

234

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Dirigi tesis
C. D. VICTOR MANUEL GARCIA BAZAN
29 agosto 1981
[Signature]

CONCEPTOS GENERALES EN ODONTOPEDIATRIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

T E S I S

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

F A N Y C H A N G C R U Z

ASESOR: C. D. VICTOR MANUEL GARCIA BAZAN

MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION.	2
I.- INTRODUCCION Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL EN EL CONSULTORIO DENTAL.....	4
II.- HISTORIA CLINICA.	14
III.- TECNICA RADIOGRAFICA.	17
IV.- ASPECTOS PSICOSOCIALES.	29
V.- TRATAMIENTO CLINICO:	33
a).- Operatoria Dental en piezas Infantiles.	33
b).- Materiales de obturación.	51
c).- Endodoncia en piezas Infantiles.	62
d).- Cronología de la erupción, Ortodoncia preven- tiva, Mantenedores de espacio.	67
e).- Anestesia (general y local)	84
VI.- CONCLUSIONES.....	93
VII.- BIBLIOGRAFIA	94

INTRODUCCION

Los progresos en la odontología, se han manifestado en forma violenta en los últimos años, debido tal vez, a que los programas de salud dental han recibido un mayor énfasis en años recientes.

Este avance ha sentado premisas para el estudio específico de los pacientes según sea su edad, preparación educativa y condición social.

Es conveniente, hacer notar que dentro de este contexto, el bienestar dental del individuo se fundamenta en sus inicios, es decir desde una edad temprana en donde es aún factible y preponderante cuidar las piezas dentales para esperar un mejor desarrollo de las mismas.

En esta forma, la pavidoncia alcanza relevante importancia, involucrando todos aquellos factores que desembocan en la administración del ejercicio profesional y la educación sanitaria, los cuales aunados a otras consideraciones actúan en beneficio del manejo y tratamiento de los infantes.

Por otra parte, es del conocimiento general que el tratamiento, ya sea en el manejo o en las técnicas a usar varía de un paciente a otro, así mismo, es conveniente resaltar la importancia crucial, de la educación y participación de las personas que rodean al niño en el ámbito familiar.

TEMA I

INTRODUCCION Y MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL EN EL CONSULTORIO.

Uno de los problemas más importantes con que tiene que enfrentarse el dentista general y cualquier dentista que trabaja con niños es el trato que hay que darles en el consultorio dental. El odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica evitará que ese paciente infantil sea en un futuro un paciente difícil y con traumas o fobias hacia la odontología.

Las reacciones de un niño diferirán y el dentista debe aprender a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación. El odontólogo no debe mostrar jamás ira, cualquiera que sea la provocación.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio dental está motivado por lo general por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, o lo que el pueda entender como amenaza para su bienestar. El niño puede tener deseos de agradar, pero se le hace imposible en presencia de un miedo insuportable al dolor.

Los niños comprendidos en el grupo de edad de dos a seis años, que desconocen el ambiente del consultorio dental suelen ser los más difíciles de manejar.

Para dar cumplimiento cabal a estas aseveraciones, - es indispensable que el odontólogo se encuentre debidamente -- preparado, para actuar éticamente, en todas las situaciones in- cluyendo aquellas imprevistas. El presente trabajo tiene como- objetivo principal, el marcar el manejo y técnicas esenciales- a desarrollar por el cirujano dentista, para la prevención y - el tratamiento de las piezas dentales de los infantes, con el- fin de dar cabida a la conservación óptima del órgano dentario.

Para dar cumplimiento a este objetivo ha sido necesaa- rio, analizar las situaciones más generales, que se observan - en el ejercicio profesional con apoyo de la literatura consul- tada proponer actitudes a seguir para "alcanzar en última instan- cia, el nivel óptimo de manejo, prevención y tratamiento dental de los menores.

No siempre es fácil convencer a los niños de edad -- preescolar de la importancia que tiene una exploración oral -- temprana para la futura salud dental.

El dentista puede informar a los padres que pequeñas cavidades de los dientes temporales se agrandan más rápidamente que las cavidades de los dientes permanentes, porque el esmalte de los dientes primarios tienen solo la mitad de espesor -- que la de los permanentes.

También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y trabajos dentales es responsabilidad de los padres, si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero - tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no está usando los medios disponibles para el manejo del niño.

El miedo es para el dentista el principal problema - de manejo del paciente en el consultorio y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento. Debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene porque inspirar miedo.

Como hay niños que tienen que separarse de sus padres puede ser posible y preferible que lo acompañen al consultorio cuando menos durante la primera visita. Esto se hace también - para explicarles a los padres el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos higiénicos de su hijo. Se le puede demostrar en ese momento como se tifen los dientes con -

eritrocina y otros agentes reveladores de placa bacteriana antes y después del cepillado.

En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros; se obtiene la historia, se le informa sobre higiene dental y se hace aplicación tópica de flúor.

El niño de corta edad suele experimentar temor a lo desconocido y a las experiencias nuevas y por consiguiente responde de manera inesperada con una conducta caracterizada por vergüenza, timidez, desafío o falta de cooperación.

Antes de empezar cualquier tratamiento dental es bueno establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo es su amigo y está interesado en ayudarlo. Es importante para ganar esa confianza, familiarizar al niño con la sala dental y con todo su equipo que produzca alarma excesiva.

De esta manera se gana la confianza y el miedo se -- torna en curiosidad y cooperación. A los niños les encanta las cosas nuevas. Puede disminuirse el temor permitiendo al niño que pruebe cada pieza del equipo. El dentista puede explicarle como funciona cada pieza, para que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Se puede rotar el motor sobre sus uñas para que vea que no causa daño alguno. El dentista debe transmitir al niño seguridad, hacerle sentir que conoce sus problemas y soluciones

del mismo. De esta manera empezará a surgir comprensión y confianza.

A pesar de todos estos pasos, el niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de la capacidad de comunicarse con el odontólogo.

El dentista debe tener presente que esta reacción -- puede ser normal y que es parte del proceso del aprendizaje y no una reacción provocada por él.

Inclusive, puede ser que tengamos que trabajar con el niño llorando. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita continuamente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle.

En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Si el niño llega a un punto de histeria es el momento de usar medios físicos para calmar al paciente.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino el medio para que el niño escuche. Se le dirá con voz normal y suave que la mano será retirada de su boca cuando deje de gritar. Esto no produce resentimiento en el niño y se da cuenta de que se hizo por su propio bien.

Deberá decirse al niño de manera natural que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor, también se le --

dirá que avise cuando duela demasiado detendrá las maniobras, - o lo arreglará de manera que no duela tanto.

Hay que procurar evitar las palabras como "cortar", - "inyectar", "sangre", "pinchar", "quemar", "afilado", "dolor"; no debe contradecirse cuando dice que duele.

El momento y duración de la visita en especial al pa- ciente más pequeño puede influir sobre su conducta. Deberá re- servarse las primeras horas de la mañana para los niños más pe- queños, pues estos son más capaces de aceptar temprano el tra- tamiento que si llegan cuando estan cansados. Cuando sea posi- ble, los niños no deben permanecer en la silla más de media ho- ra. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos -- cooperativos hacia el final, e incluso puede llegar al llanto.

Se debe trabajar suave y cuidadosamente y no perder- tiempo no hacer movimientos bruscos. No debe inclinarse el si- llón sin avisar antes al pequeño. El niño soporta molestias si sabe que pronto acabará. Si se utiliza un anastésico local, se coloca un tapón de algodón pequeño entre los labios del niño y se le dirá que conserve el algodón hasta que desaparezca la -- sensación de hormigueo de los labios.

Una de las recompensas que más busca el niño es la - aprobación del dentista. Es mejor alabar el comportamiento que al individuo. Existen muchas clases de recompensas como: rega- los, juguetes, modelos de yeso; pero lo que más impresiona al-

al niño es que se reconozca su mérito.

Nunca debe sobornarse a un niño, pues se seguirá portando mal para obtener los sobornos, hay que distinguir entre soborno y recompensa; aunque una recompensa puede servir de soborno para el niño regrese otra vez. Sin embargo, se promete o dá el soborno para inducir buen comportamiento hasta el término de la visita, sin que anteriormente se hubiera prometido.

La odontología es una profesión llena de gracia, si se tuviera que definir los requisitos de un buen odontopediatra serían: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

TEMA II.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica tiene una función importante por que proporciona al dentista los hechos esenciales referentes a la salud física y emocional del niño, así como sus problemas dentales; constituyen un medio de averiguar el historial clínico - de los padres.

La anotación de la historia clínica era considerada antes como trámite que se aplicaba al tratamiento de algún paciente especial, hoy es un elemento indispensable en la práctica corriente.

Algunas de las ventajas de la historia clínica, son por ejemplo: la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del niño ni su bienestar; también - podemos averiguar la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos; para detectar una enfermedad ignorada; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial, etc.

El dentista debe estar familiarizado con la historia médica y la atención dental pasada del niño. La duración y enfoque de la historia clínica depende de las circunstancias que rodean a cada caso. En situaciones de urgencias, 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.

En una situación ideal los padres pueden completar este cuestionario en la sala de espera durante la primera visita, el odontólogo ahorra tiempo e instruye a los padres sobre el interés que tiene el dentista por el niño que estaba tratando.

La principal fuente de error al obtener una historia clínica es el propio paciente, ya que la importancia mental, trastornos psicológicos y las dificultades de comunicación son factores que constituyen otros tantos obstáculos en la toma de la historia. En los niños de corta edad no es posible obtener datos precisos. También pueden haber datos falsos o por hostilidad.

En estas situaciones se recurren a otras fuentes de información como padres o parientes, o médicos y otros dentistas que hayan tratado al paciente en el pasado o lo estén viendo actualmente.

EXAMEN CLINICO. - El examen clínico del niño se hace con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos de examen y de manera sonriente y amable.

Cuando se trata de una urgencia, el examen se enfoca al lugar de la queja, con ayuda para el diagnóstico, de las ra

diografías necesarias. En los exámenes de este tipo no hay procedimientos rutinarios, o modelos fijos.

El examen completo deberá ser una evolución a conciencia abarcando:

1.- Perspectiva general del paciente (estatura, lenguaje, manos, temperatura, etc.).

2.- Examen de cabeza y cuello (tamaño y forma, piel, pelo, articulación temporomandibular, oídos, ojos, nariz, etc.).

3.- Examen de la cavidad bucal (aliento, labios, mucosa, saliva, paladar, faringe, dientes, etc.).

4.- Fonación, deglución y musculatura peribucal.

RADIOLOGÍA. - La radiografía es la ayuda más importante para un diagnóstico acertado en odontopediatría para detectar enfermedades e interceptar maloclusiones.

En la primera visita al consultorio dental, proporciona un medio agradable e indoloro de inducir al niño al tratamiento.

Desempeña la radiografía un papel importante en tratamientos, por ejemplo de endodoncia, en donde es inapreciable como en casos de fracturas; básicamente proporciona datos sobre forma, tamaño, posición, densidad relativa.

Las limitaciones de las radiografías serían que los cambios en los tejidos blancos no son visibles, que muestran una figura bidimensional con un objeto tridimensional.

También nos puede dar información en caso de lesiones cariadas insipientes, anomalías de los dientes, alteraciones en la clasificación de piezas, alteraciones en crecimiento y desarrollo, alteraciones parodontales, alteraciones en el hueso de soporte, evaluación pulpar cambios en la integridad de las piezas.

El estudio exige un mínimo de películas, el menor tiempo posible y la obtención de un examen adecuado de los dientes y de las estructuras contiguas.

Lo ideal es comenzar por la zona más fácil para asegurar el éxito cuando se pase a zonas más difíciles. Esto es importante sobre todo si el niño tiene un reflejo de vómito. Para estos pacientes son de beneficio los anestésicos tópicos.

HISTORIA CLINICA Y DENTAL DEL PACIENTE
INFANTIL

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Tel. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento _____

1. ¿Tiene el niño problemas de salud? Si No

2. ¿Está el niño bajo tratamiento médico? _____

3. ¿Ha tenido el niño alguna de estas afecciones?:

_____ Afección del corazón	_____ Lesión del riñón	_____ Diabetes
_____ Asma	_____ Lesión del hígado	_____ Tubercu- losis
_____ Anemia	_____ Epilepsia	_____ Fiebre reu- mática
_____ Alergia	_____ Nerviosismo	_____ Problemas de coagu- lación.

4. ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? _____

¿A cuales? _____

5. ¿Esta tomando algún medicamento? _____

6. ¿Ha estado hospitalizado? _____

¿Por qué? _____

7. Fecha del último examen médico _____

8. ¿Tiene dificultades en la escuela? _____

9. ¿Es la primera visita de su hijo al dentista? _____

10. ¿El niño padece algunos trastornos dentales? _____
- Dolor de muelas _____ Caries _____
- Dientes sensibles a los dulces _____ Dientes deformados _____
- Dientes sensibles al calor o frío _____ Manchas en los dientes _____
- Dientes mellada o astillados _____
11. ¿Tiene su hijo aftas o marcas de fiebre? _____
12. ¿Ha aplicado algún dentista fluoruro a los dientes de su hijo? _____
13. ¿Tiene algún hábito? _____
14. ¿Ha prometido a su hijo alguna recompensa por venir al dentista? _____
- ¿Porque? _____
15. ¿Explique brevemente porque trajo al niño al consultorio dental?:

OBSERVACIONES: _____

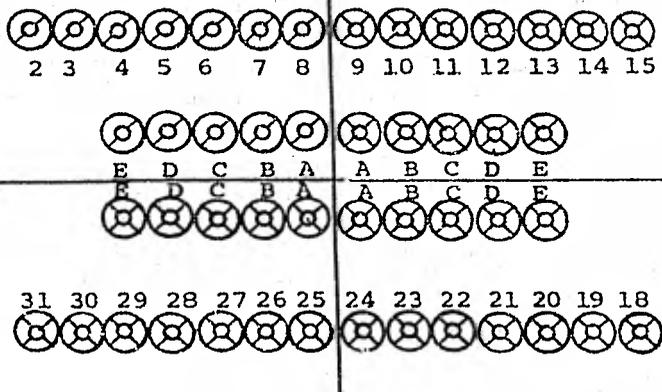
FECHA: _____

PADRE O TUTOR _____

FICHA PAIDODONTICA

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____



1. Estado de los tejidos blandos: _____

2. Higiene bucal: _____

3. Oclusión: _____

4. Hábitos: _____

5. Observaciones: _____

TEMA III

TECNICA RADIOGRAFICA.

El conocimiento básico de la radiografía dental para el Cirujano Dentista y otros especialistas odontológicos lo ayudan a comprender las anomalías del desarrollo y ciertos tipos de trastornos patológicos, es por ello que el Cirujano Dentista debe recurrir al examen radiográfico, con la finalidad de encontrar los datos clínicos necesarios que refuercen su diagnóstico, esa exploración radiográfica deberá efectuarse siempre que su criterio lo considere necesario.

CLASIFICACION DE RADIOGRAFIAS DENTALES.

Métodos Intraorales:

Comprende tres distintos tipos de examen que son:

Periapical

Interproximal

Oclusal

Métodos Extraorales:

Comprende distintos tipos que son por extensión de un padecimiento y por localización de una estructura.

Lateral de cráneo (cefalografía)

Panorámica

Articulación Temperomandibular

Oblicua

Sialograffia

TECNICA Y TOMA DE LA RADIOGRAFIA INTRAORAL.

De las técnicas intraorales para la obtención de radiografías dentales y fáciles de entender son dos: La técnica de la visectriz y la técnica de planos paralelos.

La técnica de la visectriz en su enunciado dice que:

El rayo central del haz de radiación debe de incidir perpendicular a la visectriz del ángulo formado por el plano de la película y el eje longitudinal del diente.

La técnica de planos paralelos dice en su enunciado que:

El rayo central del haz de radiación debe de incidir perpendicular a los planos paralelos que forman la película y el diente.

Un examen completo de la boca, solicita un número de terminado de películas de manera que permita un examen completo de los dientes y tejidos de soporte.

Este examen consta de un número de películas decididas por el odontólogo, mismo que bien podría ser en forma convencional o tradicional.

SUPERIORES:

Una radiografía para región de incisivos centrales -

superiores.

Una radiografía para región lateral y canino superior de cada lado, derecha e izquierda.

Una radiografía para región de premolares superiores de cada lado, derecha e izquierda.

Una radiografía para región de molares superiores de cada lado, derecha e izquierda.

INFERIORES:

Una radiografía para región de incisivos centrales inferiores.

Una radiografía para región lateral y canino inferior de cada lado, derecha e izquierda.

Una radiografía para región de premolares inferiores de cada lado, derecha e izquierda.

Total 14 Radiografías.

Opcional: Dos interproximales, derecha e izquierda y dos oclusales superior e inferior.

REGION INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

DIRECTRICES:

Planos oclusales paralelos al piso o plano de Camper horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical más 40°

Punto de incidencia facial: A la de la nariz.

REGION DE LATERAL Y CANINO SUPERIOR.**DIRECTRICES:**

Planos oclusales paralelos al piso o plano de Camper-
horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical más 45°

Punto de incidencia facial: A la de la nariz.

REGION DE PREMOLARES SUPERIORES:**DIRECTRICES:**

Planos oclusales paralelos al piso o plano de Camper-
horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical más 30° a más 35°

Punto de incidencia facial: línea media pupilar.

REGION DE MOLARES SUPERIORES.**DIRECTRICES:**

Planos oclusales paralelos al piso a plano de Camper-

horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical más 20° a más 25°

Punto de incidencia facial: comisura del ojo.

REGION INCISIVOS CENTRALES INFERIORES.

DIRECTRICES:

Planos oclusales paralelos al piso o el plano que va de la comisura labial al trago de la oreja horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical menos 15°

Punto de incidencia facial: a un centímetro sobre el borde inferior de la mandíbula.

REGION DE LATERAL Y CANINO INFERIOR.

DIRECTRICES:

Planos oclusales paralelos al piso o el plano que va a la comisura labial al trago de la oreja horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical menos 20°

Punto de incidencia facial: a un centímetro sobre el borde inferior de la mandíbula.

REGION DE PREMOLARES INFERIORES.

DIRECTRICES:

Planos oclusales paralelos al piso o el plano que va de la comisura labial al trago de la oreja horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical menos 10°

Punto de incidencia facial: a un centímetro sobre el borde inferior de la mandíbula.

REGION DE MOLARES INFERIORES.

DIRECTRICES:

Planos oclusales paralelos al piso o el plano que va de la comisura labial al trago de la oreja horizontal.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical 0° a 5°

Punto de incidencia facial: a un centímetro sobre el borde inferior de la mandíbula.

REGION OCUSAL SUPERIOR.

DIRECTRICES:

Plano de Camper paralelos al piso o planos oclusales paralelos al piso.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical más 65°

Punto de incidencia facial: el nasion, unión, del frontal con los huesos propios de la nariz.

REGION OCLUSAL INFERIOR.**DIRECTRICES:**

Planos oclusales verticales o el plano de Camper vertical.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical 0°

Punto de incidencia facial: el centro del arco mandibular.

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL.**DIRECTRICES:**

Planos oclusales superior e inferior paralelas al piso.

EXPOSICIONES:

Angulación vertical de 0° a más 8°

TECNICA Y TOMA DE LA RADIOGRAFIA EXTRAORAL.

En muchas ocasiones las películas extraorales no son un procedimiento común, pero su diagnóstico completo requiere -

con frecuencia el uso de radiografías que localizen la totalidad de la lesión, es por eso que es esencial que el cirujano -- dentista conozca algunas de las técnicas radiográficas extraorales para poder examinar los maxilares superior e inferior en toda su extensión.

La radiografía ~~extraoral~~, a diferencia de la intraoral requiere del uso de películas, más grandes, portadores de películas o chasis, marcadores, aparatos estabilizadores y otros accesorios de rayos X.

RADIOGRAFIA CEFALOMETRICA.

La proyección cefalométrica es una radiografía que se usa para efectuar medidas del cráneo en posición fija con instrumentos calibrados y estabilizadores de la cabeza como el cefalostato.

Para la toma de esta radiografía se coloca al paciente con el lado derecho mirando hacia la fuente de radiación con la película paralela al plano sagital del paciente, se introduce en las olivas del cefalostato o en los conductos auditivos -- para impedir la rotación de la cabeza orientando el plano de -- Camper paralelo al piso. En esta posición el rayo central se dirige horizontal hacia las olivas o sea en sentido perpendicular a la película.

Por lo general la fuente de radiación está fija a una

distancia de un 50 del paciente.

El miliamperaje y el kilovoltaje puede ser variado, - para compensar y ajustarse a las diferencias en el espesor del- objeto.

El tiempo es el que más se modifica para mantener la- intensidad media de radiolucidez.

RADIOGRAFIA PANORAMICA.

La radiografía panorámica es de los estudios que ofre- cen un examen de toda la región dentoalveolar de ambos maxila-- res en una sola película.

En este tipo de radiografía la cabeza del paciente se mantiene estática para que al tiempo de la exposición, la peli- cula y la cabeza del tubo giren automáticamente alrededor de la cabeza del paciente, comenzando la exposición por detrás del cón- dilo mandíbular mientras que el paciente está sentado, con el - mentón sostenido por un soporte ajustable.

Es posible obtener radiografías para diagnóstico mos- trando los dos maxilares sin tener en cuenta sus curvaturas me- diante diversas técnicas que son fundamentalmente tres:

- 1.- Radiografía panorámica con ortopantomógrafo.
- 2.- Radiografía panorámica con panorex.
- 3.- Radiografía panorámica con retógrafo.

En las dos primeras se explican los principios de la-

laminografía o radiografía por secciones. La principal diferencia entre el tercer método y los procedimientos usuales consiste en la posición del tubo de rayos X y su construcción.

Las tres proporcionan una valiosa e información para controlar la erupción dentaria, para la comparación simétrica de los senos, hueso al veolar e insustituible para examen de las sinfisis mentoniana.

SIALOGRAFIA.

La sialografía es una radiografía para la exploración de las glándulas salivales y sus conductos, usando un medio de contraste.

Como en la exploración clínica de las glándulas salivales no se resuelven problemas de diagnóstico, es por eso que se utiliza la sialografía con la cual podemos observar a la glándula parótida, sublingual y submaxilar.

Para su diagnóstico es necesario saber que:

La glándula parótida es la más voluminosa, está debajo el conducto auditivo externo y atrás de la rama ascendente de la mandíbula. Su conducto es el de Stenon que se encuentra a nivel de molares superiores.

La glándula submaxilar se encuentra en la cara interna de la mandíbula y su conducto es el Warthon, siendo el más grueso se agrega saliva a nivel del frenillo de la lengua.

La glándula sublingual se encuentra bajo la mucosa del piso de la boca con el conducto más pequeño de los tres. Su conducto principal es el de Rivinius que se encuentra en la parte anterior del piso de la boca.

RADIOGRAFIA LATERAL OBLICUA DEL MAXILAR.

Para examinar la mandíbula mediante película extraorales, una proyección lateral de todo un lado del maxilar inferior no es posible por la superposición de la imagen del lado contrario, es por eso que esta radiografía se toma con una angulación-oblicua que ayudará a localizar el ángulo de la mandíbula, cálculo de los conductos salivales y otros cuerpos extraños en relación con las estructuras normales.

Para obtener un examen del ángulo de la mandíbula, la posición del paciente es con los dientes en oclusión y el plano-oclusal paralelo al piso, proyectando el mentón hacia adelante lo más que se pueda para separar los maxilares de la columna vertebral. Dirigiendo el haz de radiación sobre la región del interés, ya sea desde, por debajo del maxilar inferior en el lado opuesto a la mitad examinando aproximadamente a 13 mm por encima del ángulo de la mandíbula o desde otras de la rama mandibular del lado opuesto al que se está examinando, mandando simultáneamente el rayo central hacia el plano oclusal.

RADIOGRAFIA DE LA ARTICULACION TEMPEROMANDIBULAR.

La radiografía de la articulación temperomandibular --

está indicada comunmente en: Dolor de la ATM, chasquido, crepita-
ción ósea subluxación crónica, asimetría facial, artritis y -
trismus.

Para el examen de la ATM han sido descritas dos proye-
cciones fundamentalmente que da la información necesaria. Una -
visita lateral del cóndilo mandibular en boca abierta y una --
proyección lateral del cóndilo mandibular en boca cerrada para--
conseguir la excursión del cóndilo del maxilar.

Son muchas las técnicas para la toma de la ATM pero -
existe básicamente una técnica para tomar exposiciones de la --
ATM con unidades de rayos X dentales.

Se emplea un aparato estabilizador para la cabeza del
paciente que se coloca en posición vertical u horizontal que se
llama plano inclinado. Es una tabla en ángulo con marcadores ca-
librados fijados a la tabla para ayudar a situar el haz de ra-
yos X y colocar nuevamente la cabeza del paciente en su posición
correcta.

El rayo central es dirigido a 5 cm por encima y 1.5 -
cm por detrás del meato auditivo externo.

TEMA IV

ASPECTOS PSICOSOCIALES.

