



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CONCEPTOS GENERALES EN
ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

REMEDIOS TREJO BLANCARTE



México, D. F.

1985



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 está 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.

TEMARIO

1. INTRODUCCION
2. EL DENTISTA Y EL NIÑO (COMPORTAMIENTO)
3. HISTORIA CLINICA
4. MORFOLOGIA DE LOS DIENTES TEMPORALES
5. OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS
6. INSTRUMENTACION Y MATERIALES DE OBTURACION
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

La odontología infantil es el servicio más necesario y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el dentista.

Los odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia, o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología actual.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños debe prever que la tarea le resultara algo difícil ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio dejando al individuo con muchos de los problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes ya que se está tratando con organismos en período de formación.

La odontología para niños trata generalmente de la prevención, y con esto la resistencia a las enfermedades de los tejidos, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico funcional y estético, puesto que la prevención es siempre meta final de la ciencia médica en su totalidad.

2. EL DENTISTA Y EL NIÑO (COMPORTAMIENTO)

Por poco esenciales que los dientes puedan ser para la existencia del hombre civilizado, hay un deseo cada vez mayor por mantener una dentición funcional y estética el mayor tiempo posible.

Es importante considerar la parte que juega la odontología para niños en el logro de esta meta.

Hata no hace mucho, en nuestra sociedad el niño era poco tomado en cuenta.

Hoy se comprende que un niño, como ser humano, tiene el derecho a esperar tanta concideración como cualquier otra persona, y esto no es menos cierto en odontología.

La necesidad que tiene un niño de una dentición funcional es mayor que la del adulto, porque su requerimiento de calorías y nutrientes son proporcionalmente más grandes, ya que mientras esta creciendo ráidamente y al mismo tiempo viviendo una vida muy activa, y si ha de alcanzar un estado nutricio optimo, entonces necesita sus dientes para comer - con ellos.

Los dientes de un niño son tan importantes como los del adulto.

El odontologo debe recordar que su labor no solo --

termina en lo físico de un niño. Hay excelente oportunidad en nuestro trabajo de observar su desarrollo mental y psicológico y notar cualquier anormalidad que pudiera ocurrir. Debe recordar sus propias acciones ya que no cuidarlas puede producir un trastorno emocional que cause incesariamente infelicidad y ansiedad al niño y al padre.

Por eso como parte de un equipo de salud su primer propósito debe ser el bienestar físico y mental de sus pacientes.

El primero y principal esfuerzo debe dirigirse a prevenir la enfermedad.

En su mayor parte, las estructuras bucales sanas se encuentran solo en niños pequeños, por lo tanto la prevención debemos empezarla en esta edad.

El concepto de prevención debe impregnar todo lo que hacemos de modo que el niño y el padre no se conformen con dejar la atención y el cuidado dental en nuestras manos, viniendo regularmente, sino que los preparemos para que su vida sea en tal forma que la salud dental se convierta en rutina. En esta forma nuestro esfuerzo tendrá valor.

Sin embargo si la enfermedad se produce entonces debe de ser tratada devolviendo a la boca su buena salud y función eficiente.

El odontólogo debe de convencer al paciente y a los padres que el tratamiento dental es valioso.

Es importante hacerles ver que la caries no es el

único problema, que existe en la boca. Las enfermedades periodontales se establecen mucho más temprano en la vida de lo que se pensaba, también puede observar el desarrollo de nuestros pacientes, y controlar cuando es necesario la dentición, derivar ó orientar el liniamiento a seguir.

EL ODONTOLOGO EN LA PRACTICA.

Comprender la importancia de una dentición sana, y el entusiasmo por regular la propia vida cotidiana, para lograrlo, surgen de hábitos correctos de salud bucal iniciados temprano en la vida.

Si el dentista realiza trabajos dentales satisfactorios en pacientes infantiles debe contar con su total cooperación.

Esta cooperación la podrá obtener si comprende el tipo emocional del niño y sus padres.

Si no comprende esto le resultará difícil manejar niños.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista.

Tomando en cuenta que condicionar a los niños hacia el dentista es responsabilidad de los padres.

El dentista empezará su labor con los padres ya que habra que orientarlo sobre los fundamentos más necesarios de psicología infantil.

Los padres a su vez aplicaran estos conocimientos a sus hijos, quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo.

Estos conocimientos ayudarán al niño como al dentista.

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio esta generalmente motivado por el deseo de evitar lo desagradable y doloroso.

Puesto que los niños actuan por impulso, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable.

El niño se comporta en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable.

Si en su casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratara de hacer lo mismo en el consultorió dental.

Sin embargo el comportamiento de un niño puede a veces ser modificado.

Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perdera motivación para seguir comportandose así.

Cuando el niño llega para que se haga algún tratamiento su comportamiento dependera en gran parte de la capacidad que tiene el dentista para manejarlo. Si se maneja

adecuadamente; es muy raro que no se obtenga cooperación.

Si se esta tratando con un niño asustado y temeroso debera primero eliminarse y sustituirlo por sensaciones - - agradables y afecto.

Cuando se logre esto podemos decir que la batalla - del manejo del niño esta casi ganada.

Existen enfoques adecuados al manejo psicologico de los niños.

No se debe dejar el tratamiento para después ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo.

Citemos un caso hipotetico: Se trae al niño al con sultorio cuando es pequeño y necesita que le hagan trata - miento dental. Empieza a llorar con fuerza cuando lo sien - tan en la silla. El dentista, algo desconsertado sin saber que hacer en esta situación, despide al niño y habla con la madre sugiriendole que traiga a su hijo cuando sea mayor. - Seis meses después, el niño y se repite la esena con igual patron de conducta. Esto no mejorará su comportamiento, in cluso puede no mejorar he intensificar su miedo.

Posponer situaciones así pueden seguir indefinida - - mente.

En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que tiene el odontologo al manejarlo, por que el niño pienza precavidamente que si el odontologo teme realizar el trabajo, es por que debe haber alguna razón para retrasarlo.

Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para -

después, es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día que va a empezar el tratamiento.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal, preparados y opresivos para afrontar nuevas situaciones. Visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y amortigüe temores a necesidades futuras de huír.

COMPORTAMIENTO DEL ODONTOLOGO.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que con vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente.

Este método no solo es inadecuado y de poco valor, hace que su comportamiento se vuelva inadecuado.

El ridículo puede producir frustramiento y resentimientos al niño.

Si el procedimiento tiene que producir molestias, aunque sea mínimas es mejor prevenir al niño y conservar su confianza, que dejar creer que ha sido engañado.

Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, por que el niño no puede evitar el sentirse así.

No gaste energías diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerlo.

Con la guía del dentista, el niño aprende a aceptar los procesamientos odontológicos.

TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

Primer paso saber si el niño teme excesivamente a la odontología a esto se puede saber interrogando al paciente: Y cuando se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procesimiento más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo.

Por este medio se ganara la confianza del niño.

El dentista debera explicar como funciona cada pieza de manera que el niño se familiarise con los sonidos y acciones de cada acesorio.

La siguiente meta será ganar su confianza, esto se lograra si se elige con cuidado las palabras adecuadas a la conversación.

El dentista debe transmitir al niño que simpatiza -- con sus problemas y los conose. Hablele de amigos, de animales, problemas de la escuela. De esta manera empezara a hacer confianza.

El odontologo puede en este momento decirle cual es el tratamiento que se le va ha realizar y por que, cual es la manera más fácil de hacerlo, como puede cooperar con nosotros ayudarnos. En este momento el niño estará generalmente reseptivo para su primera adoctrinación del tratamiento dental.

En la primera visita deberan realizarse solo procedimientos menores e indolorosos. Se realizará la historia-clinica.

El odontologo puede trabajar con los padres en el consultorio o puede pedir que no esten según prefiera.

En la primera visita se invita a los padres a que pasen a el c. nsultorio, para que comprendan el papel tan importante que tienen los hábitos de higiene de sus hijos y la importancia de el control dietetico para prevenir enfermedades dentales. Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental, sugiriendo dolor y con necesidad de tratamiento urgente.

En está situación, como en todas las demás la veracidad del dentista es esencial, franqueza, y honestidad. En estos casos se debera decirle de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicarse que se le avizara cuando le moleste demasiado, el dentista pasará, o lo arreglara de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad.

Esta sinceridad debéra y permanecera constante a través de todas las visitas futuras. También nuestra actitud natural y comprensiva sin embargo, es posible que tenga que trabajar con niños llorando. Los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental, y es dificil hacerse comprender, la amenaza de sacar a los padres fuera de el consultorio puede ser suficiente para que se calle. En otros casos da resultado darle tiempo al niño para que se desahogue.

Sin embargo existen casos, cuando la actitud de los

padres ha sido defectuosa o cuando se han inducido miradas indevidas, cuando las miradas estan imitadas no sirven, y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En este caso hay que usar métodos físicos para calmar a el paciente.

La manera más sencilla es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicandole que esto no es un -- castigo, si no un medio para que el niño oiga lo que se le va a decir.

No debe intentarse bloquear la respiración bucal, - mientras que el niño llora, hablele al oido con voz normal y suave diciendole que quitara la mano cuando pare de gritar.

Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable - con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna a la odontología.

No guardan resentimientos y se dan cuenta de lo que se hizo fué para su propio bien.

Colocar la mano sobre el paciente ya histerico, deba usarse como último recurso.

Estas no son las únicas tecnicas, o la mejor, es un procedimiento que resultara satisfactorio y sirve de guía, - ya que cada niño reacciona de manera diferente.

