

201. 989

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Compte y Dirigi
[Signature]
[Signature]

REHABILITACION ORAL EN RELACION AL
TRATAMIENTO: ENDODONTICO-OPERATORIO
Y PROTESICO

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARIA TERESA VALVERDE CEDILLO

MEXICO, D. F. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROLOGO

Nuestro objetivo al realizar el presente trabajo es recordar que cada una de las partes que integran nuestra carrera son de suma importancia, para mantener el equilibrio de la cavidad oral, mismo que representa en general la integridad del organismo.

En particular vamos a relacionar tres materias que son: Endodoncia, -- Operatoria Dental y Prótesis, teniendo en cuenta la importancia de cada una de ellas y su estrecha relación en el mantenimiento de la buena salud de nuestro paciente.

TEMARIO

- 1.- ENDODONCIA
- 2.- OPERATORIA DENTAL
- 3.- PROTESIS FIJA

I.- a) Definición de Endodoncia

b) Indicaciones

c) Pasos a seguir

d) Tipos de Obturación

e) Tipos de medicamentos

f) Tipos de obturación final en piezas desvitali

zadas.

II.- a) Definición de Operatoria Dental

b) Tipos de apertura de cavidad

III.- a) Definición de Prótesis Fija

b) Restauraciones para piezas no vitales.

CAPITULO I

DEFINICION DE ENDODONCIA

Es la parte de la Odontología que se ocupa de la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa dental, y las del diente con la pulpa necrótica, con o sin complicaciones apicales, cuyo objetivo principal es mantener al diente el mayor tiempo posible dentro de su alveolo.

Tomando en cuenta las siguientes indicaciones y contraindicaciones podemos llevar a cabo dicho tratamiento:

b) INDICACIONES

- 1.- En dientes con endodoncia incompleta para realizar odontología restaurada.
- 2.- Fractura dentaria (durante una operación, un accidente deportivo, automovilístico, caída, golpe).
- 3.- Dientes con caries penetrante, los gérmenes han penetrado la cavidad pulpar.
- 4.- Dientes con infección pulpar endógena (anacoresis).
- 5.- Dientes con infección pulpar por periodontoclasia (Pulpitis ascendente por algún forámen).
- 6.- Dientes con contaminación pulpar al remover caries profundas.
- 7.- Paciente cooperador.
- 8.- Costo del tratamiento.
- 9.- Endocarditis bacteriana subaguda, hemofilia, leucemia, porque evitará la

extracción de la pieza

10.-Afecciones pulpares como son:

Herida pulpar

Hiperemia pulpar

CERRADAS

ABIERTAS

Pulpitis abcedosa

Pulpitis ulcerosa traumática

Pulpitis infiltrativa

Pulpitis ulcerosa no traumática

Pulpitis hiperplástica

Reabsorción dentinaria interna

Reabsorción dentinaria externa

Necrosis

Gangrena

Atrofia pulpar

- 11.- Posibilidad de cura y reparación (requiere tiempo prolongado).
- 12.- Reconstrucción coronaria. La reconstrucción coronaria exige la pulpectomía total al no mantener ese órgano paredes suficientemente resistentes. El tratamiento endodóntico está condicionado a la reconstrucción coronaria.
- 13.- Calcificación de la pulpa dentaria en su tercio incisal u oclusal. Este proceso defensivo le hacen perder al cuerpo dentinario la condición de elasticidad, aumentando su dureza y, por lo tanto, su fragilidad, tra aparejado una pérdida de resistencia del diente y produce fracturas a nivel cervical.

14.- Crecimiento radicular: El tratamiento endodóntico definitivo está condicionado al crecimiento radicular alcanzado.

Una vez logrado el crecimiento radicular se practica la eliminación total de la pulpa, aún cuando el tratamiento temporario, o sea, la amputación haya sido exitosa.

15.- Para sostener un mantenedor de espacio, en ausencia de primer molar primario, siendo que el segundo esté afectado por caries profunda, se obtura con Oxido de Zinc y Eugenol o con Hidróxido de Calcio.

16.- En lugar de un mantenedor de espacio, se efectua la pulpectomía en una pieza dañada preservando la pieza evitando aparatos artificiales.

CONTRAINDICACIONES:

1.- Durante la fase activa de las siguientes enfermedades: diabetes sacarina, sífilis, tuberculosis, anemia secundaria, anemia perniciosa o cualquier otra enfermedad infecciosa activa.

2.- De orden general: enfermedades debilitantes. En estos casos el organismo dispone de pocas defensas, capacidad curativa limitada y casi ninguna aptitud de regeneración tisular. Ejemplo: Tuberculosis Candidiasis, Anemia etc.

3.- De orden circunvecinas:

a) Cuando existe en la arcada otra pieza con la cual completar el número de dos requeridas para prótesis parcial.

b) Periodontosis avanzada: Es la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto que comienza en un tejido periodontal o más. Existe migración y aflojamiento tempranos del diente en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de bolsas o sin ellas. Si sigue su curso (avanzada) los tejidos periodontales se destruyen y los se pierden. Se llama también Atrofia Difusa del Hueso Alveolar.

- 4.- De orden local: Es decir del diente mismo, o de su endodonto, que hacen imposible el tratamiento por razones anatómicas o mecánicas o que ofrecen pocas probabilidades de éxito.
- 5.- Los de orden educativo o económico: cuando el paciente prefiere la extracción.
- 6.- Embarazo: Las influencias hormonales suelen afectar la capacidad de cicatrización durante cualquier etapa del embarazo. Sin embargo, si una mujer embarazada se presenta con odontalgia durante el primer trimestre deberá hacerse un tratamiento de urgencia. Deberán realizarse todos los esfuerzos para tratar los dientes despulpados en forma no quirúrgica.
- 7.- Actinomicosis: Puede inhibir la cicatrización normal después de la terapéutica endodóntica.
- 8.- Alcoholismo: Problema de manejo, cooperación.
- 9.- Anemia: Esta deficiencia en cantidad y/o calidad de la sangre puede permitir que se reduzca el aporte sanguíneo a una zona localizada, lo que alterará la reacción a la terapéutica endodóntica.

c) PASOS A SEGUIR.

1.- Instrumental:

Regla milimétrica; de 10 cm. que nos sirva para la conductometría, esta medida siempre será en mm.

Fresas: No. 5 ó 6 apertura y rectificación del acceso, la fresa de fisuras tipo BATT, que nos servirá también para las funciones antes mencionadas.

Sondas lisas; también llamadas exploradores de conductos, su función va a ser encontrarlos.

Tiranervios o sonda barbada; retira el tejido pulpar, puede adquirirse la caja con 12 instrumentos que vienen en 3 tamaños: pequeño (mango amarillo),

mediano (mango rojo), y grande (mango azul). Debe preferirse el tiranervios inoxidable. (c.w. zipperer -cc-cord). Nunca debe introducirse en un conducto al grado que se atore y fracture.

Escariador; está preparado para desgastar las paredes dentinarias con un leve movimiento de rotación y tracción sobre su eje. Es peligroso usarlo con impulsión hacia el ápice, por una posible perforación del conducto o bien escalones. Se diferencia de la lima porque las espiras filosas están más separadas. También se llama ensanchador.

Limas llamadas tipo K o de Hall. Tienen como misión alisar y pulir las paredes dentinarias. La impulsión hacia el ápice siempre fuerza restos de dentina (lodos dentinarios) a través del foramen. Sus espiras filosas están más cerca unas de otras y el borde filoso en un ángulo más cerrado con respecto al eje del instrumento.

Lima de Hedstroem; para ser usada por tracción para terminar el ensanchado del conducto en el tercio medio y coronario. Esta lima no debe de rotarse para evitar formar surcos o canaletas con sus filos transversales.

Topes; son gomas incluidas en los cartuchos de anestesia, servirán para la conductometría. Por su parte central se introducirá mirando levemente el instrumento e impulsamos hacia el mango.

Lima de cola de ratón; es excelente para ensanchar rápidamente conductos muy estrechos. No debe ser utilizado mientras no se haya creado una vía para él. No debe ser girado, sino simplemente empujado, jalado y retirado después de cada introducción. Como su tallo va reduciendo poco a poco su diámetro hasta terminar en una punta exploradora redonda, permite que penetre en las curvas con relativa facilidad, su acero es blando, por lo que no perforará la pared del conducto. Los espolones producen acción de raspa

do constante.

2.- Anestesia:

Puede ser local infiltrativa, troncular; intraseptal; intrapulpar.

Local infiltrativa. También llamada paraperióstica o submucosa, en la que debe dejarse el líquido anestésico lo más cerca posible del periostio y lámina dura ósea porosa, hasta el nervio a anestesiar.

Troncular o Regional. Se anestesia un tronco nervioso principal, bloqueando con una sola inyección, cierto grupo de piezas dentarias o zonas amplias de los maxilares (anestesia regional del dentario inferior etc.)

Intraseptal, o distal, endostal o interalveolar. Se atraviesa la lengüeta gingival, para anestesiar el filete dental a través de las foraminas del del séptum óseo interdentario, por lo tanto, así se anestesia también el periodonto y cemento del diente en los casos en que sea necesario. En muchos casos basta con isquemiarse la lengüeta interdientaria para que el anestésico penetre por las foraminas.

Intrapulpar. El diente necesita estar ya aislado, la cavidad limpia y la pulpa ha logrado ser expuesta, descontaminada con algún antiséptico (Ejem. Paramonoclorofenol alcanforado)

Perforando el techo de la cámara pulpar con una fresa nueva y pequeña girando a baja velocidad y dando pequeños toques en el tejido dentinario. Sin agua para evitar molestias debido al dolor en la pulpa vital, con ligeras pinceladas.

En la hiperplasia Pulpar se aprovecha la pulpa expuesta, para anestesiar directamente la masa fibrosa previa descontaminación de la superficie del pólipo.

Esta técnica es el último recurso aunque se puede recurrir en presencia todavía de dolor, debido a que es muy molesta su aplicación para el paciente.

