



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA
Y
SUS RESTAURACIONES EN
ODONTOPEDIATRIA**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Titulo de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

RENE I. ALVIRDE CORDOVA

México, D. F.

1984



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.

P R O L O G O

LA ELABORACIÓN DE ESTA TESIS LA HE REALIZADO CON EL OBJETIVO DE HACER CONCIENCIA SOBRE LA GRAN IMPORTANCIA QUE EXISTE EN EL TRATAMIENTO DENTAL INFANTIL, EL CUAL SI SE EJERCE CORRECTAMENTE Y A SU DEBIDO TIEMPO RESULTARÁ BASTANTE PRODUCTIVO, EN ELLA NO PRETENDO APORTAR NADA NUEVO, PUES SOLO ES UNA RECOPIACIÓN DE DATOS.

LA FINALIDAD DE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL ES MANTENER UN BUEN ESTADO DE SALUD Y ARMONIA DENTAL, DIAGNOSTICANDO Y EVITANDO AL MÁXIMO CUALQUIER TIPO DE ANOMALÍA.

EXPLICO ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS PULPARES Y RESTAURACIONES EMPLEADOS EN LA ODONTOPEDIATRIA Y SABER QUE EN MUCHOS CASOS LA DESTRUCCIÓN DEL DIENTE ES TAN GRANDE QUE POR MEDIO DE ESTOS TRATAMIENTOS PODEMOS EVITAR UNA EXTRACCIÓN ANTES DE SU EXFOLIACIÓN NORMAL, HACE INTERESANTE EL CONOCIMIENTO DE TRATAMIENTOS TALES COMO: PULPOTOMIAS, PULPECTOMÍAS Y SUS RESTAURACIONES COMO RESINAS, AMALGAMAS O ALGÚN TIPO DE CORONA.

UNA DE LAS MÁS GRANDES SATISFACCIONES PARA EL ODONTÓLOGO Y EN LA VIDA EN GENERAL, ES SABER QUE POR MEDIO DE NUESTROS CONOCIMIENTOS Y HABILIDAD PODEMOS EVITAR UN PERJUICIO, DE CUALQUIER ÍNDOLE, EN CUALQUIER CASO O MOMENTO.

EN LOS NIÑOS TRATAR LAS ENFERMEDADES POR PREVENCIÓN ES LO MÁS DESEABLE, SIN EMBARGO, TODO LO QUE SE HAGA EN FAVOR DEL NIÑO ES CONSIDERADO COMO PREVENTIVO Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LO APROVECHARA SIN LIMITACIÓN ALGUNA. DESEANDO LO MEJOR-

EL MUNDO A TODOS LOS NIÑOS.

ENTENDER A UN NIÑO ES COMPRENDERLO, COMPRENDERLO ES --
AYUDARLO, AYUDARLO ES PODER TRATARLO, "EL TRATAMIENTO DENTAL -
BIENESTAR Y SALUD QUE PERDURA EN LOS PEQUEÑOS".

I N D I C E

INTRODUCCIÓN	3
C A P I T U L O I	
MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.	5
C A P I T U L O II	
DIAGNÓSTICO Y PLANEACIÓN DE TRATAMIENTO	37
A).- NECESIDAD DE TERAPÉUTICA PULPAR	39
B).- ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO	40
C).- PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO.	42
C A P I T U L O III	
RECUBRIMIENTO PULPAR.	45
A).- DIRECTO	45
B).- INDIRECTO	47
C A P I T U L O IV	
PULPOTOMIA.	56
A).- CON HIDRÓXIDO DE CALCIO Y PROCEDIMIENTO	58
B).- CON FORMOCRESOL Y PROCEDIMIENTO	60
C A P I T U L O V	
PULPECTOMIA.	68
C A P I T U L O VI	
RESTAURACIONES DENTALES.	74
A).- EN DIENTES ANTERIORES.	98
B).- EN DIENTES POSTERIORES.	121
CONCLUSIONES.	142
BIBLIOGRAFÍA.	146

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

ENTRE LAS FUNCIONES QUE LA ODONTOLOGÍA CUMPLE DENTRO DEL CAMPO DE LA SALUD, ES IMPORTANTE MENCIONAR LA PREVENCIÓN Y -- CONSERVACIÓN DE LA HABILIDAD MASTICATORIA, ASÍ COMO TAMBIÉN LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LAS CUALIDADES ES TÉTICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA BOCA MEDIANTE TRATAMIENTOS PULPARES Y DE RESTAURACIÓN, TEMAS QUE VEREMOS A LOS LARGO DEL ESTUDIO DE ESTA TESIS.

LOS DIENTES SE PIERDEN POR DIFERENTES CAUSAS ANTES DE SU EXFOLIACIÓN NORMAL, LOS MÉTODOS MÁS EFECTIVOS PARA PRESERVAR LA SALUD Y ARMONÍA DENTAL ES A BASE DE TRATAMIENTOS QUE -- VAN DE SIMPLES (COMO RECUBRIMIENTOS PULPARES DIRECTO E INDI-- RECTO), A MAS COMPLEJOS (COMO PULPOTOMÍAS Y PULPECTOMÍAS), -- TODOS ESTOS CON SUS RESPECTIVAS RESTAURACIONES SEGÚN SEA EL CA SO (COMO RESINAS, AMALGAMAS Y/O DIFERENTES TIPOS DE CORONAS), - TODO ELLO ENCAMINADO A EVITAR EN LO POSIBLE PROBLEMAS MAS GRAN DES (DE TIPO PSICOLÓGICO O INFECCIOSO), O LA TRAUMÁTICA EXTRA CCIÓN, "COMO TODOS SABEMOS NO HAY MEJOR MANTENEDOR DE ESPACIO- QUE EL MISMO DIENTE".

ASI PUES, CON UN ESTUDIO CLÍNICO-RADIOGRÁFICO PARA LLE GAR A UN BUEN DIAGNÓSTICO Y ASÍ REALIZAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO, PODEMOS CONTRIBUIR A LA SALUD DEL NIÑO Y EN UN FU TURO A UNA BUENA SALUD Y DENTICIÓN DE ADULTO.

LA INTERVENCIÓN DEL ODONTÓLOGO, ANTES DE QUE SE PRODUZ CAN COMPLICACIONES O EN SU DEFECTO YA TRATARLES, ES OBVIAMENTE

UNA GRAN AYUDA PARA EL PACIENTE Y LOS PADRES, A LOS CUALES SE-
LES EVITA UN GRAN NÚMERO DE ANOMALÍAS Y TRATAMIENTOS EN EL FU-
TURO. SI BIÉN EL TRATAMIENTO INMEDIATO PUEDE PARECER COSTOSO -
A LOS PADRES DEL PACIENTE, ES EN VERDAD UNA BUENA INVERSIÓN, -
CONSIDERANDO LOS PROBLEMAS Y GASTOS QUE AFRONTARÁ EN TRATAMIEN
TOS POSTERIORES.

CAPITULO I

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

UNO DE LOS FACTORES QUE DISTINGUE LA ODONTOLOGÍA DE --
LOS NIÑOS DE LA DE LOS ADULTOS ES QUE EL DENTISTA, CUANDO TRA-
TA NIÑOS, ESTA TRATANDO CON DOS DENTICIONES, EL JUEGO DE DIEN-
TES PRIMARIO Y EL PERMANENTE. LOS DIENTES PRIMARIOS SON 20 Y --
CONSTAN DE: UN INCISIVO CENTRAL, UN INCISIVO LATERAL, UN CANI-
NO, UN PRIMER MOLAR Y UN SEGUNDO MOLAR EN CADA CUADRANTE DE LA
BOCA DESDE LA LÍNEA MEDIA HACIA ATRÁS. LOS DIENTES PERMANENTES
SON 32 Y CONSTAN DE LOS INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES, INCI-
SIVOS LATERALES Y CANINOS QUE REEMPLAZAN A DIENTES PRIMARIOS -
SIMILARES, LOS PRIMEROS PREMOLARES Y LOS SEGUNDOS PREMOLARES -
QUE REEMPLAZAN A LOS MOLARES PRIMARIOS Y LOS PRIMERO, SEGUNDO-
Y TERCER MOLARES QUE NO DESPLAZAN DIENTES PRIMARIOS, SINO QUE-
HACEN ERUPCIÓN EN POSICIÓN POSTERIOR A ELLAS.

FUNCION DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

PUESTO QUE LOS DIENTES PRIMARIOS SE UTILIZAN PARA LA -
PREPARACIÓN MECÁNICA DEL ALIMENTO DEL NIÑO PARA DIGERIR Y ASI-
MILAR DURANTE UNO DE LOS PERÍODOS MÁS ACTIVOS DEL CRECIMIENTO-
Y DESARROLLO, REALIZAN FUNCIONES MUY IMPORTANTES Y CRÍTICAS. -
OTRA DESTACADA FUNCIÓN ES MANTENER EL ESPACIO EN LOS ARCOS DEN-
TALES PARA LOS DIENTES PERMANENTES. TAMBIÉN TIENEN LA FUNCIÓN-
DE ESTIMULAR EL CRECIMIENTO DE LOS MAXILARES POR MEDIO DE LA -
MASTICACIÓN, ESPECIALMENTE EN EL DESARROLLO DE LA ALTURA DE --
LOS ARCOS DENTALES. TAMBIÉN SE TIENDE A OLVIDAR LA IMPORTANCIA
EN EL DESARROLLO DE LA FONACIÓN. LOS DIENTES PRIMARIOS TAMBIÉN

TIENEN FUNCIÓN ESTÉTICA, YA QUE MEJORAN EL ASPECTO DEL NIÑO. - LA FONACIÓN DEL NIÑO PUEDE SER AFECTADA INDIRECTAMENTE SI AL - ESTAR CONSCIENTE DE SUS DIENTES DESFIGURADOS HACE QUE NO ABRA - LA BOCA LO SUFICIENTE CUANDO HABLA.

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS INDIVIDUALES.

EN ODONTOPEDIATRÍA, SE TRATA POR PRIMERA VEZ CON DIEN- TES PRIMARIOS. ES CONVENIENTE, POR LO TANTO, DESCRIBIR LA MOR- FOLOGÍA DE ESTOS DIENTES INDIVIDUALMENTE Y TAMBIEN SUS DIMEN- SIONES EXTERNAS.

INCISIVOS MAXILARES PRIMARIOS:

LOS INCISIVOS MAXILARES PRIMARIOS SON MUY SIMILARES EN MORFOLOGÍA, FIGURA 1-1.

POR LO TANTO, LOS CONSIDERAREMOS COLECTIVAMENTE Y SEÑA LAREMOS AL MISMO TIEMPO LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS INCISIVOS -- CENTRALES Y LOS LATERALES.

CORONA:

LOS INCISIVOS CENTRALES PRIMARIOS SON PROPORCIONALMENTE MÁS CORTOS EN FORMA INCISOCERVICAL QUE EN FORMA MESIODISTAL. - EL BORDE INCISAL ES, POR LO TANTO, PROPORCIONALMENTE LARGO, -- UNIÉNDOSE A LA SUPERFICIE MESIAL EN UN ÁNGULO AGUDO Y A LA SU- PERFICIE DISTAL EN UN ÁNGULO MÁS REDONDEADO Y OBTUSO, EL BORDE INCISAL SE FORMA DE UN LÓBULO DE DESARROLLO.