El dentista debe de evitar que los niños vean san-- gre o adultos con dolores esto se podrá lograr programando las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

Que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda.

Cuando se trata por primera vez a un paciente infantil, siempre hay que llamarlo por su nombre. Si no lo sabemos hay que preguntárselo, nunca llamarlo muchachito o otro nombre poco familiar.

Cuando sea posible debe dirigirse la conversación - - hacia el niño, para que este le conteste de contrario si el niño no ha tenido experiencias dentales puede resultarle si niestro.

El trato debe hacerse de manera normal y familiar.

El odontólogo no debiera demostrar nunca exceso de entusiasmo ni demasiada insistencia. No le de la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado elevada.

El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

DURACION DE LA VISITA.

Es importante la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar el comportamiento de el niño.

De ser posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora, ya pueden volverse menos cooperativos. Los pacientes en visitas muy largas pueden llegar a un punto de saturación en la que empiese a llorar.

Una vez que el niño pierde su compostura, por muy - tranquilo y deseoso de cooperar que este difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita de el niño tiene relación con su comportamiento ya que si lo traen ya sea demasiado temprano a la hora que el acostumbra estar dormido, tendremos un paciente adormilado irritable y muy difícil de manejarse por lo tanto es conveniente ponerse de acuerdo con los padres del niño para elegir la hora más adecuada.

CONVERSACION DEL DENTISTA.

Al hablar con el niño el odontologo lo debera hacer con el mismo nivel ya que, hablarle con palabras difíciles que el niño no pueda comprender le producira desconfianza y aprensión.

Al elegir temas de conversación, elija temas de situaciones que le sean familiares.

Deje que el niño lleve la conversación. Debe evitarse hablarle como si fuera más chico de su edad, los niños se sienten alegrados si los adultos los consideran mayores de lo que son.

No le hagan preguntas que refieran respuestas ya que está lo tomara como recurso para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

Si el niño hace preguntas trate de responderle con la mayor exactitud posible. Sin embargo no deje que el niño use las preguntas como técnica dilatoria.

HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA.

El odontólogo debera realizar sus deberes con destreza, y rapidez y mínimo de dolor. Un niño puede ver claramente cuando hay deficiencias, ya que los niños son más observadores que los adultos tal vez porque se interesan -- por lo que les rodea.

Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo o movimientos.

El niño puede soportar molestias si sabe que pronto acabarán.

USO DE PALABRAS QUE INSPIREN MIEDO.

Cuando se trate con niño se debera evitar palabras que inspiren miedo ya que muchos de los temores subjetivos no los producen el procedimiento en si sino el significado atemorizante de algunas palabras.

Debe evitarse engañar a los niños; cuando sea posible, deberán usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente.

La sustitución de la palabra deberan guiarse por la edad de los pacientes.

Por ejemplo:

En vez de decir aguja o pinchar podemos decir "Vamos a poner algodón en tus encias que se sentira como el piquete de un mosquito". A todos los niños les pican los mos

quitos al picarles les molestan pero el dolor no es duradero para producir ansiedad.

Cuando se vaya a realizar alguna obturación se puede decirle al niño que se van a cepillar los insectos malos y a sacarlos de sus dientes.

Al mismo tiempo se puede hacer correr alguna fresa o brunidor sobre una uña para demostrarle que no causara -- ningún daño.

Cuando se trata a niños, es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer, pero evitar asustarlos, utilizando palabras mal seleccionadas que les sugiera dolor.

Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se prestan bien. Una de las recompensas que más -- busca el niño es la aprobación del dentista, por lo tanto -- que el dentista reconosca la conducta ejemplar del niño influye para que esté se porte bien y hara todo lo posible -- por conservar el nivel que el mismo ha establecido.

SOBORNOS

Podemos decir categoricamente nunca soborne a un niño.

El resultado sera sencillamente que el niño siguiera portandose mal para obtener mas sobornos y conceciones.

Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación.

EL ODONTOLOGO Y LO RAZONABLE

Cuando trate con niños, sea realista y razonable. - No condene a un niño porque esta asustado. Trate de ponerse en su lugar y comprender porque actúa de esa manera.

Respete sus acciones pero si no esta de acuerdo con el patron deseado para trabajos dentales trate de alterarlos.

Dele al niño oportunidad de participar en los procedimientos.

Tratelo como individuo con sentimientos y emociones y no como objeto inanimado en la silla.

CONTROL PROPIO DEL DENTISTA

El odontólogo nunca debiera perder su dominio ni enfadarse. La ira como miedo es una reacción emocional primitiva inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito.

El paciente lo pone en situación de gran desventaja, por que la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el dentista pierde su control y eleva la voz asustará más al niño y se le dificultará más aún su cooperación.

EL ODONTOLOGO Y LA GRACIA

Todos sus movimientos ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mostrar suavidad y gracia.

Movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los pequeños.

La odontología es una profesión llena de gracia.

Entre todos los problemas asociados a la odontología pediátrica el manejo es sin duda el más importante, ya que no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles.

Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, analgésicos, y tranquilizantes.

3. HISTORIA CLINICA

La historia clínica tiene una función tan importante por que proporciona al dentista los hechos referentes a la salud física y emocional del niño así como sus problemas dentales.

La anotación de la historia clínica no sólo se debe de realizar a algunos pacientes que consideremos especiales ya que es un elemento indispensable para la práctica general.

La recopilación e interpretación de la información consiste en dos fases precisas.

La primera, es registrar los hechos esto es, tomar la historia, hacer un examen, y también obtener cualesquiera ayudas diagnósticas, y la segunda, es interpretar los hechos, vale decir hacer un diagnóstico y un pronóstico.

Otras de las muchas ventajas de la historia clinica son por ejemplo:

La seguridad de que el tratamiento dental no perjudicara el estado general del niño ni su bienestar. La presencia de alguna enfermedad general; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial etc.

Una historia clinica lleva tiempo, pero todo aquello que contribuye a un diagnóstico más exácto ya formular un plan de tratamiento adecuado, sin duda no es pérdida de tiempo sino todo lo contrario. Pero la duración y enfoque de la historia clinica depende de las circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de urgencia la historia se limita generalmente a puntos esenciales en relación con la lesión que se trata y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato.

HISTORIA DEL CASO Y SINTOMAS

Detalles personales, para comenzar hay que registrar el nombre del paciente, edad y domicilio, porque esto lo identifica como ser humano.

Si se trata como a una persona necesitada de ayuda para devolverle la salud total, y no como a un caso entonces se logrará mucho más y ellas obtiene mayor satisfacción, lo mismo que el odontólogo; nada conduce más a esto que cuando se le saluda amablemente y se le llama por su nombre.

En cuanto a los niños se les debe llamar por el nombre con que le llama su familia.

CONDICION ACTUAL

El siguiente factor a registrar es el motivo de la consulta. El odontólogo suele a veces hacer un examen entusiasta y embarcarse en un tratamiento integral, sin averiguar por que vino el o que era lo que verdaderamente queria. Hay que atender a las necesidades del paciente para establecer un tratamiento satisfactorio y una relación grata.

Si este es el caso debe obtenerse una historia de la condición actual incluyendo el momento en que se inicio, la forma y el progreso.

HISTORIA ODONTOLOGICA

La experiencia odontológica del paciente puede estar relacionada con su reacción posterior, o modificar el tipo de tratamiento requerido. Hay que anotar las obturaciones extracciones efectuadas, incluyendo el uso de anestesia local o general, y cualquier accidente que pudiera haber afectado las estructuras bucales o faciales.

HISTORIA MEDICA

El objeto de interrogar sobre la historia médica del paciente es obtener detalles de cualquier condición general y las actitudes de los padres hacia la enfermedad que puede afectar el tipo de tratamiento a realizar.

Si surgen condiciones específicas importantes, pueden seguirse con más detalles y, si es necesario, se consultará al médico del paciente.

HISTORIA SOCIAL

Una persona no puede ser tratada sin considerar su forma de vida, y esto es particularmente cierto de los niños. Un niño es producto de su ambiente y parte integral de su familia. La conducta de su vida depende en gran medida de su círculo familiar una información general importante es fundamental si se va a seguir un plan integral, y es necesario, a veces; conocerla con muchos detalles ejemplos.

Ocupación de los padres.

Si están vivos ambos padres.

Número de hermanos.

Antecedentes Hogareños incluyendo problemas económicos y emocionales.

Escuela a la que concurre.

Mucho de esto no se conseguirá enseguida y solo puede descubrirse cuando se ha ganado la confianza y amistad de los padres después de varias visitas para su tratamiento.

Esta información debe obtenerse cuidadosamente y en el momento más oportuno.

EXAMEN

Inspección General.

- General: incluyendo tamaño, postura, limpieza, inteligencia.
- Cabeza, incluyendo, cara, ojos, orejas, nariz, boca. Conducta muscular.
- Cabeza incluyendo ganglios linfáticos.

Inspección Intrabucal.

- Mucosa, incluyendo fauces, amigdales, paladar du-ro y blando
- Lengua, incluyendo tamaño; movimiento sustancia - que la cubre encías.

Ayudas al diagnóstico.

Cualquiera ayudas diagnósticas que pueden ser necesarios para un diagnóstico correcto, deben utilizarse. Sin embargo cualquier prueba que pueda provocar dolor o incomodidad no debe usarse.

RADIOGRAFIAS

La radiografía es la ayuda más importante para el diagnóstico acertado en odontopediatría, ejemplos.