La mayor parte de los dentistas saben que los problemas con los pacientes tienen su origen en los aspectos físicos, biológicos y técnicos de sus prácticas.

Aunque debido a que tanto el dentista como el paciente son seres humanos, también se introducen factores sociológicas y psicológicos en la situación dental.

Así sus personalidades, sentimientos, o actitudes y comportamiento son determinados tanto por esos factores como por sus necesidades biológicas.

El dentista y el paciente también son producto de sus experiencias vitales y de su ambiente social. Estas experiencias han sido diferentes para ambos y poseen diferentes normas de valores y anhelos con respecto a la vida en general y a la situación dental en especial.

Cuando el dentista y el paciente conozcan las ramificaciones de estos factores sociales y psicológicos estarán mejor preparados para enfrentarse a los mismos.

Los dentistas deben reconocer que su capacidad técnica por sí sola no será capaz de llenar de pacientes su consultorio. No importa lo hábil que sea un dentista, pues solamente podrá ejercer si hay personas que desean ser y seguir siendo sus

pacientes, de otra forma si no es capaz de comunicarse y reaccionar con ellos, su práctica se verá afectada en forma adversa.

Aunque se sabe que los componentes sociológicos y psicológicos son vitales para la práctica dental, pesan aún más en el suministro de atención dental y médica a otros tipos de pacientes, con diferente sintomatología los cuales podemos clasificar en dos grupos:

a) "Dentalmente incapacitados". Son aquellos que presentan afecciones importantes o defectos en sus cavidades bucales que requieren algún tipo de atención especial por ejemplo; niños con caries rampante.

b) "Incapacitados para la odontología". Se refiere a los pacientes cuya salud bucal puede ser considerada normal, aún cuando presente alguna afección física mental o emocional, o todas ellas, pero que pueden, o no impedir que sean tratadas sistemáticamente en el ambiente dental.

CONSIDERACIONES EMOCIONALES. Cada dentista fija sus prioridades personales y profesionales según sus necesidades individuales y su personalidad.

El dentista, como facultativo privado tiene derecho de controlar a sus pacientes en la forma que se acomode a sus necesidades profesionales, a su temperamento, su estilo de vida y su capacidad profesional; y en compensación tiene la responsabilidad de preocuparse de que todas las personas que quieran o nece-

siten atención dental sean atendidas y les sea proporcionada esta oportunidad.

CONSIDERACIONES ECONOMICAS. Hay tres orientaciones fundamentales respecto a la fijación de honorarios dentales de pacientes infantiles, cada dentista tomará esta importante decisión basada en su actitud profesional e individual y en sus necesidades, escogiéndolo finalmente la que le parezca más correcta.

a) Se considera que el paciente infantil requiere más tiempo y deberán aumentarse los honorarios.

b) Que los honorarios deben ser iguales a un tratamiento en un paciente adulto.

c) Algunos dentistas se adhieren a una tercera escuela de pensamiento con respecto a los honorarios profesionales de pacientes infantiles y piensan que los honorarios deberán ser menores que el promedio.

CONSIDERACIONES PRAGMATICAS. Pueden existir pacientes como niños con daño cerebral o pacientes con trastornos neurológicos y coordinación motora no controlada que no se comportan igual y presentan un aspecto diferente. En la práctica diaria, el dentista teme que sus pacientes "normales" puedan molestarse por estos pacientes especiales o que puedan trastornarse lo suficiente para marcharse a otro consultorio. Existen muchos métodos pragmáticos para el manejo de este problema en potencia, y uno de ellos es que el dentista fije una mañana o una tarde para la-

atención exclusiva de pacientes especiales. Al hacer el programa de visitas, el dentista deberá saber si el paciente reserva algún período especial para descanso o si existen algunas horas del día en que se encuentra en mejores condiciones. Si el dentista aprovecha esta información y elabora el programa de visitas de acuerdo con la misma, la situación dentro del consultorio dental seguramente progresará con mayor fluidez.

CONSIDERACIONES SOBRE LA COMUNICACION. Los dentistas se preocupan por la incapacidad de algunos pacientes para comunicarse en forma normal como con otros pacientes, éstos presentan una gran variedad de diferencias y de capacidad de comunicación, algunas de estas diferencias se relacionan con la incapacidad física, aspectos mentales y factores emocionales. Si el dentista puede identificar la etiología de los problemas de la comunicación de los pacientes podrá utilizar técnicas de comunicación más eficaces.

CONSIDERACIONES SOBRE LA FAMILIA. La familia desempeña un papel especial en la situación dental, variando el grado de su participación desde marginal hasta indispensable. Con frecuencia la familia del paciente deberá controlar las disposiciones prácticas, como fijar y observar las visitas dentales. Regularmente es la familia la que proporciona al dentista los antecedentes sociales y médicos para integrar la historia clínica, en algunos casos lo son ellos, quienes deberán asumir la mayor responsabilidad para la higiene en casa del paciente.

TEMA V

TRATAMIENTO CLINICO.

a) OPERATORIA DENTAL EN PIEZAS INFANTILES.

En las últimas décadas se ha dado mayor enfoque -- a la odontología preventiva, dando como resultado un cambio notable en la naturaleza del ejercicio profesional. Hoy el odontólogo dedica una proporción mayor de su tiempo a los procedimientos de prevención y menos tiempo a la restauración rutinaria de los dientes cariados.

En este aspecto, el tratamiento en los dientes primarios y permanentes sigue siendo uno de los servicios más valiosos que el odontopediatra y el odontólogo general proporcionan a los niños en su práctica.

En esta forma, actualmente se cuenta con múltiples técnicas para preservar la salud dental.

AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO. No constituye -- ninguna novedad señalar que el mantenimiento de un campo seco, instrumental para la colocación de dique de goma y la selección de la grapa, son factores determinantes en el éxito o el fracaso de una buena técnica restauradora.

MANTENIMIENTO DEL CAMPO. El mantenimiento del campo operatorio durante la preparación cavitaria y la colocación --

del material de restauración ayudará a asegurar una operación eficiente y la creación de la restauración servirá para mantener el diente.

El dique de goma ofrece estas ventajas:

a) Ahorra tiempo. La colocación del dique de goma invariablemente será recuperado por la eliminación de los buches, la salivación y la charla habitual del niño.

b) Ayuda en el manejo. Como el dique de goma reprime fácilmente los movimientos de la lengua y el labio, se tiene mayor libertad para llevar a cabo la operatoria.

c) Evita la saliva. Las exposiciones pulpares mínimas pueden ser descubiertas con mayor facilidad cuando el diente está aislado e impedirá que objetos extraños entren en contacto con los tejidos bucales estimulando el flujo salival, así mismo, evita que el niño se trague o aspire objetos o materiales extraños.

INSTRUMENTAL PARA LA COLOCACION DEL DIQUE DE GOMA.-

Se compone de hojas de 15 x 15 cms de goma oscura mediana, un perforador de dique, una pinza para grapas, una selección de grapas y un porta-dique de Young.

Selección de la grapa:

- Para un primer molar permanente (superior o inferior); la No. 7 de Ivory.

- Para el molar permanente parcialmente erupcionado; la No. 14 o 14A de Ivory.
- Para un molar temporal, la No. 3 de Ivory.
- Para un canino temporal, la No. 209 de SSW.
- Para dientes anteriores la No. 209 de SSW.

PREPARACION DE CAVIDADES. Black a principios de siglo nos dió cinco clases, según la localización de la lesión cariosa en los distintos órganos dentarios, según las caras - en donde se localizarán:

CLASE I.

Cavidades en caras oclusales de premolares y molares (hoyos, fosetas, fisuras, defectos estructurales, en los tercios oclusal y medio de las caras vestibulares, lingual o palatino de éstos; así como en cavidades de superficies lisas, que se presentan en el tercio incisal o medio de los anteriores en sus caras labial, palatina o lingual).

CLASE II.

En casos proximales de premolares o molares: pueden ser simples cuando en el procedimiento operatorio nos permite hacer una cavidad simple o sea que abarque únicamente la cara afectada y compuesta, cuando para llegar al proceso carioso - se tiene que hacer por la cara oclusal.

CLASE III.

Cavidades que se encuentran en las caras proximales de los órganos dentarios anteriores sin llegar al ángulo, - - (también pueden ser simples), cuando solo llegan a labrarse - en la cara labial o palatina o ámbas).

CLASE IV.

Cavidades que se encuentran en las caras proximales de los órganos dentarios anteriores llegando al ángulo, algunos, autores no se ponen de acuerdo en las cavidades que sólo afectan el borde incisal, aunque el concenso general llega a pensar que la clasificación de éstas es de IV Clase.

CLASE V.

Cavidades que se encuentran en los tercios gingivales, labial, vestibular, palatina o lingual de todos los órganos dentarios.

PASOS EN LA PREPARACION DE CAVIDADES.

El primer paso es el diseño del contorno requerido, el segundo, la forma de conveniencia, tercero, forma de resistencia. Cuarto, forma de retención. Quinto, remoción de la dentina cariosa remanente. Sexto, terminado de las paredes cavitarias. Séptimo, limpieza de la cavidad. El diseño de la cavidad se refiere a abarcar dentro de los límites cavitarios de la le

sión cariosa, así como llevar los contornos a áreas de auto--limpieza y de posibles lesiones futuras.

Los tres siguientes pasos se refieren a la conve-- niencia que nos dará el material obturante para la mejor pro-- tección de los tejidos dentarios. La forma de resistencia se-- refiere, igualmente a que el material soporte las tensiones -- al trabajo, así como las paredes de la cavidad y la forma de-- retención, que con las inclinaciones de las paredes, parale-- lismo o cortes especiales para evitar el desplazamiento o mo-- vimiento del material dentro de la cavidad.

En algunos casos, el quinto paso se efectúa al ha-- cer los cuatro primeros, pero cuando la lesión cariosa es pro-- funda, es preferente terminar con los cuatro primeros y con -- cucharillas hacer la remoción de la dentina cariosa remanente. En este paso y en el siguiente el uso de instrumentos cortan-- tes de mano es más indicado que las fresas y piedras.

El tallado de las paredes es vital e importante pa-- ra el terminado final de la obturación o restauración.

El último paso es importante, la limpieza y el pro-- cedimiento para efectuarla, la preparación de la cavidad en -- un aislamiento absoluto o eliminar la lesión cariosa es el -- comienzo de la limpieza de la cavidad, el agua tibia a la tem-- peratura del cuerpo sobre la cavidad, el aire tibio para la -- eliminación de los restos dentinarios, así como el uso de me--

dicamentos no caústicos ni irritantes.

Todos estos procedimientos operatorios deben efectuarse con movimientos adecuados, y con presiones suaves, así como el instrumental indicado y perfectamente afilado y balanceado, una refrigeración indicada con agua y aire en el corte de los instrumentos rotatorios.

Finalmente, el uso de bases protectores pulpares en su uso indicado, sabemos que los cementos de Eudenolatos son ideales como sedantes y protectores térmicos, pero no es indicado su uso como base en el oro cohesivo, cementos de silicato, así como las resinas compuestas.

El uso del $\text{Ca}(\text{OH})_2$ (hidróxido de calcio) como principal protector del órgano pulpar ya sea en recubrimientos directos o indirectos; así mismo, como principal formador de dentina secundaria. Los barnices como protector para las paredes cavitarias.

Por último la selección adecuada del material indicado, para la obturación o restauración final de una cavidad perfectamente diseñada y correctamente terminada, obturada con un material no indicado, nos llevará al fracaso. El conocimiento básico de la histología, así como de las propiedades físicas del material obturante es sumamente importante.

Los investigadores trabajan intensamente para reunir en un solo material que posea la duración del oro cohesi

vo, la resistencia de la incrustación, la adaptabilidad a las paredes cavitarias de la amalgama y la enorme facilidad de manipulación del cemento de silicato.

INSTRUMENTOS INDICADOS.

Los instrumentos los clasificamos en tres grandes grupos: 1. instrumentos de corte. 2. instrumentos condensantes. 3. instrumentos miscelaneos. De acuerdo al uso, ya sea el propósito o función tendremos que los primeros pueden ser manuales y rotatorios. De los primeros Black diseño una variedad, tan completa que nos brinda la oportunidad de obtener el corte indicado, siendo estos cinceles, excavadores y hachuelas.

Las fresas tienen sus formas clásicas, dependiendo del tamaño y función en el tallado de las cavidades: de cono invertido para la apertura de las cavidades en el avance rápido en el mismo acto operatorio, de bola o redonda para la eliminación del tejido carioso, de rueda o estrella para la obtención de retenciones, la de fisura para el tallado de las paredes, así como los troncoconicas. Sus hojas de trabajo pueden ser de diversas formas, lisas y con estrías, o en espiral. Las puntas de diamante tienen igualmente diversas formas y tanto estas como aquellas de acuerdo a su forma y tamaño están numeradas. De los rotatorios son: fresas, piedras y discos.