EN TODOS LOS DIENTES ANTERIORES LAS SUPERFICIES PROXI- MALES SON CLARAMENTE CONVEXAS EN SU ASPECTO VESTÍBULO-PALATINO

TIENEN UN BORDE CERVICAL MUY PRONUNCIADO, CÓNCAVO EN DIRECCIÓN A LA RAÍZ. LA SUPERFICIE VESTIBULAR ES CONVEXA MESIODISTALMENTE Y LIGERAMENTE MENOS CONVEXA EN SU ASPECTO INCISOCERVICAL. - LA SUPERFICIE PALATINA PRESENTA UN CÍNGULO BIEN DEFINIDO Y BORDES MARGINALES QUE ESTÁN ELEVADAS SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES QUE RODEA.

LA DEPRESIÓN ENTRE LOS BORDES MARGINALES Y EL CÍNGULO-FORMA LA FOSA PALATINA. EL CÍNGULO ES CONVEXO Y OCUPA DE LA MITAD A LA TERCERA PARTE CERVICAL DE LA SUPERFICIE.

RAÍZ.

LA RAÍZ ES ÚNICA Y DE FORMA CÓNICA, ES DE FORMA BASTANTE REGULAR Y TERMINA EN UN ÁPICE BIEN REDONDEADO.

CAVIDAD PULPAR:

LA CAVIDAD PULPAR SE CONFORMA A LA SUPERFICIE GENERAL-EXTERIOR DEL DIENTE. LA CAVIDAD PULPAR TIENE TRES PROYECCIONES EN SU BORDE INCISAL, LA CÁMARA SE ADELGAZA CERVICALMENTE EN SU DIÁMETRO MESIODISTAL, PERO ES MÁS ANCHO EN SU BORDE CERVICAL,- EN SU ASPECTO VESTIBULO-PALATINO, EL CANAL PULPAR ÚNICO CONTI-NÚA DESDE LA CÁMARA, SIN DEMARCACIÓN DEFINIDA ENTRE LOS DOS.

EL CANAL PULPAR Y LA CAMARA PULPAR SON RELATIVAMENTE GRANDES CUANDO SE LES COMPARA CON SUS SUCESORES PERMANENTES.

LOS INCISIVOS LATERALES SUPERIORES SON MUY SIMILARES EN CONTORNO A LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES, EXCEPTO QUE NO SON TAN ANCHOS EN SU ASPECTO MESIODISTAL. SU LONGITUD CÉRV

CO-INCISAL SE EQUIPARA APROXIMADAMENTE LA DE LOS INCISIVOS CENTRALES, SUS SUPERFICIES VESTIBULARES SON ALGO MÁS APLANADAS, EL CÍNGULO DE LA SUPERFICIE PALATINA NO ES TAN PRONUNCIADO Y SE FUNDE CON LOS BORDES MARGINALES VESTIBULARES. LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL ES DELGADA Y TAMBIÉN SE ADELGAZA, LA CÁMARA PULPAR SIGUE SU CONTORNO DEL DIENTE, AL IGUAL QUE EL CANAL. EN EL INCISIVO LATERAL EXISTE UNA PEQUEÑA DEMARCACIÓN ENTRE CÁMARA PULPAR Y CANAL, ESPECIALMENTE EN SUS ASPECTOS VESTIBULAR Y PALATINA.

INCISIVOS PRIMARIOS INFERIORES:

LOS INCISIVOS PRIMARIOS MANDIBULARES SON ESTRECHOS Y SON LOS MÁS PEQUEÑOS DE LA BOCA, AUNQUE EL LATERAL ES LIGERAMENTE MÁS ANCHO Y LARGO QUE EL CENTRAL Y CON RAÍZ MÁS LARGA.

CORONA.

LA SUPERFICIE VESTIBULAR DE LOS INCISIVOS MANDIBULARES SE CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES, CON LA MAYOR CONVEXIDAD EN EL BORDE CERVICAL Y TIENDE A APLANARSE A MEDIDA QUE SE ACERCA EL BORDE INCISAL.

EL BORDE INCISAL SE UNE A LAS SUPERFICIES PROXIMALES EN ÁNGULOS CASI RECTOS EN EL INCISIVO CENTRAL. EL INCISIVO LATERAL ES MENOS ANGULAR QUE EL INCISIVO CENTRAL Y EL BORDE INCISAL SE UNE A LA SUPERFICIE MESIAL EN ÁNGULO AGUDO, CON LA SUPERFICIE DISTAL EN ÁNGULO OBTUSO. EL BORDE INCISAL SE INCLINA LIGERAMENTE EN POSICIÓN CERVICAL A MEDIDA QUE SE ACERCA AL BORDE PARA TOCAR LA SUPERFICIE MESIAL DEL CANINO MANDIBULAR. LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL SON CONVEXAS VESTIBULOLINGUALMENTE Y LO SON MENOS DESDE SU ASPECTO INCISOCERVICAL, ESTAS SUPERFICIES SON CONVEXAS EN SU ASPECTO VESTIBULO-LINGUAL EN SU TERCIO CERVICAL, CON LA CONVEXIDAD HACIA EL BORDE INCISAL, EL CONTACTO CON LOS DIENTES-

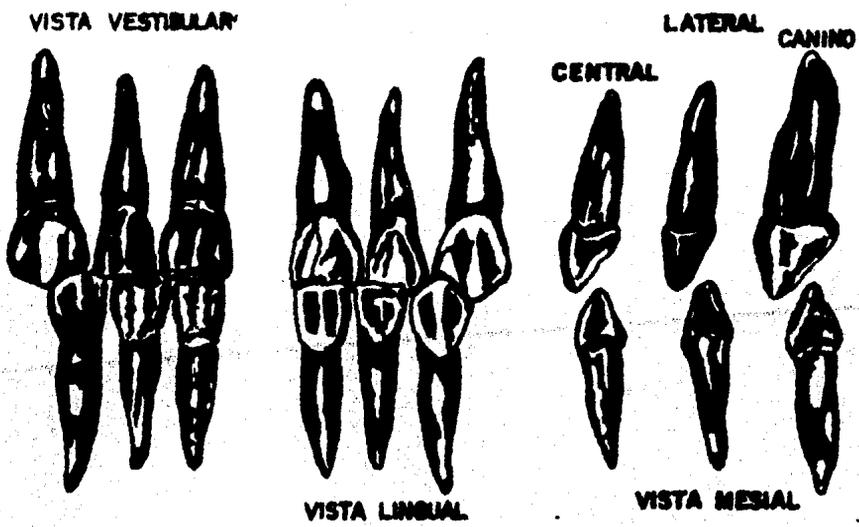


FIG. N° 1-1 Dientes primarios anteriores en oclusión normal

ADYACENTES SE HACE EN EL TERCIO INCISAL DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES.

LAS SUPERFICIES LINGUALES SON MÁS ESTRECHAS EN DIÁMETRO QUE LAS VESTIBULARES Y LAS PAREDES PROXIMALES SE INCLINAN LINGUALMENTE A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL ÁREA CERVICAL. LOS BORDES MARGINALES MESIAL Y DISTAL NO ESTÁN BIEN DESARROLLADOS Y SE UNEN AL CÍNGULO CONVEXO SIN MARCAJE DEFINIDO. EL CÍNGULO OCUPA EL TERCIO CERVICAL DE LA SUPERFICIE LINGUAL.

RAÍZ.

LA RAÍZ DEL INCISIVO CENTRAL ESTA ALGO APLANADA EN SUS ASPECTOS MESIAL Y DISTAL Y SE ADELGAZA HACIA EL ÁPICE, LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL ES MÁS LARGA Y TAMBIÉN SE ADELGAZA HACIA EL ÁPICE.

CAVIDAD PULPAR.

LA CAVIDAD PULPAR SIGUE LA SUPERFICIE GENERAL DEL CONTORNO DEL DIENTE. LA CÁMARA PULPAR ES MÁS ANCHA EN SU ASPECTO MESIODISTAL EN EL TECHO. VESTIBULO LINGUALMENTE, LA CÁMARA ES MÁS ANCHA EN EL CÍNGULO O LÍNEA CERVICAL, EL CANAL PULPAR ES DE ASPECTO OVALADO Y SE ADELGAZA A MEDIDA QUE SE ACERCA AL ÁPICE. EN EL INCISIVO CENTRAL EXISTE UNA DEMARCACIÓN DEFINIDA DE LA CÁMARA PULPAR Y EL CANAL, LO QUE NO OCURRE EN EL INCISIVO LATERAL.

CANINO MAXILAR PRIMARIO:

AL IGUAL QUE LOS CANINOS PERMANENTES, LOS PRIMARIOS SON MAYORES QUE LOS INCISIVOS CENTRALES O LATERALES.

CORONA.

LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL CANINO ES CONVEXA, DOBLÁNDOSE PALATINAMENTE DESDE UN LÓBULO CENTRAL DE DESARROLLO. ESTE LÓBULO DE DESARROLLO SE EXTIENDE OCLUSALMENTE PARA FORMAR LA CÚSPIDE. LA CÚSPIDE SE EXTIENDE INCISALMENTE Y DESDE EL CENTRO DEL ASPECTO VESTIBULAR DEL DIENTE, SIN EMBARGO, EL BORDE MESIO-INCISAL ES MÁS LARGO QUE EL DISTOINCISAL, PARA QUE EXISTA INTERCUSPIDACIÓN CON EL BORDE DISTOINCISAL DEL CANINO INFERIOR.

LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL SON CONVEXAS, SE INCLINAN PALATINAMENTE Y SE EXTIENDEN MAS PALATINAMENTE QUE LOS INCISIVOS. LA SUPERFICIE MESIAL NO ESTÁ TAN ELEVADA EN POSICIÓN-CERVICOINCISAL COMO LA SUPERFICIE DISTAL, A CAUSA DE LA MAYOR-LONGITUD DEL BORDE MESIOINCISAL, EL DIENTE ES MAS ANCHO VESTIBULO-PALATINAMENTE QUE CUALQUIERA DE LOS INCISIVOS, POR SER -- MUY PRONUNCIADOS CERVICAL, VESTIBULAR Y PALATINA, SE FORMA UNA LIGERA CONCAVIDAD EN LA SUPERFICIE MESIAL ENTRE ESTOS BORDES.

LA SUPERFICIE PALATINA ES CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES EXISTE UN BORDE PALATINO QUE SE EXTIENDE DEL CENTRO DE LA PUNTA DE LA CÚSPIDE PALATINAMENTE, ATRAVESANDO LA SUPERFICIE PALATINA Y SEPARANDO LOS SURCOS O DEPRESIONES DE DESARROLLO MESIO-PALATINO Y DISTOPALATINO. EL BORDE ES MAS PROMINENTE EN EL --- ÁREA INCISAL Y DISMINUYE EN PROMINENCIA AL LLEGAR AL CÍNGULO.- EL CÍNGULO NO ES TAN GRANDE NI TAN ANCHO COMO EN LOS INCISIVOS SUPERIORES, PERO ES MÁS DE CONTORNO AFILADO, Y SE PROYECTA INCISALMENTE HASTA CIERTO GRADO. EL BORDE MARGINAL MESIAL ES PROMINENTE, PERO MÁS CORTO QUE EL BORDE DISTAL MARGINAL, QUE TAM-

BIEN ES PROMINENTE.

RAÍZ.

LA RAÍZ DEL CANINO PRIMARIO MAXILAR ES LARGA, ANCHA Y LIGERAMENTE APLANADA EN SUS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL, SIN EMBARGO LA RAIZ SE ADELGAZA, EXISTE UN LIGERO AUMENTO DE DIÁMETRO A MEDIDA QUE PROGRESA DESDE EL MÁRGEN CERVICAL. EL ÁPICE DEL DIENTE ES REDONDEADO.

CAVIDAD PULPAR.