En dientes posteriores descubrir caries proximales- que no pueden verse clínicamente; para determinar el tamaño

aproximado de la cámara pulpar; para determinar el estado del hueso periapical e interradicular; para observar la presencia y posición de los sucesores permanentes, en tratamientos endodónticos, y fracturas.

Las limitaciones de las radiografías serían que los cambios en los tejidos blandos no son visibles.

El estudio exige un mínimo de películas, el menor tiempo posible.

Lo ideal es comenzar por las zonas anteriores más fácil para asegurar el éxito cuando se pase a zonas más difíciles posteriores.

Plan de tratamiento. El propósito es. Definir objetivos; anotar prioridades, considerar todas las soluciones, posibles, elegir la más apropiada que debe de ser efectiva y eficaz.

El plan de tratamiento debe de tomar en cuenta la salud total (física y emocional) del niño, con particular énfasis en las estructuras bucales solamente en cuanto se relacionan con la persona como totalidad.

4. MORFOLOGIA DE LOS DIENTES TEMPORALES

Las diferencias de la dentición temporal con la permanente o definitiva, no solo la encontramos en su forma si no también en el número de piezas dentarias que la forman.

La dentición primaria o temporal está formada por 20 piezas dentarias, 10 en la arcada superior y 10 en la arcada inferior. En la dentición permanente o definitiva encontramos 32 piezas dentarias 16 en cada arcada.

FUNCIONES DE LOS DIENTES TEMPORARIOS

Se emplean para la masticación de los alimentos del niño para su digestión y asimilación durante un período de crecimiento y desarrollo más importante del individuo, mantener espacios en las arcadas para los dientes permanentes. Y también estimular al crecimiento de los maxilares mediante la masticación en particular en cuanto al desarrollo de la altura de las arcadas. Otra función importante de los dientes temporales es la expresión oral, se emplea para la pronunciación.

Una pérdida precoz y accidental de los dientes temporales anteriores dificultaría, la pronunciación de los sonidos F.C.S.Z. y TH.

Otra de las funciones no menos importantes es la estética.

Diferencia morfológicas entre las denticiones tempo_rarias y permanentes.

Las diferencias morfológicas se encuentran en el ta_mño y forma externa e interna estas diferencias son:

1.- En general las coronas son más pequeñas que las de los permanentes, más cortas y presentan una contricción brusca en la unión esmalte-cemento. Cerca de esa unión, en el tercio gingival de la corona, son más gruesas.

2.- En los molares, las caras vestibulares tienen una marcada inclinación hacia lingual, de modo que la superficie oclusal es más angosta que en las permanentes.

3.- En proporción al tamaño de las coronas, las cámaras pulpares son más grandes que en las permanentes y los tejidos duros que las rodean tienen aproximadamente la mitad de espesor.

4.- Debajo de cada cúspide suele haber una prolongación pulpar.

5.- En los molares superiores, la cámara pulpar es periforme. En las inferiores, son notables las prolongaciones digitadas de la pulpa.

6.- Por mesial, hay siempre menos tejido duro que por distal y en los dientes inferiores menos que en los superiores.

7.- En cuanto a las zonas de contacto, hay que destacar que en los molares primarios hay un contacto amplio y plano, a diferencia del contacto casi en punta de los permanentes.

8.- Histológicamente las prismas del esmalte en la porción gengival, se dirigen hacia incisal u oclusal, detalle que marca una diferencia con los permanentes.

9.- Las raíces de los dientes temporarios son más largas y finas en comparación con el tamaño de la corona -- que la de los dientes permanentes.

10.- Los dientes son más claros.

MORFOLOGIA INDIVIDUAL DE LOS DIENTES TEMPORARIOS

LOS INCISIVOS INFERIORES TEMPORARIOS

Son angostos y más pequeños en el niño; el incisivo lateral es más largo y más ancho que el central y su raíz es más larga.

La corona; la superficie labial es convexa con la convexidad mayor a la altura del borde cerval y tiende a aplanarse al aproximarse al borde incisal.

El borde incisal, aspecto trilobulado con mamelones presente desde la erupción. El borde incisal se une a la superficie proximal en ángulo casi recto en el incisivo central, el lateral menos ánguloso y su borde incisal con la cara mesial forma un ángulo agudo y obtuso con la distal. -

Su borde incisal descienden en sentido c ervical al acercarse al borde distal para contactar con cara mesial del canino vecino. La superficie mesial y distal, son convexa en sentido labiolingual y menos en incisivo c ervical. Estas superficies son convexas en labiolingual en su tercio c ervical, con la convexidad en incisal. El contacto con los dientes adyacentes en el tercio incisal de las superficies proximales. Las superficies linguales.- Son más angostas que las labiales con las paredes proximales que decrecen hacia lingual al aproximarse a c ervical.

Los rebordes marginales mesial y distal no están desarrollados y se unen al c ngulo convexo sin demarcación definida.

El c ngulo ocupa el tercio c ervical en la superficie lingual.

La raíz.- La raíz del incisivo central es sólo ligeramente aplanado en mesial y distal y decrece hacia ápice.- La raíz del incisivo lateral es más larga y decrece hacia el ápice.

La cavidad pulpar.- corresponde al contorno superficial del diente. La cámara pulpar es más ancha en mesiodistal a la altura del techo y tiene tres lóbulos de desarrollo. En labiolingual la cámara es más ancha a nivel del c ngulo   cuello.

El conducto radicular es ovalo y se estrecha al aproximarse al foramen  pical. Hay una meta de marcación

entre la cámara pulpar y el conducto en el incisivo central, que no existe en el lateral.

LOS INCISIVOS SUPERIORES TEMPORALES

Los incisivos superiores son bastante similares en su morfología se dará la diferencia de los centrales y los laterales.

La corona; los incisivos centrales tienen el diámetro cervico incisal menor que el mesiodistal. El borde incisal es largo, se une a la cara mesial en ángulo agudo y a la distal con otro más redondeado, obtuso. El borde incisal esta formado por tres lóbulos de desarrollo, que se pueden observar en los dientes recién erupcionados como tres elevaciones redondeadas en el borde incisal divididas por los surcos de desarrollo. Estas elevaciones ó mamelones, se gastan por la atrición para establecer un borde recto.

Sin embargo donde no existe contacto con los dientes anteriores, las superficies proximales son marcadamente convexa en labiopalatino.

Tienen un reborde cervical cóncavo hacia la raíz. La superficie labial es convexa en mesiodistal y algo menos en el inciso cervical. La superficie lingual presenta un ángulo y rebordes marginales que se elevan por sobre la superficie dentaria. La depresión entre los rebordes marginales y ángulo forma la fosa lingual.

El cíangulo es convexo y cónica. Es de forma regular y termina en un ápice bien redondeado.

La cavidad pulpar.- Es la superficie externa del diente, tiene tres proyecciones en su borde incisal, que corresponde a los mamelones. La cámara pulpar hacia vertical su diámetro mesiodistal, pero aumenta el labiolingual a la altura del reborde cerval.

Tanto la cámara pulpar como el conducto; son bastante amplio en comparación con los sucesores permanentes. El conducto decrece en forma pareja hasta terminar en el foramen ápical. Los incisivos laterales superiores se parecen a los centrales salvo que en su diámetro mesiodistal es menor. Las caras labiales son más aplanadas; el cíangulo no es notorio y se confunde con los rebordes marginales linguales la raíz es larga y cónica. La cámara pulpar sigue su contorno del diente así como el conducto. En el incisivo lateral hay una diferencia entre la cámara pulpar y el conducto, en el aspecto labial y lingual.

EL CANINO SUPERIOR TEMPORARIO

Como los caninos permanentes, los caninos temporarios son mayores que los incisivos centrales y laterales.

La corona.- La superficie labial del canino es convexa y se inclina hacia lingual desde un lóbulo central de desarrollo, este lóbulo se extiende oclusalmente para for-

mar la cúspide, que va hasta incisal desde el centro de la porción labial del diente; pese al borde mesioincisal es -- más largo que el distoincisal a los efectos de la intercúspidación con el borde distoincisal del canino inferior. La superficie mesial y distal; son convexa, convergentes hacia lingual donde se extienden más que en los incisivos.

La altura incisocérvical de la cara mesial es algo menor que la cara distal, a causa del mayor largo del borde mesioincisal.

Ambas caras convergen al aproximarse a la región -- cervical. El diente es más ancho en labiolingual que cualquiera de los incisivos. A causa de los fuertes rebordes labial, cervical y lingual se forma una ligera concavidad en la cara mesial entre los mismos. La superficie lingual es convexa, una cresta lingual se extiende desde la punta de la cúspide atravesando la cara lingual y separando los surcos de desarrollo mesio y distolingual. Esta cresta es más prominente en la zona incisal y decrece al aproximarse al cingulo.

Este no es tan grande ni ancho como los incisivos, pero es de contornos más netos y termina en un punto en dirección incisal. El reborde marginal mesial, notorio como el distal, es más corto.

La raíz.- Es larga, gruesa y algo aplanada en mesial y distal. Aunque la raíz decrece hacia el apice, hay un ligero engrosamiento de la misma al alejarse del margen cervical. El apice es redondeado.

La cavidad pulpar; corresponde la forma externa del diente, así lo hace muy de cerca la cámara pulpar cuyo cuerno central se proyecta más allá que el resto de la misma. - A causa del mayor largo de la cara distal de este cuerno es más extenso que en la proyección mesial. Las paredes de la cámara corresponden al contorno exterior de las caras correspondientes. Es muy poca la demarcación entre la cámara pulpar el conducto, este se estrecha a medida que se aproxima el foramen apical.

