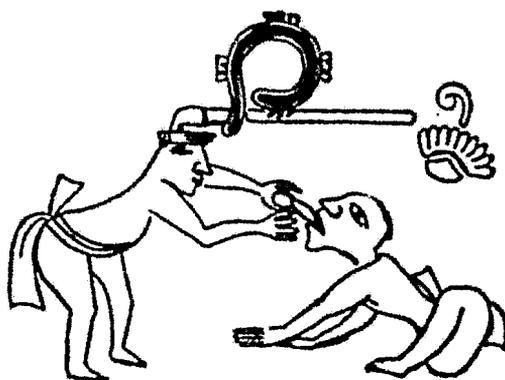




Tratamientos Pulpares en Clínica Infantil

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

HIDALGO CASTORENA ALICIA PATRICIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

C O N T E N I D O

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO

- A) DESARROLLO PSICOLÓGICO
- B) REGLAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO

CAPÍTULO 2

CAVIDAD PULPAR

- A) ANATOMÍA
- B) HISTOLOGÍA
- C) CAMBIOS PULPARES
- D) FISIOLOGÍA

CAPÍTULO 3

ANESTESIA LOCAL

CAPÍTULO 4

RECUBRIMIENTOS PULPARES

- A) INDIRECTO
- B) DIRECTO

CAPÍTULO 5

PULPOTOMIA

- A) DEFINICIÓN
- B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- C) PULPOTOMÍA CON FORMOCRESOL
- D) PULPOTOMÍA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO
- E) TÉCNICA OPERATORIA

CAPÍTULO 6

PULPECTOMIA

- A) DEFINICIÓN
- B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

CJ TÉCNICA OPERATORIA

CAPÍTULO 7

TRATAMIENTO DE DIENTES PERMANENTES JOVENES CON
APICES ABIERTOS

A) DEFINICIÓN

B) OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

C) INDICACIONES

D) TRATAMIENTO

CAPÍTULO 8

LESIONES EN DIENTES ANTERIORES

CAPÍTULO 9

FARMACOLOGIA

A) ANALGÉSICOS

B) ANTIBIÓTICOS

C) ANTIINFLAMATORIOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

LA MAYORÍA DE LAS VECES EXISTE MUCHO DESCUIDO EN LOS DIENTES PRIMARIOS, YA QUE EN GENERAL SE PIENSA QUE SE VAN A PERDER, PERO ESTOS AL IGUAL QUE LOS PERMANENTES TIENEN UNA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAR, POR LO CUAL DEBEMOS CONSERVARLOS EL MAYOR TIEMPO POSIBLE.

LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES PRIMARIOS SE VE EN CANTIDADES MUY ALTAS, SIENDO DEBIDO A DIFERENTES CAUSAS ENTRE LAS CUALES SE DESTACAN LAS CARIES AVANZADAS Y TRAUMATISMOS.

POR LO ANTERIOR EXISTE UNA ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA QUE SU PRINCIPAL FUNCIÓN ES LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES, ESTA ES LA ENDODONCIA QUE TRATA A TODA COSTA DE EVITAR QUE SE PIERDA PREMATURA LOS DIENTES.

EN LA ACTUALIDAD HAY DIVERSOS MÉTODOS PARA EMPLEAR LA ENDO-
DONCIA, LA MAYORÍA DE TODOS SON DE RESULTADOS SATISFACTORIOS,
SI SE SABEN EMPLEAR ADECUADAMENTE.

POR ESTA RAZÓN ES IMPERDONABLE QUE DIENTES PRIMARIOS SEAN EX-
TRAÍDOS SIN NECESIDAD; CLARO QUE HAY SUS EXCEPCIONES DE PEQUE-
ÑOS CON UNA MARCADA INSUFICIENCIA DE HIGIENE BUCAL Y POR LO
TANTO CON GRAVES PROBLEMAS DENTARIOS.

LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA ES EN VERDAD UN SERVICIO DE DEDICA-
CIÓN, PUESTO QUE LA PREVENCIÓN ES LA META FINAL DE LA CIENCIA
MÉDICA EN SU TOTALIDAD.

EL DENTISTA QUE TRABAJA CON NIÑOS TIENE TRES RESPONSABILIDA-
DES;

- 1.- PARA CON SU PACIENTE
- 2.- PARA SU COMUNIDAD
- 3.- PARA CONSIGO MISMO

SE TOMA MUY EN CUENTA LA RESPONSABILIDAD PARA CONSIGO MISMO,
YA QUE AL SER EXIGENTE EN LOS REQUISITOS FIJADOS POR ÉL MISMO,
EL ODONTÓLOGO SIRVE SIMULTÁNEAMENTE MEJOR A SU PACIENTE Y A

SU COMUNIDAD.

UNA BUENA INTRODUCCIÓN PARA OFRECER SUS SERVICIOS ES EN LA PROMOCIÓN DE HIGIENE BUCAL EN LOS NIÑOS, HABLANDO PARA ELLO EN LAS REUNIONES DE LAS ASOCIACIONES DE PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS, ASÍ COMO EN LAS ASAMBLEAS EN LA COMUNIDAD.

C A P I T U L O 1

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO

SE PUEDE OBSERVAR CON AGRADO, QUE UNA GRAN CANTIDAD DE LOS NIÑOS QUE LLEGAN AL CONSULTORIO PARA TRABAJOS DE CORRECCIÓN - PUEDEN CLASIFICARSE COMO BUENOS PACIENTES.

ES VERDAD QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO - CON ALGO DE APRENSIÓN Y MIEDO, PERO SI HAN TENIDO EXPERIENCIA CLÍNICA PUEDEN CONTROLAR ESTOS TEMORES SI LOS RACIONALIZAN. UN NÚMERO PEQUEÑO DE NIÑOS DE CUALQUIER EDAD, POR MIEDO PROVOCADO EN CASA O POR ACTITUDES DEFECTUOSAS DE LOS PADRES, NO SE ADAPTARÁN A LA RUTINA Y A LAS MOLESTIAS QUE ACOMPAÑAN A - A LOS TRATAMIENTOS DENTALES.

EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PUEDE FLUCTUAR EN DIFERENTES PERIÓDOS , COMO POR EJEMPLO:

UN NIÑO DE DOS AÑOS PUEDE QUE COOPERE Y SEA BIEN EDUCADO, ENTANTO QUE A LOS DOS AÑOS Y MEDIO SE VUELVE DIFÍCIL Y CONTRA--DICTORIO.

A LOS TRES AÑOS, ES AMIGABLE Y TIENE BUEN DOMINIO DE SÍ MISMO TOMANDO EN CUENTA QUE HAY SUS EXCEPCIONES.

A LOS CUSTRO AÑOS Ó CUATRO Y MEDIO, PUEDEN VOLVER ATRÁS EN SU COMPORTAMIENTO Y SER DOGMÁTICO Y DIFÍCIL DE CONTROLAR.

EL COMPORTAMIENTO POCO COOPERATIVO DE UN NIÑO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESTÁ GENERALMENTE MOTIVADO POR DESEOS DE EVITAR LO DESAGRADABLE Y DOLOROSO, Y LO QUE ÉL PUEDA INTERPRETAR COMO UNA AMENAZA PARA SU BIENESTAR. PUESTO QUE LOS NIÑOS TEMEN EXCESIVAMENTE A LO DESCONOCIDO Y SE SIENTEN MAL PREPARADOS Y-APRENSIVOS PARA AFRONTAR NUEVAS SITUACIONES; VISITAR AL ODONTÓLOGO ANTES DEL TRATAMIENTO PUEDE HACER QUE LO DESCONOCIDO - SE VUELVA MÁS FAMILIAR Y TAL VEZ MITIGUE SUS TEMORES, O NECESIDADES FUTURAS DE HUIR,

ESTE MÉTODO DÁ BUENOS RESULTADOS CON NIÑOS QUE AÚN NO VAN A -

LA ESCUELA, Y EN MENOR MEDIDA CON NIÑOS MAYORES.
MOSTRAR ACTITUDES SARCÁSTICAS Y DESDEÑOSAS CON EL NIÑO, PARA-
QUE POR VERGUENZA SE PORTE BIEN EN EL CONSULTORIO NO ES CONVE-
NIENTE.

EL RIDÍCULO PUEDE PRODUCIR FRUSTACIONES Y RESENTIMIENTOS AL -
NIÑO, Y DE ELLO PUEDE RESULTAR UN AUMENTO DE AVERSIÓN A DEN--
TISTAS Y TRATAMIENTOS DENTALES.

SI SE PERMITE QUE EL NIÑO OBSERVE COMO SE REALIZAN TRABAJOS -
DENTALES EN OTRAS PERSONAS LE SERVIRÁ DE RETO.

SI OBSERVA QUE EL TRABAJO SE REALIZA SIN DOLOR, QUERRÁ E IN--
CLUSO DESEARÁ QUE REALICEN EN ÉL LOS MISMOS PROCEDIMIENTOS.

PERO SI EL PROCEDIMIENTO TIENE QUE PRODUCIR DOLORES, AUNQUE -
SEAN MÍNIMOS, ES MEJOR PREVENIR AL NIÑO Y CONSERVAR SU CONFI--
ANZA QUE DEJARLE CREER QUE HA SIDO ENGAÑADO.

DESAFORTUNADAMENTE LOS NIÑOS LLEGAN CON FRECUENCIA AL CONSUL-
TORIO DENTAL PARA SU PRIMERA VISITA SUFRIENDO DOLORES, Y CON-
NECESIDAD DE TRATAMIENTOS MÁS EXTENSOS, POR LO TANTO EN ESTA-
SITUACIÓN, COMO EN TODAS LAS DEMÁS, LA VERACIDAD DEL DENTISTA
ES ESENCIAL.

PODRÁ EXPLICÁRSELE QUE SI DURANTE EL TRATAMIENTO PRESENTA DO-
LOR, NOSOTROS PARAREMOS PARA VER LA MANERA QUE NO DUELA TANTO
Y HACERLO CON SUAVIDAD.

DESARROLLO PSICOLÓGICO

AL HABLAR CON EL NIÑO, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ DE PONERSE A SU MISMO NIVEL EN POSICIÓN Y CONSERVACIÓN EN PALABRAS E IDEAS. NO TIENE NINGÚN VALOR USAR PALABRAS DEMASIADO DIFÍCILES QUE EL NIÑO NO PUEDA COMPRENDER.

HABLAR DEMASIADO CONFUNDIRÁ AL NIÑO, Y LE PRODUCIRÁ DESCONFIANZA Y APRENSIÓN COMO CUALQUIER OTRA COSA QUE NO COMPRENDA. AL SELECCIONAR TEMAS DE CONVERSACIÓN, SE ESCOGERÁN TEMAS O SITUACIONES QUE LES SEAN FAMILIARES.

SI POR EJEMPLO, SE HABLA DE FÚTBOL CON UN NIÑO PEQUEÑO, NO SE DEBE DE DISCUTIR LAS REGLAS COMPLICADAS DEL JUEGO, SINO HABLAR DE LAS EXPERIENCIAS PERSONALES DEL NIÑO EN EL CAMPO DEL JUEGO, DEJANDO QUE ESTE LLEVE LA CONVERSACIÓN.

SI EL NIÑO ES MUY PEQUEÑO, ES CONVENIENTE AÑADIR ALGO DE FANTASÍA PARA DAR MÁS INTERÉS.

SE DEBE EVITAR HABLAR A LOS NIÑOS COMO SI FUERAN MÁS PEQUEÑOS DE LOS QUE SON, PUES PUEDEN CONSIDERARLO COMO UNA OFENSA, QUE SI SE LES HABLA COMO SI FUERAN MAYORES, ESTO ES, NO UTILIZAR PALABRAS DE BEBÉ CON NIÑOS DE CUATRO O CINCO AÑOS.

LOS NIÑOS SE SIENTEN HALAGADOS SI LOS ADULTOS LOS CONSIDERAN MAYORES DE LO QUE SON.

ALEJAR DE SUS MENTES LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES, CON LOS TEMAS ESCOGIDOS RESULTARÁ EFICAZ, PUES ELLOS ESTARÁN INTERESADOS EN LO QUE UNO DICE.

LA TÉCNICA TENDRÁ ESPECIAL ÉXITO SI SE CONTINÚA UN TONO MONÓTONO CUANDO SE ADMINISTRA LA INYECCIÓN [EN CASO DE APLICARLA].

SI EL NIÑO HACE PREGUNTAS, SE TRATA DE RESPONDERLAS CON LA MAYOR EXACTITUD POSIBLE. SIN EMBARGO, NO SE DEBE DE DEJAR QUE EL NIÑO USE LAS PREGUNTAS COMO TÉCNICA DILATORIA.

LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES EN LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO PARA TRATAMIENTOS DENTALES, RESIDE PRINCIPALMENTE

EN EL PROBLEMA EMOCIONAL DEL MIEDO,

EL MIEDO REPRESENTA PARA EL DENTISTA EL PRINCIPAL PROBLEMA DE MANEJO, Y ES UNA DE LAS RAZONES POR LAS CUALES LA GENTE DESCUIDA EL TRATAMIENTO DENTAL.

DEBE ENSEÑARSELE AL NIÑO QUE EL CONSULTORIO DENTAL NO TIENE - PORQUE INSPIRAR MIEDO. LOS PADRES JAMÁS DEBERÁN TOMAR LA ODONTOLOGÍA COMO AMENAZA.

LLEVAR AL NIÑO AL DENTISTA NO DEBERÁ NUNCA IMPLICAR CASTIGO, - YA QUE AL EMPLEARLO ASÍ CREA INDUDABLEMENTE MIEDO AL ODONTÓLOGO.

POR OTRO LADO SI EL NIÑO APRECIA AL DENTISTA, EL MIEDO A PERDER PUEDE MOTIVARLO PARA ACEPTAR LA DISCIPLINA DEL CONSULTORIO.

EXISTEN DIVERSOS COMPORTAMIENTOS DE LOS PADRES PARA CON LOS NIÑOS ENTRE LOS CUALES SE PUEDEN MENCIONAR LOS SIGUIENTES:

PREOTECCIÓN EXCESIVA:

TODO NIÑO NECESITA AMOR Y AFECTO. SIN EMBARGO, A CAUSA DE CIERTOS FACTORES EMOCIONALES, RELACIONADOS CON EXPERIENCIAS O DIFICULTADES PRESENTES, EL IMPULSO PROTECTOR DE LOS PADRES PUEDE VOLVERSE EXCESIVO E INTERFERIR, EN LA EDUCACIÓN NORMAL DEL NIÑO.

GENERALMENTE EL NIÑO QUE ESTÁ EXCESIVAMENTE PROTEGIDO, NO PUEDE UTILIZAR INICIATIVA PROPIA O TOMAR DECISIONES POR SÍ MISMO. COMO PUEDE IMAGINARSE, ESTOS NIÑOS CONSTITUYEN PACIENTES IDEALES, SI NO SON EXCESIVOS EN SU ACTITUD, PORQUE SON OBEDIENTES Y EDUCADOS REACCIONANDO BIEN A LA DISCIPLINA.

SIN EMBARGO, FRECUENTEMENTE A CAUSA DE LA TIMIDÉZ, EL DENTISTA TIENE QUE ROMPER "LA BARRERA DE TIMIDÉZ", HACIENDO QUE EL NIÑO CONFÍE EN SU CAPACIDAD PARA SER UN BUEN PACIENTE DENTAL.

RECHAZO:

EXISTEN VARIOS GRADOS DE RECHAZO, DESDE LIGERA INDIFERENCIA A CAUSA DE TRABAJO U OTROS INTERESES, HASTA RECHAZO COMPLETO A CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONALES; EL PADRE QUE ES ALGO INDIFE--

RENTE TIENE HIJOS QUE SE SIENTEN INFERIORES Y OLVIDADOS. NO ESTÁN SEGUROS DE SÍ MISMOS Y DE SU LUGAR EN LA SOCIEDAD, - DESARROLLAN RESENTIMIENTOS, SE VUELVEN POCO COOPERADORES, SE- RETRAEN EN SÍ MISMOS SIN AMAR NI INTERESARSE POR NADIE. EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, ESTE NIÑO PUEDE SER DIFÍCIL - DE MANEJAR.

HABRÁ QUE TRATARSE CUALQUIER DESOBEDIENCIA MANIFESTADA POR EL NIÑO, NO CON RECHAZO SINO ESFORZÁNDOSE EN SER AMIGABLE Y EN - COMPRENDERLO.

ESTOS NIÑOS GENERALMENTE DEMANDAN MUCHO, Y DEBERÁN RESPETARSE SUS PETICIONES EN LO POSIBLE, PORQUE ESTÁN NECESITADOS DE A-- TENCIÓN Y BONDAD.

DEBERÁN RECIBIR LA ATENCIÓN ADECUADA CUANDO SE PORTA BIEN Y - NO CUANDO SE PORTA MAL. SE LE ENSEÑARÁ QUE CUANDO SE PORTA - BIEN EL TRATAMIENTO DENTAL ES MUCHO MÁS AGRADABLE.

ANSIEDAD EXCESIVA:

ÉSTA ACTITUD SE CARACTERIZA POR PREOCUPACIÓN EXCESIVA POR PAR TE DE LOS PADRES POR EL NIÑO, COMO RESULTADO DE ALGUNA TRAGE- DIA FAMILIAR ANTERIOR, QUE FUÉ CONSECUENCIA DE ALGUNA ENFER-- MEDAD O ACCIDENTE.

SE ASOCIA GENERALMENTE CON EXCESOS DE AFECTO, PROTECCIÓN Y - MIMO. NO SE LES PERMITE QUE JUEGUEN O TRABAJEN SOLOS.

SON GENERALMENTE BUENOS PACIENTES SI SE LES INSTRUYE PARA QUE LO SEAN. SIN EMBARGO ES POSIBLE QUE EL DENTISTA TENGA ALGO DE- DIFICULTAD EN VENCER SUS TEMORES. PERO SI SE ALIENTA AL NIÑO - ESTE POR LO GENERAL REACCIONARÁ DE MANERA SATISFACTORIA.

DOMINACIÓN:

LOS PADRES QUE SON DOMINANTES, EXIGEN DE SUS HIJOS RESPONSA-- BILIDADES EXCESIVAS QUE SON INCOMPATIBLES CON SU EDAD CRONOLÓ GICA.

NO ACEPTAN AL NIÑO COMO ES, SINO QUE LO FORZAN A COMPETIR CON OTROS NIÑOS QUE EN OCASIONES SON MAYORES O MÁS AVANZADOS.

ESTAS MOLESTIAS Y CRÍTICAS CONSTANTES DESARROLLAN EN EL NIÑO- RESENTIMIENTO Y EVASIÓN O BIEN SUMISIÓN E INQUIETUD.

SI SE LES TRATA AMABLE Y CONSIDERADAMENTE, ESTOS NIÑOS GENERALMENTE LLEGAN A SER BUENOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS. SU REACCIÓN ES PARECIDA A LA PRODUCIDA POR LOS NIÑOS CON PADRES EXIGENTES.

IDENTIDAD:

EN CIERTOS CASOS, LOS PADRES TRATAN DE REVIVIR SUS PROPIAS VIDAS EN LOS HIJOS. AL HACERLO, QUIEREN DAR AL NIÑO TODAS LAS VENTAJAS QUE LES FUERON NEGADAS.

SI EL NIÑO NO REACCIONA FAVORABLEMENTE, LOS PADRES MUESTRAN ABIERTAMENTE SU DECEPCIÓN. EL NIÑO OBSERVADOR SIENTE ESTAS DESAPROBACIONES PATERNAS Y TIENE SENTIMIENTOS DE CULPA QUE SE REFLEJAN CON TIMIDEZ, INSEGURIDAD Y RETRAIMIENTO.

LLORA CON FACILIDAD Y NO TIENE CONFIANZA EN SÍ MISMO, TRATA DE HACER POCO POR MIEDO AL FRACASO.

ESTOS NIÑOS REACCIONAN EN EL CONSULTORIO DENTAL DE LA MISMA MANERA QUE LOS DE PADRES DOMINANTES.

EN CUANTO AL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO, EXISTEN ALGUNOS CASOS EN QUE LA SOLA PRESENCIA DE LOS PADRES INFUNDE CONFIANZA EN EL NIÑO, ESPECIALMENTE SI TIENE MENOS DE CUATRO AÑOS DE EDAD.

SI SE INVITA AL PADRE DE UN NIÑO MAYOR PARA QUE PASE A LA SALA DE TRATAMIENTO, DEBERÁ DESEMPEÑAR EL PAPEL DE UN HUÉSPED PASIVO Y PERMANECER DE PIE O SENTARSE ALEJADO DE LA UNIDAD.

NO DEBERÁ HABLAR AL DENTISTA, NI AL NIÑO, A MENOS QUE ÉL SE LO PIDA, ASÍ COMO TAMPOCO DEBERÁ DE DARLE LA MANO, NI MIRARLE CON SIMPATÍA O MOSTRARLE ALGUNA EXPRESIÓN ASUSTADA.

NO HAY NADA QUE TRASTORNE MÁS EL ÉXITO DEL MANEJO DE UN NIÑO QUE UNA SITUACIÓN EN LA QUE LA MADRE ESTÁ COMUNICANDO INFORMACIÓN FALSA AL NIÑO, O LE ESTÁ TRANSMITIENDO SU SIMPATÍA.