LA CAVIDAD PULPAR SE CONFORMA CON LA SUPERFICIE GENERAL AL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE. LA CÁMARA PULPAR SIGUE DE CERCA EL CONTORNO EXTERNO DEL DIENTE, EL CUERNO CENTRAL PULPAR SE PROYECTA INCISALMENTE, CONSIDERABLEMENTE MAS LEJOS QUE EL RESTO DE LA CÁMARA PULPAR. A CAUSA DE LA MAYOR LONGITUD DE LA SUPERFICIE DISTAL, ESTE CUERNO ES MAYOR QUE LA PROYECCIÓN MESIAL, LAS PAREDES DE LA CÁMARA CORRESPONDEN AL CONTORNO EXTERIOR DE ESTAS SUPERFICIES, EXISTE MUY Poca DEMARCACIÓN ENTRE LA CÁMARA PULPAR DEL CANAL. EL CANAL SE ADELGAZA A MEDIDA QUE SE ACERCA AL ÁPICE.

CANINO MANDIBULAR PRIMARIO.

EL CANINO MANDIBULAR PRIMARIO TIENE LA MISMA FORMA GENERAL QUE EL CONTORNO DEL MAXILAR, PERO NO ES TAN BULBOSO VESTIBULO-LINGUALMENTE NI TAN ANCHO MESIODISTALMENTE.

CORONA.

LA SUPERFICIE VETIBULAR ES CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES, AL IGUAL QUE EL CANINO MAXILAR, TIENE UN LÓBULO CENTRAL -

PROMINENTE QUE TERMINA INCISALMENTE EN LA PROPORCIÓN VESTIBULAR DE LA CÚSPIDE Y SE EXTIENDE CERVICALMENTE HASTA EL BORDE-CERVICAL, EN DONDE LOGRA SU MAYOR CURVATURA.

EL BORDE INCISAL ES MÁS ELEVADO EN EL ÁPICE DE LA CÚSPIDE Y AVANZA CERVICALMENTE EN DIRECCIÓN MESIAL Y DISTAL, EL INCISODISTAL EN EL MAS LARGO, Y HACE INTERCUSPIDACIÓN CON EL -- BORDE MESIO-INCISAL DEL CANINO SUPERIOR.

LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL SON CONVEXAS EN EL -- TERCIO CERVICAL, PERO LA SUPERFICIE MESIAL PUEDE VOLVERSE CÓNCAVA A MEDIDA QUE SE APROXIMA AL BORDE CERVICAL, A CAUSA DEL ESPESOR DE LOS BORDES MARGINALES. LOS CANINOS MANDIBULARES -- NO SON TAN ANCHOS VESTIBULO-LINGUALMENTE COMO EL MAXILAR, LO QUE RESULTA EN SUPERFICIES PROXIMALES MÁS PEQUEÑAS. SE HACE CONTACTO CON LOS DIENTES ADYACENTES EN EL TERCIO INCISAL DEL DIENTE.

LA SUPERFICIE LINGUAL CONSTA DE TRES BORDES. EL BORDE LINGUAL AYUDA EN LA FORMACIÓN DEL ÁPICE DE LA CÚSPIDE Y EXTIENDE LA LONGITUD DE LA SUPERFICIE LINGUAL, FUNDIENDOSE CON EL CÍNGULO EN EL TERCIO CERVICAL. LOS BORDES MARGINALES SON MENOS PROMINENTES QUE EN LOS CANINOS MAXILARES, PERO SON EVIDENTES-CUANDO PARECE QUE SE EXTIENDE DEL BORDE INCISAL AL BORDE CERVICAL, DONDE SE UNEN CON EL CÍNGULO. EL BORDE MARGINAL DISTAL ES LIGERAMENTE MÁS LARGO QUE EL INCISAL. EL CÍNGULO ES ESTRECHO A CAUSA DE LA CONVERGENCIA DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES-A MEDIDA QUE SE ACERCAN A LA SUPERFICIE LINGUAL. EL CÍNGULO ES CONVEXO EN TODAS DIRECCIONES. ENTRE EL BORDE MARGINAL Y EL BORDE LINGUAL SE ENCUENTRAN CONCAVIDADES, SON LOS SURCOS DE -- DESARROLLO MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL

RAÍZ.

LA RAÍZ ES ÚNICA, CON DIÁMETRO VESTIBULAR MAS ANCHO -- QUE EL LINGUAL, LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL ESTÁN LIGERAMENTE APLANADAS, LA RAÍZ SE ADELGAZA HACIA UN ÁPICE PUNTIAGUDO

CAVIDAD PULPAR.

LA CAVIDAD PULPAR SE CONFORMA AL CONTORNO GENERAL DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE, LA CÁMARA PULPAR SIGUE EL CONTORNO DEL DIENTE, Y ES APROXIMADAMENTE TAN ANCHA EN SU ASPECTO MESIODISTAL COMO EN SU ASPECTO VESTIBULOLINGUAL, NO EXISTE DIFERENCIACIÓN ENTRE CÁMARA Y CANAL. EL CANAL SIGUE LA FORMA DE LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ GENERAL Y TERMINA EN UNA CONSTRUCCIÓN DEFINIDA EN EL BORDE APICAL.

PRIMER MOLAR MAXILAR PRIMARIO:

DE TODOS LOS MOLARES PRIMARIOS, ESTE ES EL QUE MÁS SE PARECE AL DIENTE QUE LO SUBSTITUIRÁ, NO SÓLO EN DIÁMETRO, SINO TAMBIEN EN FORMA, (FIGURA 1-2). EL PRIMER MOLAR SUPERIOR PRESENTA CUATRO SUPERFICIES BIEN DEFINIDAS, VESTIBULAR, PALATINA, MESIAL Y DISTAL, LA RAÍZ ESTÁ FORMADA POR TRES RAICES CLARAMENTE DIVERGENTES.

CORONA.

LA SUPERFICIE VESTIBULAR ES CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES, CON LA MAYOR CONVEXIDAD EN POSICIÓN OCLUSOGINGIVAL EN EL BORDE CERVICAL, QUE ESTÁ PROMINENTEMENTE DESARROLLADO. DEL BORDE CERVICAL, EL DIENTE SE INCLINA ABRUPTAMENTE HACIA EL CUELLO Y MAS SUAVEMENTE HACIA LA SUPERFICIE OCLUSAL. LA SUPERFICIE --

VESTIBULAR ESTA DIVIDIDA POR EL SURCO VESTIBULAR, QUE ESTA MAL-DEFINIDO Y SITUADO EN POSICIÓN DISTAL AL CENTRO DEL DIENTE, HACIENDO QUE LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR SEA MAS GRANDE QUE LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR. LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR SE EXTIENDE HACIA ADELANTE CERVICALMENTE Y DESDE ESE PUNTO NO TIENE DIÁMETRO CERVICOCLUSAL PROMINENTE. EXISTE UN BORDE VESTIBULAR BIEN DESARROLLADO EN ESTA CÚSPIDE, QUE SE EXTIENDE DESDE LA PUNTA DE LA CÚSPIDE HASTA EL MARGEN CERVICAL, EXISTE UN BORDE MENOS DESARROLLADO EN LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR.

LA SUPERFICIE PALATINA ES LIGERAMENTE CONVEXA EN DIRECCIÓN OCLUSOCERVICAL, Y ES CLARAMENTE CONVEXA EN DIRECCIÓN MESIODISTAL. TODA LA SUPERFICIE PALATINA ESTÁ FORMADA DE UNA CÚSPIDE MESIOPALATINA MÁS REDONDEADA Y MENOS AGUDA QUE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES EN SU UNIÓN CON LA SUPERFICIE MESIAL Y DISTAL. EL DIÁMETRO DE LAS DOS CÚSPIDES VESTIBULARES COMBINADAS LLEVA UN DIÁMETRO PALATINO MAS ESTRECHO, CUANDO HAY UNA CÚSPIDE DISTOPALATINA PUEDE QUE LA SUPERFICIE PALATINA ESTÉ ATRAVESADA POR UN SURCO DISTOPALATINO MAL DEFINIDO.

LA SUPERFICIE MESIAL TIENE MAYOR DIÁMETRO EN EL BORDE-CERVICAL QUE EN EL OCLUSAL, Y SE INCLINA DISTALMENTE DEL ÁNGULO DE LÍNEA MESIOVESTIBULAR HACIA LA CÚSPIDE MESIOPALATINA, SIENDO EL ÁNGULO MESIOVESTIBULAR MÁS AGUDO, MIENTRAS QUE EL ÁNGULO DE LÍNEA MESIOPALATINA ES OBTUSO. EL CONTACTO CON LA CÚSPIDE PRIMARIA ES EN FORMA DE UN ÁREA PEQUEÑA Y CIRCULAR EN EL TERCIO OCLUSOVESTIBULAR DEL DIENTE.

LA SUPERFICIE DISTAL ES LIGERAMENTE CONVEXA EN AMBAS -

DIRECCIONES, UNIENDO A LAS CÚSPIDES VESTIBULAR Y PALATINA EN ÁNGULO CASI RECTO. ES MÁS ESTRECHA QUE LA SUPERFICIE MESIAL Y MAS ESTRECHA OCLUSALMENTE QUE LA CERVICAL. EL BORDE MARGINAL - ESTA BASTANTE BIEN DESARROLLADO Y SE VE ATRAVESADO POR UN SURCO DISTAL PROMINENTE. EL CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ES AMPLIO Y TIENE FORMA DE UNA MEDIA LUNA INVERTIDA EN LA MITAD OCLUSOPALATINA DE LA SUPERFICIE DISTAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL PRESENTE UN MÁRGEN VESTIBULAR -- MAS LARGO QUE LA PALATINA, EL MÁRGEN MESIAL SE UNE AL MARGEN - VESTIBULAR EN ÁNGULO AGUDO Y CON EL MÁRGEN PALATINO EN ÁNGULO- OBTUSO. LOS MÁRGENES PALATINO Y VESTIBULAR DE LA SUPERFICIE -- DISTAL SE UNEN EN ÁNGULOS CASI RECTOS, LA SUPERFICIE OCLUSAL - ESTA HECHA DE TRES CÚSPIDES, LA MESIOVESTIBULAR, LA DISTOVESTI BULAR Y LA MESIOPALATINA. EL ASPECTO VESTIBULAR COMPRENDE LAS- CÚSPIDES MESIOVESTIBULAR Y DISTOVESTIBULAR; LA CÚSPIDE MESIO-- VESTIBULAR, AL SER MAS LARGA Y MÁS PROMINENTE, OCUPA LA MAYOR- PORCIÓN DE LA SUPERFICIE VESTIBULOCLUSAL. EN ALGUNOS DIENTES, LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR PUEDE ESTAR MAL DESARROLLADA O PUE- DE FALTAR TOTALMENTE.