EL CANINO INFERIOR TEMPORARIO

El canino inferior se parece al superior, pero no es tan abultado en labiolingual ni ancho en mesiodistal.

La corona.- La superficie labial es convexa, tiene un lóbulo central prominente que termina en incisal en la porción labial de la cúspide y en cervical alcanza el reborde cervical, donde logra su mayor curvatura.

El borde incisal, decrece desde lo alto de la cúspide hacia cervical, por mesial y distal, el borde distoincisal es el más largo y se articula con el mesioincisal del canino superior.

Las superficies mesial y distal son convexas en su tercio cervical pero la mesial puede hacerse cóncava al aproximarse a cervical, a causa del espesor de los rebordes marginales. Los caninos inferiores no son tan amplios como

los superiores en el sentido labiolingual, con los que las caras proximales son más reducidas.

El contacto con los dientes está constituida por -- tres crestas; la lingual colabora en la formación del apice de la cúspide y se extiende a lo largo de esta cara; se une con el cingulo en el tercio cervical.

Los rebordes marginales son menos sobresalientes -- que en los caninos superiores, pero son evidentes en su recorrido desde el borde incisal al cervical, donde se une al cingulo. El distal es más largo que el mesial. El cingulo es estrecho a causa de la convergencia de las caras proximales cuando se acercan a la cara lingual. El cingulo es -- convexo en todo sentido. Entre los bordes marginales y el lingual se encuentran concavidades que corresponden a los -- surcos de desarrollo mesiolingual y distolingual.

La raíz.- Es única con un ancho labial mayor que la lingual. Las caras mesial y distal son ligeramente aplanadas. La raíz se estrecha hacia un ápice más bien agudizado.

La cavidad pulpar.- Su forma corresponde a la exterior del diente.

La cámara pulpar sigue el contorno externo y tiene -- aproximadamente la misma amplitud labiolingual que mesiodistal. No hay diferencia visible entre la cámara y el conducto, que tiene la forma de la raíz y termina en el apice con una marcada constricción.

PRIMER MOLAR SUPERIOR TEMPORARIO

Este diente se parece más al diente que reemplazará no solo en el diámetro también en la forma. Presenta cuatro superficies que son: vestibular, palatina, mesial y distal. La raíz tiene tres prolongaciones.

Corona. La superficie vestibular es convexa hacia-gingivooclusal en el reborde cervical más desarrollado el diente cae hacia el cuello y menos hacia oclusal. La superficie vestibular dividida por un surco vestibular no bien - marcado y situado distalmente con respecto a la mitad del diente siendo mayor la cúspide mesiovestibular más larga y con una dimensión cervico-oclusal prominente.

La superficie palatina es ligeramente convexa en -- sentido cervico oclusal pero muy convexa en mesiodistal. - Por lo general todas las superficies palatinas están hechas una cúspide mesiopalatina más redondeada y menos aguda en la unión con las superficies mesial y distal que las cúspides vestibulares. El diámetro menor de la cúspide lingual-comparado con el diámetro total mayor de las dos cúspides - vestibulares, hace que sea menor el diámetro palatino.

La superficie palatina puede ó no estar marcada por un surco por distopalatino, cuando hay esta cúspide. La superficie mesial es mayor en su diámetro cervical que el - - oclusal y cae hacia distal desde el ángulo diedro mesio- - vestibular hacia la cúspide mesiolingual mientras el ángulo diedro mesiopalatino es más obtuso.

El punto de contacto con el canino temporal tiene la forma de una zona circular en el tercio oclusovestibular del diente.

La superficie distal es ligeramente convexa en ambos sentidos, uniéndose a las cúspides vestibular y palatina casi en ángulo recto, más estrecha que la mesial y más angosta en oclusal que en cerviceal. El reborde marginal está desarrollado y cruzado por un surco distal.

El punto de contacto con el segundo molar temporario es ancho y tiene forma de media luna invertida en la mitad oclusopalatino de la superficie distal.

La superficie oclusal, un reborde vestibular más largo que el palatino. El reborde marginal mesial se une al vestibular en un ángulo agudo y con el palatino en uno obtuso.

Ambos rebordes vestibular y palatino se unen con el distal en ángulo recto. La superficie oclusal tiene tres cúspides; la mesiovestibular, la distovestibular, y la mesioopalatina.

En vestibular se encuentran las cúspides mesio y distovestibular; la mesiovestibular es mayor ocupa la mayor porción de la superficie oclusovestibular. En algunos dientes la cúspide distovestibular puede estar incompleta. La porción palatina de la superficie oclusal está formada por la cúspide mesioopalatina que tienen numerosas variantes; unas formas de media luna otras divididas por surcos palati

nos. La unión del reborde palatino de la cúspide distovestibular con el reborde vestibular de la cúspide mesiopalatino constituye un reborde transversal no muy prominente en un diente tricuspídeo forma del reborde marginal distal de la superficie oclusal.

La superficie oclusal tiene tres fosas; central, mesial y distal.

La fosa central esta en la porción central de la superficie oclusal y tiene tres surcos; vestibular, que se extiende hasta la superficie vestibular dividiendo las cúspides vestibulares. La mesial se extiende hasta la fosa mesial, y el distal se extiende hasta la fosa distal. La fosa mesial es más profunda y mejor definida; la distal menos.

Las raíces, son tres; mesiovestibular, distovestibular, la raíz palatina es más larga y divergen en sentido palatino.

La raíz distovestibular es más corta.

La cavidad pulpar consta de una cámara pulpar y - - tres conductos radiculares que corresponden a las raíces, - la cámara pulpar tiene tres ó cuatro cuernos pulpares, que son más aguzados que los que podrían indicar la forma de corona.

El mayor de los cuernos pulpares es el mesiovestibular y ocupa una parte destacada de la cámara pulpar;

El cuerno pulpar mesiopalatino es un segundo en tamaño es ánguloso. El cuerno distovestibular.

La vista oclusal de la cámara pulpar sigue el contorno externo del diente y se semeja a un triángulo de ángulos redondeados, el mesiolingual obtuso y agudos el distovestibular y el mesiovestibular.

Los conductos pulpares se extienden desde el piso de la cámara pulpar a los ángulos distovestibular y mesiovestibular y el punto más palatino de la misma.

PRIMER MOLAR TEMPORARIO INFERIOR

Este diente es único, su forma difiere mucho de los otros dientes temporarios y de cualquiera de los permanentes.

Su característica primordial es su reborde marginal mesial super desarrollado, se semeja a una quinta cúspide y su cuerno pulpar mesiovestibular muy grande, hace difícil la preparación de una cavidad mesioclusal. El contorno del diente es romboideo.

La corona, la superficie vestibular presenta un reborde cervical prominente y bien desarrollado que se extiende en toda la superficie vestibular por encima del cuello del diente. Este reborde se une a la superficie mesial en un ángulo agudo y la distal en un obtuso. La superficie vestibular es convexa en sentido mesiodistal, pero cae en forma muy abrupta hacia la superficie oclusal en la porción mesial donde se inclina hacia lingual. El diámetro gingi-

val del diente en sentido vestibulolingual es mucho mayor - que el diámetro oclusal le da un aspecto constriñido.

Por sobre la eminencia crviceal la superficie vestibular se aplanada y esta compuesta por dos cúspides siendo la más larga y mayor la mesiovestibular, y menos la distovestibular, esta dividida por una depresión vestibular, extensión del surco vestibular.

La superficie lingual convexa ambos sentidos y forma pendiente desde el reborde cervical prominente por la línea media del diente hacia oclusal, el contorno cervico-occlusal es paralelo al eje mayor del diente. La superficie lingual está atravesada por un surco lingual que nace en la fosa central y termina en una presión de la cara lingual - cerca del borde cervical, el surco divide la cara lingual - en una cúspide distolingual y otra mesiolingual, de las que está es mayor.

La superficie mesial es aplanada, en el reborde marginal mesial se forma una convexidad en la unión de la cúspide mesiovestibular decidiendo hacia gingival al acercarse a la cúspide mesiolingual.

La superficie distal es convexa en todo sentido y - el reborde marginal distal esta atravesado por un surco distal que termina en forma abrupta en la cara distal.

La superficie oclusal puede compararse con un romboide dividido por dos cúspides, mesiovestibular y mesiolingual parece un número 8 acostado, del que la volita menor-

representa la porción mesial y la mayor la distal. La superficie oclusal es más larga en mesiodistal que en el linguovestibular, y contiene las cúspides mesiovestibular, distovestibular, mesiolingual, y distolingual. Las dos cúspides mesiales son las mayores.

Existen tres fosas en la cara oclusal; una de tamaño mediano hacia mesial de las dos cúspides mesiales y más bien separada de ellas; una fosa central, es la más profunda de las tres; y una fosa distal poco profunda. Estas fosas están unidas entre sí por el surco central de desarrollo. El reborde marginal mesial se extiende desde la fosa mesial lingualmente para separar el reborde marginal mesial grande de la cúspide mesiolingual. Existe un surco triangular mesiovestibular.

Las raíces son dos una mesial y la otra distal. -- Aunque se parecen a la del primer molar permanente, son más delgadas y se abren al acercarse al ápice para dar lugar al germen permanente en desarrollo.

