTE – PERÚ

2020

TÍTULO:

PRÓTESIS REMOVIBLE PARA TRATAMIENTO EN PACIENTE NIÑO
PARCIALMENTE EDÉNTULO: REPORTE DE CASO

HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael
Presidente

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique
Miembro

Mgtr. Suárez Natividad, Daniel Alaín
Miembro

Mgtr. Bermejo Terrones, Alan Maykol
Asesor

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Ybarra Barreto, Lizbeth Magali

ORCID: 0000-0002-3561-2053

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda
Especialidad en Odontopediatría, Chimbote, Perú.

ASESOR

Mgtr. Bermejo Terrones, Alan Maykol

ORCID: 0000-0003-0356-7937

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la
Salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú.

JURADO

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Mgtr. Suárez Natividad, Daniel Alaín

ORCID: 0000-0001-8047-0990

DEDICATORIA

A Dios

mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez, eres quien guía el destino de mi vida, te lo agradezco padre celestial.

A mis padres.

Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes en los que incluyo a este me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mi familia.

Por su amor incondicional por brindarme comprensión y el tiempo para realizarme profesionalmente.

A mis compañeros, docentes de la especialidad y asesor

Por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, por permitirme aprender más de la vida a su lado, esto es posible gracias a ustedes.

Lizbeth Magali Ybarra Barreto.

RESUMEN

En el presente reporte de caso, el objetivo fue determinar el manejo clínico en un paciente niño con dolor dental. El caso fue de un paciente de sexo masculino de 5 años y 4 meses de edad, la madre refería que su hijo tiene dolor dental excesivo que ya no le permitía poder masticar los alimentos. Presenta dentición decidua, remante radicular 54/64, pulpitis dental, caries de dentina, pieza dental en proceso de erupción prematura 34, línea media conservada, arco superior e inferior de forma ovalada, PTD clase I, PTI clase I, RCD clase I, RCI clase I, OB 10% y OJ 2 mm. El tratamiento por el cual se optó, fue realizar una atención integral al paciente niño, confeccionar una prótesis removible y también la confección de un mantenedor de espacio tipo banda – ansa para evitar la erupción prematura de la 3.4 luego de realizar su instalación el primer control fue a la semana, el segundo control fue a las dos semanas, el tercer control fue al mes. Finalmente se logró determinar el manejo clínico en un paciente niño con ausencia de piezas dentales con la prótesis removible. El tratamiento duro un mes y medio, logrando devolver la masticación, estética.

Palabras claves: caries dental, función estética, función masticatoria, equilibrio neuromuscular, prótesis removible.

ABSTRACT

In the present case report, the objective was to determine the clinical management in a child patient with dental pain. The case was of a male patient of 5 years and 4 months of age, the mother referred that her son has excessive dental pain that no longer allowed him to chew food. He has deciduous dentition, root canal 54/64, dental pulpitis, dentin caries, tooth in process of premature eruption³⁴, preserved midline, upper and lower arch in oval form, PTD class I, PTI class I, RCD class I, RCI class I, OB 10% and OJ 2 mm. The treatment for which it was opted, was to carry out an integral attention to the patient child, to make a removable prosthesis and also the confection of a space maintainer to avoid the premature eruption of the 3.4 after carrying out its installation the first control was to the week, the second control was to the two weeks, the third control was to the month. Finally it was possible to determine the clinical management in a child patient with absence of dental pieces with the removable prosthesis. The treatment lasted a month and a half, managing to return chewing and aesthetics.

Key words: dental caries, aesthetic function, masticatory function, neuromuscular balance, removable prosthesis.

CONTENIDO

TÍTULO:	i
HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR	ii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
CONTENIDO	vii
I.- REPORTE DE CASO.....	1
1.1.- Introducción.....	1
1.2.- Objetivos	7
1.3.- Reporte de caso	8
II.- DISCUSIÓN	15
III.- CONCLUSIONES.....	17
Referencias bibliográficas.....	18
Anexos	22

I.- REPORTE DE CASO

1.1.- Introducción

En febrero del año 2015 se reúnen 21 expertos de 12 países, en la reunión internacional de caries, esta se llevó acabo en Bélgica donde emiten un documento de consenso sobre la terminología y recomendaciones para tratar la eliminación de tejido dental cariado. Proponen una definición de caries dental, esta no es una enfermedad infecciosa que deba ser "curada" eliminando bacterias o menos aún una especie bacteriana en particular. En cambio, la caries dental se puede manejar de manera conductual controlando sus factores causales, a saber, el suministro de carbohidratos fermentables y la presencia y maduración de biopelículas dentales bacterianas.¹

En el Perú existe una prevalencia de un 98% de la enfermedad caries dental, en nuestra capital 12 de cada 100 personas tienen la enfermedad (reportado en entre los años 2009 y 2010).²

La pérdida de los dientes se puede deber a la enfermedad caries dental o a agenesias o ausencia de algún diente, está asociada a algún síndrome en la dentición decidua la frecuencia de 3,5 a 9,5 por 100 dientes (en dentición decidua) es más frecuente en mujeres que en varones y es asociado a una herencia autosómica dominante.³

La pérdida prematura de los dientes y en especial los incisivos superiores trae como consecuencia la afección de los patrones de expresión al interferir con la pronunciación de las consonantes con la punta de la lengua (es decir, 't', 'd', 's', y 'ch'), y los sonidos labiales de 'f' y 'v'. Otras consecuencias es que disminuyen la eficiencia masticatoria y el

desarrollo de los hábitos anormales de la lengua, y una posterior maloclusión. El niño también puede sufrir de problemas psicológicos si la estética está en peligro.⁴