- 3.- Aislamiento con grapa y dique de goma (desinfección del campo operatorio con un antiséptico aplicado con una torunda de algodón en spray (Benzal). Se coloca el succionador de saliva.
- 4.- Quitar caries existente en oclusal o proximalmente, se limpia cuidadosamente hasta que no haya evidencia de caries. Utilizamos en este caso la fresa redonda No. 5. La turbina de alta velocidad reduce las vibraciones y economiza tiempo.
- 5.- Acceso: Con la fresa redonda No. 5, hacemos el acceso por lingual en los dientes anteriores y por oclusal en los posteriores. (ver dibujos adelante)
- 6.- Rectificación de cámaras pulpares: Tiene por objeto la eliminación de los **ángulos en el techo, en el piso y paredes de la cámara (donde pueden quedar restos pulpares)** que impidan por su incorrecto diseño del acceso la libre entrada de los instrumentos a los conductos radiculares. Se realiza con fresas sin filo en la punta (Batt) para no correr el riesgo de perforar el piso de la cámara o una pared dañando el parodonto.
- 7.- Abordaje o localización de conductos: Eliminando el tejido pulpar de la cámara, puede hacerse el acceso al conducto por medio de escariadores o limas finas No. 10. La técnica consiste en introducirlos deslizándolos por una pared de conducto: Para desprender de la pared dentinaria la pulpa radicular. La medida de introducción de este instrumento se calcula recordando mentalmente la medida promedio del diente y observando la radiografía preoperatoria.
- 8.- Extirpación del nervio: Se introduce un tiranervios se gira una o dos vueltas dentro del conducto. No debe forzarse hacia el ápice, no debe sentirse que se trava en el conducto. Debe sentirse al tacto que esta libre; una señal

que enredó y enganchó la pulpa, es que si se suelta del mango tiende a volver en sentido contrario del giro inicial. Se tira luego suavemente.

En conductos curvos o calcificados, de molares principalmente se usan las propias limas y escariadores para eliminar la pulpa radicular evitar la ruptura del material.

9.- Conductometría, (medida del conducto). Se mide con una regla milimétrica la longitud del diente en la radiografía del diagnóstico. Con la excepción de los caninos 26.5 la mayor parte de los dientes miden unos 21.0 mm. como longitud total.

Se toma una lima de calibre 10 ó 15 y se atraviesa, girándola suavemente, un tope de goma por le centro. Se desliza este hacia el mango hasta que quede a la misma distancia de la punta que la longitud tentativa.

Se introduce en el conducto hasta que el tope de goma quede en el borde incisal o cara oclusal o cualquier otro punto de referencia, se toma una radiografía. El paciente no deberá mover la placa o el instrumento.

10.-Irrigación de conductos: No solo se basa en la proyección de soluciones dentro del conducto sino que también debe tomarse en cuenta su respectivo retorno.

Sus objetivos son: Según el estado fisiológico de la pulpa:

- a) Controlar la hemorragia debido a la remoción de este órgano puede ser -- copiosa o mínima. En ambas situaciones, es fácil controlarla con irrigación.
- b) Sirve también para remover restos pulpares.
- c) Eliminar las virutas de dentina desprendidas durante la instrumentación y contribuir a:

la desinfección del conducto radicular cuando éste esté infectado.

Soluciones: Hidróxido de calcio (agua de cal); hipoclorito de sodio al

Se en lavados alternados con agua oxigenada. Solución Urea al 30 % EDTAC (etc.)

Se usarán agujas largas y extrafinas como los líquidos de irrigación no penetran hasta el tercio apical, sobre todo en caminos tortuosos debido a que existe una columna de aire que lo rechaza utilizaremos un detergente - emoliente (Fisohex) o alcohol de caña desnaturalizado para romper la tensión superficial, en puntas de papel.

d) TIPOS DE OBTURACION

La obturación del conducto radicular puede hacerse en toda su longitud o únicamente en su porción apical, siempre que se logre en cualquiera de las dos formas usadas, el sellado hermético del foramen.

En la primera de ellas, la obturación debe efectuarse con conos de gutapercha y pasta de Oxido de Zinc y Eugenol, usando instrumentos y conos calibrados ejerciendo presión lateral con obturadores apropiados, con el fin de introducir tantos como sea posible, lo cual garantiza una obturación radicular compleja.

La otra forma de obturación radicular parcial, limitada a la porción apical, puede llevarse a cabo utilizando una punta de plata o gutapercha, que oblitera la cuarta o quinta apical de la longitud total del conducto.

A: Técnica de condensación lateral.

- a) Aislamiento con grapa y dique de goma. Desinfección del campo operatorio con marthiolate blanco o alcohol timolado
- b) Remoción de la cura temporal y examen de la misma.
- c) Lavado y aspiración, secar con conos absorbentes de papel

- d) Ajuste del cono seleccionado en cada uno de los conductos, verificando visualmente que penetra la longitud -- del trabajo y táctilmente que al ser impelido con suavidad y firmeza en sentido apical quede detenido en su debido lugar si progresar más.
- e) Conometría, para verificar la posición, disposición límites y relaciones de los conos controlados.
- f) Si la interpretación de la radiografía dá un resultado correcto (0.8 mm. en el ápice) proceder a la cementación Si no lo es (proceder a la rectificación) rectificar la selección del cono o la preparación de los conductos, hasta lograr un ajuste correcto posicional, tomando las placas necesarias.
- g) Lavar el conducto con cloroformo o alcohol timolado por medio de un cono absorbente de papel y secar.
- h) Preparar el cemento de conductos en consistencia cremosa y llevarlo al interior del conducto por medio de un ensanchador embadurnado de cemento recién batido girándolo hacia la izquierda.
- i) Embadurnar el cono con cemento de conductos y ajustarlo en cada conducto verificando que penetre exactamente la misma longitud que en la conometría.
- j) Condensar lateralmente, llevando conos sucesivos adicionales hasta complementar la obturación total de la luz del conducto.

k) Control radiográfico de condensación tomando una o varias placas radiográficas para verificar si se logró una correcta condensación, si no lo fuera así rectificar la condensación con nuevos conos complementarios, siendo recomendable secar los conductos de nuevo con conos de papel absorbentes estandarizados o bien mediante aspiración, para verificar si están secos o hay que proceder a secar y lavar con cloroformo o alcohol timolado, secar posteriormente para facilitar la adherencia y estabilidad del material de obturación, se impregnan de cloroformo para lavado, se secan y vuelven a colocarse.

l) Control cameral cortando el exceso de los conos y condensando de manera compacta la entrada de los conductos y la obturación cameral dejando fondo plano.

m) Obturación de la cavidad con Fosfato de Cinc.

n) Retirado del aislamiento, control de la oclusión, libre de contacto, control radiográfico postoperatorio, inmediato con una o varias placas.

B: Técnica seccional.

Está indicada en conductos cilindro-cónicos y estrechos, consiste en obturar por secciones longitudinales desde el forámen hasta la altura deseada.

La preparación quirúrgica debe lograr un conducto de corte transversal circular que permita el cono de gutapercha o plata, hacer tope en el límite cemento-dentinario sin invadir los tejidos periapicales.

- 1.- Si se desea obturar con conos de gutapercha, debe controlarse radiográficamente el cono de prueba convencional o estandarizado, asegurándose que adapte perfectamente en el largo y ancho.
- 2.- Se recorta y se corta en trozos de 3 a 5 mm. de largo y se ubican ordenadamente en una loseta.
- 3.- Se elige un atacador flexible que penetre en el conducto hasta de 3 a 5 mm. del forámen apical, se le coloca un tope de goma o se dobla a nivel del corte oclusal o incisal de manera que siempre se detenga a la misma altura del conducto.
- 4.- En el extremo del atacador, ligeramente calentado a la llama, se pega el trozo apical del cono de gutapercha y se lleva al conducto hasta la máxima profundidad establecida; de esta manera el cono de gutapercha llevado por el instrumento ocupará el tercio apical del conducto donde este último no penetra.
- 5.- Se presiona fuertemente el instrumento ocupará el tercio apical del conducto donde este último no penetra.
- 6.- Se presiona fuertemente el instrumento se gira y retira, dejando comprimido en su lugar el cono de gutapercha, cuya posición correcta podrá observarse radiográficamente. Puede mojarse el trozo de gutapercha en eucaliptol antes de llevarlo al conducto o embadurnarlo con cemento de obturar para lograr su mejor fijación.
Para obturar el tercio apical del conducto con conos de

plata convencionales o estandarizados, se adapta el cono de prueba por los métodos corrientes y antes de cementarlos se le hace alrededor una muestra para debilitarlo. Cementado el cono en posición se comprime y se gira la parte correspondiente a su base. De manera que el extremo apical del cono queda fuertemente fijado en el ápice estableciendo una obturación definitiva que en caso de fracasar no podrá ser retirada por el mismo conducto.

e) TIPOS DE MEDICAMENTOS:

Los medicamentos empleados en el interior de los conductos radiculares se emplean para:

a) Control de la infección

b) Posible control de la irritación periapical y de la inflamación insospechada.

c) Disolución de material orgánico.

d) Disolución del material inorgánico.

Toda la medicación debe estar asociada con la eliminación de la causa y orientada hacia el establecimiento de un ambiente favorable para la curación.

Agentes para limpieza y conformación:

Hipoclorito de sodio

Peróxido de hidrógeno

Hipoclorito de calcio

Sales disódicas etilendiamino tetraacético (EDTA).

Hipoclorito de sodio: Es ampliamente utilizada como auxiliar de la instrumentación y la esterilización. La solución contiene -

aproximadamente un 5 % de cloro disponible. Por lo tanto, es capaz de proporcionar acción blanqueadora eficaz y antimicrobiana. También es en cierta forma, un solvente de tejido necrótico, destruye el material orgánico.

Peróxido de Hidrógeno: Produce efervescencia, que actúa para hacer flotar las limallas y los residuos. Sin embargo, la solución es irritante para las mucosas y las manos.

Hidróxido de calcio: (agua de cal): Es útil para protecciones pulpares directas y biopulpectomías parciales. Hidróxido de Calcio. La lechada de cal para pincelaciones de muñones y fondos cavitarios. El agua de cal se utiliza para irrigación de conductos radiculares. Para obtener dicha agua de cal. En un frasco con tapa hermética se introduce polvo de hidróxido de calcio, de una marca de prestigio. Se agrega agua destilada y se pueden obtener los tres usos antes mencionados.

El EDTA es el agente quelador más empleado en la endodoncia. Sus presentaciones son como soluciones acuosas con o sin antisépticos, otras preparaciones son suspensibles a manera de crema de EDTA en una cera hidrosoluble. Las soluciones acuosas también contienen peróxido de úrea.