La cavidad pulpar contiene una cámara pulpar que -- vista desde oclusal, es romboidal y sigue con aproximación al contorno coronario consta de cuatro cuernos. El mesio-- vestibular es más grande y redondeado y se une al cuerno -- pulpar mesiolingual por un reborde alto. El cuerno pulpar distovestibular es el segundo en tamaño.

El cuerno pulpar mesiolingual, a causa de la forma de la cámara pulpar, yase hacia mesial este cuerno pulpar es el tercero en tamaño y el segundo en altura, es largo y-

agudizado. El cuerno distolingual es el menor y más agudizado que los vestibulares.

Existen tres conductos radiculares. Los dos mesiales dejan a la cámara ensanchada en sentido linguovestibular, en forma de cinta.

Los conductos se separarán para formar un conducto vestibular y otro lingual que se estrechan hacia el apice. El conducto radicular distal se proyecta en forma de cinta en el piso de la cámara en su porción distal. Es amplio en sentido linguovestibular y puede estar constriñido en su porción media, reflejando el contorno externo de la raíz.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR TEMPORARIO.

Es un diente tetracuspido, con frecuencia se haya una quinta cúspide en mesiolingual la corona el aspecto externo es simular al primer molar superior permanente, con la misma fosa, surco y disposición cuspidea. La corona difiere por ser más pequeña y más angulosa y converge más hacia oclusal, tiene un reborde cervical más pronunciado en la cara vestibular. Su tamaño es intermedio entre el primer molar temporario y el primer molar permanente. La corona del segundo molar de forma trapezoidal.

La superficie vestibular presenta un reborde cervical bien definida que abarca el largo total de dicha cara.

El reborde cervical alcanza su tamaño maximo donde-

se une con la cúspide mesiovestibular. La cara vestibular-esta dividida por un surco vestibular en una cúspide mesiovestibular y otra distovestibular es la mayor.

La superficie lingual es convexa inclinándose ligeramente al borde oclusal. Esta inclinación es mayor en mesial que en la distal.

La cara lingual está dividida por un surco lingual, que es profundo en oclusal pero que va desapareciendo al -- acercarse al tercio cerviceal del diente. Este surco divide la cara en dos cúspides, mesio y distopalatinas. Esta es -- más alta y más extensa la mesio palatina, una quinta cúspide cuando existe, la porción mesio palatina en el tercio medio de la altura coronaria. Con frecuencia se denomina tubérculo ó cúspide de Carabelli.

La superficie mesial presenta un reborde marginal - bastante alto, indentado por el surco mesial, que se extiende desde la superficie oclusal. El ángulo mesiovestibular es más bien agudo, mientras que el mesio palatino es más ó -- menos obtuso.

Esta cara es convexa en sentido oclucervical y menos en el vestibulo-palatino; es algo aplanada y establece un punto de contacto con el primer molar temporario, en forma de media luna invertida.

La superficie distal es convexa en sentido oclucervical, pero menos en el vestibulo-palatino es aplanada en su porción media. El contacto con el primer molar superior

permanente tiene la forma de media luna invertida con convexidad hacia oclusal.

La superficie oclusal de este molar semeja a la del primer molar permanente hay cuatro cúspides bien definidas y la quinta menor no siempre esta presente. La cúspide mesiovestibular es la segunda en tamaño, pero es más prominente como la distovestibular; su pendiente hacia el reborde palatino es más abrupta en el surco central de desarrollo. La cúspide distovestibular es la tercera en tamaño, pero su reborde palatino es muy prominente y tiene una ligera inclinación mesial. El prominente reborde palatino hace contacto con la gran cúspide mesiopalatina es la mayor y ocupa la porción mayor de la región ocluso-palatina, y se extiende más hacia vestibular que la cúspide disto palatina. Constituye la formación de la cresta oblicua, característica sobresaliente de esta pieza dentaria, la cúspide distopalatina es la más pequeña de las cuatro y esta separada de la cúspide mesiopalatina por el muy marcado surco distopalatino.

La cara oclusal presenta tres fosas; la fosa central es la mayor y la más profunda y es el punto de unión del surco vestibular del mesial que se une a la pequeña fosa mesial y del distal, que atraviesa la cresta oblicua para unirse a la fosa distal. Esta es profunda y esta flanqueada por surcos triangulares bien definidos.

El surco distopalatino es profundo, con una inclinación

ción mesial y produce una profunda entrada al unirse a la cara lingual. A causa de la notoria cresta oblicua la preparación cavitaria suele confinarse a la región a cada lado de la cresta y no la atraviesa a menos que esté socavada ó cariada.

Las raíces, la porción radicular del segundo molar superior está constituido por las raíces; mesiovestibular, distovestibular y palatina. Aunque las raíces se asemejan a los permanentes son más delgadas y se abren más hacia el apice. La raíz distovestibular es la más corta y estrecha de las tres.

La cavidad pulpar. Tiene una cámara pulpar y tres conductos radiculares. La cámara pulpar tiene la forma del diente y en cuanto a los cuatro cuernos, puede existir un quinto que se proyecta en la porción palatina del cuerno mesio palatino y que es pequeño. El cuerno mesiovestibular es el mayor. Se extiende hacia oclusal por sobre otros cuernos y es agudizado. El cuerno mesio palatino es el segundo en tamaño, pero apenas más largo que el distovestibular.

Si existe el quinto cuerno se ve luminoso. El cuerno pulpar distovestibular es el tercero en tamaño. Su forma es tal que se une al cuerno mesio palatino como una ligera elevación y separa una fosa mesial de otra distal, en correspondencia con la conformación oclusal.

El cuerno distopalatino es más pequeño y más corto se extiende ligeramente sobre el plano oclusal. Los conduc

tos pulpares son tres uno por cada raíz. Dejan el piso de la cámara pulpar desde los ángulos mesiovestibular y disto-vestibular, y desde la porción palatina. Los conductos pul- pares siguen la forma de la raíz.

El segundo molar inferior temporario.- Es un diente pentacuspídeo que corresponde al primer molar permanente.

Este presenta un contorno axial más redondo, y más-angosto en sentido linguo-vestibular en comparación con el -diámetro mesiodistal y tiene una pretuberancia cérvical más pronunciada en vestibular. Es un diente mayor que el pri-mer molar temporario y menor que el primero permanente, jun-to al cual se ubica.

La corona.- La superficie vestibular tiene tres cúspides, una mesiovestibular, la segunda en tamaño, una dis-to-vestibular la mayor y la distal, es la más pequeña; estas tres se unen en un reborde cervical que ocupa todo lo ancho de la cara vestibular por encima del cuello del diente. La cúspide distal se extiende a lingual a la altura de oclusal más que las otras para dar una area oclusal menor en la por-ción distooclusal de la cara oclusal. Las cúspides mesio y disto-vestibular están divididas por un surco mesiovestibu-lar, que atraviesa la cresta del reborde para unirse al sur-co mesial. La disto-vestibular y la disto separada por el -surco disto-vestibular, que atraviesa la cresta y se une al-surco distal de la cara oclusal.

La superficie lingual es convexa y esta cruzada en-

el borde oclusal por el surco lingual que separa las cúspides mesio y distolinguales. Estas cúspides son de la misma altura. La convexidad es la cara mayor al acercarse al cuello del diente.

La superficie mesial es convexa, pero se aplanan en cervical. Cerca del centro la cruza el surco mesial, que atraviesa el borde oclusal para descender por lo menos un tercio en esta cara. La superficie es más estrecha en la porción oclusal. El punto de contacto con el primer molar temporario es amplio y en forma de media luna justo por debajo del extremo del surco mesial.

La superficie distal es convexa pero se aplanan algo linguovestibular al acercarse a cervical. Es menor que en la cara mesial.

El punto de contacto con el primer molar permanente no es tan amplio como en la cara mesial, tiene la forma redonda y está ubicada hacia vestibular y cervical del surco distal.

La superficie oclusal tiene un diámetro mayor en su reborde vestibular que en la lingual a causa de la convergencia de las paredes mesial y distal al acercarse a la cara lingual. La porción vestibular está constituida por tres cúspides: una distovestibular, que es la mayor, y está separada de la mesiovestibular, la segunda en tamaño, por el surco mesiovestibular; y una cúspide distal la más pequeña de las tres, que está ligeramente hacia lingual de las - -

otras dos y separada de la distovestibular por el surco distovestibular. La porción lingual constituida por dos cúspides del mismo tamaño la mesio y la distolingual, separada por el surco distolingual y son mayores que las vestibulares. Existen tres fosas en la fosa central es la más profunda y mejor definida, le sigue la mesial y la distal, estas fosas unidas por surcos que siguen un recorrido ánguloso por entre los planos de las cúspides vestibulares y linguales, tomando la forma de una W alargada vista desde vestibular.

Las raíces.- La raíz del segundo molar temporario es mayor que la del primer molar temporario, tiene la misma forma, la porción radicular compuesta por dos raíces, mesial y distal, ambas se dirigen a su apice, de modo que el espacio mesiodistal es mayor que el mesiodistal de la corona, para permitir la ubicación del diente permanente de reemplazo.

La cavidad pulpar.- Está constituida por una cámara y tres conductos radiculares. La cámara pulpar tiene cinco cuernos pulpares que corresponde a las cinco cúspides, y su techo es en extremo convexo en sentido apical. Los cuernos pulpares mesiovestibular y mesiolingual son los mayores, -- siendo menos aguzado, pero tan alto como el primero. Estos cuernos unidos por reborde del tejido pulpar más alto que une los cuernos distales. El cuerno pulpar distovestibular no es tan grande como el mesiovestibular, pero algo mayor -

que distolingual ó el lingual es más corto y pequeño y ocupa una posición distal con respecto al distovestibular con una inclinación hacia distal que lleva el extremo bien - - hacia distal con respecto a aquel cuerpo.