Cassol V, Viera T, Souza I, Pomarico L. (2019). En su revisión del caso clínico de pacientes con displacia ectodérmica, estos pacientes presentan ausencia de algunos o todos los dientes además de presentar una función reducida de las glándulas salivales, describe un caso de una niña de 5 años diagnosticada con displacia ectodérmica, realizaron un tratamiento combinado una prótesis con tornillo de expansión para corregir la mordida cruzada y posteriores controles por un periodo de un año.⁵

López S, Cazaux S, Aiem E, Velly A, Bolla M. (2019). una revisión de estudios clínicos aleatorizados sobre las coronas de acero preformadas Realizan y las coronas de zirconio. En este estudio participaron estudios de seguimiento de 2 años y molares primarios pares uno en cada hemiarcada en total son 101 niños participantes asignados al azar y restaurados con coronas de acero preformadas (ESPE, 3M) Y Coronas de zirconio (EZCrowns, Sprig Oral Healthd Technologies), donde evalúan la ausencia de dolor o procesos infecciosos, también se evalúa la tasa de retención y fractura así mismo la satisfacción de los padres del niño.⁶

Portilla M. (2017). En su reporte de caso clínico, nos presenta un niño de 4 años de edad con diagnóstico de caries de infancia temprana, se realiza la exodoncia de los dos incisivos centrales y los laterales se realizaron los tratamientos pulpares los cuales fueron los pilares para soportar la prótesis fija sistema tubo - barra, llamada prótesis denari, esta prótesis tiene la característica de no impedir el crecimiento transversal del maxilar superior.⁷

Alcatraz A, Briones F, Vásquez S, Ruiz T, Et al. (2017), reporta un caso clínico donde realiza una restauración indirecta colocada en este paciente, fue una buena opción de tratamiento, ya que se pudo conservar la mayor parte de tejido dental, sin necesidad de realizar un tallado excesivo en comparación al que se realiza en una corona de acero cromo, además devolver la función y estética del paciente, nosotros también realizamos esta técnica en nuestro caso clínico.⁸

Mondelo L, Avilés M, Guarat C. (2016). Reportan en su estudio descriptivo, retrospectivo comprendido entre los años 2012 – 2014 donde evalúa a 40 niños de ambos sexos al momento del estudio la edad comprendida era entre 15 a 17 años de edad el propósito era determinar la necesidad protésica de estos. Encontró que la pérdida de dientes era por traumatismos y la aparatología para tratar esta pérdida de dientes es la prótesis parcial removible.⁹

Figuroa P. (2014). En su trabajo nos indica que las pérdidas prematuras de piezas dentales causan una disminución de la longitud de arcos dentarios, en la revisión de literatura que presenta hace hincapié en la importancia de la odontología protésica como una alternativa a la pérdida parcial o total de los dientes deciduos y que permita restablecer las funciones. La decisión de usar una prótesis está basada en la experiencia clínica del profesional, así como la disponibilidad de los materiales para confeccionar las prótesis.¹⁰

Corona A, Guerrero M, Rodríguez J, Pérez R, Hernández M. (2014). Presenta un reporte de caso de un paciente de 5 años 7 meses de edad cuyo diagnóstico es caries de infancia temprana, se realizaron los siguientes procedimientos, exodoncias, operatorias con resinas, amalgama. Coronas de acero preformado y prótesis removible. Con estos

tratamientos se lograron restablecer las funciones básicas, así mismo devolverle la autoestima, con el uso de la prótesis se logró realizar un cambio de manera positiva en la personalidad del paciente.¹¹

En nuestro caso clínico la colocación de la banda ansa modificada con rejilla está basado en el reporte titulado REJILLA METALICA PROTECTORA en la Erupción PREMATURA DE LOS PREMOLARES. Silva E (2014). La elaboración de este artefacto tiene como origen el arco lingual al cual se modifica y se suelda una rejilla a nivel de las zonas alveolares donde harán erupción los dientes prematuros, este aditamento evitara la erupción prematura del diente.¹²

Aydinbelge M, Gumus H, Sekerci A, Demetoglu U, Etoz O. (2013). Las enfermedades congénitas entre ellas las displacia ectodérmica entre las características de esta enfermedad es que puede presentar anodoncia e hipodoncia en dientes temporales y permanentes. La rehabilitación de este tipo de pacientes debe ser realizado por un equipo multidisciplinario. Para realizar los implantes dentales el crecimiento del paciente debe estar estabilizado. En este trabajo se presenta el caso de una niña de 7 años.¹³

Zard y Smith. (2012). En su reporte nos refieren que la pérdida total de dientes es una agresión al sistema masticatorio que tiene como consecuencias problemas estéticos y funcionales que se percibe de diferentes maneras por los pacientes.¹⁴

Márquez M. (2012). Hace el reporte de un caso clínico de 3 años 5 meses que presenta oligodoncia y reabsorción de los procesos alveolares por la no presencia de la dentición temporal el paciente tiene un diagnóstico de Displasia Ectodérmica Hipohidrótica (DEH)

o síndrome de Christ-Siemens-Touraine, el procedimiento a seguir es la realización de la prótesis total removible con este tratamiento se lograra en el paciente la recuperación de la dimensión vertical, se mejora la fonación, masticación, estética y la autoestima.¹⁵