(Su función es disolver el calcio de las estructuras dentarias y tejido pulpar).

Por su viscosidad ayudan a la instrumentación en zonas de difícil acceso.

Se puede usar por medio de una jeringuilla depositando dentro del conducto o llevado directamente con el instrumento del ensanchado.

Cuando se agrega hipoclorito de sodio produce un burbujeo

que ayuda a la limpieza de conductos con paredes necrosadas o infectadas.

Algunos compuestos tienen agregados antisépticos, cetavlon. - (Ostby 1962, Stewart 1969). El compuesto tiene un Ph neutro. Su uso en necrosis pulpareas y gangrena es gran ayuda al operador).

Medicamentos para el conducto.

Yodo y yoduros.- Yodo-providona y Pirrolidina Polivinílica.

Suelen ser incoloros incapaces de manchar ni de provocar ardor, a la vez que resultan muy eficaces contra una amplia gama de bacterias. Su acción antibacteriana incluye a los microorganismos resistentes a los antibióticos, hongos, virus, protozoos y levaduras.

Es soluble en agua. (Isodine y Karpión, Betadina). Cuando se utiliza en el conducto radicular conjuntamente con la instrumentación, aglutina las limallas y el material necrótico, pero se lava fácilmente con agua destilada.

El yodo glicerol colocado en el extremo de una punta de papel colocada a su vez en el agujero apical (dentro de un conducto) suele ser eficaz para eliminar el exudado periapical. Habitualmente este apósito podrá permanecer en su sitio algunos días. Además del efecto terapéutico de los vapores del yodo el vehículo del glicerol anhidro es el responsable de eliminar líquidos de la zona periapical, debido al carácter higroscópico del glicerol el vapor del yodo tiene eficacia como veneno enzimático.

La punta de papel en que irá el yodoglicerol como apósito --

entre visita y visita, es importante que la punta sea menor que el diámetro del conducto, para que no se agrande posteriormente y se fije mecánicamente dentro del conducto.

Ninguna de las preparaciones de yodo posee propiedades anodinas.

Los fenoles aromáticos: son muy útiles, seguros y adecuados para mantener la superficie dentinal en un estado razonable entre visitas.

Del Eugenol, Formocresol y Paramonoclorofenol Alcanforado éste último es el mejor agente antimicrobiano. Este antiséptico puede ser disminuido en su toxicidad de acuerdo al solvente que elijamos para su combinación, se pueden hacer preparaciones atóxicas del PCP. Solución acuosa del PCP. al 1 %. Posee un espectro antimicrobiano amplio y eficaz aunado a una baja toxicidad tisular. Es muy eficaz clínicamente.

Es una solución acuosa estable, incolora, fácil de usar, eficaz, casi inodora, incapaz de manchar, con gran penetración y atóxica. Su media vida terapéutica in situ dura 3 días. Resulta eficaz contra 94 a 95 por 100 de todas las bacterias endodónticas.

Esta solución será colocada como una película de antiséptico sobre las paredes del conducto y el piso de la cámara pulpar, con una torunda de algodón o punta de papel, o ambas a la vez.

No se presentan problemas en el cultivo. No posee efecto anodino, la irritación periapical es rara siempre que el antiséptico se encuentre confinado dentro del conducto radicular.

Solución de PCP al 2 % en Acetato de Metacresil. Aunque el MCA es mal antiséptico incorporado al PCP resulta lo contrario, sin embargo, aumenta su toxicidad y aún así permanece a un nivel bajo.

Para lograr un efecto óptimo, las paredes del conducto deberán humedecerse con cualquier solución acuosa (estéril), de 3 por 100 de peróxido de hidrógeno y posteriormente introducir el PCP al 2 por 100 de peróxido de hidrógeno, y posteriormente introducir el PCP al 2 por 100 al conducto con una lima endodóntica o una punta de papel estéril. Si la punta de papel es menor que el conducto, podrá dejarse para funcionar como una mecha. Si el conducto es pequeño solamente será necesario colocar la torunda de algodón saturada en la cámara pulpar. Es importante que el líquido de la cámara pulpar se mantenga en contacto con el líquido del conducto. Solamente aquellos microbios que se encuentran en contacto con el antiséptico son afectados. Hay poca posibilidad de problemas para el cultivo después de cuatro días. 2 por 100 de PCP en Eugenol. El Eugenol es un antiséptico endodóntico mediocre pero un buen anodino. El Eugenol mejora considerablemente en la actividad antimicrobiana, resulta muy benéfica cuando se utiliza como un apósito intermedio en pulpectomías parciales. En este caso, las cualidades anodina y antimicrobiana suelen ser muy deseables, a la vez que la toxicidad no tiene importancia, para efectuar la endodoncia posteriormente.

Periapicalmente este antiséptico actúa en ocasiones como irritante y otras como anodino.

Antibióticos.

Cloromicetina.- Este antibiótico presenta el espectro antibacteriano más amplio, así como la mejor eficacia de todos los candidatos. No es tóxico en forma local dentro del conducto radicular.

Modo de empleo. Colocar algunos cristales de cloromicetina en un vaso dappen estéril, agregar una gota de alcohol y dos -- gotas de solución anestésica local tibia (o solución salina estéril). Se mezcla muy bien durante un minuto para disolver la mayor cantidad de antibiótico posible. Se emplea una punta de papel estéril o una lima endodóntica para llevar la solución y pasta hacia el conducto o los conductos. Es importante humedecer las paredes del conducto con esta solución. Solo una pequeña cantidad de cristales libres y visibles deberán colocarse en el conducto o en la cámara pulpar. Se coloca una torunda de -- algodón con el sobrante saturado para conservar la continuidad líquida desde la cámara pulpar hasta los conductos. En los conductos grandes pueden emplearse ventajosamente puntas de papel -- saturadas.

Sólo la porción de cloromicetina que se disuelve y haga -- contacto con los microbios será eficaz.

Los poliantibióticos que pueden obtenerse en forma de pomadas, silicones o ceras hidrosolubles (cremas), son eficaces como antisépticos dentro de los conductos, aunque no significativamente mejores que otros buenos antisépticos.

En el conducto radicular solo la porción del poliantibiótico que se disuelva y entre en solución ejercerá un efecto antimicro

biano.

La Bacitracina, Tirotricina, Gramicidina y Neosporina son irritantes tisulares enérgicos por lo tanto, no se deben proyectar hacia la zona periapical.

Penicilina.- La Penicilina, especialmente las variedades acidorresistentes, es muy eficaz para el control de la mayor parte de las infecciones de tipo endodóntico suelen presentar una resistencia tenaz al tratamiento con penicilina.

Se presentan reacciones colaterales al tratamiento con penicilina y de tipo alérgico, por lo cuál, sera necesario realizar una cuidadosa valoración del paciente antes de instituir el tratamiento.

PEN - VI - K

Penicilina oral

Tabletas y suspensión

INDICACIONES: Esta indicado en el tratamiento de infecciones moderadamente severas debidas a microorganismos sensibles a la penicilina G. Tales como: Faringitis, amigdalitis, escarlatina y erisipela; infecciones neumocóccicas; infecciones estafilocóccicas por razas que no hayan desarrollado resistencia a la penicilina G y que cuasen infecciones leves de piel y tejidos blandos. Se hace hincapié en la necesidad de cultivos y estudios de sensibilidad.

Ha probado ser útil como profiláctico en fiebre reumática.

Para prevenir endocarditis bacterianas, en procedimientos quirúrgicos menores en orofaringe, administrándolo dos días antes y dos después.

ADVERTENCIAS: Se han reportado reacciones severas y en ocasiones fatales (anafilactoideas) en pacientes con terapia penicilínica, aunque la anafilaxia es más frecuente con la terapia parenteral, también se ha presentado en pacientes que toman penicilina oral.

Estas reacciones se presentan más en individuos con historia de sensibilidad a alérgenos múltiples. Si se presentan reacciones alérgicas, suspender la droga y emplear los agentes usuales: -- Antihistamínicos, corticoesteroides y aminas presoras.

PRECAUCIONES: La vía oral no debe ser usada en pacientes seriamente enfermos con náusea, vómito, dilatación gástrica, cardiospasmo o hipermotilidad intestinal.

En estreptococcias, la terapia debe prolongarse 10 días como mínimo, pues en otra forma pueden presentarse las conocidas secuelas a este tipo de infecciones por organismos no susceptibles, incluyendo hongos, por lo que deben tomarse medidas apropiadas.

CONTRAINDICACIONES:

Previa reacción de hipersensibilidad a cualquier penicilina.

REACCIONES SECUNDARIAS: Debe recordarse que todos los grados de hipersensibilidad, incluyendo anafilaxia fatal, se han -- presentado con penicilina oral. Las reacciones más comunes son: Náusea, vómito, distensión epigástrica, diarrea y lengua negra. Las reacciones de hipersensibilidad reportadas son: Erupciones

cutáneas, desde erupciones maculopapulares hasta dermatitis exfoliativa; urticaria, edema laríngeo y anafilaxia.

PRESENTACION: Polvo para solución oral; Frasco de 60 ml. - Una vez reconstituida la fórmula, cada 5 ml contienen; 125 mg (200 000 U) de penicilina fenoximetilica potásica.

DOSIFICACION: Suspensión 125 mg. cucharadita.

REGIMEN: 500 mg inicialmente y posteriormente 250 mg c/4 hrs. Hasta que el paciente esté asintomático 2 ó 3 días.

VICILINA

INDICACIONES: Infecciones generales o locales producidas por gérmenes sensibles. Infecciones de las vías respiratorias altas y bajas. Infecciones quirúrgicas o traumáticas. Hemorragia.

CONTRAINDICACIONES: Sensibilidad a la penicilina.

REACCIONES SECUNDARIAS: Al igual que todos los antibióticos pueden presentarse reacciones alérgicas.

Forma y dosificación: Suspensión 125 mg. cucharadita.

REGIMEN: 500 mg. inicialmente y posteriormente 250 mg. c/4 hrs. Hasta que el paciente esté asintomático 2 ó 3 días.