Los dos conductos pulpaes mesiales se unen en el piso de la cámara pulpar en un orificio común, ancho en sentido linguovestibular y estrecho en mesio distal. Este conducto se divide en un conducto mesiovestibular más amplio y otro mesiolingual más estrecho.

El conducto distal esta algo estrechado en el centro. Los tres conductos se adieren. al proximarse al foramen apical y toman la forma de las raices.

5. OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS

La meta principal del odontólogo que trabaja con niños es preservar la integridad de las piezas primarias para que se mantengan funciones normales y ocurra la exfoliación natural. Ya que de esto dependerá en gran parte que las piezas permanentes asuman el lugar que les corresponde en los arcos dentales.

El odontólogo al hacer esto, contribuye a la salud general del niño.

En el período en que los dientes temporales se encuentran en la boca están sujetos a viscosidades de abrasión, atricción, traumatismo y caries al igual que lo están los dientes adultos.

DETECCION DE CARIES

No existe justificación para suponer que una lesión insipiente que es apenas detectable no necesita ser preparada y restaurada y que pueda esperar hasta la siguiente cita haya que es importante recordar.

En las piezas primarias existen menos de 2 mm entre la superficie y la cámara pulpar.

La cámara pulpar es más grande.

Los cuernos pulpares son más prominentes.

Además es evidente para el odontólogo que cuanto mayor se vuelva la cavidad más difícil será restaurarla satisfactoriamente.

La detección de lesiones insipientes en las piezas pueden detectarse por varios métodos:

Con un espejo y un explorador afilado se puede detectar caries en fosas y fisuras y también caries cervicales.

La radiografía es indispensable en detección de caries interproximales principalmente entre los amplios contactos de molares primarios.

LUGARES COMUNES DE LESIONES DE CARIES

Se ha podido apreciar que cada pieza en la boca tiene diferente susceptibilidad a la caries, se ha observado que los segundos molares son los que tienen mayor índice de ataque cariogénico, en segundo lugar, primeros molares y en tercer lugar caninos, cuarto lugar incisivos.

Esto depende en gran parte a:

- 1.- Morfología.
- 2.- Areas en donde existen defectos (naturales de la pieza, áreas difíciles de limpiar).

PREPARACION DE CAVIDADES

Clasificación de Black aplicadas a piezas primarias.

Primera clase.

Las fosas y fisuras de las superficies oclusales de las piezas molares y las fosas bucales y linguales de todas las piezas.

Segunda clase.

Todas las superficies proximales de piezas molares con acceso establecido desde la superficie oclusal.

Tercera clase.

Todas las superficies proximales de piezas anteriores que puedan afectar o no a extensiones labiales y linguales.

Cuarta clase.

Preparaciones de proximal de una pieza anterior que afecta la restauración de un ángulo incisal.

Quinta clase.

En el tercio cervical de todas las piezas incluyendo la superficie proximal en donde el borde marginal no está incluido en la preparación de la cavidad.

FORMAS

- 1.- Obtener forma de delineado.
- 2.- Obtener forma de resistencia y retención.
- 3.- Obtener forma de conveniencia.
- 4.- Eliminar caries restante.

5.- Terminado de la pared de esmalte.

6.- Limpiar la cavidad.

CAVIDAD DE PRIMERA CLASE (Preparación)

En lesiones insipientes se usan fresas de cono invertido número 34 para penetrar en el esmalte y también en la dentina. Terminando el delineado de la cavidad y hechas las extensiones para buscar surcos o fisuras se usa una fresa de fisura número 56 ó 57, para pulir las paredes y terminar la cavidad. Las paredes de esmalte oclusal estarán - - aproximadamente paralelas al eje de la pieza y la pared pulpar será plana y suave.

Si el área cariada es extensa se usará una fresa número 2 ó 4 para eliminar la destrucción.

La velocidad a usarse deberá ser menor, o dar toques ligeros en áreas más profundas. Se procederá al secado de la cavidad y de inmediato se aplicará una sub-base de hidróxido de calcio. El procedimiento siguiente será aplicar un cemento de fosfato de cinc o alguna otra base de fijación dura sobre la sub-base. Se pulen entonces las paredes de esmalte y se termina con una fresa número 57. La forma final del delineado oclusal tendrá curvas fluidas o deberá de carecer de ángulos agudos.

CAVIDAD DE SEGUNDA CLASE

1.- La caja proximal. La mayor constricción de los cuellos de las piezas primarias aumenta el peligro que existe de dañar interproximalmente los tejidos blandos cuando se establece la pared gingival en la preparación para dar forma a la caja proximal. También cuando más profunda se lleva la pared gingival, tanto más profunda tendrá que estar la pared axial para mantener el ancho adecuado de un milímetro.

2.- Pared gingival. El espesor de la pared deberá ser aproximadamente de 1 mm, deberá cortarse la preparación para que dependa de la dentina el soporte de paredes de esmalte.

3.- Pared axial. La pared axial puede ser plana en restauraciones pequeñas, pero si la preparación es extensa deberá ser curva para ser paralela al contorno exterior de la pieza.

4.- Convergencia. Los ángulos de línea y las paredes de la caja proximal deberán converger hacia oclusal, siguiendo aproximadamente la superficie bucal y lingual de la pieza. Esto proporcionará mayor retención.

5.- Angulos de línea. Los ángulos de línea bucingival y linguingival pueden redondearse ligeramente.

6.- Superficie de la cavidad. Los ángulos bucal y lingual de la superficie de la cavidad no necesitan abrirse demasiado para estar en área de limpieza propia. La conver

gencia de las paredes bucal y lingual deberá reducirse a un mínimo compatible con consideraciones de masa y con acceso adecuado.

Las paredes bucal y lingual deberán estar en ángulo recto hacia la superficie de la pieza. Los márgenes oclusales de la superficie deberán estar emplazados en áreas que no tengan que soportar tensión.

7.- Retención. Los surcos de retención pueden colocarse en los ángulos de línea bucoaxial y linguoaxial pero de manera que no socaben las paredes del esmalte.

8.- Espesor del istmo. En la superficie del istmo rara vez deberá superar el espesor de un canal. Al hacer el istmo menos ancho se reduce la posibilidad de socavado - subsecuente a lo largo de las márgenes oclusales, y de socavado de las cúspides. Se proporciona una masa adecuada para dar fuerza logrando que el mayor espesor buco lingual de la restauración esté en el área del borde marginal, directamente encima de la pared axial.

9.- Angulos de línea axiopulpar. Puede ser redondeada con una broca o a mano con instrumentos cortantes para esmalte.

10.- Pared pulpar. La pared pulpar puede ser plana o ligeramente redonda, y debe ser preparada para estar aproximadamente 0.5 mm de la dentina. Si se termina con una fresa del número 57 ó 557 que forman paredes planas, la pared - deberá ser extendida en dimensión bucolingual, porque puede

ser malla en los cuernos pulpaes, esto se verifica en el área mesiobucal del cuerno pulpar.

11.- Paredes oclusales. Las paredes bucal y lingual del escalón oclusal pueden converger al acercarse a la superficie oclusal.

12.- Cola de Milano oclusal. Debe extenderse para incluir las áreas susceptibles de cada pieza. El delineado deberá ser redondeado, pulido con un cierre claro en oclusal.

MODIFICACIONES ESPECIFICAS

Existen ciertas modificaciones que se pueden hacer en preparaciones de segunda clase conforme a la anatomía.

1.- Caries profundas proximales, la caries se extiende gingivalmente y no se pueden hacer paredes gingivales adecuadas, es permisible redondear la forma de la caja proximal gingivalmente, si la pared se mantiene en ángulos agudos en relación con el eje de la pieza.

Esto permite una forma correcta para resistencia.

2.- Primeros molares pequeños. En estas piezas se ejerce gran cuidado para no dañar el cuerno pulpar mesiobucal, se aconseja bajar un grado en la borca es decir se usa la #33.5 y la #56 en lugar de la #34 y la #57. Esto se verifica en preparar cavidades mesiooclusal en primeros molares primarios inferiores en pequeños hacer pequeña la exten-

sión y ensanchamiento gingival. El punto de contactos proximales está en contacto al canino.

Cúspides delgadas, hay problemas porque no tiene soporte.

LAS ETAPAS DE LA PREPARACION DE SEGUNDA CLASE

1.- Delineado de la pared gingival. Se hace con broca de cono invertido #34, porque rige las cuatro dimensiones de la cavidad; la profundidad gingival, el espesor de la pared gingival y las extensiones bucal y lingual en áreas de limpiezas. En esta etapa se deja a un lado la caries de la pieza para eliminarla después, primero ver si es que se necesita una pulpotomía. Se usan brocas redondas #4 de alta velocidad para preparar las piezas de tratamientos pulpares.

Se prefiere la broca #34 ya que es cortante muy eficaz y su profundidad y espesor de cortado no dañará la longitud de la pared proximal si el niño se mueve.

2.- Esbozo de la forma de la caja proximal. Utilizando una broca #34 se prepara la caja con movimientos hacia oclusal.

3.- Delineado del escalón oclusal. Se usa también la broca #34 y se pasa a través del escalón con movimientos de tricción hasta que la profundidad sea correcta y se forme el delineado oclusal.