Los instrumentos condensantes pueden ser manuales o mecánicos, de los primeros pueden ser metálicos y de plástico. Estos instrumentos son los que nos ayudarán a la obturación de las cavidades, ya sea si se trata de llevar el material para conformar una base o bien para obturar la cavidad, tratándose de sustancias metálicas o plásticas.

Los segundos nos ayudarán al procedimiento obturante y que de acuerdo a las características físicas o químicas del material obturante no permite el uso de metales, hay una gran variedad de espátulas u obturadores.

Entre los miscelaneos, los hay para el campo de aislamiento, para el terminado de obturaciones y los complementarios como espátulas para mezclar cementos, espejos, pinzas y sondas-exploradoras.

PREPARACION DE CAVIDADES PARA AMALGAMA.

El material más usado en Operatorio Dental, como material obturante es la amalgama. El principal fracaso en el resultado final de una obturación de amalgama lo tenemos en la preparación de la cavidad, con una extensión inadecuada, una cavidad con poco o demasiada extensión se fracturará si su profundidad es escasa, podrá ser desalojada de su sitio.

Las paredes vestibular, palatina o lingual deben ser con una inclinación que nos dictarán la dirección de los pris-

mas, o sea el ángulo cavitario más cerrado que el piso de la cavidad, esto nos brinda que el esmalte esté soportado por dentina y a la vez será retentiva. Las paredes proximales tendrán una dirección opuesta a las anteriores, y esto protege las cristas marginales. Debos cuidar extendernos lo suficiente para abarcar áreas de prevención, sobre todo en las fosetas y fisuras. La profundidad debe ser igual o mayor al ancho de la cavidad como principio básico para una buena retención y así obtener una buena resistencia adecuada del material obturante.

Cuando se trate de una Clase II, en la caja proximal su extensión hacia palatina o lingual, debe ser tal, que si prolongamos esa línea llegaría hasta las caras vestibulares, lingual y palatina del órgano dentario mesial o distal, esto nos brinda una autoclisis adecuada. El corte oclusal hacia gingival debe ser con mayor amplitud hacia esta última cara, obtendremos mayor retención de este block obturante, que debe ser independiente de la porción oclusal. El piso gingival de esta caja debe tener una fisura labrada a expensas de la dentina y nunca en la unión amelodentinaria, o bien un surco retentivo que nos brinde la fijación de la amalgama, la dirección de los cortes de la caja de axial hacia proximal, igualmente, deben de tener una curvatura cóncava para evitar un desplazamiento hacia proximal, la pared axial deberá tener las curvaturas correspondientes a la cara en que esté labrada, se hará un

bicel, en el ángulo axiopulpar, para obtener en esta zona crítica mayor resistencia con el aumento de volumen del material-obturante. Recordemos que éste es el único ángulo que se bico- la en la amalgama ya que no tienen resistencia de borde.

Las cavidades de V clase, deben tener las característi- cas de pared axial, tiene que seguir la curvatura propia de- la pared propia que se está labrando, conservando así un gro- sor uniforme de dentina, equivalente a la protección pulpar -- por no aproximarnos a ella y obtener una retención adecuada, -- las paredes mesial distal, gingival, se labran perpendiculares a la superficie externa del órgano dentario, con esto logramos que el esmalte de los ángulos cabos superficiales encuentren -- apoyo dentinario, la pared oclusal debe ser con dirección a -- los primas del esmalte, mientras más se acerca a la cara oclu- sal, mayor será la inclinación.

La dirección de la pared gingival y la oclusal será- horizontal a dicha cara, la retención se labrará con una fresa 1/4 o 1/2 o un cincel pequeño a expensas unicamente de las pa- redes gingival y oclusal, nunca en caras proximales.

La cavidad de Clase III se labrará unicamente en la- cara distal de los caninos siempre y cuando no trascienda a -- vestibular, buscando siempre retención a expensas de sus caras incisal y gingival, con una pequeña cola de milano en la cara- lingual o palatina. Cuando se nos presente una cavidad extensa

con pérdida de uno o más tubérculos no serán freno para no --
 usar amalgama ya que podemos utilizar pernos metálicos para --
 crear nuestra propia dentina y buscar retención para el mate-
 rial obturante.

CAVIDADES PARA INCRUSTACIONES.

Para la preparación de una cavidad para incrusta- -
 ción de oro, hay que tomar en cuenta varias consideraciones: a)
 las características anatómicas de la corona clínica. b) Su re-
 lación interdientaria. c) Relaciones proximales y oclusales. d) =
 Extensión de la lesión cariosa. e) Situaciones especiales con
 la estética.

Para la preparación de una cavidad restaurada con -
 oro, es indispensable seguir al pie de la letra los lineamien-
 tos de Black.

El diseño de la cavidad debe ser hasta áreas preven-
 tivas con líneas suaves paralelas a las paredes entre si, o -
 bien divergentes 8° , evitar ángulos cabos agudos, en toda su-
 extensión, se labrará un bicel de más o menos 33° , los pris-
 mas del esmalte cabo superficial deben apoyarse en dentina, -
 aún tratándose de una superficie extensa no importando el que
 sea cúspide o una superficie mayor, recordemos que una prepa-
 ración adecuada no debe fractuar sus paredes una vez que se -
 someta al trabajo. La extensión para una autoclisis en rela-
 ción de tejidos duros de otros órganos dentarios así como los

tejidos blandos circunvecinos, situación que nos manifiesta - claramente la necesidad de un parodonto sano.

Hay que tener en cuenta al diseñar la cavidad, la - retención de la incrustación y la protección de las cúspides - para evitar fracturas; incorrectas extensiones son modifica- - ciones a la forma clásica de la cavidad de Black. Los molares superiores y los premolares inferiores, tienen líneas oblí- - cuas que en algunos casos se deben respetar cuando no este so - cavadas por caries o cruzadas por fisuras, ya sea preparando - cavidades M.O. y D.O. en lugar de M.O.D.

La clásica cola de milano en las caras oclusales de premolares superiores esta indicada. Las incrustaciones siem- pre deben estar soportadas por dentinas, no debe preocuparnos la profundidad, ya que si es mayor a la habitual la dentina - la reemplazamos por una buena base de algún cemento de los in - dicados. Pero nunca deben descansar sobre esmalte, así como - a tampoco esmalte-dentina.

Una cavidad con paredes paralelas nos da una confia - ble retención, pero puede ocasionarnos tal retención que se - distorsione el patrón de cera y no obtengamos un asentamiento en el piso de la cavidad de la restauración, las fresas o pun - tas de diamante tronco-cónicas expulsiva a la vez que retenti - va al seguir surcos y fosetas, así como, la profundidad que - no debemos olvidar esta debe ser igual o mayor al ancho de la

cavidad, la obtención de los ángulos diedros o triedros del -
 piso de la cavidad nos determina una adecuada retención, resis-
 tencia y conveniencia, en igual forma al paralelismo existente
 entre la caja oclusal y las proximales, ya que no hay que olvi-
 dar que no debe bascular la incrustación; es necesario vigilar-
 estos pasos para evitar fuerza lateral que lo único que logra-
 ríamos es la fractura de paredes.

La eliminación del tejido se efectúa cuando es esca-
 so en el acto operatorio del tallado de las cavidades, pero --
 cuando es abundante se logrará con instrumentos cortantes de -
 mano, sin dejar de pensar en el establecimiento de la forma de
 resistencia y de retención.

El tallado de las paredes y márgenes de esmalte, es -
 pensado en obtener una adaptación fina) entre la cavidad y res-
 tauración. Lo ideal es el uso de instrumentos cortantes de mano
 perfectamente afilados o bien, de diamante fino y en buen esta-
 do.

Cuando las cúspides queden débiles será necesario eli-
 minar el esmalte sin base dentinaria para obtener una sobre in-
 crustación, dando un bicel inverso hasta límites adecuados te-
 niendo en cuenta la relación interoclusal. Por último las reten-
 ciones para las clases III, IV y V deberán ser siempre interco-
 ronarias con colas de milano.

CAVIDADES PARA SILICATOS Y RESINAS.

Las cavidades para este tipo de materiales serán de clase I en caras labiales; para clases III y IV únicamente resinas agudas con postes metálicos y clase V en ambos casos.

El contorno de la cavidad debe ser siempre bien definido, contorno que nos dicte la lesión cariosa, la elaboración de una forma de comodidad para la inserción del material y una adecuada forma de retención.

Recordemos estos materiales no son adhesivos ni requieren una estricta extensión o posprevención, no se tallarán biceles en ninguno de sus márgenes que deben ser de 90° con la superficie del diente, para no producir márgenes delgados; hay que recordar que estos materiales no tienen resistencia de borde.

En cavidades de clase V el uso del dique de goma -- desde la preparación nos permite una retracción gingival con la grapa y una visión perfecta sin líquidos que nos distorsione la cavidad.

Las cavidades de IV clase deben ser lo suficientemente retentivas usando a veces refuerzos metálicos o bien -- ayudandonos con una buena retención en su cara proximal y por palatina con una cola de milano.

La clase I, solo debe usarse en caras labiales bucales o linguales de los dientes, es aconsejable no usarlo en --

caras oclusales, pues en su incursión requiere el uso de una matriz metálica y ese es el punto crítico de la resina.

En clase II, las cavidades son simples y compuestas, las primeras son aquellas que abarcan exclusivamente caras proximales de molares y premolares y las compuestas que para llegar a la pared hoy que hacerlo por la cara oclusal.

Pues bien nos encontramos en el primer caso, la trataremos como cavidad de cara lisa pero en el segundo caso caemos en el trato de una cara oclusal, además en el ángulo de la cara proximal con la oclusal no obtenemos una resistencia ideal para el trabajo.

Estas cavidades no requiere bicelado, ni tampoco pulido de ángulo cabo superficial, ni de las paredes cavitarias, ya que esto nos dará mayor retención del material.

Los fabricantes dicen que es un material inerte, las estadísticas de los endodoncistas no indican que por falta de protectores pulpares, el órgano pulpar sufre severas mortificaciones. El uso del $Ca(OH)_2$ es ideal en cualquiera de sus presentaciones sobre todo antes del grabado del esmalte.

El grabado del esmalte se logra con ácido fosfórico al 37% que desintegra los espacios interprismáticos, a una profundidad aproximada de 15 a 30 micrones, para lograr esto basta aplicar una pequeña torunda impregnada de ácido en el ángulo cabo superficial de la cavidad por espacio de uno a dos mi-

nutos, después lavar detenidamente con agua, sacar la cavidad, con aire tibio y rectificar las condiciones en que quedó el - apósito de hidróxido de calcio.

El esmalte grabado da una coloración blanco mate; - obturar la cavidad.

Al manipular el material se debe usar la misma cantidad de catalizador y pasta universal mezclando por espacio de 30 segundos aproximadamente obteniendo una mezcla uniforme, a continuación se inserta el material en la cavidad procurando llenar primero las zonas retentivas, y luego el resto de - la cavidad, insertar una matriz preferentemente de nylon que - tiene suficiente resistencia ya que el material debe aprisio - narse fuertemente en la cavidad por espacio de 3 o 4 minutos - para obtener una buena polimerización, también se pueden usar coronas de acetato de celulosa previamente recortadas y adap - tadas al festón gingival; hay que tener cuidado de no aprisio - nar burbujas de aire, así como utilizar un opacador en los re - fuerzos metálicos ya que darán maticos beteados y grisáceos, - un buen opacador es el mismo Ca (OH)_2 .

Una vez retirada la matriz con instrumentos cortan - tes de mano hacer el recorte de los excesos del material obtu - rante, con fresas o puntas de diamante desgastadas, se les -- puede colocar en su punta de trabajo resina compuesta y darle las formas que uno desee y estos instrumentos son ideales pa -

ra pulir y terminar nuestras obturaciones a bajo costo ya que las puntas de diamante hacen rayones grisáceos sobre la superficie de la resina, además basta tratar de pulir una para terminar con la vida de este instrumento así como la de una fresa de carburo; con discos de papel se puede terminar y dar brillo a la superficie.

CORONAS DE ACERO CROMO.

La corona de acero cromo resulta muy útil en caso selectos.

INDICACIONES:

- 1) Restauración de dientes temporales o permanentes-jovenes con caries extensas.
- 2) Restauración de dientes temporales o permanentes-hipoplásicos que no pueden ser restaurados adecuadamente.
- 3) Restauración de dientes con anomalías hereditarias, como amelogénesis o destinogénesis imperfectas.
- 4) Restauración consecutiva a pulpotomías en dientes temporales o permanentes cuando hay aumento del peligro de fractura de la estructura coronaria o remante.
- 5) Cuando esté indicado un mantenedor de espacio.