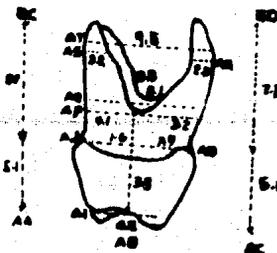
LA PORCIÓN PALATINA DE LA SUPERFICIE OCLUSAL ESTÁ FOR- MADA POR LA CÚSPIDE MESIOPALATINA, QUE TIENE VARIAS MODIFICA-- CIONES, ALGUNAS CÚSPIDES PALATINAS TIENEN FORMA DE MEDIAS LU-- NAS, OTRAS ESTÁN BISECADAS POR UN SURCO PALATINO QUE PUEDE DAR LUGAR A UNA PEQUEÑA CÚSPIDE DISTOPALATINA. LA UNIÓN DEL BORDE- PALATINO DE LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR CON EL BORDE VESTIBULAR DE LA CÚSPIDE MESIOPALATINA PRESENTA UN BORDE TRANSVERSO POCO-



VISTA VESTIBULAR



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA PALATINA

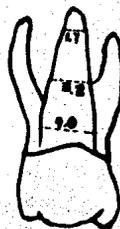


FIG. No- 1-2 Primer molar derecho maxilar primario

PROMINENTE QUE EN UN DIENTE DE TRES CÚSPIDES FORMA EL BORDE -- MARGINAL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL TIENE TRES CAVIDADES, CENTRAL, - MESIAL Y DISTAL, LA CENTRAL SE ENCUENTRA EN LA PORCIÓN CENTRAL DE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y FORMA EL CENTRO DE TRES SURCOS PRIMARIOS; EL VESTIBULAR, QUE SE EXTIENDE VESTIBULARMENTE HACIA LA SUPERFICIE, DIVIDIENDO LAS CÚSPIDES VESTIBULARES; EL MESIAL, - QUE SE EXTIENDE MESIALMENTE HACIA LA CAVIDAD MESIAL Y EL DISTAL QUE ATRAVIESA HACIA LA CAVIDAD DISTAL, LA CAVIDAD MESIAL - ES LA MAS PROFUNDA Y MEJOR DEFINIDA, LA DISTAL LO MENOS PROFUNDA Y LA PEOR DEFINIDA. AL PREPARAR PORCIONES OCLUSALES DE CAVIDADES DE CLASE II NOS ES NECESARIO INCLUIR LA CAVIDAD DISTAL - EN EL DELINEADO DE LA FORMA DE LAS PREPARACIONES MESIALES.

LAS RAICES.

LAS RAICES SON TRES: UNA MESIOVESTIBULAR, UNA DISTOVESTIBULAR Y UNA RAMA PALATINA, LA RAIZ PALATINA ES LA MAS LARGA, Y DIVERGE EN DIRECCIÓN PALATINA, LA RAIZ DISTOVESTIBULAR ES LA MÁS CORTA.

LA CAVIDAD PULPAR.

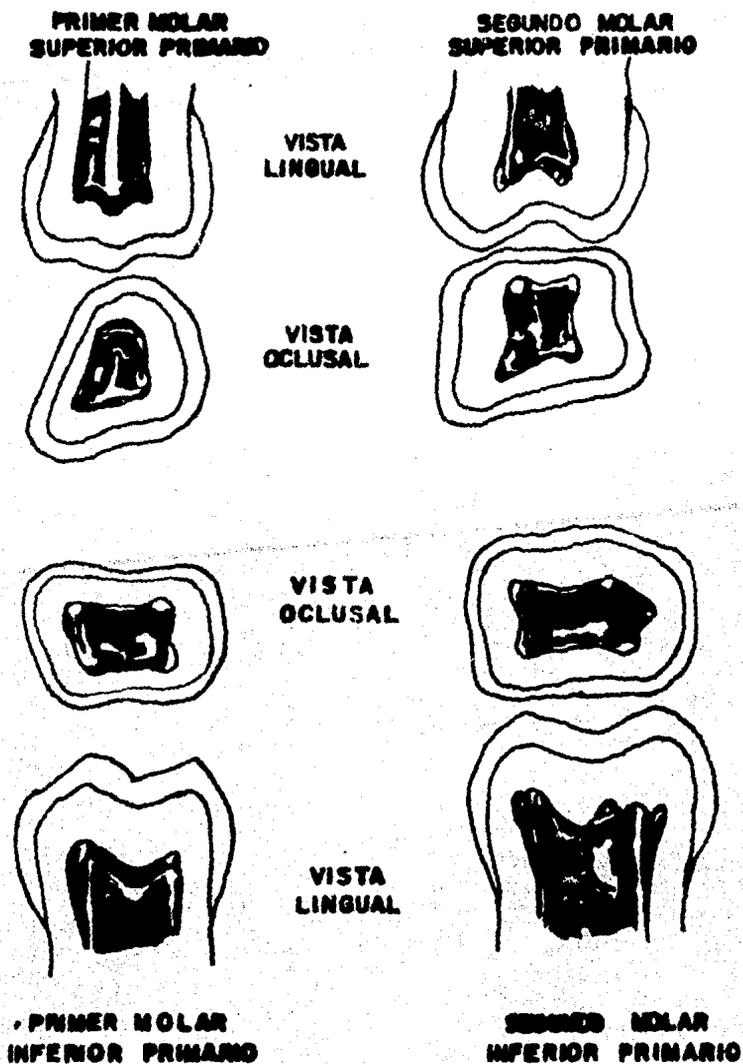
LA CAVIDAD PULPAR CONSISTE EN UNA CÁMARA Y TRES CANALES PULPARES QUE CORRESPONDEN A LAS TRES RAICES, AUNQUE SEGÚN HIBBARD E IRELAND, NO SON RARAS LAS VARIACIONES DE ESTE DISEÑO BÁSICO DE CANAL EN TODOS LOS CANALES DE LAS RAÍCES DE LOS MOLARES PRIMARIOS. PUEDE HABER VARIAS ANASTOMOSIS Y RAMIFICACIONES. LA CÁMARA PULPAR CONSTA DE TRES O CUATRO CUERNOS PULPARES, QUE

SON MAS PUNTIAGUDOS DE LO QUE INDICARIA EL CONTORNO EXTERIOR-
DE LAS CÚSPIDES, AUNQUE POR LO GENERAL, SIGUEN EL CONTORNO DE
LA SUPERFICIE DEL DIENTE (FIGURA 1-3). EL MESIOVESTIBULAR ES-
EL MAYOR DE LOS CUERNOS PULPARES, Y OCUPA UNA PORCIÓN PROMI--
NENTE DE LA CÁMARA PULPAR.

EL ÁPICE DEL CUERNO ESTÁ EN POSICIÓN LIGERAMENTE ME---
SIAL AL CUERPO DE LA CÁMARA PULPAR, EL CUERNO PULPAR LE SIGUE
DE TAMAÑO Y ES BASTANTE ANGULAR Y AFILADO, AUNQUE NO TAN ALTO
COMO EL MESIOVESTIBULAR, EL CUERNO DISTOVESTIBULAR ES EL MÁS-
PEQUEÑO, ES AFILADO Y OCUPA EL ÁNGULO DISTOVESTIBULAR EXTRE--
MO, LA VISTA OCLUSAL DE LA CÁMARA PULPAR SIGUE EL CONTORNO --
GENERAL DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y SE PARECE ALGO A UN ---
TRIANGULO CON LAS PUNTAS REDONDEADAS, SIENDO EL ÁNGULO MESIO-
PALATINO OBTUSO Y LOS DISTOVESTIBULA Y MESIOPALATINO AGUDOS.-
LOS CANALES PULPARES SE EXTIENDEN DEL SUELO DE LA CÁMARA CER-
CA DE LOS ÁNGULOS DISTOVESTIBULARES Y MESIOPALATINO Y EN LA -
PORCIÓN MÁS PALATINA DE LA CÁMARA.

PRIMER MOLAR PRIMARIO INFERIOR:

ESTE DIENTE ES MORFOLOGICAMENTE ÚNICO ENTRE LOS MOLA--
RES PRIMARIOS (FIGURA 1-4), EL DELINEADO DE SU FORMA DIFIERE-
CONSIDERABLEMENTE DE LOS OTROS DIENTES PRIMARIOS Y DE CUALQUIE
RA DE LOS MOLARES PERMANENTES. LA CARACTERÍSTICA MAYOR QUE LO
DIFERENCIA EN SU BORDE MARGINAL MESIAL POR SU EXCESO DE DESA--
RROLLO. ESTE BORDE SE PARECE EN ALGO A UNA QUINTA CÚSPIDE; NO-



**FIG. N° 1-3 Delineaciones de las cámaras pulpares —
de los molares primarios.**

SE ENCUENTRA EN OTROS MOLARES Y SU PRESENCIA, JUNTO CON EL GRAN CUERNO PULPAR MESIOVESTIBULAR, HACE QUE LA PREPARACIÓN DE UNA CAVIDAD CLÁSICA MESIOCLUSAL SEA DIFÍCIL, EL DELINEADO DEL DIENTE TIENE FORMA DE ROMBOIDE.

LA CORONA.

LA SUPERFICIE VESTIBULAR PRESENTA UN BORDE CERVICAL PROMINENTE Y BIEN DESARROLLADO, QUE SE EXTIENDE A TRAVÉS DE TODA LA SUPERFICIE VESTIBULAR EN POSICIÓN INMEDIATAMENTE SUPERIOR AL CUELLO DEL DIENTE, PERO ES MÁS PRONUNCIADO EN EL MESIO VESTIBULAR. ESTE BORDE PRONUNCIADO SE UNE A LA SUPERFICIE MESIAL EN ÁNGULO AGUDO Y CON LA DISTAL EN ÁNGULO OBTUSO, LA SUPERFICIE VESTIBULAR ES CONVEXA EN DIRECCIÓN MESIODISTAL, PERO SE INCLINA ABRUPTAMENTE HACIA LA SUPERFICIE OCLUSAL, ESPECIALMENTE EN EL ASPECTO MESIAL, DONDE ES LLEVADA LINGUALMENTE A UN GRADO PRONUNCIADO, VESTIBULOLINGUALMENTE, EL DIÁMETRO GINGIVAL DEL DIENTE ES MUCHO MAYOR QUE EL DIÁMETRO OCLUSAL, LO QUE DA ASPECTO DE CONSTRUCCIÓN.

LA SUPERFICIE VESTIBULAR SE COMPONE DE DOS CÚSPIDES, LA MAYOR Y LA MÁS LARGA ES LA MESIODISTAL Y LA DISTOVESTIBULAR ES MUCHO MÁS PEQUEÑA, ESTAN DIVIDIDAS POR UNA DEPRESIÓN VESTIBULAR, UNA EXTENSIÓN DEL SURCO VESTIBULAR.

LA SUPERFICIE LINGUAL ES CONVEXA EN AMBOS ASPECTOS Y SE INCLINA DESDE EL MARGEN CERVICAL PROMINENTE HACIA LA LINEA-MEDIA DEL DIENTE A MEDIDA QUE ESTE SE ACERCA A LA SUPERFICIE OCLUSAL, EL CONTORNO CERVICOCLUSAL ES PARALELO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, LA SUPERFICIE LINGUAL ES ATRAVESADA POR UN SUR

CO LINGUAL QUE SALE DE LA CAVIDAD CENTRAL Y TERMINA EN DEPRE-
SION EN LA SUPERFICIE LINGUAL, CERCA DEL BORDE CERVICAL. EL -
SURCO DIVIDE LA SUPERFICIE LINGUAL EN UNA CÚSPIDE MESIOLINGUAL
Y OTRA DISTOLINGUAL; LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL ES MAYOR.

LA SUPERFICIE MESIAL ES MUY PLANA EN AMBOS ASPECTOS. -
SE CREA UNA CONVEXIDAD EN EL BORDE MARGINAL MESIAL, Y ES MUY-
PROMINENTE EN LA UNIÓN DE LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR, INCLI--
NANDOSE MÁ S HACIA GINGIVAL A MEDIDA QUE SE ACERCA A LA CÚSPI-
DE MESIOLINGUAL.