BINOTAL

Ampicilina

Penicilina de amplio espectro

Tiene buena tolerancia gastrointestinal. Resistente a la acidez gástrica. Rápida absorción en las porciones altas del intestino y rápida difusión tisular. En las bilis alcanza concentraciones hasta 300 veces más elevadas que en la sangre, y en la orina concentraciones 800 veces más altas que las sanguíneas.

INDICACIONES:

Infecciones de la boca y de los maxilares. Profilaxis en cirugía bucal.

CONTRAINDICACIONES:

No debe usarse en pacientes alérgicos a la penicilina. No debe administrarse en pacientes sensibles a las cefalosporinas --- por peligro de alergia cruzada.

REACCIONES SECUNDARIAS:

En algunos casos puede presentarse diarrea, en algunos pacientes puede presentarse síntomas de alergia.

DOSIFICACION:

De 100 a 200 mg. por kg. por día. Lactantes y niños hasta dos años 2 cucharaditas de suspensión de 125 mg. o una ampula de 125 mg. o una cápsula de 250 mg. 3 veces al día.

LEDERMICINA

Grageas

Clorhidrato de demetilclortetraciclina

INDICACIONES:

Tiene especificidad antibiótica contra gérmenes como *Echeri*chia Coligonococo, hemofilius influenzae, neumococos, shigellas, estafilococos, estreptococos.

Se han tratado con este medicamento numerosos cuadros patológicos absesos dentales, paradontales, gingivitis infectadas y una gran variedad de infecciones cuyo agente etiológico sea cualquier germen sensible a la Ledermicina.

Muestra actividad contra algunas cepas de pseudomonas y proteus y otras infecciones que hasta el momento no habían respondido a la terapia con tetraciclina.

CONTRAINDICACIONES:

Estados hemorrágicos, albuminuria, hematuria, shock anafiláctico, gastritis, glositis, vaginitis, dermatitis, estomatitis. Proliferación excesiva de microorganismos no sensibles. Formación de complejo cálcico en tejidos osteorgánicos en desarrollo dental (incluso 3er trimestre puede causar manchas en los dientes).

REACCIONES SECUNDARIAS:

En algunos casos puede producir intolerancias gástricas, vómitos, diarreas. En pacientes con antecedentes de fotosensibilidad, se recomienda evitar la exposición solar durante el trata-

DOSIS:

Adultos: el promedio para adultos es de 1 gragea 4 veces al día.

En el caso de infecciones de mayor gravedad, puede ser prudente administrar una dosis inicial de 2 grageas.

Lactantes y niños: Se recomienda de 6 a 12 mg. diarios por kg. de peso corporal, divididos en 2 ó 4 dosis.

La terapia debe continuarse por varios días después de que los síntomas característicos y la fiebre hayan desaparecido, sin embargo, como la Ledermicina posee la propiedad única de prolongar su estabilidad en los fluidos orgánicos, permite concentraciones serológicas terapéuticas de 24 a 48 horas después de la última dosis. En fiebre reumática, subsiguiente a infecciones estreptocócicas, se sugiere que la terapia para dicha infección se continúe durante 8 días completos, a fin de proporcionar protección durante 10 días, aunque los síntomas hayan desaparecido.

PRESENTACIONES:

Grageas de 150 mg. Cajas con 8, 16 y 100 grageas, en tiras de aluminio.

MEGAPENIL FORTE

Penicilina Natural de alta dosificación de depósito intermedio.

Produce concentraciones sanguíneas elevadas, (muy por encima de las concentraciones inhibitorias mínimas, para el promedio

de gérmenes sensibles) a partir de los primeros 30 minutos después de su administración, prolongándose su acción por más de - 36 hrs. debido a la acción de depósito intermedio del Cleemisol.

INDICACIONES:

Infecciones agudas severas que requieren altas dosis de penicilina Absesos dentales y gingivales, gingivitis por gérmenes sensibles, preexodoncia, pre y post cirugía bucal, faringo-ami-gdalitis aguda, sinusitis paranasal, estomatitis infecciosa, etc.

CONTRAINDICACIONES:

Reconocida intolerancia a la Penicilina. No debe administrarse por vía endovenosa o intratecal.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Como con todos los antibióticos pueden presentarse reacciones de intolerancia.

POSOLOGIA:

Adultos 1 ó 2 frascos de Megapenil Forte por vía intramuscular, cada 24 horas.

Niños: un cuarto, medio o un frasco completo en 24 horas, intramuscular tomando como base la posología de la lidocaína que no deberá exceder a 2.9 mg. por kilo de peso.

MEGAPENIL TABLETAS

Penicilina terapia oral de alta dosificación

INDICACIONES:

Infecciones agudas severas que requieran altas dosis de peni

cilina, Absesos dentales y gingivales, gingivitis por gérmenes - sensibles, preexodoncia, pre y post cirugía bucal, faringoamigdalitis aguda, sinusitis paranasal, estomatitis infecciosa, etc.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad manifiesta a la penicilina. Infecciones - por gérmenes resistentes.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Como con todos los antibióticos, pueden presentarse reacciones de intolerancia.

DOSIS:

Una a tres tabletas en 24 horas. En caso necesario, la dosis puede ser elevada según el criterio del odontólogo. Es conveniente tomar Megapenil Tabletetas una hora antes de las comidas. (25.000 a 100.000 U.I. x F. x D. equivalente a 15 y 65 mg. K/D.)

PRESENTACION:

Envase con 12 tabletas, Cada tableta contiene un millém de - U.I. (equivalente a 650 mg) de fenoximetilpenicilina potásica.

Atarácicos.

Son aquellas drogas específicamente diseñadas para disminuir la ansiedad en pacientes demasiado angustiados y también potencian la acción de los anestésicos locales y de los analgésicos. Su uso preoperatorio es definitivamente benéfico.

No deben emplearse en pacientes menores de ocho años de edad o con glaucoma. Este tratamiento deberá ser instituido cuidadosamente en pacientes menores de ocho años de edad p con glaucoma. Es

te tratamiento deberá ser instituido cuidadosamente en pacientes que ya reciban antihistamínicos, barbitúricos, fenotiacinas, narcóticos o en los que ingieran grandes cantidades de bebidas alcohólicas.

BELLERGA

Grageas

Regulador del sistema neurovegetativo

INDICACIONES:

Actúa favorablemente sobre el terreno neuropático a través de sus tres elementos con acciones central y periférica. Este triple sinergismo permite obtener el efecto terapéutico deseado, administrando los elementos constitutivos del Bellergal a dosis débiles. Distonias neurovegetativas, de la menopausia. Eretismo cardiovascular, gastrointestinal y genital. Ansiedad e irritabilidad. Insomnio. Síndrome de Meniere de origen neurovegetativo: terreno jaquecoso.

CONTRAINDICACIONES:

Enfermedades coronarias, tercer trimestre del embarazo.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Visión borrosa, resequedad de mucosas, retención urinaria.

DOSIS:

3 a 6 grageas al día.

PRESENTACION: Envase con 30 grageas.

DIAZEPAN

Tabletas de 2 mg. 5 mg. y 10 mg.

Tranquilizante - Sedante - hipnótico - estabilizador

Neurovegetativo - miorreajante

INDICACIONES:

Medicación psicotrópica. Tranquilizador. Relajante muscular.

CONTRAINDICACIONES:

Pesonas hipersensibles al medicamento, glaucoma, miastenia grave, hipertrofia prostática.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Somnolencia, apatía, paradójicamente ansiedad, agitación, sequedad de boca.

DOSIS:

Estados de tensión, excitación y agitación: 10 a 30 mg al día

ECUAGESICO

Tabletas

Analgésico de triple acción

DESCRIPCION:

Contiene tres ingredientes activos que le permiten aliviar - el dolor: Bloqueando los impulsos dolorosos, relajando la tensión muscular y suprimiendo la ansiedad que intensifica la percepción dolorosa.

ACCION:

Constituye un tratamiento poderoso del dolor sin ser narcótico

co.

La combinación de sus ingredientes es bien tolerada, no produce a dosis terapéuticas, habituación ni toxicidad.

INDICACIONES:

Dolores leves y moderados, especialmente cuando son acompañados de tensión, ansiedad y espasmo muscular como: Artritis, ce faleas, miofibrositis, bursitis, dismenorrea, neuritis, etc.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la fórmula.
Úlcera péptica activa.

REACCIONES SECUNDARIAS:

En muy bajo porcentaje de pacientes: Disnea, náusea o vómito.

DOSIFICACION:

La dosis usual es de 2 tabletas, 3 ó 4 veces al día.

PRESENTACION:

Caja con 30 tabletas.

VALIUM
COMPRIMIDOS

Y

JARABE

Antitensional - sedante - hipnótico - miorelajante
- estabilizador neurovegetativo

INDICACIONES:

En general, todos los casos en los que la ansiedad y tensión graves, la excitación ansiosa, la irritabilidad exagerada y los -

rasgos hipocondríacos y depresivos dominan el cuadro clínico.

En los trastornos del sueño de cualquier gravedad, con excepción de los que tienen origen doloroso. El Valium, por su acción antitensional, induce al sueño pero no lo fuerza como un barbitúrico.

Segura y clara acción miorrelajante tanto en los estados espásticos de origen nervioso central, como en las contracturas dolorosas y dolores musculares de origen periférico: síndrome cervical, lumbago, síndrome de origen radicular, contracturas reumáticas o artríticas.

Facilitación del parto normal.

Trastornos neurovegetativos cardiovasculares: palpitaciones, neurosis cardíacas.

CONTRAINDICACIONES:

Insuficiencia hepática y renal, discrasias sanguíneas, embarazo, en personas que manejen vehículos y/o aparatos de precisión. Hipersensibilidad a la sustancia.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Somnolencia, mareo, parestesias, náuseas, vómito, hipotensión, rash cutáneo.

ADMINISTRACION Y POSOLOGIA:

10 mg; media hora o una hora antes de la visita; o la noche anterior y media hora antes de la visita.

Al igual que para otros psicofármacos, es de recomendarse y prudencia en la ingestión de alcohol durante el tratamiento con Valium y precaución como en cualquier terapéutica. durante el pr

mer trimestre de la gravidez.

Estados de tensión, oscitación y agitación: 10-30 mg. al día
Espasmos musculares: 10-30 mg. al día. Insomnio: 5-30 mg. por la
noche.

PRESENTACIONES:

Comprimidos blancos de 2 mg. frascos con 30 y 100. Comprimi-
dos amarillos de 5 mg: frasco con 30 y 100. Comprimidos azules de
de 10 mg; frascos con 25 y 100.