- 6) Soporte para aparatos destinados a la disuación - de hábitos.
- 7) Restauración de un diente fracturado.

El primer paso en la técnica es la eliminación de -- la caries para establecer si existe involucración pulpar o no, después se reducen las caras proximales con discos o fresas de diamante, se reducen las cúspides con una piedra de diamante - siguiendo la forma general de la cara oclusal y se deja un espacio de 1 mm aproximadamente respecto del antagonista, no su le ser necesario reducir las superficies vestibular o lingual, de hecho es conveniente que exista la retención de estas caras para ayudar a mantener la corona modelada, pero en algunos casos hay que reducir la prominencia vestibular muy marcada en particular en el primer molar temporal.

El ángulo agudo formado por las caras proximales - - vestibulares y linguales debe ser redondeado con piedra de dia mante tronco-cónica.

El tallado debe ser completado con una fresa de fisu ra.

Hay que elegir una corona de cierta resistencia que recubra la preparación por completo, la altura de la corona se rá reducida con tijeras curvas hasta que la oclusión sea co- - rrecta y que el borde gingival penetre 1 mm debajo del borde -

libre de la encía.

Para asegurarse que la corona no esté abriendo la mordida o provocando un desplazamiento de la mandíbula se debe verificar la oclusión.

b) MATERIALES DE OBTURACION.

Para que se pueda tomar una decisión inteligente y correcta, desde un principio es esencial apreciar la importancia-clínica de las propiedades químicas, físicas y biológicas que tienen los materiales de elección, por tanto debe analizarse -- críticamente la literatura y las afirmaciones sostenidas por el fabricante, y en esta forma seleccionar los materiales más adecuados que proporcionen un mejor servicio al paciente.

La cavidad bucal no permite el mantenimiento de la integridad de los tejidos dentales y los materiales empleados para su restauración o reposición por una serie de factores como: - las fuerzas masticatorias, el pH de la placa microbiana, los medicamentos, los detritus, los fármacos, etc.

Por estas razones, los materiales de restauración están sujetos a fracturas, disoluciones, alteraciones dimensionales y cambios de color dando como resultado la microfiltración y consecuentemente residiva de caries.

Pese a la avanzado de la tecnología no se ha encontrado un material realmente adhesivo; más aún, una cierta inciden--

cia de los fracasos clínicos de los materiales puede ser asociado a esta causa, deterioro marginal, sensibilidad postoperatoria y patología pulpar.

BARNICES CAVITARIOS.

El barniz cavitario dental típico es; principalmente una resina natural o sintética disuelta en un solvente como cloroformo, éter o acetona.

Aunque los barnices cavitarios poseen escasas conductividad térmica, no se les aplica en un espesor suficiente como para que actúen como aislante térmicos pero los dientes que han sido restaurados con materiales metálicos parecen ser menos sensibles a los alimentos y a las bebidas calientes y frías cuando se utiliza dicho barniz, la razón es que el barniz tiende a reducir la microfiltración cuando se le emplea con varios materiales de restauración. Es necesario recordar que los barnices cavitarios no protegen la pulpa contra los choques térmicos ya que actúan combinado con una base de cemento.

El cambio de coloración en el tejido dental se debe a que penetran iones metálicos (plata, mercurio y estaño), desde el amalgama hasta el esmalte y la dentina.

La capa de barniz también es beneficiosa para impedir la penetración de fosfato de óxido de zinc o el cemento de silicato ya que el pH de estos se mantiene bajo por un ---

prolongado período.

Es recomendable aplicarlo en varias capas 2 o 3 con intervalos de 20 segundos entre cada aplicación.

INDICACIONES:

Cuando una cavidad no es lo suficiente grande como para alojar la base y la restauración de cemento.

En prótesis para los "Pins".

Se usa en todas las preparaciones para obturación -- para amalgama.

No se recomienda cuando se emplea silicato o acrílico.

FUNCIONES:

Inhibe la microfiltración.

Impide la penetración iónica de la amalgama en el tejido de metal.

Inhibe la penetración de los ácidos.

BASES DE CEMENTO.

Existen varias bases:

- 1) Hidróxido de calcio
- 2) Oxido de zinc - eugenol
- 3) Cemento de oxifosfato de zinc

La base debe tener un espesor suficiente que sirva -

como aislante, 0.3 mm aproximadamente bastan para este propósito si la resistencia de ésta no es adecuada el cemento se deformará o fracturará lo cual permitirá que la amalgama penetre o tome contacto con el piso dentinario, y así elimina la protección térmica que debía brindar la base.

La base de cemento promueve la recuperación de la pulpa lesionada, la protege contra nuevas agresiones y favorece la formación de neodentina.

INDICACIONES:

En todas las preparaciones de cavidades.

En preparaciones clase II que implica la restauración de un ángulo o de una depresión profunda.

FUNCIONES:

Actúa como aislante térmico.

Tiene un efecto terapéutico sobre la pulpa.

Inhibe la penetración ácida.

Soporta la condensación de la amalgama.

AMALGAMA.

La amalgama es el material más comúnmente empleado para restaurar piezas con caries, y abarca el 80% de las restauraciones por las propiedades que presenta.

SELECCION DE LA ALEACION.

La composición y las propiedades de todas las aleaciones es similar y la selección puede estar basada sobre características objetivas, tallado o tiempo de fraguado, estas son preparadas por cortes de pequeñas partículas que se profieren sobre las aleaciones de grano mayor, pues proporcionan una resistencia mejor, manipuleo superior y una superficie más lisa que resistirá mejor la corrosión. El éxito clínico de la restauración depende de la manipulación y de la atención minuciosa puesta en los detalles.

Existen tres variables que rigen el contenido final de la restauración.

1. PROPORCION DE MERCURIO Y ALEACION:

Se ha comprobado que cuanto más mercurio contenga la mezcla original más será el mercurio priginal residual, según la casa comercial, la proporción varia entre 50 y 53%, esta relación nos da una mezcla con la consistencia adecuada.

Hay que recordar que poco mercurio es un peligro asi como el exceso, cada partícula de aleación debe ser mojada por el mercurio para asegurar una estructura homogénea y una superficie lisa. La exactitud es la base para alcanzar tales propósitos.

2. CANTIDAD DE TRITURACION.

Cuanto más tiempo de trituración, menos cantidad de-

mercurio queda en la restauración condensada, el tiempo correcto de trituración varía con la composición de la aleación, la proporción y aleación, el volumen de la mezcla y otros factores. La mejor guía es aprender a apreciar el aspecto de una mezcla correcta y ajustar el tiempo de trituración y en caso de que la mezcla sea poco triturada, la amalgama se fruguará con indebida rapidez y será elevado el contenido de mercurio residual dando como resultado menor resistencia y mayor probabilidad de fractura o rotura de un margen. La textura granular producirá una superficie áspera que acelerará la corrosión.

Se pueden obtener resultados igualmente satisfactorios con la trituración mecánica y manual, las ventajas del amalgamador mecánico están en la comodidad y en la normalidad de la técnica.

3. PRESION DE CONDENSACION.

El propósito es adaptar las amalgamas a las paredes de la cavidad lo mejor posible, reducir la formación de espacios internos y exprimir el exceso de mercurio de la amalgama.

A mayor presión de condensación, disminuye el mercurio residual en la restauración y aumenta su resistencia.

La selección del instrumental adecuado y la técnica de construcción de la amalgama estarán destinados a alcanzar esos objetivos.

El cuidado debido de estas tres variables en la manipulación asegurará una restauración con poco contenido de mercurio y el máximo de sus propiedades.

HUMEDAD!

La contaminación por humedad de una aleación lleva invariablemente al fracaso, esta puede producirse por no mantener seco el campo operatorio durante la colocación de la restauración o bien por la transpiración. Nunca se habrá de amasar la amalgama con la mano y ni tocarla con los dedos, pues siempre habrá un mínimo de humedad en la superficie de la piel.

La exposición a la saliva inmediatamente después de haber terminado de condensar la amalgama no es perjudicial. Es solo la humedad dentro de la amalgama mientras se le prepara o se le coloca la que ha de ser evitada.

PULIDO.

La restauración no está terminada hasta que no ha sido pulida. La estructura final de la amalgama esta compuesta por partículas de la aleación original rodeados por una matriz de compuestos de plata, mercurio y estaño-mercurio. Durante el tallado, las partículas de aleación resultan delimitadas y dejan vacíos.

Esta aspereza superficial se reduce con el pulido -

y cuanto más lisa la superficie mejor resistirá la corrosión.

La generación de calor durante el pulido ha de ser evitada. Solo habrán de usarse pastas húmedas y el pulido se hará a las 48 horas de que se ha colocado la restauración. El pulido prematuro perturbará el endurecimiento de la amalgama y producirá una capa exterior rica en mercurio y la superficie se parecerá y podrá espesar.

RECOMENDACION.

Así mismo se debe hacer hincapié al paciente que los esfuerzos intencionales o accidentales durante las primeras horas después de la colocación de la amalgama producirán fracturas de ésta. La razón es que la resistencia se adquiere lentamente. La resistencia a la hora de aproximadamente 1/5 de la resistencia final.

CEMENTO DE SILICATO.

Es un material de obturación permanente que reúne ciertas características puesto que en las condiciones bucales tiende a teñirse y a desintegrarse. Su resistencia no permite estar sujeta a fuerzas constantes. Dentro de sus características está el efecto anticariógeno ya que raras veces se ha visto caries recidivante alrededor de una restauración con cemento de silicato, este efecto puede ser atribuido a la acción del fluoruro presente (15%) en el polvo del cemento (fluoruro-

de calcio).

Durante la colocación del cemento y después, el fluoruro reacciona con el tejido dental adyacente de manera muy similar a lo que sucede con la aplicación tópica de una solución acuosa de fluoruro, con lo que se reduce la solubilidad del esmalte y se crea la resistencia a los ácidos y a las caries.

Aunque se pudiera preferir una determinada marca de silicato a causa de la selección de colores o la facilidad de mezclado, el éxito clínico o el fracaso del material dependería, más de la técnica de manipulación empleada y del medio bucal especial en que se ha colocado.

Los cementos de silicato son muy solubles en los ácidos orgánicos en el mejor de los casos la vida media de una restauración de silicato es aproximadamente de 4 años.

OBTURACIONES TEMPORALES.

Los cementos dentales se clasifican según su composición, son materiales de resistencia relativamente bajas pero se usan cuando la resistencia no es un requisito fundamental, ya que se disuelve y erosionan con los líquidos bucales.

INDICACIONES:

Como agentes cementantes para restauraciones coladas fijas.

Como agentes cementantes para bandas ortodóncicas.

Como aislantes térmicos debajo de restauraciones metálicas.

Como protectores pulpares.

CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

Se compone de (óxido de zinc y pequeñas cantidades de bismuto silico) y líquido (fosfato de aluminio, ácido fosfórico y en algunos casos fosfato de zinc).

Su uso principal es como agente cementante para restauraciones y aparatos ortodóncicos y como base. Como uso secundario se emplea en restauraciones de conductos radiculares.

CEMENTO DE OXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

Se presenta en forma de polvo (óxido de zinc, resina, esterato de zinc y acetato de zinc) el líquido c) eugenol y - - aceite de semilla del algodón).

Se utilizan como obturaciones temporales, bases para aislamiento térmico y obturaciones para conductos radiculares.

Ejerce efecto paliativo en la pulpa del diente y reduce la microfiltración.

CEMENTO DE POLICARBOXILATO.

Es el más nuevo de los sistemas de cemento dental y el único que presenta adhesión a la estructura dentaria.

COMPOSICION: Polvo (óxido de zinc, óxido de magnesio,

pequeñas cantidades de hidroxido de calcio y fluoruro) líquido (ácido poliacrílico y copolímeros), se usa como base agente cementante para restauraciones y aparatos ortodóncicos.

HIDROXIDO DE CALCIO.

La composición de los productos comerciales varía, - algunos son suspensiones de hidróxido de calcio en agua destilada, otros contienen hidróxido de calcio y óxido de zinc suspendidos en solución de cloroformo de un material resinoso.

Se usa como protector pulpar y siempre está indicado como base en cavidades profundas.

CEMENTO DE RESINA.

El componente principal del polvo de polímero es el poli (metacrilato de metilo), en forma de perlas y limadura, -- además contiene peróxido de benzoilo, el monómero se compone básicamente de metacrilato de metilo.

Las resinas sintéticas se han impuesto como materiales de restauración de dientes fundamentalmente por sus propiedades estéticas.