4.- Pulido de la caja proximal. Se hace con fisura recta #57 primero se pule la pared gingival siguiendo la pared axial curvada de la preparación después las paredes linguales y bucales de la caja.

5.- Terminado de las paredes pulpar y oclusal. Se hace con la broca #57 dentro del escalón oclusal se pule y terminan la pared pulpar y oclusal.

6.- Terminado de caja proximal. En molares superiores se puede utilizar escavador afilado, para hacer el plano de la pared bucal y lingual de la caja proximal y biselar el ángulo de la línea axiopulpar.

7.- Eliminación de destrucción final. Se hace con una broca redonda #4 de alta velocidad dando toques ligeros en el resto de destrucción, después se seca la cavidad, se comprueba con cucharillas excavadoras la eficacia de la eliminación de caries profundas con brocas redondas.

8.- Sub-base y base. Si el área cariada es extensa colocar sub-base de hidróxido de calcio en la profundidad, después una base de fosfato de cinc y se le da forma de la cavidad de la pieza.

9.- Higiene de la Cavidad. La preparación de la cavidad debe ser limpiada para eliminar desechos, comprobar la retención y secar el área de la cavidad. La esterilización de la cavidad es eficaz cuando la droga se aplica, ya que actúa como desinfectante de la superficie y no en áreas profundas ya que puede causar irritación y necrosis en la -

pulpa. Lavar la cavidad con agua oxigenada o agua esterilizada es un método aceptable para su limpieza.

10.- Emplazamiento de sellador de cavidad. Antes de ajustar la matriz se coloca barniz o sellador de cavidad ya que existen evidencias, que selladores de este tipo reducen la percolación marginal después de colocar restauraciones de amalgama.

CAVIDADES DE TERCERA CLASE

En la región anterior de la boca es importante el aspecto estético.

Se puede utilizar amalgama estéticamente y duraderas. También las resinas.

En dientes anteriores se usará una fresa de carburo de tamaño 1/2 a alta velocidad con un mínimo de extensión labial o lingual. Si la caries es más extensa en el ángulo incisal se puede hacer una cola de milano en lingual o labial.

En caninos está indicado el uso de amalgama ya que éstos permanecerán más tiempo que los incisivos.

La técnica de la preparación de la cola de milano es: después de lograr el acceso con broca pequeña de cono invertido o broca pequeña redonda. El delineado primero es gingival, después lingual y labial y finalmente se corta la cola de milano.

Deberá tenerse cuidado de hacer el cierre de la cola de milano a expensas de gingival, en vez de incisal lo que debilita el ángulo de la pieza. Con la misma broca se puede hacer los ángulos de punto y los pequeños cortes en la cola de milano. Generalmente la cavidad se prepara con esta broca. Se puede aplanar las varillas de esmalte con un instrumento de excavación, la profundidad de la preparación rara vez excederá de 1 mm por lo que estará justamente dentro de la dentina.

PREPARACION DE CUARTA CLASE

En piezas anteriores primarias en donde la caries es extensa y afecta los ángulos incisales es posible realizar restauraciones estéticas, usando resinas compuestas o corona de plástico prefabricadas, o bandas ortodónticas inoxidables y coronas de acero inoxidable.

Resinas compuestas.

El uso de materiales de resinas compuestas puede restaurar los incisivos cáducos. No se debe confiar que soporten abrasión por incisión.

Coronas prefabricadas.

Se encuentran estéticas para piezas anteriores y se recomiendan en dientes ampliamente cariados.

Bandas inoxidables ortodónticas.

Ya limpia la cavidad sin caries se ajusta a la pie-

za, se recorta la porción labial de la banda de manera que sólo una porción estrecha de la banda permanezca en gingival, se procede a cementar la banda con fosfato de cinc, se utiliza la forma de cepillado para aplicar acrílico restaurativo que se mantendrá en lugar de la banda en los proximales, como una matriz. El resultado es estética y economía.

Coronas anteriores de acero inoxidable.

Tardan más tiempo en ajustarse que las bandas, el efecto estético no es tan bueno, sin embargo son restauraciones excelentes.

CAVIDADES DE QUINTA CLASE

Estas preparaciones se cortan parecidas a las piezas permanentes.

Para asegurarse de que la pared gingival está libre de destrucción dental descalcificada, se puede usar una grapa de dique de caucho para retraer la encía para facilitar la condensación y excavación en preparaciones profundas deberá usarse una base protectora puesto que las varillas de esmalte se dirigen a incisal y oclusal en las piezas primarias no es necesario biselar la cavosuperficie gingival.

PREPARACIONES PARA INCRUSTACION

Las incrustaciones para piezas primarias son económi

cas y se preparan en poco tiempo.

Las preparaciones de incrustación para piezas prima rias difieren de las amalgamas en lo mismo de las piezas -- permanentes. Paredes paralelas y los socavados hay que eli minarlos. Las incrustaciones pueden hacerse de metal o de oro. Fácil de preparar diseño sencillo la preparación de - la pieza consiste en cortar el área proximal con un disco - de bordes aplanados a baja velocidad, haciendo los cortes - en ángulo recto al plano oclusal de la pieza, y llevando la - posición inferior al margen libre de tejido gingival y late ralmente a las áreas de limpieza propia. También puede ha - cerse a alta velocidad con un diamante aplanado de pequeño - diámetro. Que realiza el mismo trabajo eliminando la super ficie proximal de las piezas cariadas adyacentes. Con una - piedra o diamante aplanado se corta una brecha a través del esmalte que empieza en el tercio que sube hacia el surco bu cal, se extiende sobre la superficie oclusal y baja por la superficie lingual a igual distancia la brecha termina en - punta muy delgada en el tercio gingival, sigue el contorno - de la pieza, de la brecha central se hace un corte similar - para llegar al corte proximal. Las incrustaciones de prime ra y quinta clase se preparan igual que las piezas permanen tes. Deberán evitarse todos los cortes, para que el modelo de cera se prepare libremente sin distorsiones.

Las incrustaciones en piezas anteriores se pueden - hacer con cola de milano y caja proximal al igual que las -

permanentes, los surcos sobre la superficie labial y lingual conectándolos con el corte proximal eliminando aproximadamente 1.5 mm del borde incisal.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADAS

Aunque ninguna está hecha a la medida sus ventajas son, que ya están festoneadas en gingival y que por su anatomía requieren menos reducción de la pieza.

Sin embargo hay desventajas que son, las áreas de contacto interproximales demasiado anchas y aplanadas.

Estas son recomendables en piezas primarias muy fracturadas y destruidas.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Se aconseja el uso de corona de acero inoxidable cuando:

- 1.- La pieza tiene caries extensa que afecta más de tres superficies.
- 2.- Un molar primario ha sufrido tratamiento pulpar
- 3.- En caries rampantes.
- 4.- Hay piezas mal formadas como esmalte hipoplástico.
- 5.- Factor importante es la higiene bucal de un niño con grandes problemas físicos.

Puede prepararse un molar primario para corona de acero inoxidable, se elimina el área destruída con una fresa de alta velocidad (redonda) se coloca una sub-base de hidróxido de calcio y se obtura con cemento Zn eugenol o cemento de fosfato de cinc, se procede con una fresa muy delgada a eliminar los contactos interproximales ya que se debe suficiente espacio para la libertad de la corona. La reducción bucal y lingual mínima hasta el margen gingival. La reducción oclusal de 1 a 1.5 mm también se hace sencillamente angulando la fresa por los lados oclusales, reduciendo la anatomía, pero reteniendo su forma, finalmente se suavizan todos los ángulos y los bordes con toques ligeros.

Toda la reducción periférica de la forma deberá detenerse en el contorno gingival permitiendo que la corona se ajuste y se contornee de manera que se cierre sobre la línea de terminado no acanalada y se ajusta a la pieza subgingivalmente.

CONTORNEADO Y AJUSTE DE LA CORONA

Se ajusta con una pinza de contorno #112 para dar más fuerzas al contorno proximal para contornear la punta gingival se utilizará una pinza #114 ó 115 en el ajuste se hace a 1 mm bajo el tejido gingival. Para su articulación se comprobará con papel de articular.

CEMENTACION

Se extrae la corona ajustada, se lava y se seca, y se procede a la limpieza de la pieza, se aplica una capa de cemento y a la corona se asienta con los dedos y entonces - se le pide al niño que muerda.

6. INSTRUMENTACION Y MATERIALES DE OBTURACION

Instrumentos que se utilizan en la preparación de -
cavidades.

- 1.- Espejo.
- 2.- Pinzas de curación.
- 3.- Explorador.
- 4.- Cucharilla excavadora.
- 5.- Fresas: a).- De cono invertido.
 b).- Redonda.
 c).- Fisuras.
- 6.- Obturadores.
- 7.- Porta amalgama.
- 8.- Recortador de amalgamas.
- 9.- Porta matríz y matríz.
- 10.- Porta bandas (mershan, swinehart).
- 11.- Pinzas de How #110 (dos pares o uno #136).
- 12.- Pinzas para doblar alambre #118 ó 139.
- 13.- Pinzas para contornear bandas #114.
- 14.- Pinzas para formar bandas con onda, molares #23.
- 15.- Pinzas para quitar bandas #347.
- 16.- Bruñidor de bandas de Goung.
- 17.- Pinzas para soldar tipo de cierre.