Cezaría T. (2009). En su artículo donde describe un caso clínico de un niño que presenta un remanente radicular único donde confecciona una prótesis removible completa tipo sobre dentadura. Este paciente fue sometido a exodoncias de dientes anteriormente por que presentó un cuadro de meningitis bacteriana por infección odontogénica. Esta opción de prótesis refiere ser una buena opción ya que permite restablecer las funciones perdidas como son la masticación, la estética y la fonación.¹⁶

En su trabajo para optar el título de Especialista en Odontopediatría también hace uso de prótesis parcial removible para devolver las funciones de masticación, estética, fonética como en nuestro caso clínico Mezarina J (2009).¹⁷

Silva E. (2008). En su artículo nos indica cuándo y por qué el uso de prótesis, nos hace referencia la importancia del uso de la prótesis removible ya que está perdida prematura de los dientes nos lleva a una alteración del desarrollo fisiológico, psicológico y social del paciente niño. El uso de la prótesis nos permite establecer las funciones fundamentales de los dientes: masticación, fonación, estética, oclusión y preservación de los arcos dentarios, todas ellas necesarias para el correcto desarrollo fisiológico y emocional del paciente.¹⁸

Barrios G, Zayda C, María E, Salas C. (2006). En su revisión de literatura de tratamientos protésicos en dentición primaria llega a la conclusión que cuando ocurre la perdida dental en etapas tempranas tendremos secuelas en el mantener el espacio, la secuencia de

erupción, dificultad en el habla y la masticación, así como la autoestima del paciente niño. Para la rehabilitación de la cavidad oral del paciente niño se debe planificar de una forma sencilla respetando la anatomía y secuencia de confección que puedan restablecer las funciones esenciales.¹⁹

Planells P, Echaniz, R. (1993). En su revisión de literatura dice que la rehabilitación protésica en odontopediatría es uno de los procedimientos más importantes en la consulta diaria, este procedimiento la denomina odontología integral de la infancia. Presenta una actualización de los datos conocidos hasta el momento sobre la prótesis dental en niños.²⁰

Fernández A. (1982). En su trabajo dentaduras artificiales para niños nos menciona la importancia del uso de la prótesis para así restablecer la función masticatoria, prevenir la aparición de maloclusiones cuando está en etapa de transición, además de que previene la aparición de hábitos orales y trastornos de la personalidad.²¹

Lema M (2020). En su tesis titulada Pérdida prematura de los molares temporarios en el arco dentario para optar el título de cirujano dentista llega a la conclusión que la población evaluada fue de 175 historias clínicas, se determinó que el 60% presentaron pérdida prematura y que si no son tratadas producirán alguna mal oclusión, en nuestro caso para evitar que se produzca alguna alteración se logró instalar una prótesis parcial removible y un banda y ansa modificada.²²

1.2.- Objetivos

Objetivo general:

Establecer la prótesis removible como tratamiento de paciente niño parcialmente edéntulo.

Objetivos específicos:

1. Corregir la función masticatoria con el tratamiento de la prótesis removible en paciente niño parcialmente edéntulo.
2. Corregir la función estética con el tratamiento de la prótesis removible en paciente niño parcialmente edéntulo.

1.3.- Reporte de caso

Paciente de sexo masculino de 5 años 4 meses de edad que acude en el mes de junio del 2019 a la clínica odontológica de la segunda especialidad en odontopediatría ULADECH católica - Chimbote para ser evaluado, se presenta como su madre la Sra. Cinthia Bujecio, el motivo de consulta fue «Mi hijo tiene picado sus dientes»

En los antecedentes personales manifiesta la Madre que padece de asma y el tío de parte materna presenta epilepsia. gestó a los 17 años, la madre tomo vitaminas, ácido fólico, hierro. La medicaron con antibióticos para una infección respiratoria en el tercer trimestre del embarazo; acudió a todos sus controles.

Asimismo, El paciente nació mediante parto eutócico a término, sin complicaciones. Lactancia materna: desde el nacimiento fue mixta, ya que la madre manifiesta que no tenía leche, presenta enfermedades comunes referentes a la edad, como son los resfríos. Presenta una conducta colaboradora al tratamiento según la clasificación de castillo.

Dentro de los antecedentes del estado de salud estomatológico del niño, refiere que no tiene experiencias de tratamientos estomatológicos; también refiere cepillado dental dos veces al día con pasta dental (con supervisión) de la madre, no usa enjuagatorios y como hábito rechina los dientes.

Al examen clínico general el paciente se encuentra en ABEG, ABEN, ABEH, con un Peso de 20 kg, Talla de 1,20 m, FR: 25 respiraciones por minuto, FC: 80 pulsaciones por

minuto, T° de 36,5 °C, Locomoción: Movimientos coordinados. Psíquico elemental LOTEP, de conducta colaborador, lenguaje fluido sin alteración aparente.