ESTA DIVISIÓN DE OBEEDIENCIAS LLEVARÁ A DESCONFIAR DEL DENTISTA Y TAMBIÉN CREARÁ TEMOR A LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES.

REGLAS GENERALES PARA EL MANEJO DEL NIÑO

- 1.- GANARSE LA ATENCIÓN DEL NIÑO PARA ASEGURARSE DE QUE ESTÁ-OYENDO LAS EXPLICACIONES.
- 2.- EXPRESARSE EN UN LENGUAJE SENCILLO PARA LA MAYOR COMPRESIÓN DEL NIÑO.
- 3.- NO EMPLEAR AMENAZAS NI SOBORNOS.
- 4.- NO HACER DEMASIADO TRATAMIENTO EN LA PRIMERA CITA.
- 5.- SE COMENZARÁ LA INSPECCIÓN CON LA VISTA Y LOS DEDOS Y POSTERIORMENTE SE USARÁ EL ESPEJO Y EXPLORADOR.
- 6.- NO TENER INSTRUMENTAL EN EL BRAKET, AL INTRODUCIR AL NIÑO AL SILLÓN DENTAL.
- 7.- ESTABLECER UNA CONVERSACIÓN CONSTANTE PARA TRANSFERIR CONFIANZA, SEGURIDAD Y ENTUSIASMO AL NIÑO.
- 8.- SE LE DARÁ OTRO NOMBRE A LA INYECCIÓN, LA FRESA, O CUALQUIER OBJETO QUE CAUSE STRESS.
- 9.- HALAGAR AL NIÑO EN SUS BUENOS HÁBITOS Y RECOMPENSAR SU BUEN COMPORTAMIENTO.
- 10.- EN CIERTAS OCASIONES SE DARÁ ÓRDENES EN LUGAR DE SUGERENCIAS AL NIÑO, YA QUE SI SE LE DÁ A ELEGIR, ÉL PUEDE RECHAZAR LO QUE SE LE ESTÁ PIDIENDO, POR LO CONTRARIO SI SE LE DÁ UNA ÓRDEN NO TIENE QUE ELEGIR.

C A P I T U L O 2

CAVIDAD PULPAR

EL OBJETO DE LA TERAPÉUTICA RADICULAR EN AMBAS DENTICIONES SI GUE SIENDO LA PRESERVACIÓN DEL DIENTE EN FUNCIÓN, CLARO ESTÁ- QUE LA TÉCNICA USADA PARA LLEVAR A CABO ESTO DIFIERE CONSIDE- RABLEMENTE,

EN LA DENTICIÓN PERMANENTE, EL OBJETO ES SELLAR EL ORIFICIO - APICAL CON UN MATERIAL NO REABSORBIBLE, MIENTRAS QUE EN LA - DENTICIÓN TEMPORAL SE TOMA CUIDADO PARA OBTURAR EL CONDUCTO - RADICULAR CON UN MATERIAL DE OBTURACIÓN REABSORBIBLE, EL CUAL SE REABSORBERÁ AL MISMO TIEMPO QUE LA RAÍZ.

LAS CAVIDADES PULPARES DE LOS DIENTES TEMPORALES TIENEN CIER- TAS CARACTERÍSTICAS COMUNES:

- 1.- PROPORCIONALMENTE SON MUCHO MÁ S GRANDES QUE EN LA DENTI-- CIÓN PERMANENTE.
- 2.- EL ESMALTE Y LA DENTINA QUE RODEA LA CAVIDAD PULPAR SON - MUCHO MÁ S DELGADO QUE EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.
- 3.- NO HAY DEMARCACIÓN CLARA ENTRE LA CÁMARA PULPAR Y LOS CON- DUCTOS RADICULARES.
- 4.- LOS CONDUCTOS RADICULARES SON MÁ S ESBELTOS, SE ESTRECHAN- GRADUALMENTE Y SON MÁ S LARGOS, EN PROPORCIÓN A LA CORONA, QUE LOS DIENTES CORRESPONDIENTES PERMANENTES.
- 5.- LOS CUERNOS PULPARES SON MÁ S PUNTIAGUDOS QUE LOS QUE LA - ANATOMÍA DE LAS CÚSPIDES SUGIERA.

ANATOMIA

LA PULPA DENTARIA OCUPA EL CENTRO GEOMÉTRICO DEL DIENTE Y ESTÁ RODEADA TOTALMENTE POR DENTINA.

SE DIVIDE EN:

A] PULPA CORONARIA Ó CÁMARA PULPAR

B] PULPA RADICULAR, OCUPANDO LOS CONDUCTOS RADICULARES.

ESTA DIVISIÓN ES NETA EN LOS DIENTES CON VARIOS CONDUCTOS, PERO EN LOS QUE POSEEN UN SOLO CONDUCTO NO EXISTE DIFERENCIA OSTENSIBLE Y LA DIVISIÓN SE HACE MEDIANTE UN PLANO IMAGINARIO QUE CORTASE LA PULPA A NIVEL DEL CUELLO DENTARIO.

DEBAJO DE CADA CÚSPIDE SE ENCUENTRA UNA PROLONGACIÓN MÁS O MENOS AGUDA DE LA PULPA, DENOMINADA CUERNO PULPAR, CUYA MORFOLOGÍA PUEDE MODIFICARSE POR:

A] SEGÚN LA EDAD

B] PROCESOS DE ABSORCIÓN

C] CARIES

D] OBTURACIONES

ESTOS CUERNOS PULPARES CUYA LESIÓN Ó EXPOSICIÓN TANTO HAY QUE EVITAR, EN ODONTOLOGÍA OPERATORIA AL HACER LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES EN DENTINA, DEBERÁN SER ELIMINADOS TOTALMENTE DURANTE LA PULPECTOMÍA TOTAL, PARA QUE NO SE DECOLORE EL DIENTE. EN LOS DIENTES DE UN SOLO CONDUCTO [LA MAYORÍA DE LOS DIENTES ANTERIORES, PREMOLARES INFERIORES Y ALGUNOS SEGUNDOS PREMOLARES SUPERIORES], EL SUELO O PISO PULPAR NO TIENE UNA DELIMITACIÓN PRECISA COMO EN LOS QUE POSEEN VARIOS CONDUCTOS, Y LA PULPA CORONARIA SE VA ESTRECHANDO GRADUALMENTE HASTA EL FORÁMEN APICAL.

POR EL CONTRARIO, EN LOS DIENTES DE VARIOS CONDUCTOS [MOLARES PRIMARIOS PREMOLARES SUPERIORES Y EXCEPCIONALMENTE PREMOLARES INFERIORES Y ANTERIORES], EN EL SUELO O PISO PULPAR SE INICIAN LOS CONDUCTOS CON UNA TOPOGRAFÍA MUY PARECIDA A LA DE LOS GRANDES VASOS ARTERIALES CUANDO SE DIVIDEN EN VARIAS RAMAS TERMINALES.

PAGANO DENOMINA: ROSTRUM CANALIUM, LA ZONA O EL ESPOLÓN DONDE SE INICIA LA DIVISIÓN.

EL SUELO PULPAR, DONDE SE ENCUENTRA EL ROSTRUM CANALIUM, DEBE RESPETARSE POR LO GENERAL EN ENDODONCIA CLÍNICA Y VISUALIZARSE AMPLIAMENTE DURANTE TODO EL TRABAJO.

ASÍ COMO LA MORFOLOGÍA DE LA CÁMARA PULPAR ES APRECIABLE CON UNA BUENA PLACA ROENTGENOLÓGICA, ESPECIALMENTE SI ÉSTA ES CORONARIA O INTERPROXIMAL, Y POR SUPUESTO ES COMPLETAMENTE CONTROLABLE VISUAL E INSTRUMENTALMENTE DURANTE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES ENDODÓNTICAS, LA MORFOLOGÍA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES, POR EL CONTRARIO, DIFICULTA EL HALLARLA, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PREPARACIÓN Y OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS.

ES NECESARIO TENER PRESENTE UN AMPLIO CONOCIMIENTO ANATÓMICO Y RECURRIR A LAS PLACAS ROENTGENOLÓGICAS, TANTO DIRECTAS COMO CON MATERIAL DE CONTRASTE, INSTRUMENTOS O MATERIAL DE OBTURACIÓN, PARA PODER CONOCER CORRECTAMENTE LOS DISTINTOS ACCIDENTES DE NÚMERO, FORMA, DIRECCIÓN, DISPOSICIÓN, LATERALES Y DELTA APICAL QUE LOS CONDUCTOS RADICULARES PUEDAN TENER,

EXISTEN DIVERSOS TRAYECTOS QUE PUEDE PRESENTAR EL CONDUCTO RADICULAR.

SEGÚN PUCCI Y REIG [1944] SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

- A] CONDUCTO PRINCIPAL [P]
- B] CONDUCTO LATERAL O ADVENTICIO [A]
- C] CONDUCTO SECUNDARIO [B]
- D] CONDUCTO ACCESORIO [C]
- E] CONDUCTO CAVOINTERRADICUALR [D]
- F] DELTA APICAL CON FORÁMENES MÚLTIPLES [E]

CONDUCTO PRINCIPAL:

ES EL MÁS IMPORTANTE Y PASA POR EL EJE DENTARIO Y GENERALMENTE ALCANZA EL ÁPICE.

CONDUCTO LATERAL O ADVENTICIO:

ES EL QUE COMUNICA EL CONDUCTO PRINCIPAL, CON EL PERIODONTO A NIVEL DE LOS TERCIOS MEDIO Y CERVICAL DE LA RAÍZ. EL RECORRIDO PUEDE SER PERPENDICULAR U OBLICUO.

CONDUCTO SECUNDARIO:

ES EL CONDUCTO, QUE SIMILAR AL LATERAL, COMUNICA DIRECTAMENTE AL CONDUCTO PRINCIPAL CON EL PERIODONTO, PERO EN EL TERCIO APICAL.

CONDUCTO ACCESORIO:

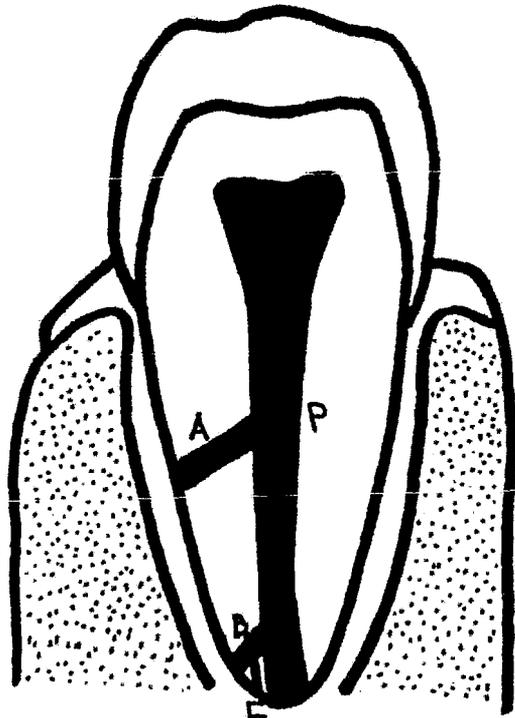
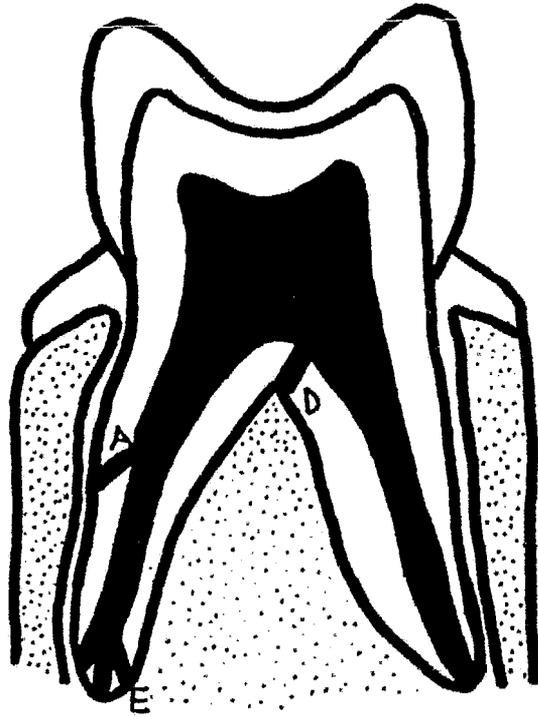
ES EL QUE COMUNICA UN CONDUCTO SECUNDARIO CON EL PERIODONTO, POR LO GENERAL EN PLENO FORÁMEN APICAL,

CONDUCTO CAVOINTERRADICULAR:

ES EL QUE COMUNICA LA CÁMARA PULPAR CON EL PERIODONTO, EN LA BIFURCACIÓN DE LOS MOLARES.

DELTA APICAL CON FORÁMENES MÚLTIPLES:

LO CONSTITUYEN LAS MÚLTIPLES TERMINACIONES DE LOS DISTINTOS CONDUCTOS QUE ALCANZAN EL FORÁMEN APICAL MÚLTIPLE, FORMANDO UN DELTA DE RAMAS TERMINALES.



HISTOLOGIA

LA PULPA DENTARIA ESTÁ FORMADA POR:

- A) SUBSTANCIA INTERCELULAR
- B) ELEMENTOS CELULARES
- C) VASOS
- D) NERVIOS

SUBSTANCIA INTERCELULAR:

ES UNA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL AMORFA, ABUNDANTE, GELATINOSA, -BASÓFILA, SEMEJANTE A LA SUBSTANCIA DEL TEJIDO CONJUNTIVO MUCOIDE, Y DE ELEMENTOS FIBROSOS COMO SON:

FIBRAS COLÁGENAS RETICULARES DE VAN KORFF.

LAS FIBRAS DE VAN KORFF, SON ESTRUCTURAS ONDULADAS EN FORMA - DE TIRABUZÓN, QUE SE ENCUENTRAN LOCALIZADAS ENTRE LOS ODONTOBLASTOS Y SON ORIGINADAS POR LA CONDENSACIÓN DE LA SUBSTANCIA FIBRILAR PULPAR, INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE LA CAPA DE ODONTOBLASTOS, ESTAS TIENEN GRAN IMPORTANCIA EN LA FORMACIÓN DE LA MATRÍZ DE LA DENTINA, AL PENETRAR EN LA PREDENTINA, SE EXTIENDE EN FORMA DE ABANICO DANDO ORIGEN A LAS FIBRAS COLÁGENAS DE LA MATRIZ DENTINARIA.

ELEMENTOS CELULARES:

SE ENCUENTRAN DISTRIBUIDOS ENTRE LA SUBSTANCIA INTERCELULAR, - Y COMPRENDEN LAS SIGUIENTES CÉLULAS:

- A) FIBROBLASTOS
- B) HISTIOCITOS
- C) ODONTOBLASTOS
- D) CÉLULAS MESENQUIMATOSAS INDIFERENCIADAS
- E) CÉLULAS LINFOIDEAS ERRANTES

FIBROBLASTOS:

TIENEN DISTINTA FORMA Y TAMAÑO, EMITIENDO PROLONGACIONES PROTOPLASMÁTICAS QUE SE ANASTOMOSAN ENTRE SÍ, PARA FORMAR UNA MALLA DENTRO DE LA SUBSTANCIA INTERCELULAR.

HISTIOCITOS:

SE ENCUENTRAN GENERALMENTE A LO LARGO DE LOS CAPILARES, PUE--
DEN TENER FORMA DIVERSA EN LA PULPA HUMANA, PERO POR LO REGU--
LAR SE RECONOCEN FACILMENTE.

DURANTE EL PROCESO INFLAMATORIO, RECOGEN SUS PROLONGACIONES -
CITOPLASMÁTICAS ADQUIRIENDO UNA FORMA REDONDEADA, EMIGRAN AL--
SITIO DE INFLAMACIÓN Y SE TRANSFORMAN EN MACRÓFAGOS ERRANTES--
QUE TIENEN GRAN ACTIVIDAD FAGOCÍTICA ANTE LOS CUERPOS EXTRA--
ÑOS QUE PENETRAN AL TEJIDO PULPAR.

ODONTOBLASTOS:

SU DESARROLLO COMIENZA EN LA PUNTA DEL CUERPO PULPAR Y PRO--
GRESA EN SENTIDO APICAL.

SON CÉLULAS DIFERENCIADAS DEL TEJIDO CONJUNTIVO, SU CUERPO ES
CILÍNDRICO Y SU NÚCLEO ES OVAL.

CADA CÉLULA SE EXTIENDE COMO PROLONGACIÓN CITOPLASMÁTICA DEN--
TRO DE UN TÚBULO DE LA DENTINA Y SE LES LLAMAN FIBRAS DENTA--
RIAS O FIBRAS DE TOMES.

CÉLULAS MESENQUIMATOSAS INDIFERENCIADAS:

PUEDEN TRANSFORMARSE EN CUALQUIER TIPO DE CÉLULAS DEL TEJIDO--
CONJUNTIVO.

EN LA REACCIÓN INFLAMATORIA TAMBIÉN PUEDEN CONVERTIRSE EN MA--
CRÓFAGOS. MORFOLÓGICAMENTE ES DIFÍCIL DISTINGUIRLAS DE LAS CÉ--
LULAS ENDOTELIALES, PERO SE ENCUENTRAN AFUERA Y MUY CERCA DE--
LAS CÉLULAS ENDOTELIALES.

CÉLULAS LINFOIDEAS ERRANTES:

SON CON TODA PROBABILIDAD LINFOCITOS, QUE SE HAN ESCAPADO DE--
LA CORRIENTE SANGUÍNEA.

EN LAS REACCIONES INFLAMATORIAS CRÓNICAS, EMIGRAN HACIA LAS -
REGIONES LESIONADAS Y SE TRANSFORMAN EN MACRÓFAGOS O EN CÉLU--
LAS PLASMÁTICAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS
CRÓNICOS.

VASOS:

VASOS SANGUÍNEOS:

LA PULPA DENTARIA, ES UN ÓRGANO RICO EN SU VASCULARIZACIÓN, -
RECIBE SANGRE DE: LAS ARTERIAS, MAXILAR INTERNA, DE LA INFRA-
ORBITARIA, DE LA DENTAL INFERIOR Y DE LA ALVEOLAR.

PENETRAN A TRAVÉS DE LOS FORÁMENES APICALES, PASAN POR LOS -
CONDUCTOS RADICULARES A LA CÁMARA PULPAR, AQUÍ SE DIVIDEN Y -
SUBDIVIDEN HASTA CONSTITUIR UNA RICA RED PULPAR.

DEBAJO DE LOS ODONTOBLASTOS SE FORMA LA RED DE MASA, DE LOS -
CUALES SE ENCUENTRA LA VENA ALVEOLAR Y LAS DENTALES INFERIO--
RES POR CADA ARTERIA DE QUE CONSTA LA PULPA.

VASOS LINFÁTICOS:

EL AFLUJO LINFÁTICO DE LA PULPA, NO ES BIEN CONOCIDO, NO OBS-
TANTE SE A DEMOSTRADO DU PRESENCIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE-
COLORANTES DENTRO DE LA PULPA, ESTOS COLORANTES SON RECUPERA-
DOS EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS.

NAYERS Y DEWEY DEMOSTRARON QUE EL DRENAJE LINFÁTICO EN EL MA-
XILAR TIENE LUGAR HACIA EL CONDUCTO INFRAORBITARIO Y EN LA -
MANDÍBULA, HACIA EL CONDUCTO DEL DENTARIO INFERIOR.

MÁS HAYÁ DE LOS CONDUCTOS, LA LINFA SIGUE EL CURSO DE LA AR--
TERIA Y VENAS FACIALES, HACIA LOS GANGLIOS SUBMAXILARES Y SUB
MENTONIANOS.

NERVIOS:

LA PULPA RECIBE INERVACIÓN DE LA SEGUNDA Y TERCERA RAMA DEL -
QUINTO PAR CRANEAL QUE ES EL TRIGÉMINO, PENETRANDO A LA PULPA
POR EL FORÁMEN APICAL.

LOS HACES NERVIOSOS QUE PENETRAN A LA PULPA, SON FIBRAS MIE--
LÍNICAS Y AMIELÍNICAS.

LAS FIBRAS MIELÍNICAS SE DISTRIBUYEN EN TODA LA PULPA, LAS -
AMIELÍNICAS PERTENECEN, AL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO, QUE I--
NERVAN A LOS VASOS SANGUÍNEOS REGULANDO SUS CONTRACCIONES Y -
SUS DILATACIONES.

CAMBIOS PULPARES POR ENVEJECIMIENTO

LOS CAMBIOS QUE PRESENTA LA PULPA A TRAVÉS DE SU EXISTENCIA SON DIMENSIONALES Y ESTRUCTURALES.

CAMBIOS DIMENSIONALES:

EL TAMAÑO DE LA CÁMARA PULPAR DEL DIENTE MADURO ES MÁS GRANDE CUANDO ESTE ASUME SU POSICIÓN FUNCIONAL EN LA CAVIDAD BUCAL. LA FORMACIÓN DE DENTINA ES UN PROCESO CONTÍNUO Y SE ACELERA DURANTE PERÍODOS DE ESTÍMULO AUMENTADO.