LA SUPERFICIE DISTAL ES CONVEXA EN TODOS LOS ASPECTOS-
Y EL BORDE MARGINAL DISTAL ESTA ATRAVESADO POR UN SURCO DIS--
TAL QUE TERMINA ABRUPTAMENTE EN LA SUPERFICIE DISTAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL PUEDE DEFINIRSE COMO UN ROMBOIDE
DIVIDIDO POR LAS CÚSPIDES PROMINENTES MESIOVESTIBULAR Y MESIO
LINGUAL Y SE PARECE A UNA FIGURA DEL NÚMERO 8 INCLINADO A UN-
LADO, EL CÍRCULO MENOR REPRESENTA EL ASPECTO MESIAL Y EL CÍR-
CULO MAYOR DEL 8 REPRESENTA EL ASPECTO DISTAL MAYOR. LA SUPER
FICIE OCLUSAL ES MAS LARGA MESIODISTALMENTE QUE VENTIBULOLIN-
GUALMENTE Y CONTIENE LAS CÚSPIDES MESIOVESTIBULAR, DISTOVESTI
BULAR, DISTOLINGUAL Y MESIOLINGUAL. LAS CÚSPIDES MESIOVESTIBULAR Y MESIO-
LINGUAL SON LAS MAYORES, LAS CÚSPIDES DISTALES SON MUCHO MAS-
PEQUEÑAS.

HAY TRES FOSETAS LOCALIZADAS EN LA SUPERFICIE OCLUSAL:
UNA MESIAL, QUE ES DE TAMAÑO MEDIO Y ESTA SITUADA MESIAL A LAS
CÚSPIDES MESIOVESTIBULAR Y MESIOLINGUAL, Y ALGO AISLADA POR-

ELLAS, UNA CENTRAL QUE ESTA EN EL CENTRO DE LA CORONA Y ES LA MÁS PROFUNDA DE LAS TRES Y UNA DISTAL, QUE ES MUY LLANA Y ESTA EN POSICIÓN DISTAL A LAS CÚSPIDES DISTOVESTIBULAR Y DISTOLINGUAL.

ESTAS FOSETAS ESTÁN CONECTADAS POR EL SURCO CENTRAL DE DESARROLLO, EL SURCO MARGINAL MESIAL SE EXTIENDE DESDE LA CAVIDAD MESIAL LINGUALMENTE, PARA SEPARAR EL GRAN BORDE MARGINAL - MESIAL (CÚSPIDE MESIAL), DE LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL, TAMBIÉN - EXISTE UN SURCO TRIANGULAR MESIOVESTIBULAR, QUE SEPARA EL BORDE MARGINAL DE LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR. LOS OTROS SURCOS NO SON TAN PROMINENTES.

LAS RAÍCES.

LA RAÍZ DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO ESTA DIVIDIDO EN DOS RAÍCES: UNA RAÍZ MESIAL Y UNA DISTAL, AUNQUE LAS RAÍCES SE PARECEN A LAS DEL PRIMER MOLAR MANDIBULAR PERMANENTES SON MAS DELGADAS Y SE ENSANCHAN CUANDO SE ACERCA EL ÁPICE - PARA PERMITIR QUE SE DESARROLLE EL GÉRMEN DEL DIENTE PERMANENTE.

LA CAVIDAD PULPAR,

LA CAVIDAD PULPAR CONTIENE UNA CÁMARA PULPAR QUE, VISTA DESDE EL ASPECTO OCLUSAL, TIENE FORMA ROMBOIDE Y SIGUE DE CERCA EL CONTORNO DE LA SUPERFICIE DE LA CORONA. LA CÁMARA PULPAR TIENE CUATRO CUERNOS PULPARES. EL CUERNO MESIOVESTIBULAR - QUE ES EL MAYOR, OCUPA UNA PARTE CONSIDERABLE DE LA CÁMARA PULPAR, ES REDONDEADO Y SE CONECTA CON EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL POR UN BORDE ELEVADO, HACIENDO QUE EL LABIO MESIAL SEA

ESPECIALMENTE VULNERABLE A EXPOSICIONES MECÁNICAS, EL CUERNO PULPAR DISTOVESTIBULAR ES EL SEGUNDO EN ÁREA, PERO CARECE DE LA ALTURA DE LOS CUERNOS MESIALES. EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL, A CAUSA DEL CONTORNO DE LA CÁMARA PULPAR, YACE EN POSICIÓN LIGERAMENTE MESIAL A SU CÚSPIDE CORRESPONDIENTE, AUNQUE ESTE CUERNO PULPAR ES TERCERO EN TAMAÑO, ES SEGUNDO EN ALTURA, ES LARGO Y PUNTIAGUDO, EL CUERNO PULPAR DISTOLINGUAL ES EL MENOR, ES MAS PUNTIAGUDO QUE LOS CUERNOS BUCALES Y RELATIVAMENTE PEQUEÑO EN COMPARACIÓN CON LOS OTROS TRES CUERNOS PULPARES.

EXISTEN TRES CANALES PULPARES, UN CANAL MESIOVESTIBULAR Y UNO MESIOLINGUAL CONFLUYEN Y DEJAN LA CÁMARA ENSANCHADA VESTIBULOLINGUALMENTE EN FORMA DE CINTA. LOS DOS CANALES PRONTO SE SEPARAN PARA FORMAR UN CANAL VESTIBULAR Y OTRO LINGUAL, QUE GRADUALMENTE SE VAN ADELGAZANDO EN EL AGUJERO APICAL, EL CANAL PULPAR DISTAL SE PROYECTA EN FORMA DE CINTA DESDE EL SUELO DE LA CÁMARA EN SU ASPECTO DISTAL, ESTE CANAL ES AMPLIO VESTIBULOLINGUALMENTE Y PUEDE ESTAR ESTRECHADO EN SU CENTRO, REFLEJANDO EL CONTORNO EXTERNO DE LA RAÍZ.

SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SUPERIOR.

EL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR PRIMARIO ES ESENCIALMENTE UN DIENTE CON CUATRO CÚSPIDES, AUNQUE A MENUDO EXISTE UNA QUINTA-CÚSPIDE EN EL ASPECTO MESIOPALATINO (FIGURA 1-5).

LA CORONA.

EL ASPECTO EXTERIOR DE LA CORONA ES MUY SIMILAR AL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE CORRESPONDIENTE, TIENE LAS MISMAS FASES, EL MISMO SURCO Y LA MISMA DISPOSICIÓN CÚSPIDEA, SIN EMBAR-

GO, LA CORONA SE DIFERENCIA POR SER MÁS PEQUEÑA Y MÁS ANGULAR- Y POR QUE CONVERGE MÁS HACIA OCLUSAL. TAMBIEN TIENE UN BORDE - CERVICAL MÁS PRONUNCIADO EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR, ESTE MO- LAR ES DE TAMAÑO INTERMEDIO ENTRE EL PRIMER MOLAR PRIMARIO ME- NOR, Y EL PRIMER MOLAR PERMANENTE MAYOR. LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO TIENE UN DELINEADO TRAPEZOIDAL.

LA SUPERFICIE VESTIBULAR PRESENTA UN BORDE CERVICAL -- BIEN DEFINIDO QUE EXTIENDE EL DIÁMETRO TOTAL DE LA SUPERFICIE- VESTIBULAR. SIN EMBARGO, ES ALGO MENOS PROMINENTE QUE LOS QUE- SE ENCUENTRAN EN LOS PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS. EL BORDE CER- VICAL LLEGA A SU MAYOR MAGNITUD EN EL LUGAR DONDE SE UNE A LA- CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR, LA SUPERFICIE VESTIBULAR ESTÁ DIVIDI- DA POR EL SURCO VESTIBULAR EN UNA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR Y -- UNA DISTOVESTIBULAR; LA MESIOVESTIBULAR ES LA MAYOR.

LA SUPERFICIE PALATINA ES CONVEXA, SE INCLINA LIGERA-- MENTE CUANDO SE ACERCA EL BORDE OCLUSAL. LA INCLINACIÓN ES MA- YOR EN EL ASPECTO MESIAL QUE EN LA DISTAL. LA SUPERFICIE PALA- TINA ESTA DIVIDIDA POR EL SURCO PALATINO, QUE ES PROFUNDO EN-- EL ASPECTO OCLUSAL, PERO DISMINUYE GRADUALMENTE CUANDO SE UNE- AL TERCIO CERVICAL DEL DIENTE. ESTE SURCO DIVIDE LA SUPERFICIE EN UNA CÚSPIDE MESIOPALATINA Y UNA DISTOPALATINA, LA CÚSPIDE-- MESIOPALATINA ES MÁS ELEVADA Y MÁS EXTENSA QUE LA DISTOPALATI- NA. CUANDO EXISTE UNA QUINTA CÚSPIDE OCUPA EL ÁREA MESIOPALATI NA EN EL TERCIO MEDIO DE LA CORONA.

SE LE DENOMINA FRECUENTEMENTE CÚSPIDE DE CARABELLI.

LA SUPERFICIE MESIAL PRESENTA UN BORDE MARGINAL BASTAN TE ELEVADO, TIENE INDENTECIONES HECHAS POR EL SURCO MESIAL, -- QUE SE EXTIENDE DE LA SUPERFICIE OCLUSAL. EL ÁNGULO MESIOVESTI

BULAR DEL DIENTE ES MÁS BIEN AGUDO, EL ÁNGULO MESIOPALATINO ES ALGO OBTUSO, LA SUPERFICIE ES CONVEXA CERVICOOCCLUSALMENTE Y MENOS VESTIBULO-PALATINAMENTE, ESTANDO ALGO APLANADA Y FORMANDO-AMPLIO Y ANCHO CONTACTO CON EL PRIMER MOLAR PRIMARIO EN FORMA DE MEDIA LUNA INVERTIDA.

LA SUPERFICIE DISTAL ES CONVEXA OCLUSOCERVICALMENTE, PERO MENOS VESTIBULOPALATINAMENTE, Y ESTÁ APLANADA EN SU PORCIÓN CENTRAL. EL CONTACTO CON EL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE ES LA FORMA DE MEDIA LUNA INVERTIDA, CON LA CONVEXIDAD EN DIRECCIÓN OCLUSAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL DE ESTE MOLAR SE PARECE MUCHO A LA SUPERFICIE CORRESPONDIENTE AL PRIMER MOLAR PERMANENTE, EXISTEN CUATRO CÚSPIDES BIEN DEFINIDAS Y UNA MÁS PEQUEÑA, A VECES AUSENTE, LLAMADA QUINTA CÚSPIDE, LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR ES LA SEGUNDA EN TAMAÑO, PERO NO ES TAN PROMINENTE COMO LA DISTOVESTIBULAR, LA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR TIENE UNA INCLINACIÓN MÁS PROFUNDA HACIA SU BORDE PALATINO CUANDO SE ACERCA EL SURCO CENTRAL DE DESARROLLO, LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR ES LA TERCERA EN TAMAÑO, PERO TIENE UN BORDE PALATINO MUY PROMINENTE CON LIGERA INCLINACIÓN MESIAL. EL BORDE PALATINO PROMINENTE HACE CONTACTO CON LA CÚSPIDE MESIOPALATINA GRANDE PARA FORMAR UN BORDE OBLICUO ELEVADO, LA CÚSPIDE MESIOPALATINA ES LA MAYOR Y OCUPA LA PORCIÓN MÁS EXTENSA DEL ÁREA OCLUSO-PALATINA EXTENDIÉNDOSE MÁS ALLA VESTIBULARMENTE QUE LA CÚSPIDE DISTOPALATINA. HACE UNIÓN EN LA FORMACIÓN DEL BORDE OBLICUO LO QUE ES UNA CARACTERÍSTICA MUY ESPECIAL DE ESTE DIENTE, LA CÚSPIDE DISTOPALATINA ES LA MENOR DE LAS CUATRO Y ESTA SEPARADA DE LA CÚSPIDE -

MESIOPALATINA POR UN SURCO DISTOPALATINO CLARAMENTE ACENTUADO.