En el examen clínico extraoral, presenta cráneo mesocéfalo, cara mesofacial, fascias simétrica, perfil anteroposterior convexo, ATM y cuello sin alteraciones ala palpación, respiración nasal. (Fig.1)

Al examen clínico intraoral presenta labios medianos, competentes, poco hidratados, color rosado coral, carrillo de color rosa coral y presencia de línea alba, paladar blando de color rosado coral, irrigado e hidratado; paladar duro de color rosado coral, firme y de mediana profundidad, orofaringe con úvula móvil y pilares sin inflamación, piso de boca irrigado, conductos salivales permeables, transparentes y depresible, frenillos de inserción media tanto superior e inferior móviles, lengua saburral a los dos tercios posteriores y de tamaño mediano, gingiva de color rosado coral y ligera inflamación generalizada, saliva serosa.(Fig.2)

Presenta Cavidades pequeñas de color mostaza en pieza 52(M), 5(M) y 61(MD) y distal 62(MD), 63(C), 64 remanente coronario, con tejido desorganizado y dolor a la exploración, 54 remanente coronario, con zona retentiva y no hay dolor a la exploración no tejido desorganizado, 53 pequeña cavidad(D) de color amarillento brillante con zona retentiva son dolor a la exploración, 63 presencia de una cavidad a nivel(M) de color amarillo brillante, no presenta tejido desorganizado, zona retentiva, dolor a la exploración, 62 presencia de cavidad pequeña a nivel(M) tiene un color amarillo, zona retentiva, no presenta dolor, ni tejido desorganizado, 61 presencia de cavidad pequeña hacia (M) y (D)

color amarillo con zona retentiva no presenta dolor ni tejido desorganizado, 75 presenta cavidad grande a nivel(M) de color negro con cambio de color de diente grisáceo, tejido desorganizado con dolor a la exploración, 84 presencia de una cavidad grande hacia(D) con zona retentiva de color marrón oscuro, un cambio de color de la pieza de color grisáceo, presencia dolor a la exploración y tejido desorganizado, 85 presencia de una cavidad pequeña de color negro (OM) con un cambio de color de diente grisáceo con una zona retentiva y una pigmentación oscura a nivel de la cara lingual.(Fig.2).

OCLUSIÓN: Relación molar BAUME, ARCO SUPERIOR Baume tipo I, ARCO INFERIOR Baume tipo I, Planos terminales EM/ ED/ R PTD I, PTI I Relación canina: RCD clase I, RDI clase I, Forma Arco superior ovalado, Arco inferior ovalado Relación incisal: Overjet: 3 mm, Overbite: 10 % Línea media conservada.

Factor de experiencia de caries de riesgo bajo, índice de higiene oral Greene y Vermillon de riesgo moderado, frecuencia de consumo de carbohidratos de riesgo bajo. En general presenta un Riesgo estomatológico bajo.

Diagnóstico presuntivo: Paciente niño de 5 años cuatro meses de edad en ABEG, ABEH, ABEN, Paciente acude a consulta por movilidad y dolor de la pieza dental 54,64 Paciente con riesgo bajo a enfermedad gingival asociada solamente a biofilm, paciente con caries de infancia temprana.

Entre los exámenes complementarios tenemos fotografías, modelos y radiografías. La radiografía panorámica revela el tipo de dentición decidua, ausencia de agenesias, ausencia de supernumerarios, ausencia de patologías en ATM y en las estructuras óseas.

Pieza 16: proceso de erupción en estadio 7 de Nolla, Pieza 15: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 14: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 13: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 12: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 11: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla., Pieza 21: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla., Pieza 22: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 23: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 24: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 25: sin erupcionar en el estadio 3 de Nolla, Pieza 26: sin erupcionar estadio 7 de Nolla, Pieza 27: sin erupcionar en el estadio 3 de Nolla., Pieza 37: sin erupcionar estadio 3 de Nolla, Pieza 36: sin erupcionar estadio 7 de Nolla, Pieza 35: sin erupcionar en el estadio 3 de Nolla, Pieza 34: proceso a erupcionar en el estadio 7 de Nolla, Pieza 33: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 32: sin erupcionar en estadio 7 de Nolla, Pieza 31: sin erupcionar en estadio 7 de Nolla, Pieza 41: sin erupcionar estadio 7 de Nolla, Pieza 42: sin erupcionar estadio 7 de Nolla, Pieza 43: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 44: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 45: sin erupcionar en el estadio 4 de Nolla, Pieza 46: sin erupcionar estadio 7 de Nolla. (Fig.4)

Diagnóstico definitivo: Diagnóstico de la Salud General Del Paciente: ABESG, Riesgo para el tratamiento estomatológico: Riesgo sistémico: sin riesgo aparente, Riesgo estomatológico: moderado, Tejidos Blandos: Gingivitis generalizada asociada a Biofilm, Tejidos duros, caries de infancia temprana, Lesión cariosa irreversible moderado 51 (M), 61 (M y D), 62 (M y D) 53 (D) 83 (D), Lesión cariosa con lesión pulpar reversible 55 (OM), 75 (OM), 84 (OD), remanente coronario 54 y 64, lesión cariosa con lesión pulpar irreversible 75 (OM) Oclusión: RMD: clase I, RCD: clase I, RMI: clase I, RCI: clase I.

Objetivos de tratamiento:

- 1.- Devolver la función masticatoria.
- 2.- Devolver la función estética.
- 3.- Reestablecer el equilibrio neuromuscular del paciente.