Jarabe (2mg/5ml). Frascos con 100 ml.

NOTA:

La posología y administración de Librium en Endodoncia van a ser 10 mg; media o una hora antes de la visita o la noche anterior y media hora antes de la visita o cada seis horas al día antes y el día de la visita.

Para el Diazepan 10 mg media hora o una hora antes de la visita o la noche anterior y media hora antes de la visita.

Tranquilizantes.

Se emplean principalmente para suprimir los estados de angustia graves, o para alterar la composición psicológica del paciente.

Para evitar el fenómeno de inversión con adrenalina en pacientes con tratamiento de Denotiacina, es indispensable que cuando se emplee un anestésico local, no contenga adrenalina como vasoconstrictor.

Cualquier otro vasoconstrictor será suficiente.

Los pacientes bajo tratamiento con éstos fármacos deberán evitar actividades que exijan capacidad motora precisa, como conducir un automóvil. Será necesario realizar un juicio clínico en aquellos pacientes que tomen antihistamínicos u otros depresores del SNC.

CLOROPROMACIN AMSA

Comprimidos

Neuroléptico - Tranquilizante

INDICACIONES:

Neurosis, psicosis, insomnio, distonias neurovegetativas, sedante nervioso, neuropléptico y antiemético.

CONTRAINDICACIONES:

Insuficiencia hepática y/o renal, discrasias sanguíneas, embarazo, en personas que manejan vehículos o maquinaria que requiera atención constante.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Somnolencia apática, agitación, paradójica, resequeza de boca, mareos, parestesias, náuseas, vómito, hipotensión.

DOSIS:

10 a 25 mg. media o una hora antes de la visita o la noche anterior y media hora antes de la visita o tres diarias, el día antes de la visita.

IMAZEPAN

Tabletas

Ansiolítico y regulador neurovegetativo

INDICACIONES:

Estados de ansiedad y tensión. Favorece el reposo nocturno induciendo al sueño normal. Ataráxico y relajante muscular.

CONTRAINDICACIONES:

Estados de shock, miastenia, glaucoma, niños menores de 2 años.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Puede provocar somnolencia, resequedad de la boca, reacciones alérgicas.

DOSIS:

De 10 a 30 mg. diarios, según el caso. En ancianos y niños: 2 mg. tres veces al día.

PRESENTACION:

De 2 mg, caja con 30 tabletas. De 5 mg. y 10 mg. con 20 tabletas.

TRILAFON

Grageas - Ampolletas

Tranquilizante - Antiemético

INDICACIONES:

En las alteraciones emocionales con predominio de ansiedad, psicineurosis, psicosis. Como antiemético: Emesis e hiperemesis gravídica vómitos postanestesia, enfermedad post - radiación, intoxicación por drogas, hipo, etc.

DOSIS:

Neurosis de ansiedad: 4 a 8 mg. diarios oralmente, reparti-

dos en 2-3 tomas.

Psiconeurosis y psicosis: de 16 a 64 mg. diarios oralmente en dosis fraccionadas, de acuerdo a la intensidad de los síntomas y la respuesta. Trilafón inyectable, 1 a 2 ampollitas por vía intramuscular y después 1 ampollita cada 6 horas, en caso necesario.

NOTA:

Puede ser administrado, de precisarse, por vía intravenosa, en cuyo caso su aplicación deberá ser muy lenta.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a la perfenazina. Estados depresivos de origen psíquico o producidos por drogas y en pacientes con signos de depresión de la médula ósea. En embarazo y menores de 12 años debe valorarse riesgo contra beneficio.

PRECAUCIONES:

Como la perfenazina puede potenciar la acción de los agentes antihipertensivos como también la de los anestésicos generales y analgésicos tipo morfina, barbitúricos, alcohol y otros depresores del SNC debe tenerse cuidado cuando alguno de estos agentes se administran concomitantemente. Como la mayoría de los casos de agranulocitosis asociados con las fenoticias han ocurrido entre la cuarta y sexta semana del tratamiento se sugiere que aquellos pacientes a tratarse por tiempo prolongado se observen con especial cuidado. En caso de bilirrubinuria e ictericia, la droga debe discontinuarse y llevarse a cabo pruebas de función hepática.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Como cualquiera de los derivados fenotiazínicos, Trilafón puede provocar reacciones extrapiramidales (disquinesia, distonía e hiperreflexia). Otros efectos secundarios de las fenotiazinas se han reportado muy raramente con el empleo de Trilafón (fotosensibilidad, ictericia hipotensión, somnolencia, mareo, perestésias, vómito). Reacciones alérgicas.

PRESENTACION:

Grageas de 2 y 4 mg: Cajas con 30.

Grageas de 8 mg: Cajas con 20.

Ampolletas (5 mg/ml); Caja de 3 ampolletas de 1 ml.

IMSS e ISSSTE (Ampolletas) Clave 961. ISSSTE (Grageas 4 mg.)

Clave 960.

Analgésicos.

El dolor debe interpretarse en forma adecuada, puesto que generalmente constituye una ayuda para establecer el diagnóstico como ocurre cuando se percuten las piezas dentarias para localizar la dañada.

En el manejo del dolor habrá que abstenerse de utilizar analgésicos mientras el síntoma se presente como un dato indicador de patología local y será posteriormente cuando se utilicen los diversos procedimientos para tratar la causa y el síntoma mismo, cuando el dolor ha dejado de ser un elemento indispensable para el diagnóstico.

El control del dolor se realiza mediante una elevación del umbral para el mismo, sobre todo cuando el impulso no es muy in-

tenso y que por alguna razón el Cirujano Dentista no desea recurrir a la analgesia regional o a la anestesia.

En odontología se requiere controlar el dolor tanto - antes como durante y después de la intervención. En el preoperatorio es de indudable valor el uso de medicamentos antes de la anestesia local. La medicación preanestésica se utiliza para disminuir la angustia, reducir los efectos tóxicos de los anestésicos locales y elevar el umbral del dolor; básicamente es útil en los pacientes tensos, basta la psicoterapia para obtener la confianza del enfermo y consecuentemente puede ser la más valiosa ayuda para el control del dolor en el consultorio dental. Sin embargo, cuando el paciente no puede vencer su temor es recomendable administrar ansiolítico y no un hipnótico porque este caso se deprime el nivel de -- alerta del paciente, requiriendo la compañía de otra persona al salir del consultorio.

También es de importancia el control del dolor postoperatorio, cuando se considera la remota posibilidad de cualquier dolor postoperatorio, deberá indicar al paciente una medicación analgésica, la que será suficiente por un lapso de 24 -- horas, ya que la misma intervención lo hará desaparecer.

A N A L G E S I C O S

WINASORB

Tabletas

Analgésico y antipirético

ACCION:

Acetaminofén, el metabolito activo de la fenacetina, es eficaz para aliviar la fiebre y el dolor en adultos y niños. No está relacionado con el ácido acetilsalicílico ni con la antipirina.

La acción antiperfética-analgésica del acetaminofén es similar la de los salicilatos: Actúa sobre los centros termorreguladores del sistema nervioso central en pacientes febriles y como analgésico sobre el sistema nervioso central, reduciendo la excitación de los quimiorreceptores periféricos.

El sorbitol facilita la absorción del acetaminofén.

No produce metahemoglobinemia, en las dosis recomendadas.

INDICACIONES:

Como analgésico después de trabajos dentales o extracciones. En el dolor de cabeza, neuritis, dolor muscular, resfriados, dolores artríticos y reumáticos, y como antipirético.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a la sal.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Son raras las reacciones alérgicas consecuentes a su administración.

Ligera somnolencia.

DOSIS:

Adultos 1-2 tabletas, 3-4 veces al día.

Niños: 7-12 años: 1/2 a 1 tableta, 3-4 veces al día, hasta 2.0 g.

PRESENTACION:

Cajas de 24 y 60 tabletas.

BESEROL 500

Tabletas

Analgésico, antiinflamatorio y relajante muscular

ACCION E INDICACIONES:

Es muy eficaz para el alivio de toda clase de dolores de severa intensidad, tales como procesos inflamatorios o degenerativos: fiebre reumática, poliartritis, osteoartritis, miositis, bursitis, torticollis, etc. Dolores neuríticos y vasomotores: odontalgias, cefaleas, otalgia, neuritis periférica, dismenorrea y tensión menstrual, para contrarrestar el dolor y la ansiedad.

Traumatismos: Síndrome del disco intervertebral, lumbago, dolor sacroilíaco, esguinces musculares y tendinosos, contusiones, mialgia postoperatoria.

CONTRAINDICACIONES:

Pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas, disfunción hepática o renal avanzada, alergia al medicamento, úlcera gastroduodenal activa, insuficiencia cardíaca u oliguria, insomnio. No se use combinado con clorpromazina.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Ocasionalmente puede presentarse fiebre, estomatitis, erupción cutánea, náuseas, vómito, gastritis, urticaria, constipación o diarrea, edema o cualquier manifestación de sensibilidad.

DOSIS:

Adultos: 1 ó 2 tabletas 3 ó 4 veces al día, de acuerdo con la intensidad del dolor.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

Adultos: 1 a 2 tabletas 3 o 4 veces al día.
La dosis diaria máxima es de 8 tabletas.

Niños mayores de 7 años: de 1/2 a 1 tableta de 3 a 4 veces al día.
Niños: 1/2 a 1 tableta, 3 ó 4 veces al día.

ADVERTENCIAS:

CONTRAINDICACIONES:

Contiene un derivado de la aminofenazona que puede producir
vibros en el tracto de 7 años. Síntoma gastrointestinales agudos, edema
granulocitopenia en pacientes sensibles.

PRESENTACION:

Cajas con 15 y 50 tabletas.

Puede llegar a presentarse constipación.

CODISPRIL

Tabletas

Analgésico Soluble
Analgésico soluble

ACCION:

~~Analgésico, antipirético, diaforético, antirraumático, sedante~~

Actúa más rápido que con el ácido acetilsalicílico

En el momento de disolverse en agua da lugar a una solución de acetilsalicilato de calcio que, en contraste con el ácido acetil salicílico se disuelve fácilmente en agua, se absorbe rápidamente y no provoca irritación de la mucosa gástrica. El fosfato de codeína potencializa el efecto farmacológico del acetilsalicilato de calcio y hace que éste analgésico sea de elección en dolores de intensidad mediana o elevada.