La principal ventaja es su baja solubilidad pero -- hay que recordar que es un irritante pulpar, por lo tanto nunca se colocará sin una buena base.

c) ENDODONCIA EN PIEZAS INFANTILES.

El tratamiento de la pulpa dental expuesta por caries, por accidente operatorio o por traumatismo y fractura del diente, ha sido y es un problema difícil tanto para el paciente como para el odontólogo, no solo desde el punto de vista --reconstructivo sino por la molestia que en sí representa.

TRATAMIENTO PULPAR INDIRECTO.

Es el procedimiento por el cual se elimina caries superficial de la lesión y se sella la cavidad con un agente germicida.

Solo aquellos dientes que se pueden considerar libres de síntomas de pulpitis deben ser elegidos para este procedimiento.

El procedimiento clínico involucra la remisión de la caries mayor con ayuda de fresas redondas grandes o con cucharillas, dejando la cantidad de caries sobre el cuerno pulpar -- que, si se eliminara, provocaría una exposición de la pulpa. Se debe anestesiar localmente y colocar dique de goma.

Las paredes de las cavidades deben ser alisadas con una fresa de fisura, hasta no dejar caries dentinaria ni adamantina que pudiera interferir en el buen sellado durante el período de reparación. La caries remanente en la base de la cavidad será secada y cubierta con una curación germicida. Colo-

car en el fondo de la cavidad hidróxido de calcio, completar la obturación con óxido de zinc-eugenol.

Los procedimientos operatorios menores de rutina pueden ser realizados en visitas posteriores. Sin embargo, no se volverán a abrir los dientes tratados para completar la eliminación de la caries hasta por lo menos 6 u 8 semanas después.

EXPOSICION PULPAR VITAL;

El procedimiento por seguir se decidirá solo después de una evaluación cuidadosa de los síntomas del paciente y recursos de las pruebas diagnósticas.

Existen métodos auxiliares en las selecciones de los dientes para la terapéutica pulpar vital:

Historia de dolor, interpretación radiográfica, tamaño de la exposición y hemorragia pulpar, hemograma dental y -- prueba pulpar eléctrica.

TECNICAS DE TERAPEUTICA PULPAR VITAL.

Protección pulpar (tratamiento pulpar directo) se ha de pensar en una protección pulpar solo para los dientes sin dolor, con la posible excepción del malestar experimentado al comer. Además no deberá sangrar el punto de la exposición si ésta fue mecánica o será una cantidad que pueda ser considerada normal en ausencia de pulpa hiperémica o inflamada.

Todos los tratamientos pulpares deben efectuarse en-

condiciones de asepsia quirúrgica. El dique de goma debe ser empleado para aislar el diente y mantener la pulpa libre de -- contaminación.

PULPOTOMIA.

Es la eliminación coronaria de la pulpa. La justifi-- cación de este procedimiento es que el tejido pulpar corona-- rio suele contener microorganismos y dará muestras de inflama-- ción y alteración degenerativa.

Ante todo se anestesia la pieza dental y se aísla - con dique de goma. Se elimina toda la caries remanente y se - talla el esmalte sobresaliente para dejar un buen acceso a la pulpa coronaria, el techo de la cámara debe ser eliminado con fresa de fisura, con una fresa redonda grande girando dentro de la cámara pulpar con alta velocidad se amputa la pulpa en la zona en que penetra el conducto pulpar. El paso siguiente es eliminar todos los residuos, incluido el tejido pulpar lacerado, restos dentinarios y demás, de la cámara pulpar por - medio de cucharilla. Después de haber eliminado los residuos - principales, se humedecen torundas de algodón en solución fisiológica o cloramina (zonite) y se colocan en la cámara pulpar para mantener la pulpa húmeda y ayudar a lavar los resi-- duos. Se colocan en la cámara pulpar trocitos húmedos de algo-- dón hasta que se forme un coágulo normal.

En los últimos años se han usado dos tipos básicos - de materiales para el recubrimiento de los muñones pulpares: - Hidróxido de calcio es uno, y el otro contiene óxido de zinc - y eugenol al cual se agrega una pequeña cantidad de formocresol.

TECNICA DE LA PULPOTOMIA CON HIDROXIDO DE CALCIO.

Se recomienda para el tratamiento de los dientes permanentes con exposiciones pulpares por caries. La técnica se termina en una sola sesión. Solo se efectúa este tratamiento en dientes libres de pulpitis dolorosa el procedimiento incluye - la amputación coronaria, represión de la hemorragia, y la colocación de una capa de hidróxido de calcio sobre el tejido -- pulpar de los conductos radiculares, sobre esta capa se coloca una capa de óxido de zinc-eugenol para proporcionarle un buen-sellado y se prepara el diente para la restauración.

TECNICA DE LA PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL.

Es la recomendada para tratar las exposiciones por caries de los dientes temporales. La pulpa será amputada, se eliminan los residuos de la cámara y se coloca un algodón humedecido en solución fisiológica o cloramina. Se seca la cámara-pulpar con torundas estériles, se coloca una torunda humedecida con formocresol en los muñones pulpares. Se deja dur ante - 3 - 5 minutos, se prepara una pasta con óxido de zinc que con-

tenga partes iguales de eugenol y formocresol y se coloca sobre los muñones pulpares. Sobre la pasta se aplica cemento de fosfato de zinc y se restaura el diente con amalgama de plata.

PULPECTOMIA PARCIAL.

Es una técnica que puede ejecutarse en dientes temporales cuando el tejido pulpar coronario y el de la entrada de los conductos radiculares dan muestras clínicas de hiperemia.

La técnica, que se puede efectuar en una sesión involucra la eliminación del tejido pulpar coronario y de los conductos radiculares tanto como sea posible.

Los filamentos pulpares de los conductos radiculares se eliminan con tiranervios. Se pondrá cuidado en no sobrepasar el ápice. Después de haber eliminado el tejido pulpar de los conductos (limas) se irriga con solución fisiológica.

PULPECTOMIA.

Consiste en eliminar por completo el tejido pulpar dentro de la cámara pulpar y sus conductos radiculares.

Se debe hacer un esfuerzo especial por tratar de conservar el segundo molar temporal aún cuando tenga una pulpa necrótica para evitar que el molar permanente, se desplace hacia mesial durante su erupción.

La técnica es similar a la anterior siendo en la primera sesión solo eliminación de los restos coronarios de -

la pulpa. En la cámara se coloca una torunda con formocresol, y se deja por dos o tres días (no tocar conductos pulpares) en la segunda sesión, si el diente se mantuvo asintomático se retira la curación y se procede a tratar los conductos seguido de una minuciosa limpieza mecánica como fue descrita para la pulpectomia parcial, se secan los conductos y se aplica formocresol por dos o tres días.

En la tercera sesión se retira la medicación, se irrigan los conductos con solución fisiológica estéril, se secan con puntas de papel. Si el diente permaneció asintomático y esta libre de exudado, se completa la obturación radicular con una mezcla de óxido de zinc-eugenol con formocresol se termina el tratamiento con la restauración final (corona de acero cromo).

d) CRONOLOGIA DE LA ERUPCION, ORTODONCIA PREVENTIVA - MANTENEDORES DE ESPACIO.

En la siguiente tabla se muestra la cronología del desarrollo de dientes desde la formación del germen hasta que completa la raíz.

ORTODONCIA PREVENTIVA.

El odontólogo que brinda sus servicios a los niños - está obligado a adquirir eficiencia en el análisis de la dentición con el fin de hacer predicciones, sobre una base científica, respecto a la necesidad de mantener el espacio. Entonces,

CRONOLOGIA DE LA ERUPCION.

(Scheur y M. Massler, 1940)

DIENTE	FORMACION DEL GERMEN DENT.	APOSICION DE ESMALTE Y DE DENTINA.	CORONA COMPLETA	RAIZ COMPLETA
A	7 S.I.U.	4-4.5 M.I.U.	1.5-2 Mes	1.5 Años
B	7 S.I.U.	4.5 M.I.U.	2-2.5 Mes	1.5-2 Años
C	7.5 S.I.U.	5.0 M.I.U.	9.0 Mes	3 1/4 Años
D	8.0 S.I.U.	5.0 M.I.U.	5.5-6 Mes	2.5 Años
E	10.0 S.I.U.	10-11 Mes	10-11 Mes	3.0 Años
6	3.5-4 M.I.U.	Nacimiento	2.5-3 Años	9-10 Años
1	5-5 1/4 M.I.U.	3-4 Mes	4-5 Años	9-10 Años
2	5-5.5 M.I.U.	10-12 3/4 Mes	4-5 Años	10-11 Años
3	5.5-6 M.I.U.	4.5 Años	6-7 Años	12-15 Años
5	Nacimiento	1.5-2 Años	5-6 Años	12-13 Años
4	7.5-8 Mes	2-2.5 Años	6-7 Años	12-14 Años
7	8.5-9 Mes	2.5-3 Años	7-8 Años	14-16 Años
8	3.5-4 Años	7-10 Años	12-16 Años	18-25 Años

T A B L A 2

DIENTES	TEMPRANO	MEDIANO	TARDIO
<u>NIÑOS</u>			
Incisivo central	6.75	7.25	7.65
Incisivo lateral	7.67	8.17	8.45
Canino	10.50	11.26	11.65
Primer molar	9.41	10.13	10.67
Segundo molar	10.13	11.08	11.60
<u>MANDIBULA</u>			
Incisivo central	6.18	6.51	6.88
Incisivo lateral	7.12	7.52	7.99
Canino	9.92	10.57	11.00
Primer molar	8.72	10.29	10.90
Segundo molar	9.26	10.93	11.65
<u>NIÑAS</u>			
Incisivo central	6.50	6.85	7.35
Incisivo lateral	7.42	7.79	8.30
Canino	10.20	10.63	10.94
Primer molar	9.15	9.91	10.32
Segundo molar	10.01	10.73	11.10
<u>MANDIBULA</u>			
Incisivo central	5.95	6.29	6.55
Incisivo lateral	6.47	7.16	7.59
Canino	8.69	9.59	10.30
Primer molar	88.04	9.61	11.47
Segundo molar	9.07	10.45	11.47

TABLA DE PROBABILIDADES DE MOYERS

 TABLA DE PROBABILIDADES PARA PREDECIR LA SUMA DE LOS ANCHOS
 DE 345 A PARTIR DE $21/12$

$\Sigma 21/12 =$	19,5	20	20,5	21	21,5	22	22,5	23	23,5	24	24,5	25
95%	21,6	21,8	22,1	22,4	22,7	22,9	23,2	23,5	23,8	24	24,3	24,6
85%	21	21,3	21,5	21,8	22,1	22,4	22,6	22,9	23,2	23,5	23,7	24
75%	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22	22,3	22,6	22,9	23,1	23,4	23,7
65%	20,4	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22	22,3	22,6	22,8	23,1	23,4
50%	20	20,3	20,6	20,8	21,1	21,4	21,7	21,9	22,2	22,5	22,8	23
35%	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4	22,7
25%	19,4	19,7	19,9	20,2	20,5	20,8	21	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4
15%	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,4	20,7	21	21,3	21,5	21,8	22,1
5%	18,5	18,8	19	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,7	21	21,2	21,5

Tablas de probabilidades para calcular el tamaño de caninos y premolares erupcionados. La tabla superior es del arco superior. Mida y obtenga la suma de los anchos de los incisivos permanentes inferiores y halle ese valor en la columna horizontal superior. Lea hacia abajo en esa columna, obtenga el valor de los anchos esperados para caninos y premolares en el nivel de probabilidad que desee emplear. En general, se emplea el 75%. Los incisivos inferiores permiten predecir para el arco superior e inferior.

 TABLA DE PROBABILIDADES PARA PREDECIR LA SUMA DE LOS ANCHOS
 DE 345 a partir de $21/12$

$\Sigma 21/12 =$	19,5	20	20,5	21	21,5	22	22,5	23	23,5	24	24,5	25
95%	21,1	21,4	21,7	22	22,3	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8	24,1	24,4
85%	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22	22,3	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8
75%	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6	22,0	22,2	22,5	23,0	23,1	23,4
65%	20,8	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1
50%	19,4	19,7	20	20,3	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,1	22,4	22,7
35%	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22	22,3
25%	18,7	19	19,3	19,6	19,9	20,2	20,5	20,8	21,1	21,4	21,7	22
15%	18,4	18,7	19	19,3	19,6	19,8	20,1	20,4	20,7	21	21,3	21,6
5%	17,7	18	18,3	18,6	18,9	19,2	19,5	19,8	20,1	20,4	20,7	21

si lo estima necesario, podrá proporcionar su servicio mediante la realización de un aparato.

Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental como resultado de la acción de una serie de fuerzas.

Como regla general, cuando se extrae un primer molar o se pierde prematuramente, los dientes por mesial y distal tenderán a desplazarse hacia el espacio resultante.