Plan de tratamiento: fase educativa: motivación, educación y profilaxis (FTO), fase preventiva: control de dieta (análisis y consejo dietético), aplicación de flúor barniz al 5 %, colocación de sellantes en pza. 65, fase correctiva: restauraciones con resina en pza. 51 (M), 61, (MD) 62 (MD), pulpectomía 75 (OM), 84 (OD) 85 (OM), incrustación de resina en pza. 55, 65, 75, 85,84, exodoncia de pieza dental 54 y 64, fase interceptiva: colocar la prótesis removible superior y colocar el mantenedor de espacio tipo banda – ansa tercer cuadrante para evitar la erupción prematura dela pieza dental 34 y fase de mantenimiento: control a los 6 meses para para evaluar la posible renovación de la prótesis dental removible.

pronostico paciente colaborador. Madre está interesada en los posibles tratamientos que este requiera. Se le considera un paciente con pronóstico favorable debido a la conducta, para el tratamiento odontológico.

Tratamiento: El tratamiento inició con una fisioterapia oral, asesoría nutricional, profilaxis dental, pulpectomía en las piezas dentales 55,65,75, 84, 85, confección del mantenedor de espacio tipo banda ansa (Fig.6 y 7); asimismo, una aplicación de flúor barniz 5%.

Se realizó un control a la semana, en la que a su vez se realizó la colocación del mantenedor de espacio tipo banda ansa y la confección de la prótesis removible así mismo la restauración con resina la pieza dentaria 51,61,62.

A las dos semanas se realizó otro control, en la que también se retiró la restauración provisional en la pieza dentaria 55,65,75, 84, 85, se preparó la cavidad en dichas piezas dentarias y se tomó una impresión con silicona de condensación para la confección de la incrustación con resina fotopolimerizable y se procedió con la colocación de la prótesis removible. (Fig.6)

Por último, se realizó un control al mes, en la que se realizó la cementación de la incrustación con resina fotopolimerizable en las piezas dentarias 55,65,75, 84, 85, control de la adaptación de la prótesis removible y el mantenedor de espacio.

Resultados:

Luego de la instalación de la prótesis removible, se realizó los controles respectivos, el primero fue a la semana, el segundo control se realizó a las dos semanas y la tercera fue al mes, hasta lograr adaptar la prótesis removible.

En la primera semana se logró colocar el mantenedor tipo banda ansa para evitar la erupción prematura de la pieza dental 34, también el inicio de la confección de la prótesis removible. (Fig.7)

En la segunda semana, se observa que la pieza dental 34 detiene su erupción gracias a la banda tipo ansa, también se procede a la colocación de la prótesis removible y la confección las incrustaciones de resina. (Fig.7)

Al mes se logra una buena adaptación de la prótesis removible en boca así mismo la cementación de las incrustaciones de resina. (Fig.8)

y finalmente el paciente y la madre quedan muy satisfechos con el tratamiento porque se logró en el niño hacer una atención integral devolviéndole la función masticatoria, la función estética y sobre todo reestablecer el equilibrio neuromuscular del paciente.

Consideraciones éticas: El tratamiento que se realizó al paciente se hizo teniendo en cuenta las consideraciones y recomendaciones de las buenas prácticas clínicas hacia el paciente la exposición y la publicación de la historia clínica y diagnóstico, tratamiento y fotografías fueron con el consentimiento absoluto de la madre del paciente.

Limitaciones de estudio: La distancia del domicilio del paciente, la economía que fueron una limitación considerable, ya que no acudía con mucha frecuencia a las citas de tratamientos y controles por ende son las falencias de la falta de algunas fotografías de seguimiento.

II.- DISCUSIÓN

El presente de caso clínico es de un niño de 5 años 4 meses de edad, con dentición decidua, demostrando que la caries dental al ser diagnosticada y tratada a temprana edad por un odontólogo general o por un especialista en odontopediatría, permite ser evaluado y diagnosticado para realizar las intervenciones correspondientes de acuerdo a la edad del paciente, para así evitar la pérdida de las piezas dentales a temprana edad y evitar que el paciente presente alteraciones en la función masticatoria, fonética, estética y autoestima. Estas definiciones se ven respaldadas por Schwendicke F, Frencken J, Bjorndal L (2016), define que la pérdida prematura de los dientes trae como consecuencia la interferencia en la pronunciación, sonidos, masticación, problemas psicológicos como la estética dental. Del mismo modo Portilla M (2017), en su investigación de caries temprana en un niño de 4 años, está causando la pérdida de las piezas dentales 51,61 realiza la confección de una prótesis dental fija para devolver al paciente la función estética y masticatoria.^{4,7}

La pérdida de dientes es una agresión al Sistema masticatorio que tiene como consecuencias funcionales y estéticos Zard y Smith (2012), también Marquez M (2012), reporta que es beneficioso realizar la prótesis removible o fija para lograr corregir en el paciente la función masticatoria, estética, fonética y la autoestima, del mismo modo Corona A, Guerrero M, Rodriguez J, Perez R, Hernandez M (2014) refieren que la prótesis removible ayuda a reestablecer las funciones básicas, así como devolver la autoestima y cambia de manera positiva la personalidad del paciente.^{13,14,15}

En este reporte de caso se logró corregir la función masticatoria, estética, fonética y la autoestima del paciente, Figueroa P (2014), indican que las pérdidas prematuras de las piezas dentarias causan una disminución de la longitud de los arcos dentarios por lo tanto una alternativa es la prótesis removible o fija para reestablecer las funciones, así mismo Cazaría T (2009) refiere que una buena opción es la prótesis removible o fija ya que permiten corregir las funciones.^{9, 16}