AUNQUE LA DENTINA SE VUELVE, PROGRESIVAMENTE MÁS GRUESA, LA CÁMARA PULPAR Y SU TEJIDO CONECTIVO DISMINUYE Y ESTO PUEDE CONTINUAR HASTA QUE LA CÁMARA SE OBLITERA CASI COMPLETAMENTE. SE PRODUCEN EFECTOS PROFUNDOS EN EL PLEXO PERIFÉRICO DE VASOS SANGUÍNEOS Y NERVIOS, COMO RESULTADO DEL AUMENTO DE GROSOR DE LA DENTINA Y LA DISMINUCIÓN DEL TEJIDO PULPAR.

SE HA VISTO QUE LOS NERVIOS SON MENOS NUMEROSOS EN LA DENTINA EXTERNA Y MÁS NUMEROSOS CERCA DE LA PULPA.

ESTO SE HA EXPLICADO POR EL HECHO DE QUE LAS FIBRAS Y LAS TERMINACIONES DEL PLEXO DE RASCHKOW SE INCORPORAN A LA DENTINA CUANDO ESTA ÚLTIMA SE DEPOSITA EN EL ÁREA.

POR OTRA PARTE, LOS VASOS SANGUÍNEOS NO PERSISTEN CON LA INTRUSIÓN DE DENTINA, MÁS BIEN SE HA VISTO QUE SE "CIERRAN" PLEXOS CAPILARES EN EL ÁREA ODONTOBLÁSTICA REPUESTA.

CAMBIOS ESTRUCTURALES:

LOS CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE ODONTOBLASTOS QUE SE PRODUCEN NATURALMENTE CON LA EDAD, AFECTAN CÉLULAS Y FIBRILLAS INTERCELULARES.

LOS ODONTOBLASTOS DISMINUYEN EN NÚMERO A MEDIDA QUE EL TAMAÑO DE LA CÁMARA PULPAR SE REDUCE, DEBIDO A QUE LOS ODONTOBLASTOS DEBILITADOS PUEDEN MORIR POR LA ACUMULACIÓN DE CÉLULAS EN UN ESPACIO MÁS PEQUEÑO.

ANTES SE CREÍA QUE EL NÚMERO DE CÉLULAS DEL CENTRO DE LA PULPA

DIMINUIAN CON LA EDAD. MÁS RECIENTEMENTE, SE HA SUGERIDO QUE -
AUNQUE EL NÚMERO DE CÉLULAS DISMINUYE DURANTE EL DESARROLLO -
DE LA PULPA, CON LA MADUREZ SE ESTABILIZA Y PERMANECE MÁS O -
MENOS CONSTANTE DURANTE TODA LA VIDA DEL DIENTE.

LAS FIBRILLAS MUESTRAN CAMBIOS DEFINIDOS CON LA EDAD.

POR EJEMPLO; MIENTRAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR FIBRILLAS DE -
OXITALÁN EN LA PULPA EN DESARROLLO, NO ESTÁN PRESENTES EN LA
PULPA MADURA.

LAS FIBRILLAS RETICULARES AUMENTAN SU NÚMERO CON LA EDAD EN -
PULPA DE LA CORONA Y PULPA RADICULAR. LAS FIBRILLAS COLÁGENAS -
TIENDEN A AUMENTAR SU NÚMERO CON LA EDAD, PARTICULARMENTE EN -
LA RAÍZ.

LA MEMBRANA BASAL AUMENTA SU GROSOR A MEDIDA QUE LA PULPA EN -
VEJECE.

FISIOLOGIA

LAS FUNCIONES DE LA PULPA DENTAL SON CUATRO:

- A) FORMATIVA
- B) NUTRITIVA
- C) SENSIBILIDAD
- D) DEFENSIVA

FORMATIVA:

ES LA FUNCIÓN MÁS IMPORTANTE DE LA PULPA, EN DONDE LOS ODOTOBLASTOS CONTINÚAN PRODUCIENDO DENTINA TANTO TIEMPO COMO HAY PULPA, EXISTIENDO TRES TIPOS DE DENTINA.

DENTINA PRIMARIA:

SU COMIENZO TIENE LUGAR EN EL ENGROSAMIENTO DE LA MEMBRANA - BASAL, ENTRE EL EPITELIO INTERNO DEL ESMALTE Y LA PULPA PRIMARIA MESODÉRMICA.

DENTINA SECUNDARIA:

CON LA ERUPCIÓN DENTINARIA Y ESPECIALMENTE CUANDO EL DIENTE - ALCANZA LA OCLUSIÓN CON EL ANTAGONISTA, LA PULPA PRINCIPIA A RECIBIR LOS EMBATES NORMALES BIOLÓGICOS COMO SERÍAN:

MASTICACIÓN, CAMBIOS TÉRMICOS LIGEROS, IRRITACIONES QUÍMICAS, PEQUEÑOS TRAUMAS, ETC.,

PUESTO QUE ESTAS AGRESIONES ESTAN DENTRO DE LA CAPACIDAD DE - RESISTENCIA PULPAR, ESTIMULAN EL MECANISMO DE LAS DEFENSAS - PULPARES Y PROVOCAN UN DEPÓSITO INTERMITENTE DE DENTINA SECUNDARIA QUE CORRESPONDE A UNA MENOR PERMEABILIDAD QUE LA ANTERIOR, Y COMPENSAN EL DESGASTE PRODUCIDO POR LA MASTICACIÓN.

ESTA DENTINA CORRESPONDE AL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LA PULPA POR LO CUAL TAMBIÉN SE LE LLAMA DENTINA FISIOLÓGICA.

DENTINA TERCIARIA:

CUANDO LOS IRRITANTES QUE RECIBE LA PULPA SON MÁS INTENSOS Y - AGRESIVOS, ALCANZANDO CASI EL LÍMITE DE TOLERANCIA PULPAR, TAL COMO:

- A) ABRASIÓN
- B) EROSIÓN
- C) CARIES
- D) EXPOSICIÓN DENTINARIA POR FRACTURA
- E) PREPARACIÓN DE CAVIDADES O MUÑONES
- F) ALGUNOS MEDICAMENTOS O MATERIALES DE CURACIÓN

SE FORMA LA TERCERA DENTINA, QUE SE LOCALIZA FRENTE A LA ZONA DE IRRITACIÓN, CON UNA DEFICIENTE CALCIFICACIÓN POR LO TANTO MENOS GRUESA, Y DE UNA TONALIDAD DIFERENTE A LAS ANTERIORES, DENOMINÁNDOLA DENTINA PATOLÓGICA.

NUTRITIVA:

YA QUE LA DENTINA NO POSEE SU PROPIO APORTE SANGUÍNEO, DEPENDE DE LOS VASOS DE LA PULPA PARA SU NUTRICIÓN Y SUS NECESIDADES METABÓLICAS.

SENSIBILIDAD:

EN LA PULPA SE ENCUENTRAN NERVIOS MIELINIZADOS Y NO MIELINIZADOS,

ALGUNOS DE LOS NERVIOS ESTÁN ASOCIADOS CON VASOS SANGUÍNEOS, OTROS CURSAN INDEPENDIENTEMENTE Y TERMINAN COMO REDES ALREDEDOR DE LOS ODONTOBLASTOS.

TODOS LOS ESTÍMULOS COMO EL CALOR, EL FRÍO ETC., RECIBIDOS POR LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DE LA PULPA SE INTERPRETAN DE LA MISMA MANERA Y POR LO TANTO PRODUCEN LA MISMA SENSACIÓN "DOLOR".

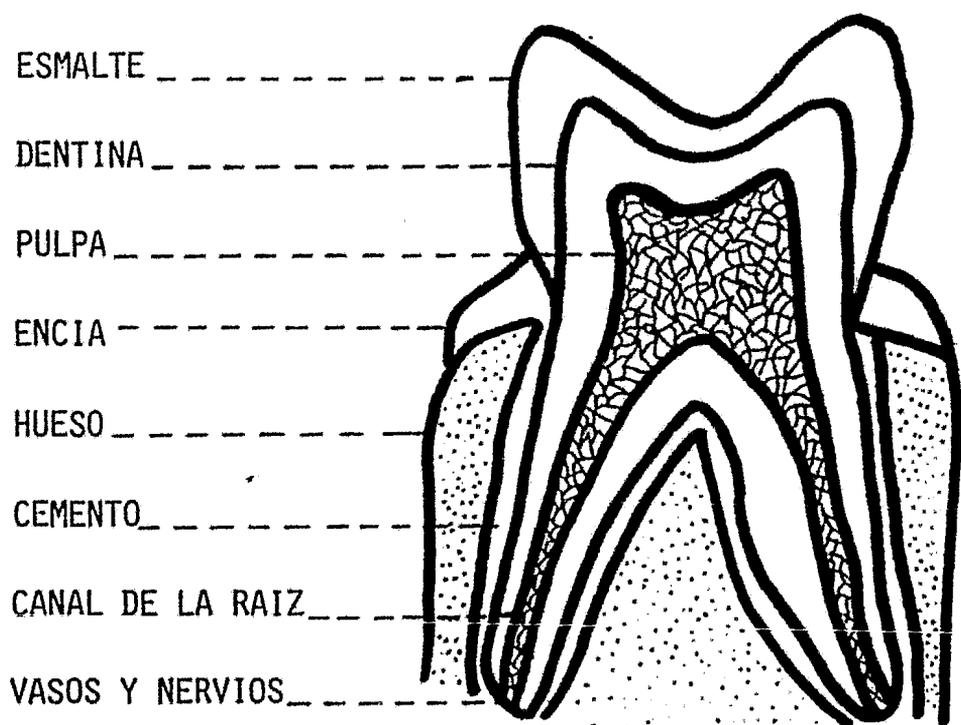
DEFENSIVA:

LAS CÉLULAS PROTECTORAS DE LA PULPA SON LOS ODONTOBLASTOS QUE FORMAN LA DENTINA SECUNDARIA Y LOS MACRÓFAGOS, QUE COMBATEN LA INFLAMACIÓN.

LA FORMACIÓN DE DENTINA SECUNDARIA ESPECÍFICAMENTE DE DENTINA REPARADORA, ES UNA MEDIDA DE DEFENSA DE LA PULPA PARA MANTENER UNA BARRERA PROTECTORA CONTRA NUMEROSAS FUERZAS EXTERNAS. ÉSTAS FUERZAS PUEDEN SER DESGATE NATURAL, CARIES Y OTRAS.

LA EXTENSIÓN A LA QUE REACCIONA LA PULPA A LOS ESTÍMULOS, DEPENDE POR SUPUESTO, DEL TIPO Y LA INTENSIDAD DE LA LESIÓN. EN FORMA SEMEJANTE AL RESTAURAR DIENTES, LA PULPA REACCIONA A ALGUNOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS MÁS QUE A OTROS Y A ALGUNOS MATERIALES QUE SE UTILIZAN EN RESTAURACIÓN EN FORMA MÁS INTENSA QUE A OTROS.

ANATOMIA DE UN DIENTE PRIMARIO



C A P I T U L O 3

ANESTESIA LOCAL

LA ANESTESIA LOCAL ES EL MEDIO USADO MÁS COMÚNMENTE PARA CONTROLAR EL DOLOR EN ODONTOLOGÍA.

AUNQUE SE PUEDE LOGRAR ANESTESIA POR PRESIÓN O POR FRÍO, E INCLUSO SE ASEGURA QUE POR MÉTODOS ELÉCTRICOS, EL MEDIO MÁS POPULAR Y EFICÁZ SIGUE SIENDO LA INYECCIÓN DE UNA SOLUCIÓN DE UN ANESTÉSICO BUCAL A LO LARGO DE UN TRONCO NERVIOSO PARA BLOQUEAR LA CONDUCCIÓN, O PERIFÉRICAMENTE EN LA TERMINACIÓN DEL TRONCO NERVIOSO POR INFILTRACIÓN DE TEJIDOS.

CON LOS NIÑOS EXISTEN DOS PROBLEMAS ESENCIALES CON RESPECTO A LA INYECCIÓN.

PRIMERO, NECESITAN UNA PREPARACIÓN MÁS CUIDADOSA PARA ASEGURARSE SU COOPERACIÓN Y SEGURIDAD DURANTE LA INYECCIÓN.

NO DEBERÁ INYECTARSE A NINGÚN NIÑO A MENOS QUE SUS MOVIMIENTOS CORPORALES ESTÉN BAJO COMPLETO CONTROL.

SEGUNDO, SE CREE ERRÓNEAMENTE QUE LA INERVACIÓN DE LA BOCA DE UN NIÑO DIFIERE DE LA DE UN ADULTO, PERO DE HECHO ESTO NO ES ASÍ.

AUNQUE LAS DISTANCIAS ENTRE LOS PUNTOS DE REFERENCIA SON LIGERAMENTE MENORES Y LOS PUNTOS DE REFERENCIA SON MÁS PEQUEÑOS, NO PUEDE EN REALIDAD CONSIDERARSE QUE EXISTA DIFERENCIA ENTRE NIÑOS Y ADULTOS.

GOLDBERG [1961] Y BERNS [1962] HAN DEMOSTRADO RADIOGRÁFICAMENTE, USANDO MATERIAL RADIOPACO INYECTADO CON ANESTÉSICO LOCAL, QUE LA ANESTESIA SE EXTENDERÁ LO SUFICIENTE PARA PRODUCIR ANESTESIA, SIEMPRE QUE LA SOLUCIÓN NO ESTÉ SEPARADA DEL NERVIPO POR UNA CAPA DE MÚSCULO O UN POCO DE PLANO APONEURÓTICO. DE ESTA MANERA, NO ES ESCENCIAL INCIDIR EN EL NERVIPO MANDIBULAR CON LA PUNTA DE LA AGUJA PARA PRODUCIR ANESTESIA, TAN SOLO ES NECESARIO ESTAR RAZONABLEMENTE CERCA DE ÉL.

SE HA ENCONTRADO QUE MUCHOS NIÑOS PUEDEN SER TRATADOS BAJO - ANESTESIA LOCAL, SIEMPRE QUE LOS PADRES COOPEREN Y NO EXISTA - OTRAS CONTRAINDICACIONES.

DEBERÁ INFORMARSE AL NIÑO, EN TÉRMINOS SENCILLOS LO QUE VA A REALIZARSE. NUNCA DEBERÁ DECÍRSELE UNA MENTIRA, PORQUE A ÉSTE - SE LE EÑGAÑA UNA VEZ Y A PARTIR DE AHÍ PERDERÁ LA CONFIANZA - PARA SIEMPRE.

ES MÁS SEGURO DECIR AL NIÑO QUE VA A EXPERIMENTAR ALGUNA MO - LESTIA COMO UNA PICADURA DE MOSQUITO O UN RASGUÑO, QUE PROME - TERLE UN PROCESO TOTALMENTE INDOLORO Y LUEGO NO PODER CUMPLIR LA PROMESA.

ALGUNOS OPERADORES CLÍNICOS ACONSEJAN EL USO DE ANESTÉSICOS - TÓPICOS, ANTES DE INYECTAR.

ES DIFÍCIL DETERMINAR HASTA QUE GRADO SON EFICACES. INDUDABLE - MENTE POSEEN VALOR PSICOLÓGICO, PERO NO SON SUBSTITUTOS DE - UNA BUENA TÉCNICA DE INYECCIÓN.

TÉCNICA GENERAL PARA ADMINISTRAR EL ANESTÉSICO:

- 1.- DEBERÁ SECARSE LA MEMBRANA MUCOSA PARA EVITAR LA DILUCIÓN DE LA ANESTESIA TÓPICA.
- 2.- DEBERÁ MANTENERSE EN ANESTÉSICO TÓPICO EN CONTACTO CON LA SUPERFICIE A TRATAR, POR LO MENOS DOS MINUTOS, CONSEDIEN - DO OTRO MINUTO PARA ENTRAR EN ACCIÓN.
UNO DE LOS ERRORES COMETIDOS AL UTILIZAR ANESTÉSICOS TÓ - PICOS POR PARTÉ DEL OPERADOR, ES NO CONCEDER TIEMPO SUFI - CIENTE PARA QUE EL AGENTE TÓPICO ACTÚE ANTES DE INYECTAR. ES ACONSEJABLE ESPERAR POR LO MENOS CUATRO MINUTOS DES - PUÉS DE APLICAR EL ANESTÉSICO TÓPICO Y ANTES DE EMPEZAR - LA INYECCIÓN.
- 3.- DEBERÁ SELECCIONARSE UN ANESTÉSICO TÓPICO QUE NO CAUSE - NECROSIS LOCAL EN EL LUGAR DE LA APLICACIÓN.
NO SE HA OBSERVADO IRRITACIÓN PRODUCIDA POR EL USO DE PO - MADA DE XILOCAÍNA.
- 4.- DEBERÁ UTILIZARSE UNA AGUJA AFILADA CON BISEL RELATIVAMEN

TE CORTO, UNIDA A UNA JERINGA QUE TRABAJE PERFECTAMENTE, SE CONSIDERA ADECUADA LA AGUJA DESECHABLE, YA QUE SIEMPRE ESTÁN AFILADAS Y ESTÉRILES. SU USO ELIMINA LA POSIBILIDAD DE TRANSFERIR UNA INFECCIÓN DE UN PACIENTE A OTRO.

5.- SI LOS TEJIDOS ESTÁN ALGO FLOJOS DEBERÁN ESTIRARSE, COMO OCURRE EN PLIEGUE MUCOBUCAL; DEBERÁN COMPRIMIRSE SI ESTÁN DENSAMENTE LIGADOS, COMO EN EL PALADAR DURO. USAR TENSIÓN Y PRESIÓN, AYUDA A PRODUCIR CIERTO GRADO DE ANESTESIA, Y DE ESTA MANERA DISMINUYE EL DOLOR ASOCIADO CON LA INTRODUCCIÓN DE LA AGUJA.

SI EL TEJIDO ESTÁ FLOJO, ES PREFERIBLE ESTIRARLO SOBRE LA AGUJA A MEDIDA QUE SE AVANZA.

6.- EL VASOCONSTRICTOR DEBRÁ MANTENERSE A LA MENOR CONCENTRACIÓN POSIBLE; POR EJEMPLO, CON XILOCAÍNA DE 2 X 100, NO DEBERÁ USARSE MÁ S DE 1:100 000 DE EPINEFRINA.

7.- SE LE EXPLICARÁ AL NIÑO LOS SÍNTOMAS DE LA ANESTESIA. SENTIR HORMIGUEO, ENTUMECIMIENTO E INFLAMACIÓN, PODRÍA ASUSTAR A UN NIÑO QUE NO HAYA SIDO ADVERTIDO DE ANTEMANO.

8.- DEBERÁ DEJARSE TRANSCURRIR SUFICIENTE TIEMPO [5 MINUTOS] ANTES DE EMPEZAR CUALQUIER OPERACIÓN.

SI NO SE SIENTE HORMIGUEO Y ENTUMECIMIENTO EN LOS 5 MINUTOS QUE SIGUEN A UN BLOQUEO DENTAL INFERIOR, DEBERÁ CONSIDERARSE COMO FRACASO DE LA INYECCIÓN, Y HABRÁ QUE REPETIR EL PROCEDIMIENTO.

9.- DEBERÁ UTILIZARSE JERINGA DE ASPIRACIÓN, PARA EVITAR LA INYECCIÓN INTRAVASCULAR DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, Y REDUCIR A UN GRADO MÍNIMO LAS REACCIONES TÓXICAS, ALÉRGICAS E HIPERSENSIBLES.

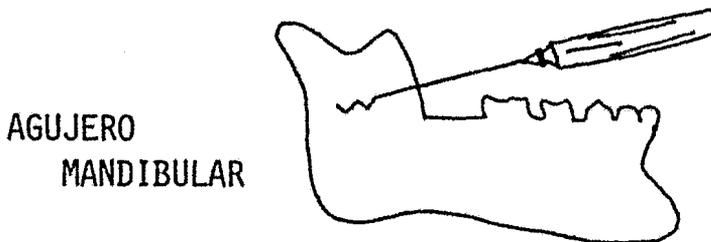
EN LA INFILTRACIÓN MARGINAL, LA PUNCIÓN SE HACE EN EL PLIEGUE MUCOBUCAL [LABIAL], LIGERAMENTE GINGIVAL AL PUNTO MÁ S PROFUNDO, Y LA AGUJA PENETRA HACIA EL HUESO EN DIRECCIÓN DEL ÁPICE DE LA PIEZA PARTICULAR.

DEBERÁ CONSIDERARSE LA LONGITUD DE LA RAÍZ DE CADA PIEZA PARTICULAR, SEGÚ N COMO SE OBSERVE EN LA RADIOGRAFÍA.

ENTRE LAS COMPLICACIONES POSANESTÉSICAS, LAS OBSERVADAS CON MAYOR FRECUENCIA SON LA FORMACIÓN DE UNA ÚLCERA EN EL LABIO INFERIOR, DEBIDO A MORDEDURA DE ESTA ESTRUCTURA ANESTESIADA, DEBERÁ ADVERTIRSE A LOS PADRES QUE VIGILEN A SUS HIJOS CUIDADOSAMENTE DESPUÉS DE INYECCIONES DE BLOQUEO DENTAL INFERIOR, HASTA VOLVER LA SENSACIÓN NORMAL, PARA EVITAR LAS MORDEDURAS DE LABIOS.