LA SUPERFICIE OCLUSAL PRESENTA TRES FOSETAS, LA CENTRAL ES MAS GRANDE Y PROFUNDA Y ES EL PUNTO DE UNIÓN DEL SURCO VESTIBULAR, DEL SURCO MESIAL QUE UNE A LA PROFUNDIDAD MESIAL MÁS LLANA Y EL SURCO DISTAL QUE ATRAVIESA EL BORDE OBLICUO PARA UNIRSE A LA CAVIDAD DISTAL. LA CAVIDAD DISTAL ES PROFUNDA Y ESTA RODEADA DE SURCOS TRIANGULARES BIEN DEFINIDOS.

EL SURCO DISTOPALATINO ES PROFUNDO, CON INCLINACIÓN MESIAL, Y PRODUCE UNA INDENTACIÓN DEFINIDA CUANDO SE UNE A LA SUPERFICIE PALATINA, A CAUSA DEL BORDE OBLICUO PRONUNCIADO, LA PREPARACIÓN DE CAVIDAD GENERALMENTE SE LIMITA AL ÁREA EN CUALQUIERA DE LOS DOS LADOS DEL BORDE, Y NO ATRAVIESA EL BORDE A MENOS QUE ESTÉ MINADO O CARIADO O CUANDO SE NECESITA ÁREA ADICIONAL PARA RETENCIÓN.

LAS RAÍCES.

LA RAÍZ DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR ESTA DIVIDIDA EN TRES RAÍCES: UNA RAÍZ MESIOVESTIBULAR, UNA DISTOVESTIBULAR Y UNA PALATINA, AUNQUE LAS RAÍCES SE PARECEN ALGO A LAS DEL MOLAR MAXILAR PERMANENTE, SON MÁS DELGADAS Y SE ENSANCHA MÁS A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL ÁPICE, LA RAÍZ DISTOVESTIBULAR ES LA MÁS CORTA Y LA MAS ESTRECHA DE LAS TRES.

LA CAVIDAD PULPAR.

LA CAVIDAD PULPAR CONSISTE EN UNA CÁMARA PULPAR Y TRES CANALES PULPARES, LA CÁMARA PULPAR SE CONFORMA AL DELINEADO GENERAL DEL DIENTE Y TIENE CUATRO CUERNOS PULPARES. PUEDE QUE --

EXISTA UN QUINTO CUERNO QUE SE PROYECTA DEL ASPECTO PALATINO - DEL CUERNO MESIOVESTIBULAR Y CUANDO EXISTE ES PEQUEÑO, EL CUERNO PULPAR MESIOVESTIBULAR ES EL MAYOR, SE EXTIENDE OCLUSALMENTE SOBRE LAS ÓTRAS CÚSPIDES Y ES PUNTIAGUDO, EL CUERNO PULPAR-MESIOVESTIBULAR ES SEGUNDO EN TAMAÑO Y ES TAN SOLO LIGERAMENTE MÁS LARGO QUE EL CUERNO PULPAR DISTOVESTIBULAR. CUANDO SE COMBINA CON EL QUINTO CUERNO PULPAR PRESENTA UN ASPECTO BASTANTE-VOLUMINOSO, EL CUERNO PULPAR DISTOVESTIVULAR ES TERCERO EN TAMAÑO. SU CONTORNO GENERAL ES TAL QUE SE UNE AL CUERNO PULPAR - MESIOPALATINO EN FORMA DE LIGERA ELEVACIÓN Y SEPARACIÓN DE CAVIDAD CENTRAL Y UNA DISTAL QUE CORRESPONDEN AL DELINEADO OCLUSAL DEL DIENTE EN ESTA ÁREA. EL CUERNO PULPAR DISTOVESTIBULAR-ES EL MENOR Y MÁS CORTO Y SE EXTIENDE SÓLO LIGERAMENTE SOBRE - EL NIVEL OCLUSAL, EXISTEN TRES CANALES PULPARES QUE CORRESPONDEN A LAS TRES RAÍCES, DEJAN AL SUELO DE LA CÁMARA EN LAS ESQUINAS MESIOVESTIBULAR Y DISTOVESTIBULAR DESDE EL ÁREA PALATINA, EL CANAL PULPAR SIGUE EL DELINEADO GENERAL DE LAS RAÍCES.

SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO.

EL SEGUNDO MOLAR MANDIBULAR PRIMARIO CONSTA DE CINCO - CÚSPIDES QUE CORRESPONDEN AL PRIMER MOLAR PERMANENTE, EL MOLAR-PRIMARIO, AUNQUE TIENE IGUAL CONTORNO GENERAL Y EL MISMO MODELO DE SUPERFICIE, PRESENTA UN CONTORNO AXIAL MAS REDONDEADO,-- VESTIBULOLINGUALMENTE, ES MAS ESTRECHO EN COMPARACIÓN CON SU - DIÁMETRO MESIODISTAL Y TIENE UN BORDE CERVICAL MÁS PRONUNCIADO EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR, EL DIENTE ES MAYOR QUE EL PRIMER-MOLAR PRIMARIO Y MENOR QUE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE, QUE ES-

TÁ LA YUXTAPOSICIÓN.

LA CORONA.

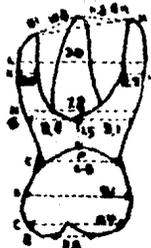
LA SUPERFICIE VESTIBULAR PRESENTA TRES CÚSPIDES BIEN DEFINIDAS. UNA CÚSPIDE MESIOVESTIBULAR QUE ES SEGUNDA EN TAMAÑO, UNA DISTOVESTIBULAR LA MAYOR, Y UNA DISTAL, LA MENOR DE -- LAS TRES, AUNQUE LA DIFERENCIA DE TAMAÑO DE LAS CÚSPIDES ES -- LIGERA. ESTAS TRES CÚSPIDES HACEN COALESCENCIA PARA LLEGAR A UN BORDE CERVICAL BIEN DESARROLLADO QUE SE EXTIENDE EN AMPLITUD -- COMPLETA DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR EN POSICIÓN INMEDIATAMENTE SUPERIOR AL CUELLO DEL DIENTE. LA CÚSPIDE DISTAL SE EXTIENDE MÁS LINGUALMENTE EN EL BORDE OCLUSAL QUE LAS OTRAS CÚSPIDES VESTIBULARES PARA DAR UNA ÁREA OCLUSAL MENOR EN LA SUPERFICIE-- DISTOCLUSAL. LAS CÚSPIDES MESIOVESTIBULAR Y DISTOVESTIBULAR-- ESTAN DIVIDIDAS POR EL SURCO MESIOVESTIBULAR QUE ATRAVIESA LA-- CRESTA DEL BORDE PARA UNIRSE AL SURCO MESIAL, LAS CÚSPIDES ME-- SIAL Y DISTAL ESTÁN SEPARADAS POR EL SURCO DISTOVESTIBULAR QUE ATRAVIESA LA CRESTA Y SE UNE AL SURCO DISTAL EN LA SUPERFICIE-- OCLUSAL.

LA SUPERFICIE LINGUAL ES CONVEXA EN TODAS DIRECCIONES Y ESTA ATRAVESADA EN EL BORDE OCLUSAL POR EL SURCO LINGUAL QUE SEPARA LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL, ESTA CÚSPIDE -- TIENE APROXIMADAMENTE LA MISMA ALTURA, LA CONVEXIDAD DE ESTA-- SUPERFICIE ES MAYOR A MEDIDA QUE SE ACERCA AL CUELLO DEL DIEN-- TE.

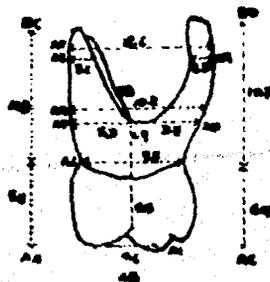
LA SUPERFICIE MESIAL ES GENERALMENTE CONVEXA, PERO SE-- APLANA CONSIDERABLEMENTE EN POSICIÓN CERVICAL.



VISTA VESTIBULAR



VISTA MESIAL



VISTA DISTAL



VISTA PALATINA



FIG. No- 1-5 Segundo molar derecho maxilar primario

ESTA ATRAVESADA EN UN LUGAR CERCANO A SU CENTRO POR EL SURCO MESIAL, QUE ATRAVIESA EL BORDE OCLUSAL PARA EXTENDERSE - APROXIMADAMENTE A UN TERCIO DE LA DISTANCIA DE LA SUPERFICIE - MESIAL EN DIRECCIÓN DESCENDENTE. LA SUPERFICIE ESTÁ RESTINGIDA EN EL BORDE OCLUSAL. EL CONTACTO CON EL PRIMER MOLAR PRIMARIO- ES AMPLIO Y EN FORMA DE MEDIA LUNA INVERTIDA, EN POSICIÓN INME- DIATAMENTE INFERIOR A LA UNIÓN DEL SURCO MESIAL.

LA SUPERFICIE MESIAL ES GENERALMENTE CONVEXA, PERO SE- APLANA UN POCO VESTIBULOLINGUALMENTE CUANDO SE ACERCA AL BORDE CERVICAL. ES MENOR QUE LA SUPERFICIE MESIAL. HACE CONTACTO CON EL PRIMER MOLAR PERMANENTE, PERO ESTE NO ES TAN AMPLIO COMO EL CONTACTO CON LA SUPERFICIE MESIAL Y ES EN FORMA REDONDEADA EN- POSICIÓN EXACTAMENTE VESTIBULAR Y CERVICAL EL SURCO DISTAL.

LA SUPERFICIE OCLUSAL TIENE MAYOR DIÁMETRO EN SU BORDE VESTIBULAR QUE EN SU BORDE LINGUAL A CAUSA DE LA CONVERGENCIA- DE LAS PAREDES MESIAL Y DISTAL, A MEDIDA QUE SE APROXIMAN AL - LINGUAL, EL ASPECTO VESTIBULAR CONSTA DE TRES CÚSPIDES, UNA ME- SIOVESTIBULAR, SEGUNDA EN TAMAÑO, UNA DISTOVESTIBULAR, LA MA-- YOR, SEPARADA DE LA MESIOVESTIBULAR POR EL SURCO MESIOVESTIBU- LAR Y UNA CÚSPIDE VESTIBULAR, LA MENOR DE LAS TRES, QUE YACE - LIGERAMENTE LINGUAL EN RELACIÓN CON LAS OTRAS DOS Y ESTÁ SEPA- RADA DE LA CÚSPIDE DISTOVESTIBULAR POR EL SURCO DISTOVESTIBU-- LAR. EL ASPECTO LINGUAL CONSTA DE DOS CÚSPIDES DE IGUAL TAMAÑO- APROXIMADAMENTE, LA MESIOLINGUAL Y LA DISTOLINGUAL, QUE ESTÁN- DIVIDIDAS POR EL SURCO DISTOLINGUAL Y SON MAYORES QUE LAS CÚS- PIDES LINGUALES. EXISTEN TRES FOSETAS EN ESTA SUPERFICIE, DE -

LAS CUALES LA CENTRAL ES LA MÁS PROFUNDA Y MEJOR DEFINIDA, SEGUIDA POR LA MESIAL Y DESPUÉS POR LA PEOR DEFINIDA QUE ES LA DISTAL, CONECTANDO ESTAS FOSETAS HAY SURCOS, QUE SIGUEN UN CURSO ANGULAR SERPENTEANDO ENTRE LOS PLANOS INCLINADOS DE AJUSTE DE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES, LINGUALES Y FORMAN EL MODELO DE UNA W ALARGADA, SI SE LES OBSERVA DESDE EL ASPECTO OCLUSOVESTIBULAR.

LAS RAÍCES.