En el manejo clínico del presente reporte de caso la prótesis fija o removible son una alternativa a sustituir la pérdida parcial o total de los dientes a temprana edad, de igual manera Fernández A (1982), en su trabajo de dentición artificial nos menciona la importancia de la prótesis dental para así devolver las funciones, la autoestima y prevenir la aparición de maloclusiones.²⁰

III.- CONCLUSIONES

1. En el presente caso clínico se logró realizar un tratamiento complejo para poder devolver la oclusión del paciente mediante una combinación de técnicas de rehabilitación, en el maxilar superior se colocó una prótesis parcial removible y en el maxilar inferior una banda y ansa modificada para el retraso de la erupción del premolar.
2. Se realizó las exodoncias de las piezas dentarias, se esperó la cicatrización de estas y se procedió a la convención de la prótesis parcial superior con el cual se devolvió las funciones de masticación y balance oclusal.
3. En el maxilar inferior se logró colocar una banda y ansa modifica para lograr retardar la erupción de la premolar que prematuramente estaba erupcionando debió a la pérdida del molar temporal.

Referencias bibliográficas

1. Informe de la Organización Mundial de la Salud [Internet, Citado el 13 de septiembre del 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
2. Barrios G. *Tratamientos protésicos en dentición primaria: revisión de la literatura*. Rev. Od Los Andes [Internet]. 2006 [Citado el 13 de septiembre del 2020]; 1(2): 62-70. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/7293/7164>
3. Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Lima, Perú: MINSA [Internet, citado el 14 de septiembre del 2020]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
4. Schwendicke F, Frencken J, Bjorndal L, et al. Managing carious lesions: Consensus recommendations on carious tissue removal. Adv Dent Res [Internet]. 2016 [Citado el 14 de septiembre del 2020]; 28:58-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27099358/>
5. Cassol D, Viera T, Souza I, Pomarico L. Prosthetic rehabilitation os a chili bit X-link Ed hypohidrotic ectodermal dysplasia: a case report and 12-month follow-up. Gen Dent [Internet]. 2019 [Citado el 25 de septiembre del 2020]; 67(4): e1-e6. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/31355772>
6. López S, Aiem E, Velly A, Mulle M. Preformed pediatric zirconia crown versus preformed pediatric metal crown: study protocol for a randomized clinical trial. Trials

[Internet]. 2019 [Citado el 25 de septiembre del 2020]; 20(1):530. Disponible

en:

https://www.researchgate.net/publication/335382913_Preformed_pediatric_zirconia_crown_versus_preformed_pediatric_metal_crown_study_protocol_for_a_randomized_clinical_trial

7. Portilla M, Pariona M. Rehabilitación estética y funcional con una prótesis parcial fija en la dentición primaria: reporte de caso. Revista Odontología [Internet]. 2017 [Citado el 25 de septiembre del 2020]; 19(1): 135-143. Disponible en: <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/1107>
8. Alcatraz A, Briones F, Vásquez S, Ruiz T. Restauración indirecta como alternativa de tratamiento en paciente pediátrico: reporte de un caso clínico. Mis casos clínicos en odontopediatría. Campeche: Universidad Autónoma de Campeche; 2017. p. 76-82.

ISBN: 978-607-8444-25-0

9. Mondelo L, Avilés M, Guarat C, et al. Comportamiento de necesidades protésicas en niños. RIC[Internet]. 2016[Citado el 14 de septiembre del 2020];95(1):33-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73632>
10. Figueroa Perero, J. G. (2014-07). *Tesis*. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5185>
11. Corona A, Guerrero M, Rodríguez J, Pérez, Orta R, Hernández M. Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: reporte de un caso. Rev Tamé [Internet]. 2014[Citado el 25 de septiembre del 2020]; 3 (7):223-229. Disponible en:

12. Silva E, Huamán M. Rejilla metálica protectora en la erupción prematura de los premolares [internet]. 2004-2005[Citado el 25 de octubre del 2020]; 3(1). disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v3n1/a3.pdf>
13. Aydinbelge M, Gumus H, Sekerci A, Demetoglu U, Etoz O. Implants in children with hypohidrotic ectodermal dysplasia:an alternative approach to esthetic management: case report and review of the literature. *Pediatr Dent* [Internet].2013[Citado el 25 de septiembre del 2020]; 35(5):441-446. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24290558/>
14. Elías M, Arellano C. Odontología para bebés. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. 1ra ed. Madrid: Ripano; 2013.
15. Maura M, Márquez Junco. Rehabilitación protésica de un niño de 3 años con Displasia ectodérmica hipohidrótica. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* [Internet]. 2012[Citado el 25 de septiembre del 2020]; 2(1). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/1/art-10/>
16. Cezária T, et al. Rehabilitación oral con sobre dentadura en paciente pediátrico. *ODONTOL PEDIÁTR* [Internet]. 2009[Citado el 25 de septiembre del 2020]; 17(3): 186-192. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/148_casclin3.09.pdf
17. MEZARIA J, Traumatismos dentoalveolares. Monografía. (Post grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima -Perú; 2009.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13686/Mezarina_Meandoza_Jhon_Paul_Iakov_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Silva E. ¿Cuándo y por qué el empleo en niños de la Prótesis Fija y Semi Fija en el Maxilar Superior? *Odontol Pediatr* [Internet]. 2008[Citado el 19 de septiembre del 2020]; 7(2): 22-26. Disponible en: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/303/Art_HorruiterGutierrezL_ManejoPacienteAutista_2008.pdf?sequence=1
19. Barrios G, Zayda C, Salas C, María E. Tratamientos protésicos en dentición primaria: revisión de la literatura. *Revista odontológica de los Andes* [Internet]. 2007[Citado el 25 de septiembre del 2020]; 1(2):61-69. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/24823>
20. Planells, P & Alonso, E & de Nova, Joaquín & Barbería, Elena & Echaniz, R. (1993). Importancia de la prótesis en el niño total o parcialmente desdentado. Revisión de la literatura. *Stomodeo*. 46. 19-25.
21. Fernández A. Dentaduras artificiales para niños. *Rev. ost. Cienc. Méd.* [Internet].1982[Citado el 14 de septiembre del 2020]; 3(2): 129-134). Disponible en: <https://docplayer.es/4009465-Dentaduras-artificiales-para-ninos-ana-isabel-fernandez-m-key-word-index-child-dentures-importance-of.html>
22. Lema Valarezo, M. L. (2020-06) Tesis Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48578/4/LEMAMery3252.pdf>