INDICACIONES:

Preoperatorio, algias dentales, cirugía buco maxilar, postoperatorio odontológico y neuralgias de origen dental.

POSOLOGIA:

Vía oral. Disolver las tabletas en un poco de agua.

Preoperatorio algias dentales, cirugía buco maxilar, postoperatorio odontológico y neuralgias de origen dental.

POSOLOGIA: Dolor consecutivo a extracciones dentarias. Para gargarismos: cada 4 horas con la solución de 2 a 4 tabletas en medio vaso de agua.

ADMINISTRACION:

Por vía oral. Disolver previamente las tabletas en agua.

CONTRAINDICACIONES:

Intolerancia a los salicilatos, úlcera gastroduodenal activa. Adminístrese con precaución a enfermos en tratamiento con anticoagulantes.

REACCIONES SECUNDARIAS:

No se han reportado hasta la fecha.

PRESENTACION:

Cajas con 24 tabletas.

PONSTAN

Tabletas y suspensión

Analgésico, antipirético y antiinflamatorio

PROPIEDADES:

Carece de efecto hipnótico y tiene una potencia analgésica superior al ácido acetilsalicílico.

Es tan potente como la combinación de codeína, ácido acetilsalicílico y fenacetina, sin los inconvenientes de producir constipación, somnolencia o irritabilidad. Indicado en el dolor agudo y

Adultos: 1 a 2 tabletas 3 ó 4 veces al día.

Niños mayores de 7 años: de 1/2 a 1 tableta de 3 a 4 veces al día.

CONTRAINDICACIONES:

Niños menores de 7 años, úlcera gastroduodenal activa, oclusión intestinal, gastritis.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Puede llegar a presentarse constipación.

DISPRINA

Analgésico Soluble

ACCION:

Es muy rápida. Por ser soluble, los niveles sanguíneos se alcanzan dos veces más rápido que con el ácido acetilsalicílico simple. También por ser soluble no hay partículas libres que -- irriten.

Además, la absorción y el vaciado gástrico son dos veces -- más rápidos que con el ácido acetilsalicílico simple, disminuyen do la posibilidad de irritación gástrica.

Las dosis necesarias para un buen efecto terapéutico son -- mucho menores (mg/día) que con ácido acetilsalicílico simple. La concentración de salicilatos en sangre es mayor después de admi-- nistrar acetilsalicilato de calcio que después de administrar una dosis igual de ácido acetilsalicílico.

INDICACIONES:

Preoperatorio algias dentales, cirugía buco maxilar, postoperatorio odontológico y neuralgias de origen dental.

POSOLOGIA: Dolor consecutivo a extracciones dentarias. Para gargarismos: cada 4 horas con la solución de 2 a 4 tabletas en medio vaso de agua.

ADMINISTRACION:

Por vía oral. Disolver previamente las tabletas en agua.

CONTRAINDICACIONES:

Intolerancia a los salicilatos, úlcera gastroduodenal activa. Adminístrese con precaución a enfermos en tratamiento con anticoagulantes.

REACCIONES SECUNDARIAS:

No se han reportado hasta la fecha.

PRESENTACION:

Cajas con 24 tabletas.

PONSTAN

Tabletas y suspensión

Analgésico, antipirético y antiinflamatorio

PROPIEDADES:

Carece de efecto hipnótico y tiene una potencia analgésica superior al ácido acetilsalicílico.

Es tan potente como la combinación de codeína, ácido acetilsalicílico y fenacetina, sin los inconvenientes de producir constipación, somnolencia o irritabilidad. Indicado en el dolor agudo y

crónico, en cefalalgias, dolores traumáticos, en el pos-operatorio y postpartum, en artralgias, bursitis, tenosinovitis y dolores de tipo dentario.

En forma de suspensión en un eficaz agente analgésico y anti-pirético en la fiebre de cualquier etiología.

CONTRAINDICACIONES:

En pacientes embarazadas, hasta que se demuestre la ausencia de efecto teratogénico, lesiones ulcerativas del tracto gastrointestinal, asma, insuficiencia renal.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Se ha descrito la presencia de diarrea en pacientes con sensibilidad especial al grupo químico de los mefenamatos.

ADMINISTRACION Y POSOLOGIA:

Adultos: Dos tabletas juntas como primera dosis y posteriormente 1 ó 2 tabletas cada 6 horas, durante el tiempo que sea necesario. Niños: La dosis se calculará a razón de una cucharadita por cada 10 kg. de peso. Esta dosificación puede repetirse 3 veces al día con intervalos aproximados de cada 6 horas, si es necesario, durante un período de tiempo no mayor de 7 días.

PRESENTACION:

Frasco con 20 tabletas y cajas con 25 sobres de 2 tabletas.
Frascos con 60 ml.

ANTIISTAMINICOS

El papel de los antihistamínicos en la terapéutica endodóntica suele ser pasado por alto, debido a que su mayor utilidad se presenta antes de que la pulpa sea lesionada en forma irreversible.

ble, o una vez que haya sido extirpada (por ejemplo, el efecto es sobre el área periapical).

La pulpitis sintomática que no haya progresado hasta la etapa en que se presente una sensación pulsátil suele ser reversible siempre que: a) la causa de la pulpitis pueda ser eliminada sin mayor daño a la pulpa y b) la circulación sanguínea a través de la pulpa sea suficiente para permitir el control de la infección y la inflamación de éstos con los salicilatos.

La irritación periapical entre visita y visita de origen yatrogénico suele controlar adecuadamente con un tratamiento a base de antihistamínicos y salicilatos. Igualmente, el uso prudente de los antihistamínicos antes y después de la intervención reducirán el trauma tisular a un mínimo.

DIMETANE

Antihistamínico

INDICACIONES:

Prevención o tratamiento sintomático de manifestaciones alérgicas como: Dermatitis, eczema, urticaria, prurito, conjuntivitis, edema angioneurótico, asma bronquial, rinitis, reacciones a drogas, piquetes de insectos, ect.

CONTRAINDICACIONES:

Idiosincrasia o hipersensibilidad a cualquiera de los compuestos o componentes de la fórmula.

REACCIONES SECUNDARIAS:

En algunos pacientes hipersensibles puede presentarse excitación o somnolencia.

DOSIS:

4.8 mg. tabletas. En cuidado pulpar: 8 mg. para empezar; posteriormente 4 mg. cada cuatro horas durante dos semanas. Suspender tratamiento y evaluar el estado de la pulpa e incluir 640 mg. -- (dos tabletas) de aspirina en cada dosis. Puede sustituirse la aspirina por la fenacetina.

Dosis habitual.

En cuidado periapical: 8 mg para comenzar; posteriormente 4 mg. cada cuatro horas durante dos a cinco días, según sea necesario e incluir 640 mg. (dos tabletas) de aspirina en cada dosis. Puede sustituirse la aspirina por la fenacetina.

PRESENTACION:

Tabletas, frasco con 30 elixir, frasco con 118 ml.

Extentabs. frasco con 30 grageas.

CLOROTRIMETON

INDICACIONES:

Tratamiento de manifestaciones alérgicas: polenosis, urticaria, jaqueca y asma alérgicas, prurito no específico, rinitis vasomotora, eczema y dermatitis alérgicas, alergia alimenticia, neurodermatitis, edema angioneurótico, reacciones a las transfusiones, al suero y a drogas erupciones exantemáticas tales como sarampión, rubeola y varicela.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:

Tabletas: Dosis habitual 4.8 mg. En cuidado pulpar: 8 mg. para empezar; posteriormente 4 mg. cada cuatro horas durante dos semanas, suspender tratamiento y evaluar el estado de la pulpa. Incluir 640 mg. (dos tabletas) de aspirina en cada dosis. Puede sustituirse la aspirina por la fenacetina. En cuidado periapical: 8 mg. para comenzar posteriormente 4 mg. cada cuatro horas durante dos a cinco días, según sea necesario. Incluir 640 mg. (dos tabletas) de aspirina en cada dosis. Puede sustituirse la aspirina por la fanacetina.

PRECAUSION:

En individuos que manejan vehículo y/o aparatos de precisión hasta comprobar que no produce somnolencia.

CONTRAINDICACIONES:

A dosis terapéuticas se desconocen hasta la fecha.

REACCIONES SECUNDARIAS:

En personas hipersensibles puede presentarse somnolencia.

FENERGAN

Antihistamínico - Potencializador de analgésicos - hipnógeno.

INDICACIONES:

En todas las manifestaciones alérgicas; urticaria aguda o crónica de diversa etiología: alergia alimenticia, medicamentosa, angiodermia (Quincke), prurito o prurigo en general, enfermedad del suero, --- reacciones anafilácticas, rinitis alérgica (polinosis), Atópica y

perenne, fiebre del heno, picaduras de insectos, eritema actínico polimorfo.

A dosis altas, en la enfermedad de Parkinson para controlar principalmente las crisis oculóginas.

POSOLOGIA:

Vía oral. Dosis habitual 25 mg. tabletas. En cuidado pulpar: 50 mg para comenzar; posteriormente 25 mg. cada cuatro horas durante 2 a 5 días, según sea necesario. Incluir 640 mg. (dos tabletas) de aspirina en cada dosis. Puede sustituirse la aspirina por la fenacetina. En cuidado periapical: 50 mg. para comenzar; posteriormente 25 mg cada cuatro horas durante 2 a 5 días, según sea necesario. Incluir 640 mg. (dos tabletas) de aspirina en cada dosis. Puede sustituirse la aspirina por la fenacetina.

REACCIONES SECUNDARIAS:

A dosis elevadas: sedación que varía de somnolencia ligera - hasta sueño profundo, dificultad de concentración, lasitud, vértigo, debilidad muscular e incoordinación; estos efectos pueden desaparecer después de algunos días de tratamiento.

OTRAS REACCIONES:

Náuseas, vómitos, diarreas, cefalea, visión borrosa, irritabilidad anorexia y resequedad oral fotosensibilización.

CONTRAINDICACIONES:

En pacientes con epilepsia, p con padecimiento hepático.

La aplicación cutánea esta contraindicada en dermatosis vesiculares y exudativas.