LA RAÍZ DEL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO ES MAYOR QUE LA DEL PRIMER MOLAR PRIMARIO, AUNQUE POR LO GENERAL TIENE EL MISMO -- CONTORNO, LA RAÍZ SE COMPONE DE UNA RAMA MESIAL Y DE OTRA DISTAL, AMBAS RAMAS DIVERGEN A MEDIDA QUE SE APROXIMAN A LOS APICES, DE MANERA QUE EL ESPACIO MESIODISTAL OCUPADO ES MAYOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DE LA CORONA, PARA PERMITIR EL DESARROLLO DE LOS DIENTES PERMANENTES.

LA CAVIDAD PULPAR.

LA CAVIDAD PULPAR ESTÁ FORMADA POR UNA CÁMARA Y GENERALMENTE TRES CANALES PULPARES (FIGURA 1-6), LA CÁMARA PULPAR TIENE CINCO CUERNOS PULPARES QUE CORRESPONDEN A LAS CINCO CÚSPIDES, DE HECHO LA CÁMARA EN SI SE IDENTIFICA CON EL CONTORNO EXTERIOR DEL DIENTE Y EL TECHO DE LA CÁMARA ES EXTREMADAMENTE CÓNCAVO HACIA LOS APICES. LOS CUERNOS PULPARES MESIOVESTIBULAR Y MESIOLINGUAL SON LOS MAYORES, EL CUERNO PULPAR MESIOLINGUAL ES LIGERAMENTE MENOS PUNTIAGUDO, PERO DEL MISMO TAMAÑO. ESTOS CUERNOS ESTAN CONECTADOS POR BORDES MÁS ELEVADOS DE TEJIDO PULPAR QUE EL QUE SE ENCUENTRA CONECTADO A LOS CUERNOS DISTALES A LA PUL-

PA, EL CUERNO DISTOLINGUAL, NO ES TAN GRANDE COMO EL MESIOVES-
TIBULAR, PERO ES ALGO MAYOR QUE EL DISTOLINGUAL O QUE EL DIS-
TAL. EL CUERNO PULPAR DISTAL ES EL MAS CORTO Y EL MÁS PEQUEÑO
Y OCUPA UNA POSICIÓN DISTAL AL CUERNO DISTOVESTIBULAR Y SU IN-
CLINACIÓN DISTAL LLEVA EL ÁPICE EN POSICIÓN DISTAL AL CUERNO -
DISTONLINGUAL, LOS DOS CANALES PULPARES MESIALES CONFLUYEN A -
MEDIDA QUE DEJAN EL SUELO DE LA CÁMARA PULPAR, A TRAVÉS DE UN
ORIFICIO COMÚN QUE ES ANCHO EN SU ASPECTO VESTIBULOLINGUAL, PE
RO ESTRECHO EN SU ASPECTO MESIODISTAL. EL CANAL COMÚN PRONTO -
SE DIVIDE EN UN CANAL MESIOVESTIBULAR MAYOR Y UN CANAL MESIO--
LINGUAL MENOR. EL CANAL DISTAL ESTA ALGO ESTRECHADO EN EL CEN-
TRO, LOS TRES CANALES SE ADELGAZAN A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL-
AGUJERO APICAL Y SIGUEN EN GENERAL LA FORMA DE LAS RAÍCES.

UNA DESCRIPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS DE AMPLIA EVI
DENCIA DE QUE SU MORFOLOGÍA ESTA DISEÑADA PARA LLEVAR A CABO -
FUNCIONES ESPECÍFICAS AL MASTICAR. LOS INCISIVOS ESTAN DISEÑA-
DOS PARA LLEVAR A CABO ACCIÓN DE RECORTAR SOBRE EL CIERRE DE -
LA MANDIBULA Y SE USAN PARA MORDER Y PARA CORTAR. LOS CANINOS-
SE DISEÑAN PARA DESGARRAR O PARA RETENER EL ALIMENTO, LOS MOLA
RES SIRVEN PARA TRITURAR Y MACERAR Y PARA PREPARAR EL ALIMENTO
INCORPORANDO LÍQUIDOS BUCALES A LA MASA DE ALIMENTO.

CUANDO EXISTE OCLUSIÓN NORMAL, ESTAS FUNCIONES SE LLE-
VAN A CABO AL MÁXIMO, CUANDO EXISTE MAL-OCCLUSIÓN CON SOBREMOR-
DIDA INADECUADA, CON OVERJET Y CON CONTACTOS INADECUADOS E IN-
TERCUSPIDACIÓN, EL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIENTES SE VE EXTRAOR
DINARIAMENTE IMPEDIDO Y LA PREPARACIÓN INADECUADA DEL ALIMENTO

RESULTA EN MALA DIGESTIÓN.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL TRATAMIENTO

ANTES DE EFECTUAR UN TRATAMIENTO PULPAR EN DIENTES PRIMARIOS, HAY QUE HACER UN EXÁMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO AL PACIENTE, EL EXÁMEN CLÍNICO INCLUYE, POR SUPUESTO, LA HISTORIA DEL CASO, UTILIZANDO PREGUNTAS CLÁSICAS CON LAS ALTERACIONES ADECUADAS, POR EJEMPLO: QUEJA PRINCIPAL, ¿ QUE LE OCURRE ? ¿ POR QUE PIDIÓ UNA CITA PARA SU HIJO ?, ENFERMEDAD ACTUAL, ¿ TIENE MOLESTIAS AHORA ? Ó ¿ HA MOLESTADO ALGUNA VEZ ? ¿ DUELE CUANDO MASTICA ?, ¿ DUELE AL TOMAR ALGÚN LÍQUIDO FRÍO O CALIENTE ?, ¿ EL DOLOR ES EXPONTANEO O PROVOCADO ?, ¿ EL DOLOR ES CONSTANTE O INTERMITENTE ?, ESTE TIPO DE PREGUNTAS NOS AYUDARÁ A DETERMINAR SI SE ESTA TRATANDO UN CASO DE PULPITIS O DE PARODONTITIS APICAL, TAMBIEN ES NECESARIO UNA HISTORIA CLÍNICA PERSONAL CON PREGUNTAS COMO: ¿ ESTA SU HIJO SANO ACTUALMENTE ? ¿ HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE ? (DIABETES, CARDIOPATÍAS, FIEBRE REUMÁTICA EPILEPSIS, ETC.,)?, ¿ ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE DROGAS ? YAQUE ES IMPORTANTE CONOCER EL EWTADO SOBRE SU SALUD ACTUAL EN GENERAL. EL EXÁMEN CLÍNICO (ORAL), DEL ÁREA SE EMPIEZA CON UN EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS, CUALQUIER SEÑAL, COMO CAMBIOS DE COLOR, FÍSTULAS DE DRENAJE, INACTIVAS, INFLAMACIÓN, DEBERÁ CREAR SERIAS DUDAS SOBRE SI SE DEBA PROCEDER CON TERAPÉUTICA PULPAR SIN ENDODONCIA.

DESPUÉS, DEBE EXAMINARSE EL DIENTE PARA COMPROBAR SI -- EXISTE (EN QUE GRADO), DESTRUCCIÓN CLÍNICA DE LA CORONA Y LA POSIBLE PRESENCIA DE PULPA HIPERTROFIADA, DEBERA SEGUIR LA PERSECUSIÓN DEL DIENTE, YA QUE SI EXPERIMENTA ALGÚN TIPO DE SENSIBL

LIDAD, LA POSIBLE AFECCIÓN PERIAPICAL NOS HARÁ DUDAR DEL ÉXITO DEL TRATAMIENTO PULPAR, PUEDE HACERSE UNA PRUEBA DE VITALIDAD, PERO LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN DIENTES PRIMARIOS UTILIZANDO ESTA TÉCNICA HAN SIDO POCO SEGUROS, SON ESENCIALES BUENAS RADIOGRAFÍAS, PARA CONTEMPLAR EL DIAGNÓSTICO QUE NOS LLEVARÁ A LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO, SON NECESARIAS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y DE ALETA MORDIBLE, AL UTILIZARLAS SE PUEDE TENER CIERTA IDEA DEL ESTADO DE LA PULPA, POR EJEMPLO: SI EXISTE ALGÚN TIPO DE RESORCIÓN INTERNA EN LAS PORCIONES CORONAL Y/O APICAL, ES POCO PROBABLE QUE LA PULPA RESPONDA AL TRATAMIENTO, DE IGUAL MANERA LA RADIOGRAFÍA NOS PUEDE INDICAR SI EXISTE ALGÚN PROBLEMA DE BIFURCACIÓN O PROBLEMAS PERIAPICALES QUE NOS SUGERIRÍAN UNA PULPA DEGENERADA.

TAMBIEN SE HA INFORMADO QUE LA PRESENCIA DE CUERPOS CALCIFICADOS O PIEDRAS PULPARES ES EVIDENCIA DE DEGENERACIÓN PULPAR, UN HALLAZGO TAN OBVIO COMO RAÍCES RESORBIDAS PREMATUREMENTE CONTRAINDICARÍA TOTALMENTE EL TRATAMIENTO PULPAR.

EN RESUMEN, CUANDO SEA POSIBLE, ES ACONSEJABLE EVALUAR LA MAYOR CANTIDAD DE CRITERIOS PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO ANTES DE REALIZAR ALGÚN TRATAMIENTO PULPAR, Y ESPECIALMENTE ANTES DE ANESTESIAS.

SI HA DE DECIDIRSE SOBRE LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PULPAR DESPUÉS DE ABRIR EL DIENTE, HABRÁ QUE BASARSE EN BUENAS RADIOGRAFÍAS, SINTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS.

A).- NECESIDAD DE TERAPEUTICA PULPAR:

EN EL PRIMER CAPÍTULO MENCIONAMOS LA MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES PRIMARIOS ENTONCES, SI RECORDAMOS LA ANATOMÍA DE ESTOS DIENTES, COMPRENDEREMOS FACILMENTE LA NECESIDAD QUE TIENEN ESTOS DIENTES DE UNA TERAPÉUTICA PULPAR, ESPECÍFICAMENTE, EL ESMALTE Y LA DENTINA DE LOS DIENTES PRIMARIOS SON SOLO LA MITAD DE ESPESOS (GROSOR), QUE EL ESMALTE Y LA DENTINA DE UN DIENTE PERMANENTE.

LA PULPA, POR LO TANTO, ESTÁ PROPORCIONALMENTE MÁS CERCA A LA SUPERFICIE EXTERIOR Y LOS PROCESOS CARIOSOS PUEDEN PENETRAR MÁS FACILMENTE, POR EJEMPLO, EL CUERNO PULPAR DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR PRIMARIO ESTA A 1.8 MM. APROXIMADAMENTE DE LA SUPERFICIE EXTERIOR DEL ESMALTE, Y EN EL PRIMER MOLAR INFERIOR PRIMARIO ESTA MISMA MEDIDA ES DE 1.6 MM. LA RAPIDEZ Y FACILIDAD QUE TIENE LA CRIES PARA PENETRAR A LA PULPA DENTAL FUERZAN AL ODONTÓLOGO A FAMILIARIZARSE CON EXCELENTES PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO PULPAR.

LAS DIFICULTADES EN TERAPÉUTICA PULPARES SE DEBEN A LA ESPECIAL ANATOMÍA DE LOS DIENTES PRIMARIOS ESPECÍFICAMENTE LAS RAÍCES Y EN ESPECIAL LAS DE LOS MOLARES, POR QUE SON LARGOS, DELGADOS Y LOS CANALES ESTRECHOS Y APLANADOS, LOS CANALES AUXILIARES Y LA CONSTANTE RESORCIÓN DE LOS ÁPICES DE LAS RAÍCES AUMENTA AÚN MAS EL PROBLEMA DE TERAPÉUTICA ENDODONCIAS EFICACES EN DIENTES PRIMARIOS.

B).- ELECCION DE TRATAMIENTO.