Guiar la oclusión en desarrollo, y hacer un diagnóstico oportuno así como el tratamiento, son aspectos esenciales de la atención dental para cualquier niño.

Existen una cantidad de factores que influyen sobre la creación de una mala oclusión:

- a) Anormalidad de la musculatura bucal.
- b) Presencia de hábitos bucales.
- c) Insuficiencia de la longitud del arco.

PLANIFICACION EN EL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO.

a) Tiempo transcurrido desde la pérdida. Si se habrá de producir un cierre del espacio, habitualmente tendrá lugar durante el primer periodo de seis meses consecutivo a la extracción. Entonces, si todos los factores indican la necesidad del mantenimiento del espacio, es mejor colocar un --

aparato tan pronto como sea posible después de la extracción.

b) Edad dental del paciente. La edad cronológica del niño no es tan importante como su edad evolutiva. La fecha promedio de erupción no deben influir sobre las decisiones para la construcción de un mantenedor de espacio.

c) Cantidad de hueso que recubre el diente no erupcionado.

Cuando se produce una pérdida de hueso antes de que la raíz del diente permanente se haya tomado completamente, el proceso eruptivo no será muy rápido, a menos que exista infección. En estos casos el mantenedor podría ser necesario sólo por poco tiempo.

d) Secuencia de erupción de los dientes se debe observar la relación de los dientes en formación y erupción con los dientes adyacentes al espacio creado por la pérdida prematura de un diente.

e) Erupción retardada del diente permanente.

Es muy común ver que los dientes permanentes están, individualmente, retrados en su desarrollo y, por consiguiente, en su erupción. No es raro observar dientes permanentes parcialmente retenidos o una desviación en la vía de erupción que provocará una erupción retrasada anormal. Se debe extraer el diente temporal, construir un mantenedor de espacio y permitir que el diente permanente erupcione y asuma su posición normal.

f) Ausencia congénita del diente permanente. En la ausencia congénita de los dientes permanentes, el odontólogo debe tomar una decisión y optar por intentar la conservación del espacio por muchos años hasta que se pueda realizar la restauración fija o si es mejor dejar que el espacio se cierre.

DETERMINACION DE LA LONGITUD DEL ARCO ANTES DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA MANTENER EL ESPACIO.

Se debe pensar en el desarrollo de los arcos dentales y el establecimiento de una oclusión funcional. Esto es en particular importante durante el periodo de la dentición temporal y mixta. Ha de establecer el tamaño de los dientes permanentes aún sin erupcionar, específicamente los ubicados por delante de los primeros molares permanentes. Se debe determinar la cantidad de espacio que se necesita para el alineamiento correcto de los dientes permanentes anteriores. Tomar en cuenta la cantidad de movimiento mesial de los primeros molares permanentes que se producirá después de la pérdida de los molares temporales y la erupción del segundo premolar.

ANÁLISIS DE LA LONGITUD DEL ARCO.

Análisis de NANCE.

Nance concluyó, como resultado de sus estudios, que la longitud del arco dental de la cara mesial de un primer molar permanente inferior hasta la del lado opuesto siempre se -

acorta durante la transición del periodo de la dentición mixta al de la permanente. Puede aumentar la longitud de arco cuando los incisivos tienen una inclinación lingual anormal o cuando los primeros molares permanentes se han desplazado hacia mesial por la extracción prematura. Nance observó que existe una variante de 1.7 mm entre los anchos combinados mesiodistales de los primeros segundos molares temporales inferiores y el canino temporal respecto de los anchos combinados mesiodistales de los dientes permanentes correspondientes: son mayores los temporales. Esta diferencia entre el ancho total mesiodistal de los correspondientes tres dientes temporales en el arco superior y los tres permanentes que los reemplazan es de 0.9 mm.

ANÁLISIS DE MOYERS DE LA DENTICION MIXTA.

El análisis aconsejado por Moyers tiene una cantidad de ventajas. Puede ser completado en la boca o en los modelos, y se puede emplear en las dos arcadas. El análisis está basado en que hay una correlación precisa de tamaño de los dientes y que uno puede medir un diente o un grupo de dientes y predecir con exactitud la medida de los demás dientes de la misma boca. Los incisivos inferiores, como erupcionan temprano en la dentición mixta y pueden ser medidos con exactitud, han sido los elegidos para predecir el tamaño de los superiores y también de los dientes posteriores inferiores.

Moyers sugirió el procedimiento siguiente para determinar el espacio disponible para los dientes en el arco inferior.

1. Mida el mayor diámetro mesiodistal de cada uno de los cuatro incisivos inferiores, con ayuda de un calibre de Boley, y registre la cifra.

2. Determine la cantidad de espacio que se necesita para el alineamiento de los incisivos. Esto se puede lograr -- así: ponga el calibre de Boley en un valor igual a la suma de los anchos del incisivo central y el lateral izquierdo.

Ponga una punta de calibre en la línea media, entre los centrales, y vea donde toca la otra punta de línea del arco dental sobre el lado izquierdo.

Marque sobre el diente o el modelo el punto preciso donde tocó la punta distal del calibre de Boley. Esto representa el punto en que quedará la cara distal del incisivo lateral cuando esté correctamente alineado. Repita el procedimiento para el lado opuesto del arco.

3. Determine la cantidad de espacio disponible para el canino permanente y los premolares después de alineados los incisivos. Esto se mide desde el punto marcado en la línea del arco hasta la cara mesial del primer molar permanente.

Esta distancia es el espacio disponible para los premolares y el canino permanente, así como para la adaptación --

del primer molar permanente.

4. Para predecir los anchos combinados de canino y premolares inferiores ayúdese con la tabla de probabilidades. Ubique el tope de la tabla inferior el valor al tope de una columna que más se aproxime a la suma de los anchos de los cuatro incisivos inferiores. Justo debajo de la cifra recién ubicada está indicada la gamma de valores para todos los tamaños de premolares y caninos que se dan con incisivos del tamaño señalado. Por lo general se utiliza la cifra al nivel del 75%. Pues se ha visto que es lo más práctico desde el punto de vista clínico.

5. Compute la cantidad de espacio remanente en el arco para la adaptación del primer molar permanente. Se resta la cifra del tamaño estimado de canino y premolares del espacio medido. De este valor se resta la cantidad que se espera se desplace mesialmente el primer molar permanente. Se ha de suponer que el primer molar permanente se desplazará hacia mesial por lo menos 1.7 mm.

Después de anotar todos los valores es posible establecer bien la situación en cuanto a espacio de ambas arcadas.

MANTENEDOR DE BANDA Y ANSA.

Es muy fácil de construir, la visita es breve y el ansa se puede cambiar si fuera necesario.

Cualquier aparato que incluye bandas debe ser quita-

do todos los años; se pulirá e inspeccionará el diente, se aplicará fluor y se recementará la banda para prevenir la posibilidad de que falle el sellado que el diente padezca caries.

Se elige una banda que se adapte al diente. El ansa estará ubicado en vestibular junto a una superficie lisa del diente.

Dentro de las ventajas podemos mencionar que no impedirá la erupción continuada de los dientes. Aunque la desventaja que no restaura la función masticadora.

MANTENEDOR DE CORONA Y ANSA DE ACERO-CROMO.

El mantenedor de corona y ansa de acero está indicado si el diente pilar posterior tiene extensas y necesita una restauración coronaria o si se le efectúa alguna terapéutica pulpar vital, en cuyo caso conviene la protección por recubrimiento total. Después se podrá cortar el ansa y dejar que la corona siga funcionando como restauración para el diente pilar producida ya la erupción del permanente.

Las ventajas son similares al anterior, la facilidad de construcción y el costo de los materiales es mínimo.

MANTENEDOR DE TIPO PUENTE FIJO MODIFICADO.

Se puede usar un mantenedor de tipo puente modificado para mantener las relaciones de los dientes en el arco después de la pérdida prematura del primer molar temporal. Se ta

llan el canino y el segundo molar temporales para coronas enteras; se puede fundir el mantenedor en una sola pieza. Se ha de tener presente que el canino permanente puede erupcionar antes que el primer premolar.

Puede hacerse necesario quitar el tramo para construir un mantenedor de banda y ansa a la erupción del primer premolar.

MANTENEDOR DE ORO COLADO DE WILLETT.

Es conveniente cuando hace falta un mantenedor sólido. El diente pilar requiere una preparación para eliminar las zonas retentivas y no tocar la cara oclusal. Después de preparar el diente se toma una impresión exacta del diente pilar y la zona edéntula para producir un colado perfecto.

MANTENEDOR COLADO DE ORO DE EXTENSION DISTAL.

Se emplean como pilares el canino y el primer molar temporales, los cuales se preparan para corona colada tipo Winnett. Se prepara un patrón de cera con una extensión distal que entrará en la raíz del diente que se extrae, el mantenedor guiará con éxito el primer molar permanente a una posición adecuada. Después de la erupción del primer molar permanente se puede quitar la extensión de oro que penetra en los tejidos y se deja el conjunto en posición hasta la erupción del segundo premolar o mientras sigan los dientes pilares.

MANTENEDOR DE BANDA Y CORONA CON EXTENSION DISTAL.

Se usa el primer molar como pilar, se prepara el --
diente para una corona de acero que debe estar bien modelada-
y cementada en el primer molar temporal.

La corona de acero proporciona una forma retentiva-
conveniente para la ubicación de una banda con ansa de oro, -
si el segundo molar fue extraído, el extremo filoso de la ex-
tensión podrá ser forzado hacia el interior de los tejidos con
las medidas de asepsia correspondiente.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Las prótesis de acrílico han tenido bastante éxito-
en la reposición de los dientes temporales anteriores superio-
res pues, devuelven el aspecto estético agradable, restable--
cen la función e impiden la aparición de anomalías foniatrí--
cas o hábitos linguales. Este tipo de prótesis no se recomien-
da cuando el paciente presenta caries o en aquellos casos en-
los que los hábitos de cepillado son deficientes.

PUENTES FIJOS.

También se puede construir un puente fijo para pie-
zas anteriores en que haya pérdida de un incisivo temporal -
superior. En los pilares se tallan preparaciones modificadas-
para corona tres cuartos. Una barra de oro soldada a los cola-
dos servirá de sostén para el pónico de acrílico.

CORONA WILLETT Y ANSA.

En el arco inferior, se puede emplear una corona Willett con ansa. Un arco lingual pasivo con topes prevendrá el desplazamiento de los dientes adyacentes al espacio, el diente pilar requiere poca o ninguna preparación. Así los incisivos inferiores tendrán una erupción en buena relación y alineamiento.

MANTENIMIENTO DEL ESPACIO EN LA ZONA INCISIVA PERMANENTE.

La pérdida de los dientes anteriores permanentes debe tratarse de inmediato. Cuando han transcurrido pocos días de la pérdida de un diente por un traumatismo o la extracción de un diente muy traumatizado, los dientes adyacentes comienzan a inclinarse y a menudo en pocas semanas se habrán perdido varios milímetros del espacio, antes de que cicatricio la extracción se debe colocar el mantenedor de espacio.

Si hubiera algún grado de cierre, antes de efectuar el mantenedor habrá que recuperar el espacio. Resulta muy adecuado una prótesis parcial activa, si no hay necesidad de movimientos masivos de los dientes.

Después de recuperar el espacio, se puede construir un nuevo mantenedor palatino que sirva hasta el momento de considerar la prótesis fija.

MANTENIMIENTO DEL ESPACIO EN ZONAS DE PERDIDA DE VARIOS DIENTES.

La pérdida de molares temporales en la dentición mixta conducirá a una severa mutilación de la dentición en desarrollo a menos que se construya un aparato que mantenga la relación de los dientes residuos y guíe la erupción de los permanentes.

PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO.

La prótesis parcial removible en casos de pérdidas múltiples de dientes superiores o inferiores, está indicada cuando ha habido pérdida bilateral de más de un solo diente y es posible modificarla fácilmente para dar lugar a la erupción de los dientes.

La fragilidad del aparato es un factor que se debe tomar en cuenta pues el niño no siempre pone el cuidado necesario, además se insistirá para que el aparato no sea retirado de la cavidad ni siquiera por un lapso de 24 hs. porque se producen modificaciones en la base de la prótesis y desplazamiento de los dientes.

ARCO LINGUAL PASIVO.

El arco lingual es a menudo el mantenedor de espacio de elección después de la pérdida múltiple de dientes temporales en el arco superior o inferior.

Es un aparato que no restaura la función masticatoria, pero como mantenedor elimina esencialmente el problema de la cooperación del niño.

Para la construcción del arco lingual soldado, se emplean bandas con ansa de Johnson y alambre de oro de 1 mm.