- 18.- Bandas molares de anillo.
- 19.- Bandas con soporte, canal de cierre 0.07 mm por 0.006 mm (metal preciso o de acero inoxidable).
- 20.- Soldadura para alambre de calibre 28. 8k. 12k. 18k.
- 21.- Pasta fundente.
- 22.- Alambre de acero cromado de 0.40 mm. 0.58 mm. 1 mm.
- 23.- Alambre de metal preciso de 0.90 mm. 0.54.
- 24.- Tubos bucales ejemplo 1.25 mm de largo.
- 25.- Cilindro de 1/2 caña y fundas calibre 4.
- 26.- Formas de acero cromado de coronas temporales de todos tamaños.
- 27.- Fundete de fluoruro para soldadura de acero.
- 28.- Alambre para cierre 0.68 mm.
- 29.- Soplete para ortodoncia.
- 30.- Pinzas para cortar alambre.
- 31.- Anclaje occipital prefabricado.
- 32.- Alambre de latón para separar de 0.50 mm.
- 33.- Alambre para ligadura de 0.25 mm de acero inoxidable.
- 34.- Pinzas para cortar ligaduras.
- 35.- Pinzas para formar bandas de Pick o Angle (2).
- 36.- Electrosoldador de punto para trabajar con aparato de acero cromado.
- 37.- Formador de arco lingual de Ellis #93.

Materiales que se usan en obturaciones en las piezas dentarias diremos lo siguiente.

- 1.- Los cementos que usamos son: a).- Oxido de cinc eugenol.

b).- Hidróxido fr calcio

c).- Fosfato de cinc.

2.- Amalgama de plata. Amalgama es la unión de mercurio con otros metales, como son: plata, 65% aumenta la fuerza, - la expansión, la resistencia a opacarse, disminuye el - flujo.

Estaño, 25% aumenta la facilidad ee amalgamación, disminuye la expansión y la fuerza.

Cobre, 6% aumenta la expansión, la fuerza, disminuye el flujo.

Cinc 2% de aleación limpia durante procesos de fabrica-
ción.

Proporción. es de 8 partes de mercurio por 5 de --
aleación y queda 5 por 5; para producir un material plásti-
co que se endurece al asentarse. Existen cuatro métodos de
proporción.

1.- Peso, se pesa el mercurio con la aleación en --
una balanza, este método es poco conveniente y muy lento.

2.- Dispensadores mecánicos.

3.- Granos pesados previamente son precisos y se --
utilizan con dispensadores mecánicos de mercurio.

4.- Cápsulas preparadas previamente.

Y la aleación en polvo.

Trituración. Se puede hacer un mortero de cristal-
de 2 a 3 ó 4 libras.

Presión constante en el mortero 160 revoluciones --

por minuto durante 1 ó 2 minutos y en aparato amalgamador - en donde se coloca la cápsula y el mercurio.

Condensación.

Después de triturar la amalgama, deberá colocarse - en una tela limpia para exprimir, se deberá extraer el exceso de mercurio, después se coloca en una cavidad ya seca -- con un porta amalgama primero en el piso y retenciones hasta llenar la cavidad, con el condensador, obturador, modelar la amalgama, endurece a los 7 ó 10 minutos a 2 horas, - 24 horas después se pule.

Tallado.

Se hace con bruñidores para obtener suavidad. También se pule con polvo de piedra pómez, si hay mucho mercurio se fractura fácil.

Y con cepillo giratorio duros y con amaglos hasta - que brille para evitar descargas electrónicas produce dolor en la parte sin pulir formando un ánodo + cátodo.

Restauración del color de la pieza.

Por razones estéticas, se recomienda material del - color de la pieza para restauraciones en anteriores.

Para la mayoría de las restauraciones anteriores se utilizan tres tipos de materiales dentales del color de la - la pieza.

- 1.- Cemento de silicato.
- 2.- Resinas acrílicas (Polimetilmetacrilato).
- 3.- Resinas compuestas.

Silicato, su presentación es en polvo y líquido; polvo que contiene óxidos de aluminio y silicio, con algo de calcio un 12% de fluoruro.

El líquido es ácido fosfórico, un 35% de agua.

Cuando el líquido y el polvo se combinan resulta un material translúcido, parecido al color de la pieza en forma de gelatina irreversible tiene rigidez y fuerza, el pH bajo y alta solubilidad en líquidos bucales y ácidos.

En la cavidad se coloca una base de hidróxido de calcio y óxido de cinc-eugenol formará barrera adecuada a la penetración del ácido, mientras que recubrimiento más delgado de barniz para cavidades formará solo barreras parciales.

Su duración es de 4 años de vida. Bowen nos dice que dura de 3.5 a 6.5 años. Se ha demostrado que los silicatos son partículas susceptibles a erosiones ocasionadas por bebidas cítricas.

Manipulación, polvo y líquido se mezcla en una loseta fría, limpia, presión para lograr la adaptación en manipular lentamente durante 1 a 3 minutos, espátula de ágata, hueso de acero inoxidable, para que no tenga cambios, la mezcla parece camote cocido.

Resinas acrílicas. Polvo y líquido; polvo polímero, líquido monómero.

Manera de cómo se aplica se humedece la actividad ya preparada con el monómero. Entonces, se sumerge la punta de

un pincel muy delgado de pelo de camello en el platillo de Dappen que contiene el monómero, se escurre en un lado del platillo para eliminar el exceso, y se sumerge en el polímero. De esta manera, la punta del pincel recoge una perla de polímero, la cual se lleva a la cavidad y se pone en contacto con las paredes con monómero. Se repite las veces -- que sean necesarios hasta llenar la cavidad, se espera que endurezca se coloca un lubricante sólido sobre la cavidad -- la masa dura se pule y se emplea para el pulido final discos de lija, bandas y fresas, así como polvo de piedra pómez humedecido, seguido de óxido de estaño.

Resinas Compuestas.

La resina compuesta viene de la fábrica en forma de dos pastas separadas que se mezclan antes de utilizarse. -- Una pasta contiene la base, la otra el catalizador. La matriz de las resinas compuestas difieren de las resinas de polimetilmetacrilato. Se prepara por la reacción de bisfenol-A, una resina epoxi con ácido metacrílico y se diluye con metilmetacrilato. Se realiza la polimerización con el sistema amino-peróxido de benzoilo.

El término "copuesta" indica que la resina contiene un elemento de relleno inorgánico, este elemento en las resinas compuestas difiere del material de relleno inerte que se emplea en algunos de los materiales de restauración acrílicos.

Las resinas compuestas son representativas del es--

fuerzo actual en pro del mejoramiento de las cualidades y - la función clínica de los materiales para restauraciones anteriores del color de la pieza. Sus propiedades físicas mejoradas, comparadas con las resinas acrílicas, son:

- 1.- La mayor fuerza de compresión y de tensión.
- 2.- Dureza y resistencia superiores a la abrasión.
- 3.- Menor contracción de polimerización.
- 4.- Menor coeficiente de expansión térmica.

También tiene algunas desventajas

- 1.- Posibles cambios de color.
- 2.- Mayor rugosidad de superficie.

Selladores de fisura.

Las fosetas y fisuras oclusales de las piezas primarias y permanentes son las áreas más susceptibles a la ca--ries. A pesar de los claros beneficios de terapéuticas de--fluorur y tópicas, el menor beneficio lo reciben las super--ficies oclusales.

Las pruebas clínicas han utilizado metil-2-cianocri--lato, un adhesivo industrial, mezclado con un material de --relleno en polvo que será aplicado a las superficies oclusa--les a intervalo de 6 meses o un año los resultados fueron --favorables y se obtuvieron reducciones de caries oclusales--de 85 a 90%. Aunque estos estudios demostraron la eficacia de la técnica de sellar fisuras, el metil-2-cianocrilato --era difícil de manejar los cambios de humedad lo afectaban--

fácilmente, y se podía conservar solo tiempos limitados.

Químicamente, el material es el producto de la reacción de bisfenol y metacrilato de glicidilo con un monómero de metilmetacrilato y un catalizador, éter de metilbenzoino. Se activa con la luz ultravioleta de 3600 A de longitud de onda. Buonocore informó que después de una aplicación de este material a las superficies oclusales de 200 piezas no se desarrolló caries durante un año.

7. CONCLUSIONES

Los propósitos de la odontología práctica para niños fundamentalmente se encuentra en el bienestar físico, mental y emocional, en todas sus formas. En segundo término, muestra preocupación por su salud bucal en particular por la prevención de la enfermedad bucal y el mal desarrollo por su tratamiento precoz, cuando se presente, y por el alivio del dolor y el sufrimiento cuando existen.

Por lo tanto debemos esforzarnos por mejorar nuestra capacidad para ayudar a nuestros pacientes, aumentando el conocimiento y perfeccionando las técnicas. Siguiendo estos propósitos brindaremos un servicio para el niño como individuo, conseguiremos una comunidad odontológicamente educada, un conocimiento cada vez mayor de nuestra materia y una elevación del Status de la profesión y cumpliremos más plenamente con las necesidades de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Samuel Leyt
Odontologia Pediatrica
Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina
1981, 1er. edición.
2. P.J. Holloway, Ph. D B D S.
Salud Dental Infantil
Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina
1979. 1er. edición.
3. Sidney B. Finn
Odontologia Pediatrica
Editorial Interamericana
1973. 4a. edición.
4. Ralph E M C. Donald.
Odontologia para el niño y el Adolescente.
Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina.
Edición 1971.

5. John R. Mink

Odontologia Pediatrica

Editorial Interamericana

2a. edición.