TENER EL MISMO CUIDADO PARA LOS ALIMENTOS MUY CALIENTES, PUES PUEDEN OCASIONAR GRAVES QUEMADURAS.

BLOQUEO DENTAL INFERIOR EN EL NIÑO



RESPECTO A LA TÉCNICA DE LA COLOCACIÓN DEL ANESTÉSICO, INTERESA EN ENDODONCIA EL BLOQUEO NERVIOSO A LA ENTRADA DEL FORÁMEN APICAL Y NO EL PARADENTAL USADO EN CIRUGÍA Y ENDODONCIA, ESTO PUEDE CONSEGUIRSE CON LOS SIGUIENTES TIPOS DE ANESTESIA:

DIENTES SUPERIORES:

INFILTRATIVA Y PERIODÓNTICA; EN CASO DE NECESIDAD SE APLICA - NASOPALATINA EN EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR O EN LA TUBEROSIDAD.

DIENTES INFERIORES:

INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES; SE COLOCARÁ INFILTRATIVA, PERIODÓNTICA Y EN CASOS DE NECESIDAD MENTONIANA.

EN MOLARES SE USARÁ LA DENTARIA INFERIOR Y PERIODÓNTICA.

LAS INYECCIONES SE REALIZARÁN CON LENTITUD, CONTROLANDO SU PENETRACIÓN Y LA REACCIÓN DEL PACIENTE.

LOS REQUISITOS DE UN ANESTÉSICO LOCAL SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- PERIÓDO DE INDUCCIÓN CORTO, PARA PODER INTERVENIR SIN PÉRDIDA DE TIEMPO.
- 2.- DURACIÓN PROLONGADA.
- 3.- SER PROFUNDA E INTENSA, PARA PERMITIR HACER LA LABOR ENDODÓNTICA, CON UNA COMPLETA INSENSIBILIZACIÓN.
- 4.- EVITAR HEMORRAGIAS Y LA DECOLORACIÓN DEL DIENTE.
- 5.- NO SER TÓXICO, NI SENSIBILIZAR AL PACIENTE.
- 6.- NO SER IRRITANTE, PARA FACILITAR UNA BUENA REPARACIÓN POSOPERATORIA, Y EVITAR LOS DOLORES QUE PUEDEN PRESENTARSE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

C A P I T U L O 4

RECUBRIMIENTOS PULPARES

PROTECCION PULPAR INDIRECTA:

ES LA TERAPÉUTICA Y PROTECCIÓN DE LA DENTINA PROFUNDA PREPULPAR, PARA QUE ESTA A SU VEZ PROTEJA LA PULPA.

AL MISMO TIEMPO EL UMBRAL DOLOROSO DEL DIENTE, DEBE VOLVER A SU NORMALIDAD, PERMITIENDO SU FUNCIÓN HABITUAL.

ESTÁ INDICADA EN :

- A] CARIES PROFUNDAS QUE NO INVOLUCREN LA PULPA
- B] PULPITIS AGUDAS PURAS [POR PREPARACIÓN DE CAVIDADES O FRACTURAS A NIVEL DENTARIO]
- C] PULPITIS TRANSICIONALES
- D] PULPITIS CRÓNICA PARCIAL SIN NECROSIS

TRAUMATISMOS:

LA PÉRDIDA DE SUSTANCIAS O DE TEJIDOS DUROS [ESMALTE Y DENTINA], PONE AL DESCUBIERTO LA DENTINA PROFUNDA, LOS TÚBULOS DENTINALES EXPONIÉNDO LA PULPA Y LA DENTINA DENUDDADA A LA INFECCIÓN POR PARTE DE LA MICROBIOTA BUCAL, A LOS CAMBIOS TÉRMICOS VIOLENTOS Y A LOS FACTORES MECÁNICOS DE TODO TIPO.

LA MEDICACIÓN CON BASES PROTECTORAS, INSTITUÍDA SIN PÉRDIDA - DE TIEMPO FACILITA LA FORMACIÓN DE DENTINA TERCIARIA O REPARATIVA, SIEMPRE Y CUANDO LA NUTRICIÓN NO ESTÉ AFECTADA POR LESIONES VASCULARES IRREPARABLES.

LA TERAPÉUTICA DENTINAL TIENE COMO OBJETIVOS PRINCIPALES:

- 1.- DEJAR LA DENTINA A SER POSIBLE, ESTÉRIL Y SIN PELIGRO DE RECIDIVA.
- 2.- DEVOLVER AL DIENTE EL UMBRAL DOLOROSO NORMAL.
- 3.- PROTEGER LA PULPA Y ESTIMULAR LA DENTINIFICACIÓN.

LOS TRES GRANDES GRUPOS DE RECURSOS TERAPÉUTICOS, QUE CABE CONSIDERAR SON :

- A] ANTISÉPTICOS
- B] DESENSIBILIZANTES U OBTURANTES
- C] BASES PROTECTORAS

ANTISÉPTICOS:

LA ANTIGUA TERAPÉUTICA DE EMPLEAR FÁRMACOS ANTISÉPTICOS, POR LO REGULAR CÁUTICOS Y TOXICOPULPARES, PINCELANDO LA CAVIDAD - O SELLÁNDOLAS VARIOS DÍAS CON GUTAPERCHA, HA SIDO ABANDONADA - CASI DEFINITIVAMENTE EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA OPERA - TORIA, MÁ S QUE POR INÚTIL, POR PROVOCAR CON FRECUENCIA LESIO - NES PULPARES IRREVERSIBLES.

HOY DÍA SE ACONSEJA NO UTILIZAR NINGUNO DE LOS ANTISÉPTICOS, - QUE CON ANTERIORIDAD FUERON TAN USADOS, Y SE RECOMIENDA LO - SIGUIENTE:

LAVAR CON AGUA TIBIA LA CAVIDAD RECIÉN PREPARADA, SECAR CON - TORUNDAS DE ALGODÓN, Y SIN APLICAR JAMÁS AIRE COMPRIMIDO, CO - LOCAR LA BASE PROTECTORA.

DESENSIBILIZANTES:

DENOMINADOS TAMBIÉN OBTURANTES, SON LOS MEDICAMENTOS CAPACES - DE DEVOLVER EL UMBRAL DOLOROSO NORMAL A UN DIENTE.

LA REACCIÓN DOLOROSA NORMAL ANTE LOS CAMBIOS TÉRMICOS O ESTÍ - MULOS MECÁNICOS E HIDROSTÁTICOS, SE PRODUCE EN LA MAYORÍA DE - LOS PROCESOS DESTRUCTIVOS DENTARIOS COMO CARIES, EROSIÓN, MI - LOLISIS Y TAMBIÉN EN LA HIPERESTESIA CERVICAL; EN OCASIONES EL UMBRAL DOLOROSO DISMINUYE TANTO, QUE EL MÁ S PEQUEÑO ROCE O EL FRÍO NO INTENSO PRODUCEN VIVOS DOLORES.

LAS PROPIEDADES QUE DEBEN TENER LOS DESENSIBILIZANTES SEGÚN - GROSSMAN, SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- NO DAÑAR NI IRRITAR LA PULPA.
- 2.- SER DE APLICACIÓN INDOLORA.
- 3.- FÁCIL DE LLEVAR Y APLICAR A LA SUPERFICIE DENTAL O A LA - CAVIDAD DENTINARIA.
- 4.- POSEER ACCIÓN RÁPIDA Y DURADERA.

5.- NO MANCHAR NI DECOLORAR LA DENTINA.

BASES PROTECTORAS:

CONTITUYEN LA PRINCIPAL TERAPÉUTICA DE LA PROTECCIÓN INDIRECTA PULPAR Y A MENUDO LA ÚNICA QUE SE REALIZA SISTEMÁTICAMENTE, EN CUALQUIER TIPO DE LESIÓN DENTINAL PROFUNDA.

LAS BASES PROTECTORAS, EN ESPECIAL LAS QUE SE APLICAN EN FORMA DE PASTAS O CEMENTOS, SON POR LO GENERAL ANTISÉPTICAS Y DESENSIBILIZANTES, PERO NO TOXICOPULPARES Y ADEMÁS DE AISLAR FÍSICAMENTE LA DENTINA PROFUNDA DE LOS AGENTES TÉRMICOS [CALOR Y FRÍO], Y DE LOS GÉRMENES VIVOS, SON EMINENTEMENTE DENTINÓGENOS O SEA, QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE DENTINA REPARATIVA, OBJETIVO TAN IMPORTANTE Y BÁSICO, QUE JUSTIFICA EL PROCEDIMIENTO EN SÍ DE LA PROTECCIÓN INDIRECTA PULPAR.

LOS MATERIALES O FÁRMACOS INDICADOS EN LA PROTECCIÓN INDIRECTA PULPAR, SE PUEDEN RESUMIR EN TRES GRUPOS PRINCIPALES:

- 1.- BARNICES
- 2.- ÓXIDO DE CINCO-EUGENOL [CON ADICIÓN OPTATIVA DE ACELERADORES U OTROS MEDICAMENTOS].
- 3.- HIDRÓXIDO DE CALCIO [CON ADICIÓN OPTATIVA DE OTROS MEDICAMENTOS].

BARNICES Y REVESTIMIENTOS:

LOS BARNICES SON SOLUCIONES DE RESINAS NATURALES [COPAL], O SINTÉTICAS [NITROCELULOSA], EN LÍQUIDOS VOLÁTILES COMO: ACETONA, CLOROFORMO, ÉTER, ACETATO DE ETILO O AMILO ETC..

UNA VEZ APLICADOS Y EVAPORADOS, EL DISOLVENTE DEJA UNA DELGADA CAPA, PELÍCULA O MEMBRANA SEMIPERMEABLE, QUE EVENTUALMENTE PROTEGERÁ EL FONDO DE LA CAVIDAD DENTINARIA.

LOS BARNICES PUEDEN APLICARSE DIRECTAMENTE EN EL FONDO DE LA CAVIDAD O SOBRE OTRAS BASES PROTECTORAS.

BASES DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL:

HAN SIDO EMPLEADAS EN ODONTOLOGÍA DESDE HACE MÁS DE OCHENTA AÑOS Y CONSTITUYE UN CEMENTO HIDRÁULICO CONOCIDO MEDIALMENTE CON LAS DENOMINACIONES DE EUGENATO DE CINC O SIMPLEMENTE CINQUENOL.

ES UN BUEN PROTECTOR PULPAR, SOBRE TODO SI LA CAPA DE DENTINA RESIDUAL NO ES MUY DELGADA. POSEE PROPIEDADES SEDATIVAS, ANODINAS, DESENSIBILIZANTES Y DÉBILMENTE ANTISÉPTICAS.

UNO DE LOS USOS MÁS INDICADOS DEL EUGENATO DE CINC COMO BASE PROTECTORA, ES EL DE PROTEGER LOS MUÑONES DE DIENTES A LOS QUE SE HA PREPARADO PARA UNA CORONA.

BASES DE HIDRÓXIDO DE CALCIO:

DEBIDO A QUE ES PERFECTAMENTE TOLERADO POR LA PULPA A LA QUE ESTIMULA EN SU DENTIFICACIÓN, COMO NO LO HACE NINGÚN OTRO FÁRMACO, LAS PASTAS DE HIDRÓXIDO DE CALCIO SE HAN HECHO INSUSTITUÍBLES.

ADÉMÁS DE ESTIMULAR LA DENTIFICACIÓN, PUEDE INDUCIR A GENERALIZAR LA DENTINA DESMINERALIZADA O REBLANDECIDA.

LA ACEPTACIÓN MUNDIAL DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO COMO EL MEJOR FÁRMACO EN LA PROTECCIÓN INDIRECTA PULPAR ES UNÁNIME Y TANTO MÁS, CUANTO MÁS DELGADA SEA LA PARED DE DENTINA QUE SEPARE LA CAVIDAD DE LA PULPA.

TÉCNICA OPERATORIA:

- 1.- APLICAR AISLAMIENTO DE GRAPA Y DIQUE DE HULE O GOMA.
- 2.- ELIMINAR TODA LA DENTINA CARIADA REBLANDECIDA CON EXCAVADORES AFILADOS Y FRESAS REDONDAS.
- 3.- LAVAR LA CAVIDAD CON AGUA Y SECAR LA SUPERFICIE CUIDADOSAMENTE PERO SIN PROVOCAR DESECACIÓN.
- 4.- APLICAR UNA CAPA DE UNA MEZCLA DE ÓXIDO DE CINC Y EUGENOL [QUÍMICAMENTE PUROS], EN LA CUAL SE HA INCORPORADO LA MAYOR CANTIDAD POSIBLE DE ÓXIDO DE CINC Y DE LA QUE SE HA EXPRIMIDO EL EUGENOL.
- 5.- TERMINAR LA RESTAURACIÓN.

CUANDO EL ESPESOR DE DENTINA RESIDUAL SE HA CALCULADO EN MENOS DE UN MILÍMETRO, LA ÚLTIMA CAPA DENTINARIA ESTÁ TODAVÍA-REBLANDECIDA O CASI, SE TRANSPARENTA LA PULPA, SE COLOCARÁ - UNA BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN DELGADA CAPA, LUEGO OTRA- BASE DE EUGENATO DE CINC Y DESPUÉS CEMENTO DE FOSFATO DE - CINC, SIGUIENDO UNA TÉCNICA ANÁLOGA A LA CITADA CON ANTERIORIDAD.

PROTECCIÓN PULPAR DIRECTA:

ES LA PROTECCIÓN O RECUBRIMIENTO DE UNA HERIDA O EXPOSICIÓN-PULPAR MEDIANTE PASTAS O SUSTANCIAS ESPECIALES, CON LA FINALIDAD DE CICATRIZAR LA LESIÓN Y PRESERVAR LA VITALIDAD DE LA PULPA.

SE ENTIENDE POR PULPA EXPUESTA O HERIDA PULPAR LA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD DE LA DENTINA PROFUNDA, CON COMUNICACIÓN MÁS O MENOS AMPLIA DE LA PULPA CON LA CAVIDAD DE CARIES O SUPERFICIE TRAUMÁTICA.

SE PRODUCE GENERALMENTE DURANTE LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES Y EN LAS FRACTURAS CORONARIAS.

EL DIAGNÓSTICO SUELE SER FÁCIL AL OBSERVAR EL FONDO DE LA CAVIDAD O EN EL CENTRO DE LA SUPERFICIE DE LA FRACTURA, UN PUNTO ROSADO QUE SANGRA, CORRIENTEMENTE UN CUERNO PULPAR.

EN CASO DE DUDA SE LAVARÁ BIEN LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO Y SE HUNDIRÁ LEVEMENTE UN EXPLORADOR O SONDA LISA ESTÉRIL EN EL PUNTO SOSPECHOSO, LO QUE PROVOCARÁ VIVO DOLOR Y POSIBLE HEMORRAGIA.

EXISTEN DOS FACTORES BÁSICOS QUE FAVORECEN EL PRONÓSTICO PO-OPERATORIO Y QUE POR LO TANTO, PRECISAN LAS INDICACIONES DE LA PROTECCIÓN DIRECTA PULPAR:

- 1.- JUVENTUD DEL PACIENTE Y DEL DIENTE, PUES ES LÓGICO ADMITIR QUE LOS CONDUCTOS AMPLIOS Y LOS ÁPICES RECIÉN FORMADOS [O INMADUROS], AL TENER MEJORES Y MÁS RÁPIDOS CAMBIOS CIRCULATORIOS, PERMITEN A LA PULPA ORGANIZAR SU DEFENSA Y SU REPARACIÓN EN ÓPTIMAS CONDICIONES.
- 2.- ESTADO HÍGIDO PULPAR YA QUE SOLAMENTE LA PULPA SANA O ACASO CON LEVES CAMBIOS VASCULARES [HIPEREMIA PULPAR], LOGRARÁ CICATRIZAR LA HERIDA Y FORMAR UN PUENTE DE DENTINA REPARATIVA; SE CONSIDERA QUE LA PULPA INFECTADA NO ES CAPAZ DE REVERSIBILIDAD CUANDO ESTÁ HERIDA Y QUE POR LO TANTO SEGUIRÁ SU CURSO INFLAMATORIO E INEXORABLE HASTA LA NECROSIS.

LA TERAPÉUTICA DE LA PULPA EXPUESTA NO ES RECIENTE. SE HAN UTILIZADO DESDE 1750 INFINIDAD DE SUSTANCIAS, DESTACANDO TRES:

TIMOL, ÓXIDO DE CINC-EUGENOL, E HIDRÓXIDO DE CALCIO [ESTA ÚLTIMA CONSIDERADA COMO INSUSTITUIBLE Y MÁS EFICIENTE].

TIMOL:

HASTA QUE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO FUERA ADMITIDO UNIVERSALMENTE COMO EL MEJOR FÁRMACO PARA PROTEGER LA PULPA EXPUESTA, EL TIMOL FUÉ BASTANTE USADO DADA SU CARACTERÍSTICA DE SER RELATIVAMENTE BIEN TOLERADO POR LA PULPA Y LO SENCILLO DE SU APLICACIÓN.

LA TÉCNICA USADA CONSISTÍA EN FUNDIR PEQUEÑOS CRISTALES DE TIMOL CON UN BRUÑIDOR CALIENTE FORMANDO UNA PELÍCULA PROTECTORA SOBRE LA HERIDA PULPAR.

EN LA ACTUALIDAD NO SE EMPLEA Y LOS RECIENTES TRABAJOS DE ASAI Y COLABORADORES [TOKIO 1967], HAN DEMOSTRADO QUE EL TIMOL APLICADO DIRECTAMENTE SOBRE LA PULPA EXPUESTA CAUSA GRAVES LESIONES, TALES COMO SUPURACIÓN Y NECROSIS.

OXIDO DE CINC-EUGENOL:

PUEDE UTILIZARSE SOLO O CON LA ADICIÓN DE ARISTOL [PASTA DE ROY].

TIENE ACCIÓN ANALGÉSICA, BUENA CICATRIZACIÓN Y FORMACIÓN DE NEODENTINA, PERO EN LA ACTUALIDAD SE UTILIZA MÁS EL HIDRÓXIDO DE CALCIO POR EL MEJOR PRONÓSTICO DE LOS CASOS TRATADOS.

HIDRÓXIDO DE CALCIO O CALCICO:

ES CONSIDERADO COMO EL MEJOR MEDICAMENTO DE ELECCIÓN TANTO EN LA PROTECCIÓN PULPAR DIRECTA COMO EN LA PULPOTOMÍA VITAL.

ES POCO SOLUBLE EN AGUA, TAN SOLO 1.59 x 1.000.

EL PH ES MUY ALCALINO, APROXIMADAMENTE 12.4, LO QUE HACE SER TAN BACTERICIDA QUE EN SU PRESENCIA MUEREN HASTA LAS ESPORAS.

EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, ESTIMULA LA FORMACIÓN DE DENTINA TERCIARIA Y LA CICATRIZACIÓN O CIERRE DE LA HERIDA POR TEJIDOS

DUROS.

TÉCNICA OPERATORIA:

EL RECUBRIMIENTO DIRECTO PULPAR DEBE HACERSE SIN PÉRDIDA DE TIEMPO, SI EL ACCIDENTE O EXPOSICIÓN SE HA PRODUCIDO DURANTE NUESTRO TRABAJO CLÍNICO, SE HARÁ EN LA MISMA SESIÓN.

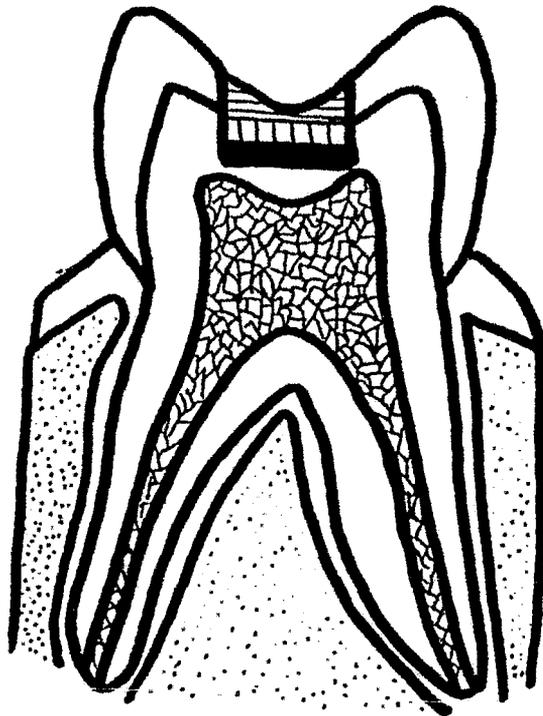
SI LA PULPA HA SIDO EXPUESTA POR ACCIDENTE DEPORTIVO, LABORAL, JUEGO INFANTIL, CHOQUE DE VEHÍCULOS, ETC. EL PACIENTE SERÁ ATENDIDO DE URGENCIA LO ANTES POSIBLE Y LA CITA NO SERÁ POSPUESTA PARA OTRO DÍA.