PROTESIS COMPLETA PARA NIÑOS.

Cuando se han perdido todos los dientes temporales, los niños pueden usar prótesis completas antes de la erupción de los dientes permanentes dando como resultado una mejor estética y restauración de la función. Puede ser eficaz en cierto grado para guiar los primeros molares permanentes a su posición correcta.

La técnica similar a la empleada en la construcción de prótesis completa para adultos.

APARATOS PARA RECUPERAR ESPACIO.

Con frecuencia el odontólogo se encuentra con niños cuyos primeros molares se desplazaron a mesial. Son varios -- los factores que influyen para que éste sea un problema que pueda ser tratado por medio de un procedimiento simple o que exija los servicios de un ortodoncista.

Ha sido recomendada una cantidad de aparatos removibles para la recuperación del espacio, en particular cuando --

los primeros molares permanentes se desplazaron hacia mesial.

Si se decide que hay que conservar el espacio, hay varias maneras de cumplir este proceso.

1).- Corona "Overlay" Colada: Es esencialmente igual a la overlay de Willett, exepcto en que se agregan una barra oclusal y un apoyo para mantener la relación de los dientes antagonistas. Es aconsejable realizar una restauración disto-oclusal en el diente que recibirá el apoyo, para impedir la formación de caries inadvertida debajo de él.

2).- Mantenedor de banda y ansa modificado; Una buena banda resistente, de oro, bien adaptada, reforzada con soldadura, con ansa, barra y apoyo es a menudo el mantenedor de elación. Pero con estos dos tipos pueden ser un problema de retención.

3) Puente fijo: La opinión de que el puente fijo no puede ser considerado antes de cierta edad ha sido borrada por estudios recientes. Mink halló que pacientes en tempranas adolescencia eran a menudo buenos candidatos para prótesis fija. El tamaño de la pulpa de los dientes pilares es, en esencia, el factor determinante, siempre que la pulpa se haya retirado al punto en que se puedan colocar incrustaciones o coronas enteras, se podrá construir un puente fijo. Aunque es cierto -- que proseguirá la retracción gingival y que resultarán expuestos los bordes de la preparación, el puente fijo modificado --

funcionará satisfactoriamente hasta el período adulto inicial.

e) ANESTESIA LOCAL, SEDACION Y ANESTESIA GENERAL PARA NIÑOS.

En este tema se tratará de explicar cuales son los -- mecanismos comumentemente empleado para disminuir o eliminar el dolor ya que ésto es fundamental para que el futuro del niño como paciente dental no se vea afectado.

En este aspecto existen una variedad de substancias - químicas que sirven de apoyo para suprimir la sensibilidad en-- los diferentes niveles. Es así, como actualmente se cuenta con medicamentos conocidos comunmente, según sea su forma de acción.

Paralelamente para aprovechar todas sus ventajas es - conveniente conocer en forma adecuada, entre otras cosas, los - efectos formacológicos de los agentes anestésicos, las técnicas y las zonas adecuadas de inyección y las medidas que hay que tomar en caso de que se presente cualquier afecto secundario indeseable, en este sentido hay que reconocer que la inyección constituye una práctica muy usual para el que la aplica pero a menudo es una experiencia desagradable para el paciente.

ANESTESICOS TOPICOS.

Son medicamentos que se usan para reducir el malestar-- de la inserción de la aguja antes de la inyección del anestési--co local. Su presentación es en pomada o en aerosol.

ANESTESIA LOCAL.

Muchos años de experiencia clínica han demostrado la valiosa y eficaz que es la anestesia local en la práctica de la mayor parte de los intervenciones dentales.

1. ANESTESIA PARA DIENTES INFERIORES.

A) Anestesia regional del dentario inferior.

El agujero de entrada del dentario inferior se localiza debajo del plano oclusal de los dientes, por lo tanto la punción se hará más abajo y más atrás que en los adultos. Se coloca el dedo pulgar sobre la superficie oclusal de los molares -- con la uña sobre el reborde oblicuo interno y la yema del pulgar descansando en la fosa retromolar. La profundidad de la penetración oscila unos 15 mm pero variará con el tamaño del maxilar inferior y la edad del paciente.

b) Anestesia regional del nervio lingual:

El nervio lingual puede ser bloqueado si se lleva a la jeringa al lado opuesto con la inyección de una pequeña cantidad de la solución al retirar la aguja .

c) Anestesia regional del Buccinador:

Se deposita una pequeña cantidad de anestesia en el surco vestibular por dista y vestibular del diente indicado. Todos los dientes del lado inyectado estará anestesiados para

los procedimientos operatorios, con la posible excepción de los incisivos centrales y laterales, que pueden recibir inervación cruzada del lado opuesto.

d) Anestesia para los incisivos y caninos:

Temporales y permanentes.

II. TECNICA SUPRA PERIOSTICA.

Para anestesiar los dientes temporales anteriores se emplea la infiltración. La inyección debe ser afectuada más cerca del borde gingival que en el paciente con dientes permanentes y se depositará la solución muy cerca del hueso.

Al anestesiar los incisivos centrales permanentes, el sitio de punción está en el surco vestibular en la solución se deposita lentamente y apenas por encima del ápice dental, como puede haber fibras nerviosas que provengan del lado opuesto, -- podría ser necesario depositar una pequeña cantidad de anestesia junto al ápice del otro incisivo central para obtener la anestesia adecuada.

ANESTESIA PARA LOS MOLARES TEMPORALES Y LOS PREMOLARES.

El nervio dentario superior medio inerva los molares temporales y la raíz mesiovestibular del primer molar permanente.

Para anestesiar el primero y el segundo premolar supe

rior basta una sola inyección en el surco vestibular para que la solución quede depositada algo por encima del ápice dental.

La inyección se deposita lentamente y cerca del hueso si hay que extraer los premolares, es necesario inyectar también el lado palatino del diente.

ANESTESIA PARA LOS MOLARES PERMANENTES SUPERIORES.

La punta del índice descansará en una concavidad del surco vestibular con el dedo rotado de manera que la uña quede adyacente a la mucosa, el punto de punción está en el surco vestibular por encima y por distal de la raíz a disto vestibular del primer molar permanente. Si ha erupcionado el segundo molar, la inyección se hará por sobre el segundo molar. La aguja avanza hacia arriba y distal, para depositar la solución sobre los ápices de los dientes.

REGIONAL DEL NERVIO NASOPALATINO.

La anestesia regional del nervio nasopalatino bloqueará los tejidos palatinos de los seis dientes anteriores. Si se hace entrar la aguja en el conducto, es posible lograr la anestesia total de los seis, sin embargo, esta técnica es dolorosa y no se debe usar por rutina antes de los procedimientos operatorios, la vía de inserción de la aguja corre a lo largo de la papila incisiva justo por detrás de los incisivos centrales, se dirige la aguja hacia arriba, dentro del conducto palatino ante

rior.

INYECCION PALATINA ANTERIOR.

La inyección palatina anterior anestesiará el mucoperiostio palatino desde la tuberosidad hasta la región del canino y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado. En el niño con solo dentición temporal, la inyección debe ser unos 10 mm posterior a la cara distal del segundo molar temporal.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL.

Hay que advertir a los padres que los niños reciben anestésico local, que el tejido blando de la zona puede carecer de sensaciones por una hora aproximada por lo que debe ser observado para que no se muerdan los tejidos bucales inadvertidos o intencionadamente, si eso sucede dará como resultado a las 24 hrs. una zona ulcerada denominada úlcera traumática.

PREMEDICACION.

Se pueden presentar casos en que los niños llegan al consultorio mal adaptados física o mentalmente incapaces de encarar la situación, recurriremos entonces a la premedicación que es útil para los procedimientos operatorios y quirúrgicos prolongados. Sin embargo, hay que recordar que la premedicación no enfoca técnicamente el problema de educar al niño para que acepte la situación odontológica que deberá afrontar varias ve-

ces por año por el resto de sus días.

FACTORES PARA MODIFICAR PREMEDICACION.

- a) Edad
- b) Peso
- c) Actitud mental
- d) Actividad física
- e) Contenido estomacal
- f) Momento del día.

El clorhidrato de secobarbital (seconal) y el pentobarbital (nembutal) son medicamentos depresores del sistema nervioso central, son difíciles de determinar las dosis correctas para obtener un grado de sedación y por tal razón está restringido su uso dentro de la pavidoncia.

La meperidina (demerol) es un analgésico preoperatorio espasmolítico y sedante, también tiene un ligero efecto anestésico local siendo su efecto por vía intramuscular a los 15 minutos y por vía oral a los 40 minutos.

Existen pocas contraindicaciones como en los casos de pacientes con trastornos hepáticos.

Dosis: se administran 2 mg/kg de peso corporal, es aconsejable no emplear más de 100 mg porque puede crear dependencia psíquica. Está indicado en casos de pacientes tensos-cooperadores, demostrativos-aprensivos, pacientes miedosos, pacientes

con cardiopatía congénita y en los niños física y mentalmente disminuídos.

Efectos secundarios: escosor en la piel y náuseas.

MEDICAMENTOS ATARAXICOS.

Son muy eficases en la reducción de la ansiedad y la tensión, sin poner al paciente en estado de sedación o hiprótico, se cree que actúa directamente sobre el sistema nervioso autónomo.

El clorhidrato de prometazina (fenegan) uno de los antihistamínicos más potentes actúa solo o como potenciador -- (cuando se convienan con otros medicamentos).

La dosis recomendada para la prometazina cuando se emplea sola es de 12.5 a 25 mg.

Vía de administración: Intramuscular y oral.

ANESTESIA GENERAL.

Antes de tomar la desición de hospitalizar un niño y realizar el trabajo con anestesia general, se debe hacer por lo menos un intento en el consultorio.

Claro esta, que al fracasar por estos métodos persuasivos en verdad preferible la anestesia general.

INDICACIONES.

a) niño con retardo mental.

b) niños con quienes no se puede lograr un control -
adecuado.

c) pacientes con alergia a los anestésicos locales.

d) pacientes homofílicos.

e) Niños con movimientos involuntarios.

f) Niños con trastornos generales y anomalías congé--
nitas.

Ahora bien, se debe tener sumo cuidado en elegir el -
anestésico, medio de resucitación y un anestesista experimenta--
do en el tratamiento de niños.

Por otra parte, también se debe considerar que el ni--
ño haya sido preparado psicológicamente por los padres y por el
dentista, así como que si haya practicado una revisión física--
completa, exámenes de laboratorio y una correcta historia clíni--
ca.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS DENTALES.

Podría no ser obtenida una serie radiográfica en oca--
sión del examen inicial. Tan pronto como el niño este dormido -
se completará esta etapa tan necesaria.

Todas las caries, aunque parezcan estar limitadas al--
esmalte, deben ser restauradas para que no sean necesario reali--
zar un tratamiento adicional en su futuro próximo, los dientes--
con pronóstico dudoso deben ser extraídos, así como los procedi--
mientos que tengan pocos resultados (recubrimiento pulpar y pul

potomías) se deben descartar. El dicque de goma será una decidi
da ayuda para evitar que se acumulen residuos y sobrantes de ma
teriales de obturación; finalmente convendría una aplicación to
pica de fluor.

CONCLUSIONES.

A) El ejercicio profesional de la pavidodencia, requiere de conocimientos básicos especializados, debido a que, entre otros factores, se está tratando con órganos en períodos de formación.

B) Cualquiera que sea la causa de la visita del niño al consultorio dental, amerita una exhaustiva y rigurosa historia clínica, con el fin de contar con las antecedentes del paciente en cuestión.

C) La primera experiencia dental del niño debe ser lo más placentera posible para que, en el futuro sea un buen paciente.

D) El tratamiento correcto del infante, requiere de todos los medios preventivos, a fin de obtener un desarrollo -- evolutivo óptimo.

E) La mala oclusión de la dentición permanente, muchas veces es debido a la falta de atención adecuada de las piezas -- primarias.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- RALPH E. MC. DONALD.
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Mundi Buenos Aires Argentina 25, 139, 161,
307, Edición. 1971.
- 2.- GEORGE E. MYERS.
Protesis de Coronas y Puentes
Editorial Labor S.A. 2a. Edición.
- 3.- AARON TRUBMAN.
Efecto de la caries dental de una aplicación práctica
de pasta y gel con A.P.F. Jada vol 86 1973.
- 4.- LAWRENCE A FOX.
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana.
- 5.- MEDICINA BUCAL.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
Lester W. BURKET.
Editorial Interamericana 6a. Edición.
- 6.- PERIODONTOLOGIA CLINICA.
Dr. Irving Glickman
Editorial Interamericana 4a. Edición.
- 7.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
John R. Mink
Editorial Interamericana 2a. Edición.