RECOMENDACION:

Por la somnolencia diurna que suele presentarse, se recomienda precaución en pacientes que manejen aparatos de precisión, maquinaria o vehículos de transporte.

f) TIPOS DE OBTURACION FINAL EN PIEZAS DEVITALIZADAS.

La finalidad de la obturación consiste en el reemplazo -- del contenido pulpar (normal o patológico) por materiales -- inertes y/o antisépticos, que tienden a aislar el conducto radicular obturado de la zona periapical, impidiendo el pasaje de exudado, toxinas y microorganismos de una a otra zona.

El aislamiento total sería posible logrando la herticidad de la obturación, esto por el momento no se ha podido lograr y solo entendemos a la obturación, como la adaptación entre material y paredes, dependiendo del ajuste del material rígido y la capacidad selladora del cemento.

Los tipos de obturación, en este caso con miras protésicas refiere, a una obturación parcial que permita dejar libre -- las tres cuartas partes o en la mitad de las raíces en molares.

a) Obturación con puntas de plata.

b) Obturación con puntas de gutapercha. (técnica seccional y lateral)

Técnica del cono seccionado.

1.- Seleccionar un cono de gutapercha o de plata que selle el forámen apical lo más ajustadamente posible. El examen radio gráfico es de suma importancia.

- 2.- Seccionar los 2 ó 3 mm apicales del cono elegido.
- 3.- tomar un fino obturador de conductos, calentarlo y tocar cera, parafina o gutapercha, para adherir el cono de plata, al obturador. Si se usa gutapercha como material de obturación, el cono se lleva adherido al instrumento, calentando este previamente.
- 4.- Con el conducto en las condiciones requeridas para ser obturado, llevar el pequeño cono a su posición con eugenato de cinc. Los espacios no cubiertos por la punta de plata o la gutapercha, lo serán con la pasta de Oxido de Cinc y Eugenol. La medición debe asegurar la ubicación correcta del cono apical.
- 5.- Remover el exceso de pasta y obturar con cemento de fosfato de Cinc, de carboxilato o amalgama.

La suma de la longitud del cono de plata y espesor del cemento, deben permitir la confección de pernos de longitud apropiada, de acuerdo con las condiciones de resistencia del remanente dentario.

C A P I T U L O I I

DEFINICION DE OPERATORIA DENTAL.

Es una rama de la Odontología que tiende a conservar en buen estado a los dientes y sus tejidos de sostén, o bien les devuelve su salud funcionamiento y buen aspecto cuando están enfermos o no cumplen sus funciones.

b) TIPOS DE APERTURA DE CAVIDAD

No podemos realizar un buen tratamiento de conductos sin antes consultar o recurrir a la Anatomía y Operatoria Dental, las cuales nos dan a conocer la localización de los conductos y el consiguiente diseño de la cavidad necesaria a dicho tratamiento. nos mostrarán el camino a seguir para llegar a realizar nuestra endodoncia, lo mejor posible.

La cavidad de abordaje debe permitir un acceso directo al conducto previendo ya la reconstrucción indicada, puede ser incrustación de resistencia o restauración coronaria. Los desgastes internos requeridos por éstas, pueden realizarse anticipadamente, siempre que faciliten el acceso y preparación mecánica de los conductos durante el tratamiento endodóntico, y no comprometan el aislamiento del campo operatorio.

La cavidad de abordaje se logra con la integración de cuatro extensiones:

- 1) Extensión por eliminación de la cavidad cariosa.

- 2) Extensión a puntos y fisuras, de acuerdo con los principios de Operatoria Dental.
- 3) Extensión de la cavidad de abordaje propiamente dicha o específica, para el acceso a los conductos radiculares.
- 4) Extensión por necesidad o conveniencia.
- A) Extensión por eliminación de la cavidad cariosa. Es la remoción total de los tejidos alterados. Esta cavidad puede que por su amplitud y ubicación sea suficiente para practicar el tratamiento endodóntico, pero en otras puede necesitarse el ampliarla o cementarla para efectuar luego el abordaje correspondiente.

La cavidad cariosa debe eliminarse antes de iniciar el tratamiento endodóntico, así también las obturaciones coronarias ya existentes de las que no se tiene seguridad en la salud de los tejidos subyacentes.

Si la cavidad creada por remoción de tejido enfermo no participen en la cavidad de abordaje a los conductos radiculares, deben ser obturadas temporalmente con el material conveniente, cemento de fosfato de cinc, de carboxilato o cemento de cinc.

- B) Extensión a puntos y fisuras. Se refiere a puntos y fisuras oclusales en dientes posteriores y palatinos en anteriores; donde se practicará el abordaje. Deben ser removidos antes de efectuar esta, para evitar la presencia de bacterias. Una fisura no debe encontrarse en la vecindad, ni componiendo la pared de una cavidad de abordaje.
- C) Extensión de la cavidad de abordaje propiamente dicha, para el acceso a los conductos radiculares.

Esta debe practicarse de acuerdo a la disposición de los conductos, siendo muy importante el concimiento de las características anatómicas en particular y previo examen radiográfico.

- D) Extensión por necesidad o conveniencia. Debe prever o anticipar el desgaste de aquellas áreas que necesitan ser removidas en la etapa restauradora, y que aumentan la facilidad en el abordaje endodóntico, sin comprometer a dificultar el aislamiento del campo operatorio.

Esta cavidad da también delimitación definitiva a la cavidad de abordaje, armonizando el contorno y eliminando ángulos.

En la realización del tratamiento endodóntico, no deberán practicarse cavidades de abordaje extremadamente reducidas.

Si en una pieza se presenta una caries proximal p. ej. premolar o molar, sin compromiso oclusal, que exige remoción de la pulpa. Una vez reseca la caries proximal y cementada, se realiza:

- 1.- La extensión a puntos y fisuras oclusales.
- 2.- La extensión de abordaje propiamente dicha, o específica a los conductos radiculares.
- 3.- La extensión por necesidad o conveniencia.

En esta forma se habrá logrado un abordaje correcto a los conductos radiculares, facilitándose el tratamiento, al prever por medio de desgastes, la remoción de áreas que deben ser eliminadas para la construcción de las restauraciones.

Extensiones de las cavidades de abordaje para el acceso a los conductos radiculares.

Extensión a puntos y fisuras, por medio de una línea discontinua; extensión de la cavidad de abordaje propiamente dicha o específica para el acceso a los conductos radiculares, por -- una línea continua; y extensión por necesidad o conveniencia, - por una línea punteada. M, mesial; P, palatino; L, Lingual.

A.- Corresponde al primer premolar superior.

B.- Corresponde al segundo premolar superior.

C.- Corresponde al primer molar superior.

D.- Corresponde al segundo molar superior.

E.- Corresponde al primer premolar inferior.

F.- Corresponde al segundo premolar inferior.

G.- Corresponde al primer molar inferior.

H.- Corresponde al segundo molar inferior.

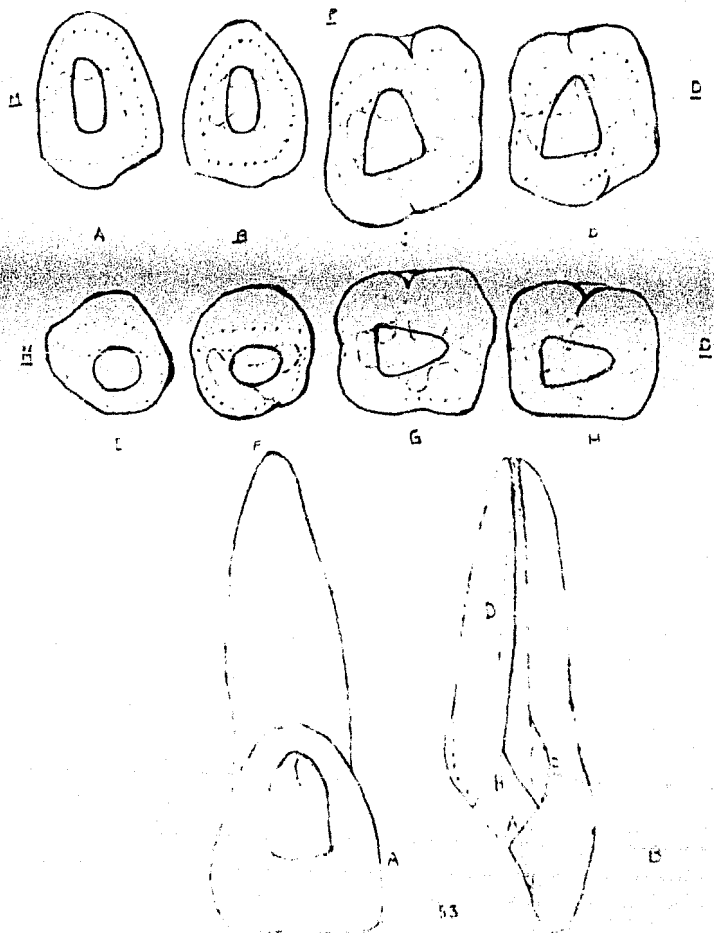
I.- Corresponde a un diente anterior. Abordaje palatino.

J.- Corresponde a un diente anterior en un corte longitudinal.

vestibulo-palatino mostrando los planos de una cavidad de abordaje palatina para el acceso al conducto. La cavidad inicial esta definida hacia incisal por el plano A, a gingival por el plano B. En caso de construirse una restauración coronaria metálica a perno - se preven los desgastes a realizar. Puede definirse el plano C y extenderse la cavidad a la línea discontinua D. Esta extensión de de la cavidad de abordaje facilita el tratamiento y no requiere - la eliminación de mayor cantidad de tejido que la necesaria para

restaurar el órgano.

La línea punteada corresponde al desgaste y la posterior proyección o reforzado palatino.



Los dientes anteriores temporales y permanentes tienen canales unirradiculares.

Los primeros premolares superiores tienen dos canales radiculares, llamados canales bucal y lingual. Los segundos premolares superiores y los premolares inferiores son canales unirradiculares.

Los molares superiores temporales y permanentes tienen tres canales, uno en cada raíz y se dá el nombre de mesiobucal, disto bucal y lingual.

Los molares inferiores temporales y permanentes también tienen tres canales: dos en la raíz Mesial y uno en la Distal. Se les llama: canales mesiobucal, mesiolingual y distal.