LOS PASOS SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- AISLAMIENTO HABITUAL DEL CAMPO OPERATORIO CON GRAPA, DIQUE, ETC.
- 2.- LAVADO DE LA CAVIDAD O SUPERFICIE CON SUERO FISIOLÓGICO - TIBIO PARA ELIMINAR LOS COÁGULOS DE SANGRE U OTROS RESTOS.
- 3.- APLICACIÓN DE LA PASTA DE HIDRÓXIDO CÁLCICO SOBRE LA EXPOSICIÓN PULPAR CON SUAVE PRESIÓN.
- 4.- COLOCACIÓN DE UNA BASE DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL CON UN ACELERADOR [PREFERIBLEMENTE ACETATO DE CINC] Y CEMENTO DE FOSFATO DE CINC COMO OBTURADOR PROVISIONAL.

EN LAS FRACTURAS DE LOS DIENTES ANTERIORES ES FRECUENTE QUE EL RECUBRIMIENTO DIRECTO PULPAR RESULTE MUY DIFÍCIL, POR FALTA DE RETENCIÓN, TENIENDO QUE RECURRIR A LA COLOCACIÓN DE CORONAS PREBAFRICADAS DE POLICARBONATO O DE ACERO INOXIDABLE Y EN OCASIONES A LA PULPOTOMÍA VITAL.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO



FOSFATO DE CINC

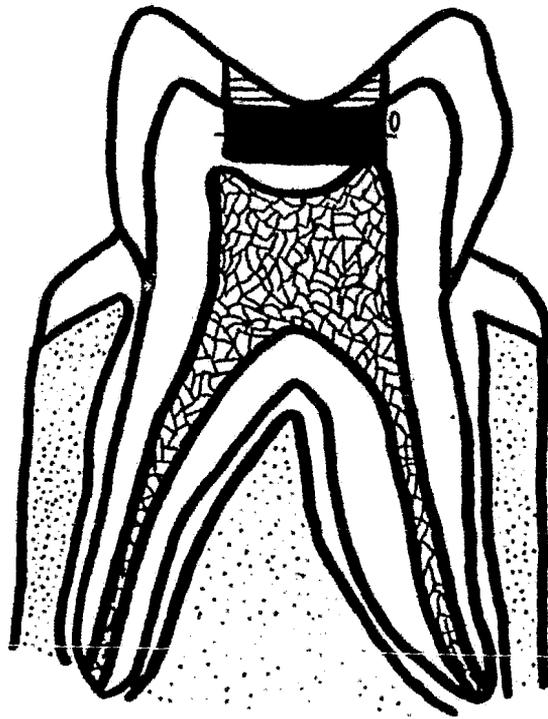


OXIDO DE CINC Y EUGENOL



HIDROXIDO DE CALCIO

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO



-  FOSFATO DE CINC
-  OXIDO DE CINC Y EUGENOL
-  HIDROXIDO DE CALCIO

CAPITULO 5

PULPOTOMIA

ES LA REMOCIÓN PARCIAL DE LA PULPA VIVA [GENERALMENTE LA PARTE CORONARIA O CAMERAL], BAJO ANESTESIA LOCAL, COMPLEMENTADA CON LA APLICACIÓN DE UN FÁRMACO QUE PROTEGIENDO Y ESTIMULANDO LA PULPA RESIDUAL, FAVORECEN SU CICATRIZACIÓN Y LA FORMACIÓN DE UNA BARRERA CALCIFICADA DE NEODENTINA, PERMITIENDO LA CONSERVACIÓN DE LA VITALIDAD PULPAR.

LA PULPA REMANENTE [EN GENERAL LA RADICULAR], DEBIDAMENTE PROTEGIDA Y TRATADA, CONTINÚA DE FORMA INDEFINIDA EN SUS FUNCIONES SENSORIALES, DEFENSIVA Y FORMADORA DE DENTINA, ESTA ÚLTIMA DE BÁSICA IMPORTANCIA CUANDO SE TRATA DE DIENTES JÓVENES - QUE NO HAN TERMINADO LA FORMACIÓN RADICULOAPICAL.

POR UN LADO LOS DIENTES JÓVENES DE AMPLIOS CONDUCTOS, BUENA NUTRICIÓN Y FÁCIL METABOLISMO, COMO SUCEDE EN AQUELLOS DIENTES QUE NO HAN ACABADO DE FORMAR Y CALCIFICAR AL ÁPICE, DISPONEN DE RECURSOS PARA TOLERAR LA INTERVENCIÓN DE LA PULPOTOMÍA Y LA PULPA RESIDUAL BIEN VASCULARIZADA Y NUTRIDA, PUEDE INICIAR LA PREPARACIÓN EN ÓPTIMAS CONDICIONES, PARA TERMINAR FORMANDO UNA BARRERA CALCIFICADA DE NEODENTINA.

LA PULPA RADICULAR PARA ESTE ESFUERZO REPARADOR, NECESITA LA AUSENCIA TOTAL DE INFECCIÓN, YA QUE SI ESTA SE PRODUCE O EXISTÍA CON ANTERIORIDAD, LA PULPITIS RESULTANTE EVOLUCIONARÁ INDEFECTIBLEMENTE HACIA LA NECROSIS, HACIENDO FRACASAR LA TERAPÉUTICA.

INDICACIONES

- A] EN TODOS LOS DIENTES PRIMARIOS, EN LOS CUALES LA INFLAMACIÓN O LA DEGENERACIÓN HAN QUEDADO LIMITADAS SOLAMENTE A LA CÁMARA PULPAR.
- B] EN LOS DIENTES PRIMARIOS EXPUESTOS POR CARIES O TRAUMATISMOS, DEJANDO LIBRE LA CÁMARA PULPAR.
- C] EN LOS DIENTES EN QUE LA PULPA RADICULAR PRESUNTIVAMENTE-SANA, SEA CAPAZ DE MANTENER SU VITALIDAD Y FORMAR UN PUNTE DE TEJIDO CALCIFICADO A LA ENTRADA DEL CONDUCTO.
- D] DIENTES JÓVENES [HASTA 5 Ó 6 AÑOS DESPUÉS DE LA ERUPCIÓN] ESPECIALMENTE LOS QUE NO HAN TERMINADO SU FORMACIÓN API--CAL, CON TRAUMATISMOS QUE INVOLUCRAN LA PULPA CORONARIA, - COMO SON LAS FRACTURAS CORONARIAS CON HERIDA O EXPOSICIÓN PULPAR O ALCANZANDO LA DENTINA PROFUNDA PREPULPAR.

CONTRAINDICACIONES

- A] EN AQUELLOS DIENTES PRIMARIOS EN LA CUAL RADIOGRÁFICAMENTE SE VEN A UN PASO DE SU EXFOLIACIÓN.
- B] EN TODOS LOS DIENTES EN DONDE EXISTA CUALQUIER INDICIO, - DE DIFERENTE PATOLOGÍA YA SEA PERIAPICAL O RADICULAR.
- C] EN AQUELLOS DIENTES QUE AL HACER CONTACTO CON LA PULPA OBSERVEMOS PUS, EN EL SITIO DE EXPOSICIÓN O EN LA CÁMARA - PULPAR CORONAL, LO QUE PROBABLEMENTE ESTARÁN AFECTADOS TODOS LOS TEJIDOS DE LA PULPA.

PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL

ESTE PROCEDIMIENTO SE ACONSEJA SOLO PARA PIEZAS PRIMARIAS, YA QUE NO EXISTEN ESTUDIOS CIENTÍFICOS DE NATURALEZA CLÍNICA E HISTOLÓGICA SOBRE LA ACCIÓN DEL FORMOCRESOL EN PIEZAS PERMANENTES.

LA JUSTIFICACIÓN DE ESTA TÉCNICA PUEDE RESUMIRSE EN LO SIGUIENTE:

- 1.- ES FÁCIL Y PUEDE PRACTICARSE CON POCO INSTRUMENTAL Y POCOS MEDICAMENTOS EN POCOS MINUTOS.
- 2.- NO PROVOCA RESORCIÓN DENTINARIA INTERNA Y LA RIZOLÍISIS O RESORCIÓN FISIOLÓGICA RADICULAR SE PRODUCE PAULATINAMENTE EN SU CORRECTA CRONOLOGÍA.
- 3.- EL PRONÓSTICO ES FAVORABLE, CASI O MÁS BIEN EXCELENTE.

TÉCNICA OPERATORIA CON FORMOCRESOL:

- 1.- ANESTESIA
- 2.- AISLAMIENTO CON GRAPA Y DIQUE DE HULE PARA LOGRAR UNA MAYOR VISIBILIDAD.
- 3.- PREVIA ELIMINACIÓN DE CRIES, SIGUIENDO LA APERTURA Y ACCESO A LA CÁMARA PULPAR CON FRESAS REDONDAS DEL NÚMERO 4, 6 U 8.
- 4.- PARA TENER UNA MEJOR VISIÓN DEL TECHO DE LA CÁMARA PULPAR ANTERIORMENTE SE SUPRIMIRÁN, LAS PAREDES DE LA CAVIDAD CON UNA FRESA DE FISURA ESTÉRIL.
- 5.- ELIMINACIÓN DE LA PULPA CAMERAL CON UNA FRESA REDONDA A BAJA VELOCIDAD O CON EXCAVADORES, HASTA LA ENTRADA A LOS CONDUCTOS.
- 6.- PARA OBSERVAR LA ENTRADA A LOS CONDUCTOS, SE IRRIGARÁ LA CÁMARA PULPAR CON AGUA Y SE ELIMINARÁN LOS RESIDUOS MEDIANTE UN ASPIRADOR ORAL.
- 7.- SE HARÁ UN CONTROL DE LA HEMORRAGIA CON TORUNDAS HUMEDECIDAS CON SUERO FISIOLÓGICO.
- 8.- CONTROLADA LA HEMORRAGIA SE COLOCARÁ, UNA TORUNDA DE ALGODÓN ESTÉRIL IMPREGNADA SIN EXAGERACIÓN CON FORMOCRESOL.

ESTA DEBERÁDE ESTAR EN CONTACTO CON LOS MUÑONES DE LA -
PULPA DURANTE 5 Ó 10 MINUTOS.

- 9.- SE RETIRA LA TORUNDA DE FORMOCRESOL Y SE LIMPIA CON UNA TORUNDA ESTÉRIL LOS POSIBLES COÁGULOS PARDOS QUE HAYAN EN LA CÁMARA PULPAR.
- 10.- SE OBTURA CON UNA MEZCLA DE ÓXIDO DE CINC [COMO POLVO]- Y UNA GOTTA DE EUGENOL Y UNA GOTTA DE FORMOCRESOL [COMO - LÍQUIDO], PROCURANDO QUE QUEDE BIEN ADAPTADA EN LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS Y CON UN ESPESOR DE 2MM.
- 11.- DESPUÉS DE LAVAR BIEN LAS PAREDES DENTINARIAS, CEMENTAR UNA CORONA PREFABRICADA DE ACERO INOXIDABLE. EN CAVIDADES DE PRIMERA CLASE O QUE SE CONSIDEREN MUY - RETENTIVAS, SE COLOCARÁ OBTURACIÓN CON CEMENTO DE FOSFA TO Y AMALGAMA DE PLATA.

PULPOTOMIA CON HIDROXIDO DE CALCIO

ESTA TÉCNICA ES RECOMENDADA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES, CON EXPOSICIONES PULPARES POR CARIES O CUANDO HAY UNA ALTERACIÓN PATOLÓGICA EN EL PUNTO DE EXPOSICIÓN.

ESTA TÉCNICA SE PODRÁ TERMINAR EN UNA SOLA SESIÓN, SIEMPRE Y CUANDO LOS DIENTES POR TRATAR ESTÉN LIBRES DE CUALQUIER TIPO DE PULPITIS DOLOROSA.

AUNQUE INVESTIGACIONES MÚLTIPLES HAN CONFIRMADO QUE ESTA TÉCNICA ES ADECUADA PARA LAS PULPOTOMÍAS EN DIENTES PRIMARIOS, SIENDO MÁS EXCLUSIVO SU USO EN LOS DIENTES PERMANENTES JÓVENES, DONDE SE HAN LOGRADO CLÍNICAMENTE BUENOS RESULTADOS.

TÉCNICA OPERATORIA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO:

PARA ESTA TÉCNICA SE REALIZARÁN LOS SIETE PRIMEROS PASOS QUE SE EFECTÚAN CON EL FORMOCRESOL SIENDO DESPUÉS LO SIGUIENTE:

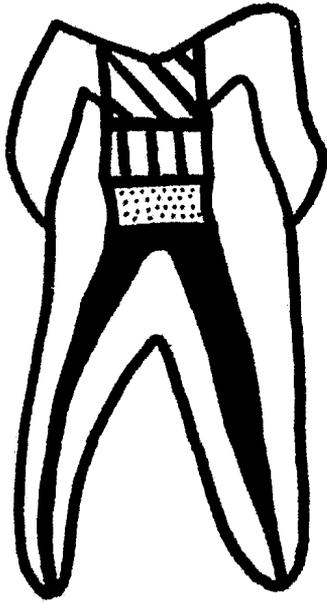
- 8.- SE COLOCARÁ UNA PASTA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO CON AGUA ESTÉRIL O SUERO FISIOLÓGICO Y DE CONSISTENCIA CREMOSA, SOBRE EL MUÑÓN PULPAR, PRESIONANDO LIGERAMENTE PARA QUE QUEDE BIEN ADAPTADA.
- 9.- SE LAVAN LAS PAREDES Y SE COLOCA UNA CAPA DE EUGENATO DE CINC COMO OBTURACIÓN PROVISIONAL; SI NO SE COLOCA EN ESE MOMENTO UNA CORONA DE ACERO

ESTAS TÉCNICAS SE APLICAN SOLAMENTE EN LOS DIENTES EN LOS CUALES LA INFLAMACIÓN O LA DEGENERACIÓN HAN QUEDADO LIMITADAS A LA PULPA CORONAL.

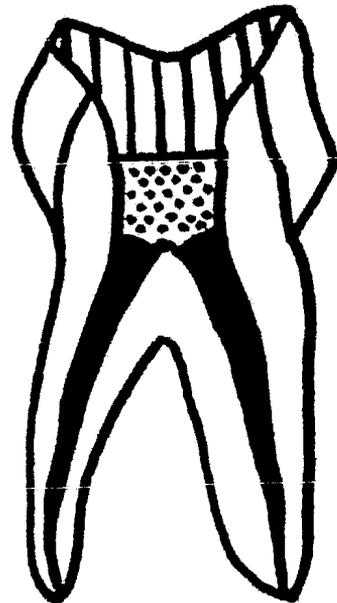
CITA POSOPERATORIA:

LE DAREMOS UN RECORDATORIO A LA MADRE EN EL CUAL TENDRÁ QUE HACER VISITAS PERIÓDICAS PARA LA EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, SE DEBERÁ HACER EN LAS VISITAS UNA REVISIÓN CON RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y CORONALES DE LOS DIENTES TRATADOS Y DE LOS CONTRALATERALES.

LOS CAMBIOS INTERNOS DE LOS CONDUCTOS RADICULARES, ASÍ COMO-
LOS CAMBIOS EXTERNOS JUNTO CON LA MOVILIDAD EXCESIVA DEL DI-
ENTE Y LA ANOMALÍA DE LOS TEJIDOS BLANDOS, SON SIGNOS QUE -
INDICAN QUE EL TRATAMIENTO NO HA TENIDO ÉXITO.



-  CORONA
-  EUGENATO DE CINC
-  HIDROXIDO DE CA.



-  OXIDO DE CINC-EUGENOL-FORMOCRESOL
-  CORONA O AMALGAMA

C A P I T U L O 6

PULPECTOMIA

ES LA ELIMINACIÓN DE TODO TEJIDO PULPAR DE LA PIEZA, INCLUYENDO LAS PORCIONES CORONARIAS Y RADICULARES. AUNQUE LA ANATOMÍA DE LAS RAÍCES DE LA PIEZA, PUEDE EN ALGUNOS CASOS COMPLICAR ESTOS PROCEDIMIENTOS, EXISTE INTERÉS RENOVADO POR LAS POSIBILIDADES DE RETENER LAS PIEZAS PRIMARIAS EN VEZ DE CREAR, LOS PROBLEMAS DE MANTENEDORES DE ESPACIO A LARGO PLAZO.

SIN EMBARGO DEBERÁN TENERSE EN CUENTA VARIOS PUNTOS IMPORTANTES AL REALIZAR ESTA TÉCNICA ENDODÓNTICA.

- 1.- DEBERÁ TENERSE CUIDADO DE NO PENETRAR MÁS ALLÁ DE LAS PUNTAS APICALES DE LA PIEZA AL ALARGAR LOS CANALES, HACER ESTO PUEDE DAÑAR EL BROTE DE UNA PIEZA PERMANENTE EN DESARROLLO.
- 2.- DEBERÁ USARSE UN COMPUESTO RESORBIBLE, COMO LA PASTA DE ÓXIDO DE CINC Y EUGENOL, COMO MATERIAL DE OBTURACIÓN.
- 3.- DEBERÁN EVITARSE LAS PUNTAS DE PLATA O GUTAPERCHA, YA QUE NO PUEDEN SER RESORBIDAS Y ACTÚAN COMO IRRITANTES.
- 4.- DEBERÁ INTRODUCIRSE EL MATERIAL DE OBTURACIÓN EN EL CANAL, PRESIONANDO LIGERAMENTE, DE MANERA QUE NADA ATRAVIESE EL ÁPICE DE LA RAÍZ.
- 5.- LA APICECTOMÍA NO DEBERÁ LLEVARSE A CABO, EXCEPTO EN CASOS EN QUE NO EXISTA PIEZA PERMANENTE EN PROCESO DE DESARROLLO.

EL OBJETIVO DE ESTA TÉCNICA ES MANTENER EL DIENTE EN EL ARCO DENTARIO EN UN ESTADO RELATIVAMENTE NO PATOLÓGICO.

ES UNA TÉCNICA DE GRAN IMPORTANCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS, ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

SIN EMBARGO EXISTEN TRES PUNTOS DE DISCUSIÓN MÁS CORRIENTES Y EXPUESTOS POR LOS CRÍTICOS, EN ESTA TÉCNICA Y SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- INFECCIONES EN LOS CANALES RADICULARES.
- 2.- LA INSTRUMENTACIÓN EXCESIVA DE LOS CONDUCTOS DURANTE EL TRATAMIENTO.
- 3.- EL USO DE MATERIALES DE OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS QUE PUEDEN SER TÓXICOS PARA LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES.

INDICACIONES

- A] EN DIENTES PRIMARIOS CON PULPAS NECRÓTICAS, SE PUEDE EFECTUAR ESTA TÉCNICA SI LOS CONDUCTOS SON ACCESIBLES Y SI HAY EVIDENCIA DE HUESO DE SOSTÉN ESENCIALMENTE NORMAL.
- B] EN LAS ENFERMEDADES IRREVERSIBLES DE LA PULPA; ESTO ES, CUANDO EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOGRÁFICO NO PERMITA DESCUBRIR SI LA INFLAMACIÓN E INFECCIÓN ESTÁN LOCALIZADAS, EN UNA PARTE DE LA PULPA QUE PUEDE SER EXTIRPADA QUIRÚRGICAMENTE.
- C] EN TODOS AQUELLOS DIENTES QUE TIENEN TEJIDOS NECRÓTICOS O CARENTES DE VITALIDAD EN LA CÁMARA PULPAR CORONAL Y EN LOS CONDUCTOS RADICULARES.

CONTRAINDICACIONES

- A] CUANDO LA EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE RESORCIÓN RADICULAR ESTÉ AVANZADA.
- B] EN AQUELLOS DIENTES EN DONDE ENCONTRAMOS QUE LA CARIES A LLEGADO HASTA LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES.
- C] EN AQUELLOS DIENTES QUE RADIOGRÁFICAMENTE ENCONTRAMOS QUE SUS RAÍCES SON PEQUEÑAS.
- D] EN AQUELLOS DIENTES EN DONDE VAMOS A ENCONTRAR UNA MOVILIDAD EXCESIVA.
- E] EN AQUELLOS PACIENTES QUE SUFREN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS MAYORES, COMO LA LEUCEMIA, O QUE ESTÉN BAJO UNA LARGA TERAPIA DE CORTICOESTEROIDES.
- F] EN DIENTES DONDE VAMOS A ENCONTRAR RADIOGRÁFICAMENTE, DENTRO DE SUS CONDUCTOS, NÓDULOS CALCIFICADOS.

COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE EL MATERIAL DE SELLADO EN ELECCIÓN ES EL ÓXIDO DE CINC Y EUGENOL, PERO HAY QUE TENER CUIDADO PORQUE ES BASTANTE IRRITANTE PARA LOS TEJIDOS PERIAPICALES Y PUEDE PRODUCIR UNA NECRÓSIS DE HUESO Y CEMENTO, SI SE LLEGA A UNA SOBREOBTURACIÓN RADICULAR QUE ATRAVIESE EL ÁPICE.