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....*Antonia Pujacco*..... de *38* años de edad y con DNI N°
76146519....., manifiesto que he sido informada sobre los beneficios que podría
suponer la publicación de los resultados de mi Historia Clínica y fotografías sobre los
cambios faciales y esqueléticos postratamiento ortodóncico de maloclusión de clase II
para fines clínicos y de investigación.

He sido informada de los posibles perjuicios que este proceder pueda tener sobre mi
propia salud y bienestar.

He sido también informada de que mis datos personales serán protegidos, permitiendo
la muestra de fotografías que evidencien el caso.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que mi caso
sea reportado para cubrir los objetivos especificados.

Chimbote, abril del 2019.



Firma de la paciente



Firma del operador

C.D. Lizbeth Ybarra Barreto

COP 35518

FOTOGRAFÍAS DEL REPORTE DE CASO

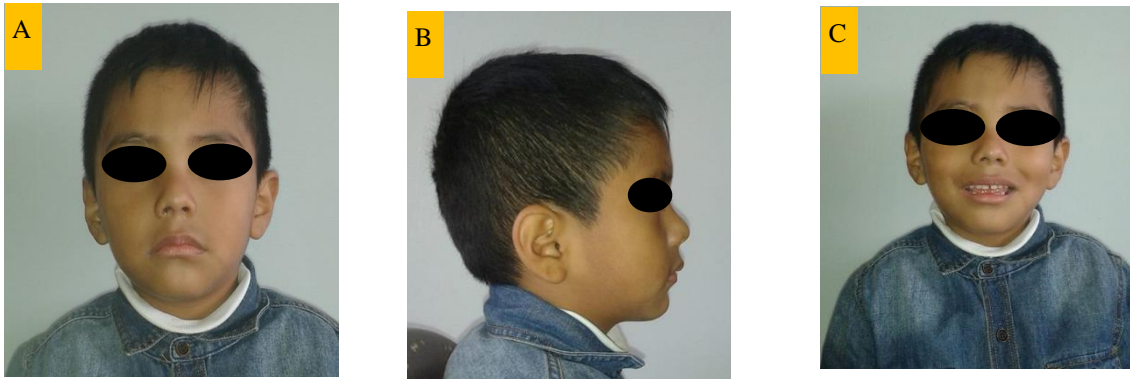


Fig.1 Fotografías extraorales iniciales paciente de:

Fig. 1.A Fotografía de frente **Fig.1.B** Fotografía de perfil **Fig. 1.C** Fotografía de sonrisa.



Fig. 2 Fotografías intraorales iniciales: **Fig. 2.A** Oclusal superior **Fig. 2.B** Oclusal inferior **Fig. 2.C** Fotografía frontal **Fig. 2.D** Lateral derecha **Fig. 2.E** Lateral Izquierda

Fig.3: Radiografías periapicales



Fig.4: Radiografías panorámica

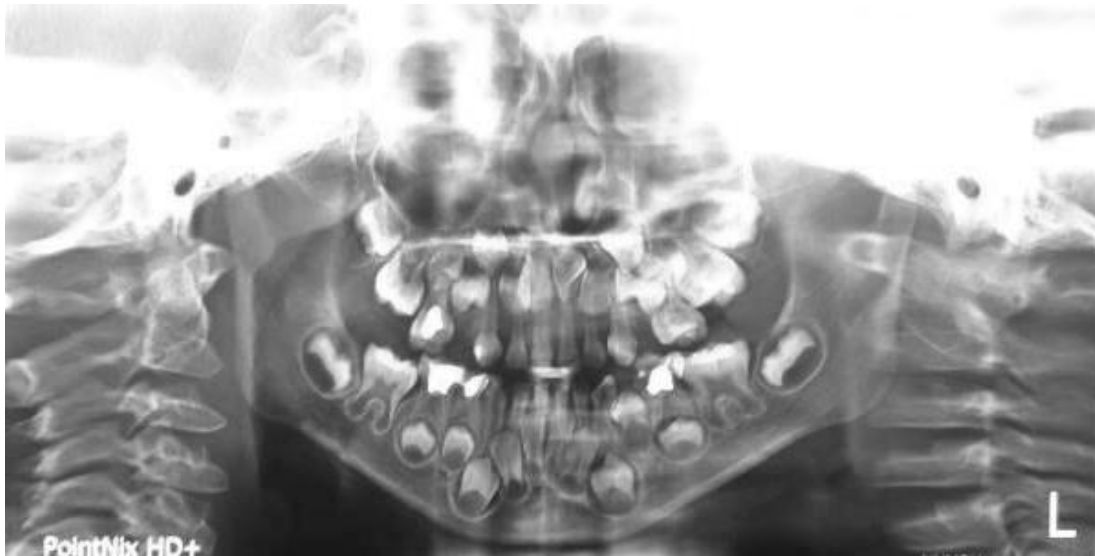


Fig. 5: Modelos de estudio iniciales



|

Fig.6 Tratamientos realizados en el paciente



Fig.6.A exodoncia de pieza dental 54,64 **Fig.6.B** cementación de la incrustación de resina