Existen también en los canales radiculares: canales suplementarios, accesorios y bifurcados.

C A P I T U L O III

DEFINICION DE PROTESIS PARCIAL FIJA

La Prótesis Parcial Fija requiere mayor cantidad de remoción de tejido dentario, pero ya terminada no deja ver el material con el cual está hecho.

c) RESTAURACIONES PARA PIEZAS NO VITALES.

Este tipo de preparaciones adquieren una condición de mayor -resistencia y retención debido al anclaje que va más allá de la -corona es decir, la raíz y el parodonto; factores importantes para la construcción de una prótesis fija, en la cual, el número máximo de piezas por sustituir es de tres. Tomando en cuenta las -condiciones para la elaboración del puente, de las piezas dentarias, su alineación, tamaño, forma y número de las coronas, así -como tamaño, forma y número de las raíces.

Consideraciones de compensación que se refieren a las cargas que van a soportar. La selección del tipo de prótesis de acuerdo a la edad del paciente, sexo, usos y costumbres.

Coronas funda de porcelana.

Yacket Crown.

Se utiliza en reconstrucciones angulares de dientes anteriores; cuando el diente esta decolorado; tenga la pieza tal destrucción de tejido que no permita la confección de una restauración -combinada parcial. En los dientes desvitalizados está indicada -la colocación previa de una incrustación a perno o directamente -

de un perno muñón.

- 1.- Slice en caras proximales del diente, ligeramente convergentes hacia incisal y hacia palatino. El desgaste será profundo y llegará hasta vestibular y hasta debajo del borde de la encía -- cuando la corona clínica coincida con la anatómica. Se emplea disco de diamante.
- 2.- Desgaste palatino con piedra de diamante en forma de rueda.
- 3.- Desgaste de la zona del cingulo con piedras cilíndricas de diamante, se va tallando el escalón gingival.
- 4.- Desgaste del borde incisal con piedra en forma de rueda, en una profundidad no menor de 3mm. y apenas inclinado hacia palatino, se deja una pequeña porción de borde para control del desgaste realizado.
- 5.- Desgaste de la cara vestibular. Se comienza con piedra de diamante en forma de rueda. Se prosigue con piedra de diamante cilíndricas pequeñas colocadas paralelamente al eje longitudinal del diente. El escalón en la zona vestibular se hace por debajo del borde libre de la encía con piedra cilíndrica de diamante. El escalón se finaliza con fresas de corte terminal o de Bastian, uniéndose este al resto del escalón de todas las caras, que siguen el contorno de la encía.
- 6.- Con discos de papel se redondean las aristas agudas y se pule rigurosamente el muñón.

Nota: La porcelana con alúmina debe emplearse en casos de dientes transparentes y la porcelana sobre metal en el caso contrario.

Preparación pivotada y de Richmond.

En esta preparación la indicación de el límite de obturación en el conducto es la de $3/4$ ó $2/3$ partes de la raíz.

En el caso de posteriores la obturación va hasta la parte me dia y procurando que el ensanchado de los conductos sea lo mas pa ralelo posible. Una vez terminado el tratamiento endodóntico, veri ficaremos la cantidad de tejido coronario que pueda ser aprovecha do para una reconstrucción protésica, exigiendo que la parte que se va a aprovechar tenga suficiente soporte dentario, si no cumple estas cualidades se elimina por completo la corona dejando una ba se ya sea, en forma plana o en dos vertientes de lingual hacia el centro del conducto y otra vertiente de vestibular hacia el centro se le realiza un hombro alrededor de todo el márgen gingival dándole también un bisel al hombro.

La ampliación del conducto está de acuerdo a el número de ins trumentos que utilizamos en el tratamiento de conductos (ensancha dores), si está amplio el conducto de por sí dejarlo como está; - tomamos una fresa de vástago largo hasta llegar a las $3/4$ partes - de la raíz; se debe de tomar en cuenta la posición del eje longi tudinal de la pieza, ya que si se dirige a otro lado podemos lesio nar el parodonto.

La preparación Richmond está realizada en dos partes:

- a) El vástago y el muñón que entran a través del conducto.
- b) Una funda corona, que posteriormente se cementa, de oro acrí lico o porcelana.

Todo esta hecho de una sola pieza, tanto el vástago que en tra a través del conducto como el resto de la corona anatómica -

de la pieza dejando nada más espacio para el material estético.

Esta preparación es recomendable en posteriores aunque ya es tá pasando de uso.

Preparación Onley sin vitalidad, en tercer molar inferior -- izquierdo.

Esta preparación tiene como requerimiento que la pieza haya sido tratada endodónticamente y en la cual, no haya habido gran - destrucción coronaria si no en caso necesario para encontrar los conductos radiculares.

En la obturación del o los conductos debemos dejar el límite de entrada de éstos y el resto de la cavidad de obtura con cemento permanente, una vez preparada la pieza con la obturación realizamos una preparación clásica MOD de Black.

1.- Caja proximal profunda en sentido ocluso-apical. Esto permi te llevar hacia gingival el eje de giro de la incrustación ante la acción normal del antagonista, factor que influye sobre el -- anclaje.

2.- Las paredes laterales (V.L o P) de las cajas proximales pue den tallarse ampliamente divergentes hacia oclusal. Se facilita - enormemente la toma de impresión.

3.- Las paredes axiales de las caras proximales deben ser solo li geramente redondeadas.

4.- La cara oclusal es mas amplia, sus paredes divergentes hacia - oclusal, la profundidad se va más allá de lo que es el techo pulpar casi hasta la entrada de los conductos.

Con fresa cilíndrica o de flama se hace un bisel todo alrede-

dor o a partir del borde de inicio de las cúspides, tanto en pa latino como vestibular hasta encontrarse con la caja oclusal.

Con una fresa hacemos un bisel en forma periférica para el sellado de la preparación en aquéllas caras oclusales en que -- las cúspides son gruesas nos permite hacer un hombro en lugar -- del bisel alrededor de la pieza que poco más o menos en el tercio superior de la corona y alrededor de ésta nos dará una mayor fuerza de retención y nos permitirá hacer el conector del lado de la pieza faltante.

Esta preparación se ideó con el fin de evitar un desgaste - de las piezas pilares y a la vez darle una fuerza oclusal al apa rato protésico.

Corona con núcleo de amalgama.

Se utiliza en los dientes muy destruidos para contruir material suficiente que permita después preparar una corona completa.

Se aplica con mas frecuencia en molares.

Ejemplo en un molar inferior, con una amalgama MOD muy gran de y con la cúspide mesiovestibular fracturada.

- 1.- Se retira la amalgama.
- 2.- Se elimina la cúspide vestibular restante por ser muy frágil y se quita todo el esmalte débil de las cúspides linguales.
- 3.- Se perforan dos agujeros en la dentina y se cementan dentro - de estos agujeros pernos de acero inoxidable.

Se puede usar un número variable de pernos de acuerdo con el grado de destrucción del diente. La colocación de éstos se estudia radiográficamente.

Se perforan los agujeros con un taladro pequeño en forma de rosca 0.05 mm mayor que el alambre para que quede espacio para el cemento. Se perforan con una angulación entre sí para aumentar la retención. La parte del perno que sobresale se puede doblar en ángulo para evitar que quede por fuera de la amalgama cuando se talle el muñón. Para introducir el cemento en los agujeros se puede usar una espiral Léntulo.

- 4.- Se alisan los márgenes de la preparación y se elimina todo el tejido frágil.
- 5.- Se adapta una banda de cobre bien ajustada al diente y recortada lo suficiente para que pueda ocluir.
- 6.- Se agregan las bases de cemento necesarias para aislamiento térmico y se condensa la amalgama dentro de la banda de cobre.
- 7.- 24 horas después se recorta la banda de cobre y se retira.
- 8.- Se hace una preparación para corona completa, siguiendo los principios normales.

CONCLUSION

Después de haber investigado sobre el tema de este trabajo, puedo dar mi opinión respecto a la muy buena y acertada lucha -- por mantener la pieza dentro de su alvéolo, darle utilidad y función renovada, mantenerla el más tiempo posible con cuidados óptimos ya que tienen un valor inmesurable. No hay nada como lo natural.

También he apreciado la importancia de cada una de las materias odontológicas ya que me han conducido a obtener un criterio general sobre mi carrera y a saber lo que busca un Cirujano Dentista que es rehabilitar lo mejor posible la cavidad bucal, a través de su ciencia, la Odontología.

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

- Clinicas Odontológicas de Norteamérica. Endodoncia. Dr. Seymour Oliet. Primera Edición 1974. Editorial Interamericana. Páginas de la 235 a la 238, de la 255 a la 263.
- Periodontología Clínica. Dr. Irving Glickman. Cuarta Edición - - 1972. Editorial Interamericana. Página 410.
- Manual de Endodoncia. Guía Clínica. Vicente Preciado Z. Segunda Edición. Cuellar de Ediciones. 1977. Páginas 98 a 112, 152 a la 163, p.p. 181.
- ~~Técnicas de Obturación de Conductos en Endodoncia. Tesis Profesional. Adela de Anda Paz. México 1978. Páginas de la 6 a la 11, de la 13 a la 15.~~
- Rehabilitaciones Dentarias. Anclajes Coronarios y Endodónticos -- para Restauraciones Individuales, puentes y férulas. Julio C., -- Turell. Editorial Mundi. Primera Edición. Argentina 1976. Páginas 19 a la 31, 34 a la 37, de la 43 a la 45.
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, Vigésima tercera Edición. Dr. Emilio Robenstein, Editorial P.L.M., S.A. México 1976.
- Apuntes de Operatoria Dental de la Facultad de Odontología. Dr. - Aguilar
- Operatoria Dental. Araldo Angel Ritacco. Editorial Mundi. Quinta Edición. Argentina 1979. Páginas de la 102 a la 106, de la 353 a la 354, de la 398 a la 402.
- Revista IPSO, Información Profesional y de servicios al Odontólogo.

Dr. Enrique Gorrea Mayoral, Tercera Edición, México 1977. Editorial IPSO, Página 68.

Anatomía Dental, Moises Diamond. Editorial U.T.E.H.A. Segunda -- edición en español, México 1962. Páginas 256 y 257.

Prótesis de Coronas y Puentes, George E. Myers Tercera Edición. Editorial Labor, S.A. España 1975. Páginas 106 a la 109.