TÉCNICA OPERATORIA:

- 1.- ANESTESIA
- 2.- SE DEBERÁ TENER UN EXÁMEN CLÍNICO, DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES PREOPERATORIAS.
- 3.- SE COLOCARÁ EL DIQUE DE HULE PARA TENER MEJOR VISIBILIDAD Y AISLAR EL DIENTE DEL RESTO DE LA CAVIDAD BUCAL.
- 4.- SE ELIMINA TODO EL TEJIDO CARIOSO Y SE PENETRA A LA CÁMARA PULPAR CON UNA FRESA DE BOLA, DEJANDO EL TECHO DE LA CÁMARA LO MÁS AMPLIO POSIBLE Y SIN LLEGAR A LA BIFURCACIÓN.
- 5.- SE PROCEDERÁ A ELIMINAR EL TEJIDO PULPAR RADICULAR POR MEDIO DE UN TIRANERVIOS QUE SEA DE CALIBRE ALGO MENOR QUE EL DIÁMETRO DEL CONDUCTO DEL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ , PARA EVITAR LA TORCIÓN O FRACTURA DEL INSTRUMENTO.
- 6.- SE TOMA LA CONDUCTOMETRÍA Y SE REALIZA LA PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA ENTRADA AL CONDUCTO.
EL INSTRUMENTO QUE SE EMPLEARÁ SERÁ UNA LIMA, Y SOLO SE USARÁ TRES O CUATRO NÚMEROS DE INSTRUMENTOS MAYORES QUE EL DE LA CONDUCTOMETRÍA BASADA.
- 7.- SE LAVA EL CONDUCTO CON HIPOCLORITO DE SODIO Y LUEGO PERÓXIDO DE HIDRÓGENO, TERMINANDO SIEMPRE CON HIPOCLORITO PARA EVITAR LA PRESIÓN GASEOSA. DEBE IRRIGARSE DESPUÉS DEL USO DE UN INSTRUMENTO.
- 8.- LOS CONDUCTOS SE SECAN CON PUNTAS DE PAPEL ESTÉRILES, Y SI EL TRATAMIENTO REQUIERE MÁS DE UNA CITA, SE UTILIZARÁ UN MEDICAMENTO CON PODER ANTIMICROBIANO COMO EL FORMOCRE SOL O EL CRESITIL.
- 9.- LA TORUNDA DE ALGODÓN SERÁ COLOCADA EN LA PARTE MÁS SUPERFICIAL DE LA RAÍZ, IMPREGNADA LO MENOS POSIBLE DEL MEDICAMENTO A ELECCIÓN PARA NO PROVOCAR DAÑOS EN LOS TEJIDOS PERIAPICALES O EN EL FOLÍCULO DENTARIO EN DESARROLLO.
- 10.- LA TORUNDA NO SERÁ INTRODUCIDA DENTRO DE LOS CONDUCTOS Y SERÁ SELLADA LA CAVIDAD CON ALGÚN OTRO MEDICAMENTO.
- 11.- SE CITA AL PACIENTE PARA LA SEMANA PRÓXIMA DEL PRIMER TRATAMIENTO.
EL ÉXITO DEL PRIMER PASO SE OBSERVARÁ MEDIANTE LA DESAPA

RICIÓN DE FÍSTULA [SI LA HUBIESE], DOLOR, EXUDADO Y REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD.

- 12.- SI CUALQUIERA DE LOS SÍNTOMAS AÚN PERSISTEN, EL DIENTE TENDRÁ QUE SER TRATADO NUEVAMENTE MEDIANTE IRRIGACIÓN CUIDADOSA DE HIPOCLORITO DE SODIO Y SE SECA CON PUNTAS DE PAPEL ESTÉRIL.
- 13.- CUANDO EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO SEA FAVORABLE, EL PROCEDIMIENTO ENDODÓNTICO SE REALIZARÁ CON MATERIAL REABSORVIBLE.
- 14.- YA HABIENDO QUEDADO LIMPIA LA CAVIDAD, DESPUÉS DE LAVADA Y HABERLA SECADO, SE OBTURARÁ CON ÓXIDO DE CINC Y EUGENOL QUE SE PUEDE MEZCLAR SOLA O CON UNA GOTTA DE FORMOCRESOL.
- 15.- SE TRATA DE LLEGAR LA PASTA LO MÁS CERCA POSIBLE DEL ÁPICE, SIN SOBROBTURARLO.
- 16.- SE RELLENA CON LA PASTA TODO LO QUE CORRESPONDÍA AL ÓRGANO PULPAR.
- 17.- EL TRATAMIENTO SE ACOMPLETARÁ COLOCANDO UNA RESTAURACIÓN PERMANENTE COMO UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

PARA UNA MEJOR OBTURACIÓN DEL CONDUCTO SE PUEDE USAR LA JERINGA DE PRECISIÓN Y EL DEL LÉNTULO PARA CONTRÁNGULO A VELOCIDAD BAJA.

C A P I T U L O 7

TRATAMIENTO EN DIENTES PERMANENTES JOVENES CON APICES ABIERTOS

CUANDO SE HABLA DE DIENTES PERMANENTES JÓVENES, SE REFIERE - ESENCIALMENTE A LOS DIENTES QUE COMIENZAN A CUMPLIR LA FUN-- CIÓN A QUE ESTAN DESTINADAS, CON UNA INTENSA ACTIVIDAD PUL-- PAR FISIOLÓGICA.

ESTA ACTIVIDAD SE REFIERE A ACOMPLETAR LA CALCIFICACIÓN DE - SUS RAÍCES Y LA CORONA, MANTENIENDO LA DENTINA PRIMITIVA, E- VITANDO REACCIONES EXTEMPORÁNEAS PROVOCADAS POR ESTÍMULOS - EXTERIORES.

EN LAS PIEZAS PERMANENTES JÓVENES, CON FORMACIÓN RADICULAR - INCOMPLETA, Y CUANDO EL ESTADO DE LA PULPA ES FAVORABLE, SE PREFIERE LAS PULPOTOMÍAS A LAS OBTURACIONES DE CANALES RADI- CULARES, PARA QUE CONTINÚE LA FORMACIÓN RADICULAR.

SI LA RAÍZ CONTINÚA FORMÁNDOSE, INDICA QUE EXISTE TEJIDO PUL- PAR VITAL EN LA ZONA.

SE ACONSEJAN PULPOTOMÍAS CON HIDRÓXIDO DE CALCIO, CUANDO - EXISTE UNA EXPOSICIÓN AMPLIA, ESTO SERÍA MAYOR DE 1MM., DICHA EXPOSICIÓN PUEDE SER DEBIDA A TRASTORNOS MECÁNICOS, CA- RIES, EXPOSICIONES ASOCIADAS A TRAUMATISMOS Y FRACTURAS. LA PULPOTOMÍA CON FORMOCRESOL NO SE ACONSEJA, YA QUE EXISTE UNA POSIBLE FIJACIÓN DE TEJIDOS EN LA TERMINACIÓN APICAL E - INTERRUPCIÓN DE FORMACIÓN RADICULAR.

SI SE REQUIEREN TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS EN PIEZAS PERMANEN- TES JÓVENES, ESPECIALMENTE LOS ANTERIORES, SE NECESITA MODI- FICAR EN CIERTO GRADO LA TÉCNICA COMÚN PARA OBTENER SELLADO ADECUADO EN PIEZAS CON ÁPICES AMPLIOS Y TAL VEZ EN FORMA DE EMBUDO.

CUANDO SE HABLA DE ENDODONCIA EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES, ESPECIALMENTE NOS REFERIMOS CON ESPECIAL INTERÉS A LOS INCI- SIVOS PERMANENTES Y A LOS PRIMEROS MOLARES DE NIÑOS ENTRE -

7 Y 10 AÑOS, [ESTOS SON LOS QUE MÁS SE PIERDEN POR CARIES EN EDAD TEMPRANA], QUE AÚN NO HAN COMPLETADO EL CIERRE NORMAL - DE SUS ÁPICES RADICULARES, Y CUYA PULPA YA PATOLÓGICA, OBLI - GA A UNA INTERVENCIÓN ENDODÓNTICA,

LOS INCISIVOS PERMANENTES JÓVENES, CON ÁPICE ANCHO, ABRIÉN-- DOSE HACIA EL FINAL, PUEDEN PREPARARSE CON LIMAS NÚMERO 7 - HASTA EL 12, O CON EXCAVADOR.

SI LA LIMA NO TIENE LONGITUD SUFICIENTE PARA LLEGAR A TODAS LAS SUPERFICIES A LA VEZ, SE PUEDE LIMAR DE PARED A PARED - HASTA COMPLETAR EL PROCESO.

AL OBTURAR EL CANAL, SI LOS CONOS MAYORES DE GUTAPERCHA NO - SON SUFICIENTEMENTE ANCHOS, PUEDE SER NECESARIO HACER UNA - PUNTA A MANO, COLOCANDO VARIAS PUNTAS UNA ENCIMA DE OTRA, DE PRINCIPIO A FIN.

CALENTANDO SUAVEMENTE Y HACIÉNDOLAS RODAR ENTRE DOS LOSETAS DE VIDRIO, SE PUEDEN FUSIONAR LAS PUNTAS, HASTA LOGRAR EL TA - MAÑO DESEADO.

SE CORTA EL CONO PARA AJUSTARLO A LA ABERTURA APICAL, SEGÚN INDICACIONES CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.

SE CEMENTA LA PUNTA EN SU LUGAR Y SE CONDENSAN LATERALMENTE PUNTAS ADICIONALES, CUANDO SEA NECESARIO PARA COMPLETAR LA - OBTURACIÓN.

CUALQUIER DIENTE PERMANENTE ES JÓVEN, AÚN CUANDO DESPUÉS DE ALGUNOS AÑOS DE ERUPCIONADO MANTIENE SU PULPA EN PLENA ACTI - VIDAD DENTINOGÉNICA, PARA COMPLETAR SIN PAUSA NI PRISA SU - ESTRUCTURA CALCIFICADA, QUE ES LA MURALLA CHINA QUE LE PER - MITE VIVIR TRANQUILA, Y QUE LUEGO LA IRA ENCERRANDO CADA VEZ MÁS, EN UN PROCESO LENTO DE INVOLUCIÓN QUE COMIENZA AL NACER.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:

UN CORRECTO DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOGRÁFICO PERMITIRÁ CONOCER EL ESTADO DE LA DENTINA Y LA PULPA, ASÍ COMO LA ZONA API CAL EN AQUELLOS CASOS QUE PUDIERA EXISTIR LESIONES PULPARES O PERIAPICALES.

UNA PULPA JÓVEN CON GRAN CAPACIDAD REACCIONAL Y FORÁMENES ABIERTOS, QUE PERMITEN UN MAYOR INTERCAMBIO NUTRICIONAL, ASÍ COMO TAMBIÉN CONTAR CON LAS POSIBILIDADES DE DESECHAR ELEMENTOS INDEABLES, CONSTITUYE UN CASO DONDE DEBE AGOTARSE LAS POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO PREVENTIVO, QUE REINTEGRE AL DIENTE A SU FUNCIÓN NORMAL.

ESTO ES EXTREMAR LA POSIBILIDAD DE SALVAR TOTAL O PARCIALMENTE LA PULPA DEL DIENTE JÓVEN, PARA EVITAR LAS CONSECUENCIAS DE SU ELIMINACIÓN.

LA RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA, SIEMPRE PRESENTE DURANTE EL EXÁMEN CLÍNICO, PERMITE ACLARAR DUDAS SOBRE ANOMALÍAS DE FORMA Y DISPOSICIÓN DE LA CORONA CLÍNICA, ASÍ TAMBIÉN OBSERVAR EL ESTADO DE CALCIFICACIÓN DE SUS RAÍCES DE ACUERDO A LA EDAD DEL PACIENTE.

CORRIENTEMENTE UN DIENTE JÓVEN SIN PULPA, NO LLEGA A SER UN DIENTE ADULTO, PUES NO COMPLETA LA CALCIFICACIÓN DE SUS RAÍCES CON FORMACIÓN DE DENTINA.

EN CASOS DE EXCESIVA AMPLITUD DEL FORÁMEN, RESULTA DIFÍCIL LOGRAR UNA CORRECTA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO, Y UN ADECUADO ANCLAJE EN ESTE ÚLTIMO, PARA EL MUÑÓN ARTIFICIAL QUE PERMITA REHABILITAR LA CORONA CLÍNICA.

CUALQUIERA DE LOS DIENTES PRESENTES EN LA ARCADA, CON CONDICIONES SEMEJANTES DE DESARROLLO, DEBE DE PERMANECER DE SER POSIBLE, EN SU ALVEOLO DURANTE LA VIDA DE NUESTRO PACIENTE, PARA SU CUMPLIR SU FUNCIÓN MASTICATORIA Y ESTÉTICA, Y NO CREAR UN PELIGRO PARA SU SALUD.

LA RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA, SIEMPRE PRESENTE DURANTE EL EXÁMEN CLÍNICO, PERMITE ACLARAR DUDAS SOBRE ANOMALÍAS DE FORMA Y DISPOSICIÓN DE LAS CORONAS CLÍNICAS, ASÍ COMO LA CORRES

PONDENCIA ENTRE LA EDAD DEL PACIENTE Y ESL ESTADO DE CALCIFI-
CACIÓN DE SUS RAÍCES.

INDICACIONES:

- A] ES ÚTIL PARA LA RETENCIÓN DE DIENTES INCISIVOS PERMANENTES JÓVENES INFECTADOS.
- B] EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES JÓVENES, CUANDO LA PÉRDIDA DE ESTOS EXIGIRÁ LA COLOCACIÓN DE UN APARATO PROTÉSICO DE FABRICACIÓN DIFÍCIL.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE LOS DIENTES PERMANENTE JÓVENES, SE DIFERENCIA ESENCIALMENTE DEL QUE SE REALIZA EN LAS PIEZAS DENTALES ADULTAS, PORQUE EN LOS PERMANENTES JÓVENES, RESULTA INDISPENSABLE AGOTAR LOS RECURSOS, QUE PERMITAN SALVAR TOTAL O PARCIALMENTE LA VITALIDAD PULPAR.

CUANDO ESTO YA NO SEA POSIBLE, SE TRATA DE LOGRAR EL CIERRE DEL FORÁMEN APICAL, CON TEJIDO CALCIFICADO A EXPENSAS DEL CONECTIVO PERIODONTAL, Y DEL REMANENTE VIVO EN LA ZONA API-- CAL DEL CONDUCTO.

EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR UN ABSCESO PERIODONTAL, EN EL DIENTE TRAUMATIZADO Y EN ESTE CASO PRIMERO TIENE QUE SER TRÁ TADO, SIENDO EL DRENAJE POR EL CONDUCTO RADICULAR QUE PRO-- PORCIONA AL NIÑO ALIVIO INMEDIATO.

EN EL MOMENTO ACTUAL SE EMPLEA, PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES PERMANENTES JÓVENES, UNA DROGA DE USO CORRIENTE, MODESTA, ECONÓMICA Y SIN PELIGROS EN SU APLICACIÓN, ESTE ES EL HIDRÓXIDO DE CALCIO $Ca(OH)_2$.

SIN PRETENCIÓN DE "MILAGROSA" SU APLICACIÓN ES EFICÁZ DESDE LA PROTECCIÓN INDIRECTA, HASTA EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA PULPAR CON LESIÓN PERIAPICAL.

SU ACCIÓN BACTERISIDA ESTÁ LIMITADA A LA ZONA DE CONTACTO -- CON LAS BACTERIAS O CON EL TEJIDO INFECTADO, DADO QUE LA VIDA BACTERIANA ES INCOMPATIBLE CON UN PH ELEVADO.

SE PREPARA AL PACIENTE CON LOS PASOS INICIALES, DE LAS TÉCN-- NICAS ANTERIORES EN DONDE SE DEJA LIMPIO EL CONDUCTO, TENIEN DO EL CUIDADO ADECUADO CON RESPECTO AL FORÁMEN APICAL.

PROCEDEREMOS A LA OBTURACIÓN INMEDIATA, CON PASTA ALCALINA - [HIDRÓXIDO DE CALCIO, YODOFORMO Y AGUA DESTILADA], LA CUAL DEBE OCUPAR LA TOTALIDAD DEL CONDUCTO, SIN INSISTIR EN LA SO BREOBTURACIÓN.

SE TENDRÁ CUIDADO DE NO AGREGAR AL HIDRÓXIDO DE CALCIO, ANTI SÉPTICOS COMO EL CLOROFENOL ALCANFORADO, QUE EJERCE UNA AC--

CIÓN IRRITANTE INNECESARIA EN ESTOS CASOS, DADO QUE LA ALCALINIDAD DEL MEDIO, INHIBE LA VIDA BACTERIANA.

LOS TRATAMIENTOS EN DIENTES CON FORÁMENES AMPLIOS, REALIZADOS EN UNA SESIÓN OPERATORIA, DE ACUERDO CON LA TÉCNICA ACONSEJADA, PRODUCEN CON MUY POCA FRECUENCIA REACCIÓN DOLOROSA POST-OPERATORIA.

OBTURADO NUESTRO CONDUCTO, PROCEDEREMOS A COLOCAR NUESTRA BASE DE ÓXIDO DE CINC Y EUGENOL, PARA QUE NOS SIRVA COMO UNA BASE PARA NUESTRO SELLADO TEMPORAL.

EL PRONÓSTICO A DISTANCIA DEL TRATAMIENTO CON RESPECTO AL CIERRE DEL FORÁMEN, RESULTA DIFÍCIL ESTABLECERSE.

EN BUENA MEDIDA DEPENDE DE LAS CONDICIONES PREOPERATORIAS DEL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ. PERO EL ANÁLISIS CLÍNICO-RADIOGRÁFICO DE DICHAS CONDICIONES, SUELEN NO COINCIDIR CON LA SITUACIÓN REAL EN LA INTIMIDAD DE LOS TEJIDOS.

CUALQUIERA QUE SEA EL CAMINO A SEGUIR PARA ALCANZAR EL CIERRE BIOLÓGICO DEL ÁPICE, CUANDO SE PROCEDE, PERMITE COMPLETAR LUEGO LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO, CON UN MATERIAL ADECUADO Y LOGRAR ASÍ UNA REPARACIÓN PERMANENTE.

C A P I T U L O 8

LESIONES EN DIENTES ANTERIORES

FRACTURAS:

LA PÉRDIDA O FRACTURA DE PIEZAS ANTERIORES INFANTILES, ES TAL VEZ EL PROBLEMA DENTAL QUE TIENE MAYOR IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS PADRES Y EN LOS NIÑOS, PARTICULARMENTE SI LA LESIÓN AFECTA A LA DENTADURA PERMANENTE E INCLUYE PÉRDIDA EXTERNA DE ESTRUCTURA DENTAL.

LA MAYORÍA DE LAS FRACTURAS Y DESPLAZAMIENTOS RESULTAN DE ACCIDENTES Y AFECTAN A POCO MÁS QUE LOS TEJIDOS BUCALES LOCALES.

EN LOS NIÑOS, LA MAYORÍA DE LAS FRACTURAS Y DESPLAZAMIENTOS OCURREN EN CAÍDAS DE Poca IMPORTANCIA, ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRÁCTICA DE ALGÚN DEPORTE O PIRUETAS INFANTILES INOFENSIVAS.

DE ESTOS ACCIDENTES APARENTEMENTE BENIGNOS, EL ASPECTO FACIAL DE UN NIÑO PUEDE ALTERARSE, AL GRADO DE HACER QUE UN NIÑO DE ASPECTO AGRADABLE RESULTE DESAGRADABLE.

APARTE DEL DOLOR Y LAS MOLESTIAS DE LA LESIÓN, EL ASPECTO TRANSFORMADO DEL NIÑO PUEDE VOLVERSE BLANCO DE BURLAS E INCLUSO RIDÍCULO POR PARTE DE OTROS NIÑOS, YA QUE LOS NIÑOS PUEDEN, SIN QUERERLO, SER CRUELES.

ES RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO PRESERVAR LA VITALIDAD DE LAS PIEZAS LESIONADAS CUANDO SEA POSIBLE Y RESTAURARLES HÁBILMENTE SU ASPECTO ORIGINAL, SIN PRODUCIR TRAUMATISMO ADICIONAL Y SIN DAÑAR LA INTEGRIDAD DE LA PIEZA.

LAS EXTRACCIONES INJUSTIFICABLES DE PIEZAS LESIONADAS, SIN HABER CONSIDERADO PREVIA Y CUIDADOSAMENTE LA POSIBILIDAD DE SALVARLAS, NUNCA PODRÁ TENER LUGAR EN LOS BUENOS CONSULTORIOS DENTALES.

CON LA AYUDA DE LOS MATERIALES DE RESTAURACIÓN, QUE EXISTEN HOY EN DÍA, PUEDEN RESTAURARSE LAS PIEZAS FRACTURADAS, Y LOGRARSE UN ESTADO FUNCIONAL Y ESTÉTICO ACEPTABLE.

TENIENDO EN CUENTA QUE EL TIEMPO, EN TRATAMIENTO DE FRACTURAS O DESPLAZAMIENTOS, ES UN ELEMENTO DE GRAN IMPORTANCIA, DEBERÁ TRATARSE POR TODOS LOS MEDIOS DE VER AL PACIENTE, EN EL CONSULTORIO DE INMEDIATO. INCLUSO SI SIGNIFICA RETRASAR UNA VISITA PREVIAMENTE PROGRAMADA, EL NIÑO LESIONADO DEBERÁ GOZAR DE PREFERENCIA Y DEBERÁ DÁRSELE TRATAMIENTO DE URGENCIA.