Fig.7. Diseño de prótesis removible

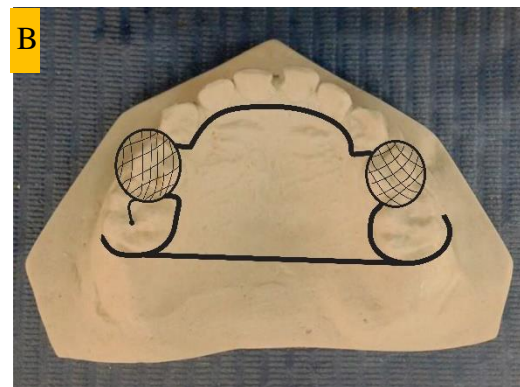


Fig.7.A preparación para la confección de la prótesis removible **Fig.7.B** diseño de prótesis removible **Fig.7.C** prueba de prótesis removible en modelo

Fig.8: Instalación de prótesis removible superior y mantenedor de espacio tipo banda y ansa cuadrante 3

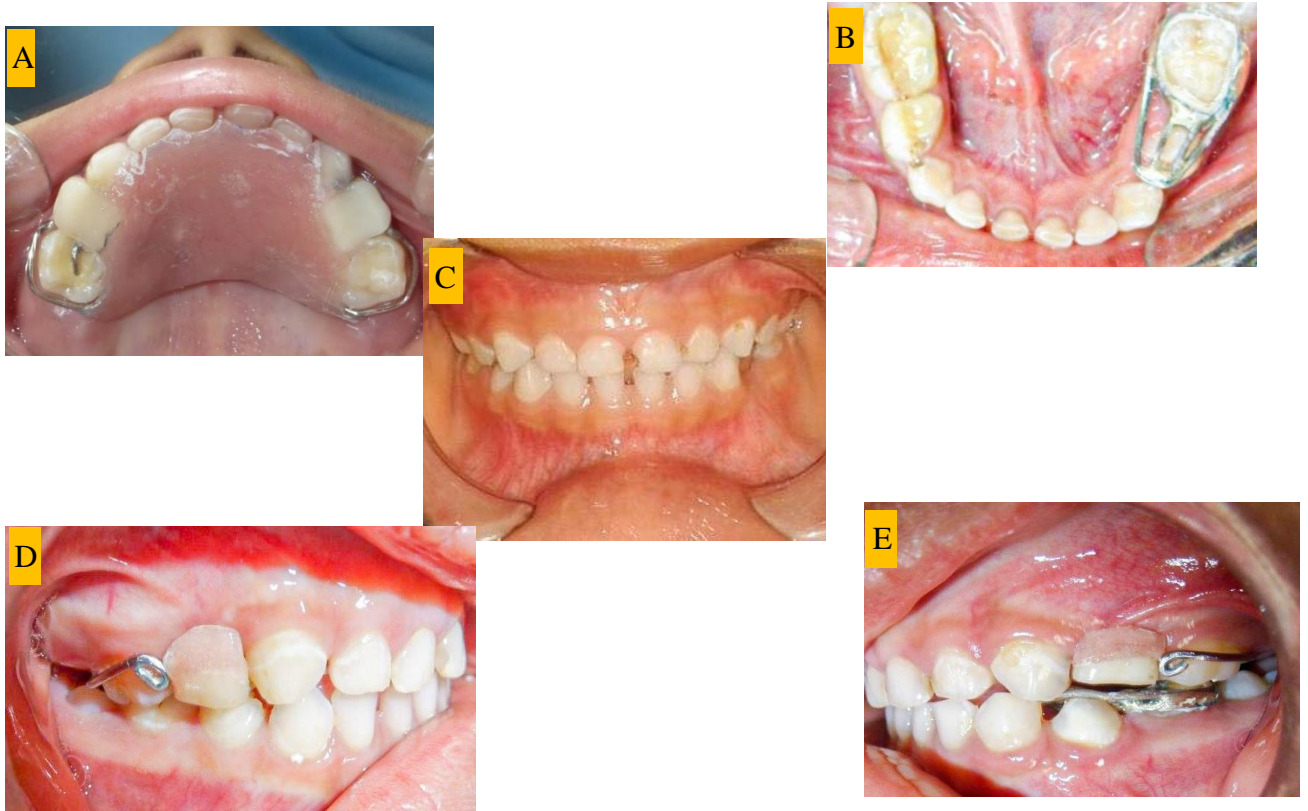


Fig.8.A Oclusal superior, **Fig.8.B** Oclusal inferior, **Fig.8.C** Fotografía frontal, **Fig.8.D** Lateral derecha, **Fig.8.E** Lateral Izquierda.