SI SE TRATA EL CASO CON PRONTITUD, SE PODRÁ EVITAR MAYOR IRRITACIÓN PULPAR, SE PODRÁN REINPLANTAR PIEZAS ARRANCADAS CON MAYOR PROBABILIDAD DE ÉXITO Y SE PODRÁN COLOCAR EN SU LUGAR CON MAYOR FACILIDAD LAS PIEZAS DESPLAZADAS.

PUEDE DECIRSE QUE EN GENERAL, PODRÁN ESPERARSE MEJORES RESULTADOS.

SE DESCONOCE EL NÚMERO EXACTO DE NIÑOS QUE CADA AÑO, SUFREN LESIONES EN LOS DIENTES; SIN EMBARGO LA FRECUENCIA A JUZGAR POR EL NÚMERO DE ESTAS LESIONES QUE SE OBSERVAN EN CLÍNICAS Y CONSULTORIOS PRIVADOS, DEBE SER ELEVADA.

LAS PIEZAS QUE MÁ S FRECUENTEMENTE SE VEN AFECTADAS EN UN EPISODIO TRAUMATIZANTE, SON LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES. LOS NIÑOS PRESENTAN CON MÁ S FRECUENCIA FRACTURAS DE PIEZAS PERMANENTES ANTERIORES QUE LAS NIÑAS.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES EN PIEZAS ANTERIORES SEGÚ N ELLIS Y DAVEY:

PRIMERA CLASE:

FRACTURA SENCILLA DE LA CORONA; DENTINA NO AFECTADA O MUY POCO AFECTADA.

SEGUNDA CLASE:

FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, AFECTANDO EN CONSIDERABLE CANTIDAD LA DENTINA, SIN EXPOSICIÓN DE PULPA DENTAL.

TERCERA CLASE:

FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, AFECTANDO EN CONSIDERABLE CANTIDAD LA DENTINA, CON EXPOSICIÓN DE PULPA DENTAL.

TIDAD LA DENTINA, CON EXPOSICIÓN DE PULPA DENTAL.

CUARTA CLASE:

PIEZA TRAUMATIZADA TRANSFORMADA EN NO VITAL, CON O SIN PÉRDIDA DE LA ESTRUCTURA CORONARIA.

QUINTA CLASE:

PÉRDIDA DE LA PIEZA COMO RESULTADO DEL TRAUMATISMO.

SEXTA CLASE:

FRACTURA DE LA RAÍZA, CON O SIN PÉRDIDA DE ESTRUCTURA CORONARIA.

SÉPTIMA CLASE:

DESPLAZAMIENTO DE LA PIEZA, SIN FRACTURA DE CORONA O RAÍZ.

OCTAVA CLASE:

FRACTURA DE LA CORONA EN MASA Y SU REEMPLAZO.

LAS LESIONES TRAUMATIZANTES EN LAS PIEZAS PRIMARIAS, SE CONSIDERA A PARTE DE LAS PERMANENTES, POR LOS DIFERENTES CRITERIOS DE TRATAMIENTO Y TÉCNICAS ESPECIALES.

COMO LAS LESIONES DE LOS DIENTES DEBEN TRATARSE LO ANTES POSIBLE, PUEDE AHORRARSE MUCHO TIEMPO AL TOMAR LA HISTORIA PRELIMINAR Y EN EL EXÁMEN CLÍNICO, SI SE SIGUE UN PROCEDIMIENTO SISTEMÁTICO.

TRATAMIENTO DE FRACTURAS QUE SOLO AFECTAN EL ESMALTE:

LAS FRACTURAS QUE AFECTAN SÓLO EL ESMALTE, SON ASTILLADAS DE LA PORCIÓN CENTRAL DEL BORDE INICIAL DE LA PIEZA, O FRACTURAS MUCHO MÁS COMÚNES DE ÁNGULOS INCISOPROXIMALES.

EL GRAN PELIGRO DE ÉSTAS FRACTURAS APARENTEMENTE BENIGNAS, - RADICAN EN MENOSPRECIAR LOS POSIBLES EFECTOS PERJUDICIALES - DE CONMOCIONES EN LA PULPA.

SI SE EXAMINA AL PÁCIEN TE POCO TIEMPO DESPUÉS DEL ACCIDENTE, PUEDE CUBRIRSE EL BORDE FRACTURADO CON ALGÚN ADHESIVO COMERCIAL, PARA PROTEGER LA PULPA CONTRA MAYORES IRRITACIONES.

SI LA FRACTURA ES YA ANTIGUA, Y LA PULPA ESTÁ VITAL Y ASINTO

MÁTICA PUEDE SER NO NECESARIA CUBIERTA ALGUNA PARA PROTEGER O MITIGAR.

SI LA PIEZA HA SIDO RECIENTEMENTE FRACTURADA, DEBERÁ CITARSE AL PACIENTE PARA SEIS U OCHO SEMANAS DESPUÉS.

EN ESTA VISITA SE TOMARÁN RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES, Y SE REGISTRARÁ CUALQUIER CAMBIO DE COLOR EN LA PIEZA. PUES EL CAMBIO DE COLOR PUEDE INDICAR PÉRDIDA DE VITALIDAD PULPAR.

TRATAMIENTO DE FRACTURAS EN ESMALTE Y DENTINA, SIN EXPOSICIÓN PULPAR:

ESTAS FRACTURAS PUEDEN SER HORIZONTALES, AFECTANDO A LA SUPERFICIE INCISIVA COMPLETA, O PUEDE SER DIAGONAL, EN CUYO CASO SE PUEDE PERDER UNA GRAN PORCIÓN DEL ÁNGULO INCISIVO PROXIMAL.

EN CUALQUIER CASO, SE APLICA SOBRE LA DENTINA UNA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, ESTIMULANTE PARA LA DENTINA, SOBRE LA LÍNEA DE FRACTURA.

PARA ASEGURAR LA RETENCIÓN DE LA CURACIÓN DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, HASTA QUE LA PULPA SE RETIRE DE LA PROXIMIDAD DE LA FRACTURA Y SE HAYA FORMADO UNA CAPA ADECUADA DE DENTINA SECUNDARIA, DEBERÁ EMPLEARSE UN RETENEDOR TEMPORAL ADECUADO. PUEDE EMPLEARSE A ESTE EFECTO UNA ADHESIVO COMERCIAL, UNA BANDA ORTODÓNTICA, UNA FORMA DE CORONA DE CELULOIDE OBTURADA CON MATERIAL RESTAURATIVO DE RESINA COMPUESTA, O UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

TRATAMIENTO DE FRACTURAS QUE AFECTAN A LA PULPA:

SI UNA FRACTURA CORONARIA INCLUYE EXPOSICIÓN PULPAR, DEBERÁ TRATARSE PARA CONSERVAR LA VITALIDAD DE LA PULPA. SI LA PULPA QUEDA EXPUESTA SE CONTAMINARÁ.

EL ODONTÓLOGO PUEDE TOMAR CUATRO CAMINOS:

- 1.- RECUBRIMIENTO PULPAR
- 2.- PULPOTOMÍA
- 3.- PULPECTOMÍA CON O SIN APICECTOMÍA
- 4.- EXTRACCIÓN DE LA PIEZA

LA ELECCIÓN DEPENDERÁ DEL GRADO DE EXPOSICIÓN, DEL ESTADO DE LA PULPA Y DEL GRADO DE DESARROLLO DEL AGUJERO APICAL, Y DEL GRADO DE LESIÓN DE LA RAÍZ Y TEJIDOS DE SOPORTE.

EL RECUBRIMIENTO PULPAR PUEDE EMPLEARSE SI LA EXPOSICIÓN ES MÍNIMA Y NO TIENE MÁS DE 24 HORAS.

PULPOTOMÍA, CUANDO EXISTEN HEMORRAGIAS MODERADA CON EXPOSICIÓN PULPAR RELATIVAMENTE AMPLIA, Y SE EXAMINA AL PACIENTE DENTRO DE LAS 72 HORAS.

PULPECTOMÍA, SE ACONSEJA SI LA PULPA ESTA DEGENERADA, PUTREFACTA O MUESTRA VITALIDAD DUDOSA.

SI LA EXPOSICIÓN TIENE MÁS DE 72 HORAS, GENERALMENTE LA PULPA ESTARÁ INFECTADA, SIN SALVACIÓN POSIBLE, EN CUYO CASO SE EFECTÚA LA PULPECTOMÍA.

TRATAMIENTO DE FRACTURA MASIVA DE LA CORONA:

EXISTEN CASOS EN QUE LA PIEZA PRESENTA FRACTURA HORIZONTAL, CERCA DE LA UNIÓN ENTRE CEMENTO Y ESMALTE.

SE ACONSEJA EXTRACCIÓN SI LA LÍNEA DE HENDIDURA ES TAL QUE LA RESTAURACIÓN DE LA PIEZA RESULTA IMPOSIBLE.

SI ES POSIBLE, DEBERÁ TRATARSE LA PIEZA, PUESTO QUE EN UNOS AÑOS LA ENCÍA ALCANZARÁ EL NIVEL DE LA UNIÓN ENTRE CEMENTO Y ESMALTE.

PRIMERO SE REALIZA UNA GINGIVECTOMÍA PARA EXPONER ESTRUCTURA DENTAL SUFICIENTE PARA PERMITIR PROCEDIMIENTOS ENDODÓNTICOS ADECUADOS.

SE LLEVA A CABO LA PULPECTOMÍA SIENDO OBTURADO UN TERCIO APICAL DE LA RAÍZ; SE CEMENTA EN LA RAÍZ UN CENTRO DE ORO FUNDIDO, Y SOBRE ESTO SE CEMENTA UNA CORONA CON FUNDA DE PORCELANA, O UNA CORONA COMPLETA DE ORO CON BARNIZ DE ESMALTE.

TRATAMIENTO DE RAÍCES FRACTURAS:

LAS FRACTURAS PUEDEN OCURRIR EN EL TERCIO CERVICAL, EN EL TERCIO MEDIO, O EN EL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ.

EL TRATAMIENTO DE FRACTURA RADICULAR COMPRENDE:

1.- REDUCCIÓN DE LA PIEZA DESPLAZADA, Y APOSICIÓN DE LAS PARTES FRACTURAS.

2.- INMOBILIZACIÓN.

3.- OBSERVACIÓN MINUCIOSA BUSCANDO CAMBIOS PATOLÓGICOS, EN LA PIEZA LESIONADA O EN LA REGIÓN APICAL CIRCUNDANTE.

CUANDO UN PACIENTE PRESENTA FRACTURA RADICULAR, LOS SEGMENTOS PUEDEN ESTAR EN GRAN PROXIMIDAD O PUEDEN ESTAR SEPARADOS.

SI ESTÁN SEPARADOS, DEBERÁN TRATARSE CON MANIPULACIÓN DIGITAL DEL SEGMENTO CORONARIO, Y BAJO ANESTESIA LOCAL LLEVANDO LAS - EXTREMIDADES A APOSICIÓN PRÓXIMA.

SI ESTOS SEGMENTOS ESTÁN EN ESTRECHO CONTACTO SE PUEDEN LOGRAR MEJORES RESULTADOS.

DESPUÉS DE REDUCIR, DEBE INMOBILIZARSE LA PIEZA LESIONADA, DURANTE UN PERIÓDO SUFICIENTE PARA PERMITIR LA CURACIÓN QUE PUEDE SER DE MESES, INCLUSO DE AÑOS.

DEBERÁ COLOCARSE AL PACIENTE EN PROTECCIÓN ANTIBIÓTICA PROFILÁCTICA, DURANTE UNA SEMANA.

TRATAMIENTO DE PIEZAS DESPLAZADAS:

AL TRATAR PIEZAS DESARTICULADAS O DESPLAZADAS EN DIRECCIÓN LATERAL, O LABIOLINGUAL; DEBERÁ REDUCIRSE EL DESPLAZAMIENTO Y VOLVER A ALINEAR LAS PIEZAS EN SU POSICIÓN INICIAL EN CUANTO SEA POSIBLE.

SI EL DESPLAZAMIENTO NO ES DEMASIADO PRONUNCIADO Y SE EXAMINA AL PACIENTE POCO TIEMPO DESPUÉS DEL ACCIDENTE, EN ALGUNOS CASOS PUEDE LLEVARSE A CABO LA REDUCCIÓN SIN ANESTESIA, COLOCANDO UNA ESPONJA CON GASA SOBRE LAS PIEZAS DESPLAZADAS Y LLEVÁNDOLAS A SU POSICIÓN CON LA MANO, GUIÁNDOSE POR LAS PIEZAS ADYACENTES SANAS.

SI EL DESPLAZAMIENTO ES CONSIDERABLE Y DOLOROSO AL TACTO, SE PUEDE REALIZAR LA REDUCCIÓN CON ANESTESIA LOCAL ANALGESIA DE ÓXIDO NITROSO Y OXÍGENO O CON AMBAS COSAS.

EN TODAS LAS REDUCCIONES DENTALES, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ ASEGURARSE SIEMPRE, DE QUE LA ALINEACIÓN ES NORMAL Y QUE NO EXISTE INTERFERENCIA DE MORDIDA.

PUEDEN HACERSE APLICACIONES CALIENTES PARA REDUCIR CUALQUIER MOLESTIA INHERENTE, Y DEBERÁ FERULARSE AL PACIENTE DE 4 A 12

SEMANAS, SEGÚN EL CARÁCTER DEL DESPLAZAMIENTO.

TRAUMATISMO A LAS PIEZAS PRIMARIAS:

AL IGUAL QUE CON LOS PERMANENTES, LAS PIEZAS PRIMARIAS MÁS -
SUSCEPTIBLES A TRAUMATISMOS, SON LOS INCISIVOS CENTRALES SUPE-
RIORES.

ESTAS PIEZAS HACEN ERUPCIÓN ENTRE LOS 6 Y 9 MESES DE EDAD Y -
NORMALMENTE PERMANECEN HASTA LA EXFOLIACIÓN, A LOS 7 AÑOS -
APROXIMADAMENTE.

LA FRECUENCIA DE LESIONES EN LA DENTADURA PRIMARIA AUMENTA -
A MEDIDA QUE EL NIÑO SE VUELVE MÁS INDEPENDIENTE Y MÓVIL, -
FALTÁNDOLE SIN EMBARGO COORDINACIÓN Y BUEN JUICIO.

SCHRIEBER, ENCONTRÓ QUE LA MAYORÍA DE LAS LESIONES EN PIEZAS
PRIMARIAS OCURRE ENTRE LAS EDADES DE 1 1/2 A 2 1/2 AÑOS.

LAS LESIONES MÁS COMUNES SON LOS DESPLAZAMIENTOS Y NO LAS -
FRACTURAS. ÉSTO PUEDE DEBERSE A LA PLASTICIDAD DEL HUESO AL--
VEOLAR EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS, QUE CEDEN CON MAYOR FACILIDAD -
A PIEZAS PROPULSADAS APICALMENTE.

EL HUESO ALVEOLAR MÁS DENSO DEL NIÑO MAYOR, ESTABILIZA LA PIE
ZA PERMANENTE Y LA VUELVE MÁS SUSCEPTIBLE A LA FRACTURA.

AVULSIÓN:

POR LA MORFOLOGÍA DE LAS PIEZAS PRIMARIAS, LA ESTABILIZACIÓN
CON HILOS METÁLICOS U OTRAS FÉRULAS ES MUY DIFÍCIL, EN CASOS
DE AVULSIÓN.

ADEMÁS, LOS PACIENTES DE MUY CORTA EDAD PUEDEN NO TENER LAS
SUFICIENTES PIEZAS, PARA HACER FACTIBLE LA FERULIZACIÓN.

EN NIÑOS DE MÁS EDAD, LA RESORCIÓN RADICULAR FISIOLÓGICA NOR
MAL PUEDE HABER EMPEZADO YA, LO QUE DESDE UN PUNTO DE VISTA -
PRÁCTICO, HARÍA EL REINPLANTE AÚN MENOS INDICADO.

CUANDO SE PIERDE UNA PIEZA ANTERIOR PRIMARIA POR AVULSIÓN -
TRAUMATIZANTE, HAY POSIBILIDADES EN QUE DEBEN SER EXTRAÍDAS -
POR FRACTURA EXTENSA, PERO EL ODONTÓLOGO DEBERÁ CONSIDERAR -
SIEMPRE EL PROBLEMA DE ESPACIO.

DEBERÁN EVALUARSE TRES FACTORES AL DECIDIR SI SE DEBE INSER--
TAR UN MANTENEDOR DE ESPACIO ANTERIOR:

- A) LA EDAD DEL PACIENTE AL PERDER LA PIEZA
- B) TIPO DE DENTADURA PRIMARIA
- C) NÚMERO DE PIEZAS PERDIDAS

EL MANTENEDOR DE ESPACIO PUEDE SER FIJO, EN CUYO CASO SE BAN--
DEAN LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS Y SE UNEN A LAS PIEZAS AR--
TIFICIALES A UN CABLE LINGUAL, CON RESINA ACRÍLICA.

O SE PUEDE CONSTRUIR UN MANTENEDOR DE ESPACIO DE ACRÍLICO RE--
MOVIBLE. SCURES SUGIERE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PUENTE ANTERIOR,
DE PORCELANA FUSIONADA A ORO, PARA SUSTITUIR A UN INCISIVO -
PRIMARIO AUSENTE, PERO EL COSTO DE ESTE INSTRUMENTO ESENCIAL--
MENTE TEMPORAL PUEDE VOLVERSE PROHIBIDO PARA ALGUNOS PACIEN--
TES.

LOS INSTRUMENTOS DE ACRÍLICO PARA RESTAURAR LA PIEZA PERDIDA
TIENEN BUEN ASPECTO, Y SON GENERALMENTE ACEPTADOS POR EL PA--
CIENTE.

LA DESVENTAJA PRINCIPAL DE ESTE TIPO DE MANTENEDOR ES LA FA--
CILIDAD CON QUE EL PACIENTE PUEDE PERDERLO O ROMPERLO.

C A P I T U L O 9

FARMACOLOGIA

ANALGESICOS:

EXISTEN LOS NARCÓTICOS Y NO NARCÓTICOS; LOS NÁRCOTICOS PRODUCEN ANALGESIA, SUEÑO Y EUFORIA.

LOS NO NARCÓTICOS, SU EFECTO NO ES SÓLO ANALGÉSICO SINO TAMBIÉN ANTIPIRÉTICO Y ANTIINFLAMATORIO.

NARCÓTICOS:

1.- ANALPHEN: ANALGÉSICO Y ANTITÉRMICO.

-INDICACIONES:

FIEBRE, SÍNTOMAS DE RESFRIADO COMÚN O DE LA GRIPE, REACCIONES FEBRILES POSTVACUNALES, OTALGIAS Y ODONTALGIAS.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

LIGERA SOMNOLENCIA E IRRITACIÓN GÁSTRICA.

-DOSIS:

TABLETAS EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 8 AÑOS 1 Ó 2 - 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

2.- DOLVIRAN: ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO

-INDICACIONES:

ESTADOS DOLOROSOS DE DIVERSA INTENSIDAD Y LOCALIZACIÓN - COMO LAS NEURALGIAS, NEURITIS, JAQUECA, POSTOPERATORIO - DOLOR DE ABSCESOS.

-CONTRAINDICACIONES:

ULCERA PÉPTICA ACTIVA, HEMORRAGIAS INTESTINALES, INTOLENCIA A LOS COMPONENTES.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

NO LAS HAY A LAS DOSIS INDICADAS, PERO EN PACIENTES SENSIBLES A LA CODEÍNA PUEDE PRESENTARSE ESTREÑIMIENTO.

-DOSIS:

1 ó 2 TABLETAS HASTA 3 VECES AL DÍA.

3.- PORBIOT: ANALGÉSICO, SEDANTE, ANTITÉRMICO Y ANTIESPASMÓDICO.

-INDICACIONES:

ODONTALGIAS, CIRUGÍA DENTAL ETC.

-CONTRAINDICACIONES:

LACTANTES MENORES DE 3 MESES, ÚLCERA GASTRODUODENAL ACTIVA E INSUFICIENCIA HEPÁTICA.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

OCASIONALMENTE NÁUSEAS, VÓMITOS, SOMNOLENCIA Y URTICARIA.

-DOSIS:

COMPRIMIDOS Y SUPOSITARIOS SIMPLE:

ADULTO 1 c/4 ó 6 HRS.

NIÑOS 1 c/6 ó 8 HRS.

GOTAS:

ADULTO 25 A 50 HASTA 3 VECES AL DÍA

NIÑOS 1 GOTAS POR KILO DE PESO 3 VECES AL DÍA.

NO NARCÓTICOS:

1.- ALPIREX: ANALGÉSICO ANTITÉRMICO.

-INDICACIONES:

FIEBRES Y DOLORS PRODUCIDOS POR INFECCIONES, PROCESOS DENTARIOS.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

LIGERA SOMNOLENCIA.

-DOSIS:

NIÑOS DE 1 AÑO 3 GOTEROS AL DÍA

NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS 4 A 6 GOTEROS AL DÍA.

2.- AMIRINA: ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO.

-INDICACIONES:

TIENE PROPIEDADES ANALGÉSICAS SIMILARES AL ÁCIDO ACETIL - SALICÍLICO Y ES SUSTITUTO EN PERSONAS SUSCEPTIBLES AL ÁCIDO.

-CONTRAINDICACIONES:

NO ADMINISTRARSE EN PERSONAS QUE TOMAN ANTICOAGULANTES Y PERSONAS SENSIBLES A LA SAL.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

NÁUSEAS, ANEMIA, SOMNOLENCIA Y GRANULOSITOSIS.

-DOSIS:

SUPOSITORIOS INFANTIL Y ADULTO
DE 1 A 3 EN 24 HRS.

3.- APIROL: ANALGÉSICO-ANTIPIRÉTICO PEDIÁTRICO EN NIÑOS LACTANTES, PREESCOLARES Y NIÑOS MAYORES.

-INDICACIONES:

FIEBRE, DOLORS MODERADOS Y EN LA DENTICIÓN.

-CONTRAINDICACIONES:

GASTRITIS AGUDA Y ÚLCERA GASTRODUODENAL.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

LIGERA SOMNOLENCIA.

-DOSIS:

NIÑOS MAYORES DE 1 AÑO 1 GOTERO C/ 6 U 8 HRS.

4.- DOLO-TANDERIL: ANALGÉSICO, ANTITÉRMICO Y ANTIINFLAMATORIO

-INDICACIONES:

INDICADO EN TODOS LOS PROCESOS INFECCIOSOS AGUDOS Y EN -
LOS NO INFECCIOSOS COMO EN EL POSTOPERATORIO.

-CONTRAINDICACIONES:

ÚLCERA GASTRODUODENAL, LEUCOPENIA, HIPERSENSIBILIDAD A -
LOS DERIVADOS PIRAZÓLICOS Y AL PARACETAMOL.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

REACCIONES ALÉRGICAS Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

NOTA: SE DEBE CUIDAR SU ADMINISTRACIÓN EN PERSONAS DE --
EDAD AVANZADA, LACTANTES Y PERSONAS CON SENSIBILIDAD ES--
TOMACAL.

-DOSIS:

ADULTO 4 Ó 6 CÁPSULAS Ó 2 Ó 3 SUPOSITARIOS P/ADULTO AL DÍA
NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS 1 A 3 SUPOSITARIOS P/NIÑO AL DÍA.

5.- TEMPRA: ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO.

-INDICACIONES:

FIEBRE, NEURALGIAS, CEFALÉAS Y ODONTÁLGIAS.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

NO SE REPORTAN A DOSIS RECOMENDADAS.

-DOSIS:

NIÑOS DE 6 MESES A 1 AÑO:

JARABE 1/2 CUCHARADA 4 VECES AL DÍA

GOTAS 1 GOTA 4 VECES AL DÍA

SUPOSITARIOS 2 A 3 EN EL DÍA.

NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS:

JARABE 1 CUCHARADA 4 VECES AL DÍA

GOTAS 2 GOTEROS 4 VECES AL DÍA

SUPOSITARIOS 3 A 4 EN EL DÍA

NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS:

JARABE 1 CUCHARADA 6 VECES AL DÍA

SUPOSITORIOS 3 A 4 EN EL DÍA

NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS:

TABLETAS DE 1/2 A 1 - 3 Ó 4 VECES AL DÍA

ADULTOS:

TABLETAS 2 TABL. 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

ACIDO ACETIL-SALICÍLICO SOLO Y COMBINADO:

1.- ASA 500: ANALGÉSICO, ANTIINFLAMATORIO Y ANTIPIRÉTICO.

-INDICACIONES:

DOLOR DENTAL Y POSTEXTRACCIONES.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

IRRITACIÓN GÁSTRICA.

-DOSIS:

CÁPSULAS EN ADULTOS 2 c/6 U 8 HRS.

EN NIÑOS 1 CÁPS. c/8 HRS.

SOLUCIÓN INYECTABLE EN ADULTO 1 A 4 FRASCOS AL DÍA

EN NIÑOS 10 A 25 MG. X KG. DE PESO.

2.- ASAWIN: ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO Y ANTIINFLAMATORIO.

-INDICACIONES:

DOLOR DE LA DENTICIÓN Y EL QUE APARECE DESPUÉS DE OPERACIONES DENTALES Y NEURALGIAS.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

NERVIOSIDAD, MAREOS E INSOMNIO.

-DOSIS:

ASAWIN PEDIÁTRICO CON SABOR A NARANJA:

NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ES A JUICIO MÉDICO

DE 1 A 2 AÑOS 1 TABLETA

DE 3 A 4 AÑOS 1 A 2 TABLETAS

DE 5 A 7 AÑOS 2 A 3 TABLETAS
DE 8 A 12 AÑOS 3 A 4 TABLETAS
ADULTO DE 1 A 2 TABLETAS C/3 Ó 4 HRS.

3.- PRINISOL C: ANALGÉSICO Y ANTITÉRMICO

-INDICACIONES:

JAQUECA, NEURALGIA, ODONTALGIA Y DOLORS MENORES.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD E IRRITACIÓN GASTROINTESTINAL.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

IRRITACIÓN GÁSTRICA.

-DOSIS:

ADULTO 1 Ó 2 TABLETAS C/3 Ó 4 HRS.

NIÑOS 1/4 A 1 TABLETA SEGÚN LA EDAD.

SINTÉTICOS SÓLOS Y COMBINADOS:

1.- BESEROL 500: ANALGÉSICO, MIORRELAJANTE, TRANQUILIZANTE SUAVE.

-INDICACIONES:

CEFALEAS, ODONTALGIAS Y NEURITIS PERIFÉRICA.

-CONTRAINDICACIONES:

DISCRASIAS SANGUÍNEAS, DISFUNCIÓN HEPÁTICA O RENAL, ALER-
GIA AL MEDICAMENTO E INSOMNIO.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

PUEDE PRESENTARSE FIEBRE, ERUPCIÓN CUTÁNEA, NÁUSEAS Y VÓ-
MITO.

-DOSIS:

ADULTO 1 Ó 2 TABLETAS 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS 1/2 A 1 TABLETA 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

2.- CONMEL: ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO Y ANTIINFLAMATORIO.

-INDICACIONES:

PARA DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES DENTALES, ODONTALGIAS, DOLOR POSTOPERATORIO Y EN TODOS LOS PROCESOS QUE REQUIERAN ANALGESIA.

-CONTRAINDICACIONES:

INTOLERANCIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA

-REACCIONES SECUNDARIAS:

CUTÁNEAS, NÁUSEAS, VÓMITOS Y TEMBLORES.

-DOSIS:

TABLETAS EN ADULTO 1 Ó 2 - 3 Ó 4 VECES AL DÍA

TABLETAS EN NIÑOS 1/2 Ó 1 - 2 Ó 3 VECES AL DÍA

JARABE:

NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS A JUICIO MÉDICO

DE 2 A 4 AÑOS 1/2 A 1 CUCHARADA

DE 4 A 6 AÑOS 1 A 1 1/2 CUCHARADAS

DE 6 A 12 AÑOS 1 1/2 A 2 CUCHARADAS

ESTO PUEDE SER 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

GOTAS:

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 2 GOTAS X AÑO DE EDAD 3 VECES AL DÍA.

MAYORES DE 5 AÑOS 10 GOTAS 3 VECES AL DÍA.

3.- NEO-MELUBRINA: ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO Y ANTIINFLAMATORIO.

-INDICACIONES:

PARA POTENCIAR EL EFECTO DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES EN ODONTOLOGÍA Y EN CIRUGÍA MENOR. CUALQUIER PADECIMIENTO QUE CURSE CON FIEBRE, DOLOR E INFLAMACIÓN.

-CONTRAINDICACIONES:

INSUFICIENCIA HEPÁTICA, INSUFICIENCIA CARDIACA.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

NÁUSEAS, VÓMITOS Y DIARREA.

-DOSIS:

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS:

GOTAS 5 GOTAS 4 VECES AL DÍA

JARABE 1/2 CUCHARADA 4 VECES AL DÍA

SUPOSITORIO 1 Ó 2 SUPS. 3 VECES AL DÍA

NIÑOS DE EDAD ESCOLAR:

1 AMPOLLETA DE 2 ML. 2 Ó 3 VECES AL DÍA

20 GOTAS 4 VECES AL DÍA

1 COMPRIMIDO 4 VECES AL DÍA

2 CUCHARADAS DE JARABE 4 VECES AL DÍA

1 SUPOSITORIO ADULTO 2 VECES AL DÍA

ADULTOS:

1 Ó 2 AMPOLLETAS DE 2 ML. 2 VECES AL DÍA

1 Ó 2 COMPRIMIDOS 4 VECES AL DÍA

20-40 GOTAS 4 VECES AL DÍA

2 Ó 4 CUCHARADAS DE JARABE 4 VECES AL DÍA

1 SUPOSITORIO ADULTO 3 Ó 4 VECES AL DÍA

ANTIBIOTICOS:

1.- QUIMOCYCLAR: TETRACICLINA + ENZIMAS PROTEOLÍTICAS ANTI- -
INFLAMATORIAS.

-INDICACIONES:

ABSCESOS DENTARIOS, PERIODONTITIS, ALVEOLITIS, EXTRACCIO-
NES DENTARIAS CON RIESGO DE INFECCIÓN SECUNDARIA.

-CONTRAINDICACIONES:

INSUFICIENCIA CARDIÁCA CONGESTIVA, DURANTE EL DESARROLLO
DENTAL Y NIÑOS MENORES.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

VÓMITO, DIARREA, HEMATURIA Y ERUPCIÓN CUTÁNEA.

-DOSIS:

ADULTO 1 Ó 2 GRAMOS SEGÚN LA INFECCIÓN

NIÑOS 20 A 55 MG. X KG. DE PESO DIVIDIÉNDOSE EN 4 TOMAS.

2:- LINCOCIN: AMPLIO ESPECTRO

-INDICACIONES:

ABSCESOS, HERIDAS INFECTADAS

-CONTRAINDICACIONES:

NIÑOS MENORES DE 1 MES, ENFERMEDADES RENALES Y HEPÁTICAS.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

DIARREA

-DOSIS:

ADULTO:

ORAL: 1 CÁPSULA 500MG. 3 VECES AL DÍA

INTRAMUSCULAR: 600MG. [2 ML.] C/ 24 HRS.

NIÑOS:

ORAL: 30 MG. X KG. X DÍA EN 3 Ó 4 DOSIS

INTRAMUSCULAR: 10 MG. X KG. C/24 HRS.

JARABE PARA NIÑOS MAYORES DE 1 MES:

6 MESES A 2 AÑOS 1/2 CUCHARADA 3 VECES AL DÍA

DE 2 A 7 AÑOS 1 CUCHARADA 3 VECES AL DÍA

DE 7 A 12 AÑOS 1 1/2 CUCHARADA 3 VECES AL DÍA

3.- MICOSTATIN: FUNGICIDA [CÁNDIDA]

-INDICACIONES:

TRATAMIENTO DE MONILIASIS, ESPECIALMENTE EN LAS FORMAS BUCALES DE LOS LACTANTES Y NIÑOS.

-CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD

-REACCIONES SECUNDARIAS:

DOSIS ELEVADAS PUEDE PRODUCIR DIARREA.

-DOSIS:

POLVO PARA SUSPENSIÓN NIÑOS 1ML. 4 VECES AL DÍA.

4.- AMPICILINA PROMECO: AMPLIO ESPECTRO, ANTIBACTERIANO.

-INDICACIONES:

PROCESOS INFECCIOSOS DE LA CAVIDAD ORAL

-CONTRAINDICACIONES:

SENSIBILIDAD A LA PENICILINA

-REACCIONES SECUNDARIAS:

REACCIÓN ALÉRGICA A LA PENICILINA.

-DOSIS:

ADULTO 1 Ó 2 CÁPSULAS C/ 6 U 8 HRS.

ADULTO SOLUCIÓN INYECTABLE 1 ÁMPULA C/ 6 HRS.

NIÑOS SUSPENSIÓN 25 A 50 MG. X KG. X DÍA C/ 6 U 8 HRS.

NIÑOS SOLUCIÓN INYECTABLE 25 A 50 MG. X KG. X DÍA C/ 6 HR.

5.- BINOTAL: AMPICILINA DE AMPLIO ESPECTRO.

-INDICACIONES:

DIVERSAS INFECCIONES BUCALES, EN EXTRACCIONES INFECTADAS Y OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

-CONTRAINDICACIONES:

PACIENTES ALÉRGICOS.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

EN ALGUNOS CASOS PUEDE PRESENTARSE DIARREA Y ALERGIA.

-DOSIS:

ADULTO: 1 COMPRIMIDO DE 1 GRM. C/ 6 U 8 HRS.

NIÑOS DE EDAD ESCOLAR: 1 Ó 2 CÁPSULAS DE 500 MG, C/6 U 8 HRS.

NIÑOS PEQUEÑOS Y LACTANTES: 50 A 200 MG. X KG. DE PESO -
Y FRACCIONARLA EN VARIAS TOMAS AL DÍA.

SUSPENSIÓN EN NIÑOS HASTA DE 1 AÑO: 1 CUCHARADA 4 VECES
AL DÍA, [SUSPENSIÓN PARA LACTANTES].

SUSPENSIÓN PARA NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS: 2 CUCHARADAS 4 VE--
CES AL DÍA.

SUSPENSIÓN PARA NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS: 3 CUCHARADAS 4 VE--
CES AL DÍA.

5.- ERITROMICINA AMSA: ESPECTRO MEDIO.

-INDICACIONES:

SE UTILIZA PARA INFECCIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

-CONTRAINDICACIONES:

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

-REACCIONES SECUNDARIAS:

PUEDE PRESENTARSE ALERGIA.

-DOSIS:

NIÑOS DE MÁΣ DE 25 KG. DE PESO Y ADULTOS: 1 CÁPSULA -
C/ 6 HRS.

ANTIINFLAMATORIOS:

1.- DANZEN TAKEDA: ANTIINFLAMATORIO, ENZIMÁTICO Y PROTEOLÍ- -
TICO. BAJA TOXICIDAD.

-INDICACIONES:

CONTROLA LOS PROCESOS INFLAMATORIOS DESPUÉS DE INTERVEN--
CIONES QUIRÚRGICAS ORALES.

-CONTRAINDICACIONES:

DISCRASIAS SANGUÍNEAS, PANCREATITIS AGUDA.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

OCASIONALMENTE ANOREXIA, NÁUSEAS Y ERUPCIÓN CUTÁNEA,

-DOSIS:

ADULTO Y MAYORES DE 12 AÑOS:

1 Ó 2 TABLETAS 3 VECES AL DÍA

NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS:

1 TABLETA 2 Ó 3 VECES AL DÍA.

2.- PARENGESICO F: ANTIINFLAMATORIO, ENZIMÁTICO Y ANALGÉSICO.

-INDICACIONES:

CIRUGÍA ORAL, CIRUGÍA DENTAL, POSTERIOR Y ANALGÉSICO.

-CONTRAINDICACIONES:

PACIENTES ALÉRGICOS A LA TRIPSINA Y QUIMOTRIPSINA.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

ALERGIAS Y TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.

-DOSIS:

1 CÁPSULA ANTES DE LA OPERACIÓN Y DESPUÉS 1 CÁPSULA 4 VE-
CES AL DÍA X 1 Ó 2 DÍAS.

3.- QUIMAR ORAL: ANTIINFLAMATORIO, ENZIMÁTICO Y FIBRINOLÍTICO.

-INDICACIONES:

ABSCEOS DENTARIOS, EXTRACCIONES, ALVEOLITIS Y PROCEDI- -
MIENTOS DE CIRUGÍA ORAL.

-CONTRAINDICACIONES:

TRASTORNOS DE COAGULACIÓN SANGUÍNEA Y ALÉRGICA.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

URTICARIA, NÁUSEAS Y VÓMITOS.

-DOSIS:

ADULTO: 2 GRAGEAS 4 VECES AL DÍA

NIÑOS: 1 GRAGEA ANTES DE COMER Y 1 GRAGEA ANTES DE ACOS--
TARSE.

4.- FLANAX: ANTIINFLAMATORIO Y ANTIEXUDATIVO CON ACCIÓN ANAL-
GÉSICA Y ANTIPIRÉTICA.

-INDICACIONES:

PRE Y POSTEXTRACCIONES, ABSCEOS PERIAPICALES Y PARODONTA
LES, PROCESOS INFLAMATORIOS: ESTOMATITIS, GINGIVITIS ETC.,
ENDODONCIA, CIRUGÍA MAXILO FACIAL ETC.,.

-CONTRAINDICACIONES:

PACIENTES CON SÍNDROME DE ASMA, ÚLCERA PÉPTICA, EMBARAZO
Y NIÑOS MENORES DE 1 AÑO,

-REACCIONES SECUNDARIAS:

ÚLCERA PÉPTICA ACTIVA, CEFALEA.

-DOSIS:

ADULTO: 2 CÁPSULAS DE 275 MG. INICIAL Y LUEGO 1 CÁPSULA -
C/ 8 HRS.

NIÑOS: MAYORES DE 7 AÑOS 1 CÁPSULA INFANTIL [100MG.] -
C/ 8 HRS.

POLVO PARA SUSPENSIÓN:

MAYORES DE 7 AÑOS: 1 O 2 CUCHARADAS [125-250 MG.] C/8 HRS
DE 4 A 6 AÑOS: 1 CUCHARADA [62.5 MG.] C/8 HRS.

DE 1 A 3 AÑOS: 1/2 CUCHARADA [62.5 MG.] C/8 HRS.

SUPOSITARIOS:

DE 1 A 3 AÑOS 1 SUPOSITORIO INFANTIL [50 MG.] C/8 HRS.

5.- TANDERIL: ANTIINFLAMATORIO, ANTIEXUDADO NO ESTEROIDE.

-INDICACIONES:

EXTRACCIONES DE PIEZAS DENTALES, CIRUGÍA, ENDODONCIA, PA-
RODONCIA.

-CONTRAINDICACIONES:

ÚLCERA GASTRODUODENAL, TRASTORNOS RENALES.

-REACCIONES SECUNDARIAS:

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, ALERGIAS.

DOSIS:

ADULTO: INICIAL 2 GRAGEAS 3 VECES AL DÍA

SOSTÉN 1 GRAGEA 3 VECES AL DÍA

SUPOSITORIOS:

ADULTO: DE 1 A 3 DE 250 MG.

NIÑOS: DE 1 A 3 DE 100 MG. SEGÚN LA EDAD.

CONCLUSIONES:

CON LA AYUDA DE LA ENDODONCIA Y TÉCNICAS SEMEJANTES, ES MUY POSIBLE REALIZAR EN PACIENTES NIÑOS, ASÍ COMO EN LOS ADULTOS UN MANTENIMIENTO ADECUADO PARA LOS DIENTES PRIMARIOS. CON ANTERIORIDAD SE MENCIONÓ QUE LOS DIENTES PRIMARIOS TIENEN UNA GRAN IMPORTANCIA, TANTO EN SU ÉPOCA DE FUNCIONAMIENTO Y SIRVEN COMO GUÍA PARA LA ERUPCIÓN DE LOS PERMANENTES.

CON LAS TÉCNICAS ADECUADAS, ES POSIBLE ALARGAR EL MOMENTO DE EXTRACCIÓN DE LOS DIENTECITOS, QUE SUFREN POR CARIES EXCESIVAS O TRAUMATISMOS QUE AFECTAN LA PULPA.

DEBE TENERSE SUMO CUIDADO CON LOS DIENTES, PUES SON ORGANISMOS EN PERÍODOS DE CONSTANTE FORMACIÓN Y RENOVACIÓN, ETAPAS DE IMPORTANCIA EN LA VIDA DEL NIÑO, PUES SI SUS DIENTES ESTÁN EN MALAS CONDICIONES DE SALUD, NOS VA A TRAER COMO CONSECUENCIA PROBLEMAS FUTUROS DE IMPORTANCIA, QUE TAL VEZ YA NO SEA POSIBLE REMEDIAR.

TODAS LAS TÉCNICAS ENDODÓNTICAS SON BUENAS, PERO SIEMPRE TIENEN QUE IR ACOMPAÑADAS DEL CONOCIMIENTO, DESTREZA Y APTITUD DEL DENTISTA, PARA LOGRAR UN PORCENTAJE ALTO DE ÉXITOS.

BIBLIOGRAFIA:

-ENDODONCIA

ANGEL LASALA

SALVAT 3A. EDICIÓN

-ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SIDNEY B. FINN

EDITORIAL INTERAMERICANA

CUARTA EDICIÓN

-ENDODONCIA

DR. MAISTRO. A. OSCAR

EDITORIAL MUNDI

SEGUNDA EDICIÓN BUENOS AIRES

-ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

RALPH E. MC. DONALD

EDITORIAL MUNDI

BUENOS AIRES

-HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES

DR. ORBAN

EDITORIAL FOURNIER

-LA PULPA DENTAL

SAMUEL SELTZER Y BENDER

-TRATADO DE HISTOLOGIA

DR. ARTHUR WHAM

EDITORIAL INTERAMERICANA