LA BASE PARA TRATAMIENTOS EFICACES DE CUALQUIE ENFERMEDAD ES EL DIAGNÓSTICO ACERTADO DE LA AFECCIÓN EXISTENTE, SI NO SE SIGUE ESTE CONCEPTO FUNDAMENTAL, SE LLEVARÁ A CIEGAS CUALQUIER INTENTO DE TERAPEÚTICA PULPAR Y EL ÉXITO SERÁ CUESTION DE SUERTE. TAMBIÉN SE ADMITE QUE A PESAR DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE PULPAS DENTALES, AÚN EXISTEN VARIOS FACTORES -- QUE NO PUEDEN SER CONTROLADOS O FIJADOS FACILMENTE, POR EJEMPLO, LA HEMORRAGÍA EXCESIVA SE HA CONSIDERADO COMO SEÑAL DE -- PROCESOS DEGENERATIVOS EN LA PULPA, SIN EMBARGO, NO SE HA RESUELTO CON EXACTITUD CUANTA PULPA HA DE HACER HEMORRAGIA PARAQUE SE LE CONSIDERE EXCESIVA. TAMBIÉN LA PENETRACIÓN DE CARIES Y SUS BACTERIAS EN LA CÁMARA PULPAR PUEDE SER SUPERFICIAL Y SUFICIENTEMENTE LENTA PARA PERMITIR QUE LOS MECANISMOS DE DEFENSA PROTEJAN LA PULPA, PERO LA PROFUNDIDAD REAL Y LA RAPIDEZ DE PENETRACIÓN SON CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICAMENTE IMPREDECIBLE, --- POR LO TANTO, DEBERÁN SELECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LOS HECHOS-- EN QUE HABREMOS DE BASAR EL DIAGNÓSTICO ANTES DE EMPEZAR A REALIZAR CUALQUIER TRATAMIENTO.

DE MANERA SIMILAR, TODOS LOS TRATAMIENTOS TIENEN Ciertas LIMITACIONES, HASTA LA FECHA, NO EXISTE MÉTODO ESTABLECIDO DE TRATAMIENTO AÚN INCLUYENDO PROCEDIMIENTOS ENDODONCICOS COMPLETOS, QUE SEA EFICAZ 100%, AL ELEGIR EL TRATAMIENTO, HABRÁ-- QUE CONSIDERAR MUCHOS FACTORES, ADEMÁS DE LA AFECCIÓN QUE SUFRE LA PULPA DENTAL, ESTAS SERÍAN, TIEMPO QUE PERMANECERÁ EL -- DIENTE EN LA BOCA, SALUD GENERAL DEL PACIENTE, ESTADO DE LA --

DENTADURA, TIPO DE RESTAURACIÓN QUE HABRÁ DE EMPLEARSE PARA --
VOLVER AL DIENTE A SU ESTADO MAS NORMAL, USO A QUE SERÁ SOMETI
DO EL DIENTE, TIEMPO QUE REQUIERA LA OPERACIÓN, COOPERACIÓN --
QUE SE PUEDE ESPERAR DEL PACIENTE Y COSTO DEL TRATAMIENTO,

DEBE CONSIDERARSE TRANSITORIA LA PRESENCIA DE DIENTES -
PRIMARIOS EN SU SENTIDO NORMAL, AUNQUE A VECES LE SERVIRÁ ME--
JOR AL PACIENTE HACIENDO QUE RETENGA EL DIENTE PRIMARIO TODA -
LA VIDA, COMO SERÍA EL CASO DE DOS SEGUNDOS PREMOLARES MANDIBU
LARES AUSENTES. POR LO TANTO ES NECESARIO UN BUEN DIAGNÓSTICO-
RADIOGRÁFICO QUE MUESTRE LA LONGITUD DE LA RAÍZ, ADICIONALMEN-
TE, EL ODONTOLOGO TENDRÁ QUE APRECIAR LA EDAD DEL PACIENTE Y -
EL ESTADO DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, HABRÁ QUE DETERMINAR LA-
SALUD GENERAL DEL PACIENTE, UN NIÑO LEUCÉMICO, UN HEMOFÍLICO-
O UNO QUE SUFRE CUALQUIER TIPO DE DISCRACIA SANGUÍNEA SERÁ CON
SIDERADO MAL CANDIDATO PARA TERAPÉUTICAS PULPARES.

DE IGUAL MANERA, EL NIÑO SUSCEPTIBLE A BACTERIEMIAS, CO
MO EL PACIENTE DE FIEBRES REÚMATICAS QUE ES SUSCEPTIBLE A ENDO
CARDITIS BACTERIANA, REPRESENTA UN RIESGO, COMO DECLARABAMOS -
ANTERIORMENTE, LAS TERAPÉUTICAS PULPARES NÚNCA SON 100% ACERTA
DAS, Y EL FRACASO DE UN TRATAMIENTO PUEDE DAR PIE A COMPLICA--
CIONES MÁS GRAVES.

DEBERÁ COMPROBARSE EL ESTADO DE DIENTES ADYACENTES Y --
OTROS DIENTES DE LA BOCA, ES MUY POSIBLE QUE VARIOS O MUCHOS--
OTROS DIENTES NO PUEDAN SER SALVADOS Y SI SE INDICA UNA PRÓTE-
SIS EXTENSA, PUEDE SER BUENA IDEA INCLUIR EL DIENTE EN LAS CON

SIDERACIONES PARA LA PRÓTESIS.

ES ACONSEJABLE DETERMINAR PREVIAMENTE LA FUNCIÓN FUTURA DEL DIENTE AFECTADO AL TOMAR LA DECISIÓN SOBRE LA FACTIBILIDAD DE LA TERAPÉUTICA PULPAR, SI EL DIENTE VA A UTILIZARSE COMO SOPORTE PARA PRÓTESIS EXTENSA FIJA ES NECESARIO COMPROBAR LA POSIBILIDAD DE ÉXITO CON LA DEL FRACASO, QUE IMPLICARÍA LA PÉRDIDIDA DEL INSTRUMENTO.

LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE ES UNA NECESIDAD EN CUAL---QUIER PROCEDIMIENTO EN QUE SE NECESITE CAMPO ESTERIL Y PRECAU---CIÓN, A MENUDO, ESTO SE RELACIONA CON LA DURACIÓN DEL TRATA---MIENTO, EL NIÑO QUE REQUIERE ANESTESÍA GENERAL CADA VEZ QUE NECESITA TRATAMIENTO SERÍA UN MAL CANDIDATO PARA TERAPÉUTICAS --PULPARES EXTENSAS QUE REQUERIRÍAN VISITAS LARGAS O MÚLTIPLES.-POR ÚLTIMO, ES MUY IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA EL COSTO DEL TRA---TAMIENTO COMO EN LOS CASOS EN LOS QUE EL TRATAMIENTO NO SE REA---LIZA EN CONDICIONES DE URGENCIA, DEBERÁ ESTUDIARSE CUIDADOSA---MENTE EL COSTO CON LOS PADRES DEL NIÑO O LA PERSONA RESPONSA---BLE DE SU BIENESTAR ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO.

c).- PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO:

EXISTEN CIERTOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS APLICABLES A TODAS LAS FORMAS DE TRATAMIENTO QUE AFECTAN A LA PULPA DENTAL--EN PRIMER LUGAR, SON ESCENCIALES TÉCNICAS INDOLORAS, PARA LO--GRAR ESTO, DEBERÁ REALIZARSE ANESTESIA PROFUNDA Y ADECUADA, --USANDO ADECUADAMENTE LOS ANESTÉSICOS LOCALES, ESTO SE PUEDE LO GRAR EN LA CASI TOTALIDAD DE LOS CASOS, CUANDO EL ASPECTO INDI

CA QUE LA PULPA ESTA AFECTADA, DEBERÁ LOGRARSE ANALGÉSIA AL -- PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DE TRATAMIENTOS DE NIÑOS, PARECE POCO ACONSEJABLE SOMETER AL PACIENTE- A MÁS INYECCIONES.

LA ANALGESÍA NOS AYUDARÁ A EVITAR CUALQUIER MOLESTÍA DU RANTE EL TRATAMIENTO Y EN LA APLICACIÓN DE GRAPAS DEL DIQUE DE HULE.

EL DIQUE DE HULE ES OTRO VALIOSO AUXILIAR PARA TERAPÉU- TICAS PULPARES DE DIENTES PRIMARIOS, DA AL OPERADOR UN CAMPO - ESTÉRIL EN DONDE OPERAR, YA QUE AISLA EL DIENTE O DIENTES AFEC TADOS Y TAMBIEN CONTROLA ACTOS INADVERTIDOS DE LA LENGUA Y LA- BIOS, CONTRIBUYE A DAR SENSACIÓN DE SEGURIDAD Y RECUERDA VIVA- MENTE AL NIÑO, CUYA ATENCIÓN PUEDE ALEJARSE, QUE EL TRATAMIE- NTO SIGUE PROGRESANDO. DESDE HACE TIEMPO, LAS PERSONAS QUE USAN- ANESTESIA LOCAL Y DIQUE DE HULE EN OPERATORIA DENTAL EN ODONTO PEDIATRIA, HAN EXPERIMENTADO QUE LAS TERAPÉUTICAS PULPARES PUE DEN MANEJARSE RÁPIDA Y EFICAZMENTE SIN NECESIDAD DE PROVOCAR - TENSIONES INDEBIDAS EN EL PACIENTE.

EN TODO MOMENTO DEBERÁ OBSERVARSE LA MAYOR HIGIENE, CON DICIONES CASI ESTÉRILES, AL OPERAR DENTRO DE LA CÁMARA PULPAR- DESPUES DE ANESTESIAR Y COLOCAR EL DIQUE DE HULE, EL OPERADOR- DEBERÁ LAVARSE LAS MANOS Y CEPILLARSELAS, SECAÑSELAS Y ENJUA-- GÁÑSELAS CON ALCOHOL Y DEJARLES SECAR AL AIRE, UTILIZAR INSTRU MENTOS ESTERILIZADOS PREVIAMENTE, EL DIQUE Y LAS GRAPAS SE DES CONTAMINAN FROTÁNDOLOS UN MINUTO CON ALGODÓN O GASA SUMERGIDOS PREVIAMENTE EN UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA, TAMBIEN DEBERÁN ESTE-

RILIZARSE LAS FRESAS Y DEMÁS INSTRUMENTOS PARA CORTAR, ES DE --
PRIMORDIAL IMPORTANCIA OBSERVAR ÉSTAS TÉCNICAS ASÉPTICAS SI SE-
QUIERE LOGRAR ÉXITO.

CAPITULO III

RECUBRIMIENTO PULPAR.

LA FORMA MÁS SENCILLA DE TERAPÉUTICA PULPAR ES EL RECUBRIMIENTO DE LA PULPA, COMO INDICA SU NOMBRE, CONSISTE SIMPLEMENTE EN COLOCAR UNA CAPA DE MATERIAL PROTECTOR SOBRE EL LUGAR DE EXPOSICIÓN PULPAR ANTES DE RESTAURAR EL DIENTE, SE HAN PROBADO VARIOS MEDICAMENTOS, HUNTER RECOMENDABA CUBRIR LA EXPOSICIÓN CON UNA MEZCLA DE MELAZA DE SORGO Y LOS EXCREMENTOS DE GORRIONES INGLESES Y AFIRMABA LOGRAR ÉXITO EN 98 % DE LOS CASOS.

AL PASAR LOS AÑOS, SE HAN PROBADO MATERIALES COMO PLOMOFOSFATO DICÁLCICO, PUNTAS DE DENTINA Y FORMOCRESOL, PERO HA SIDO EL HIDRÓXIDO DE CALCIO EL QUE HA MOSTRADO MÁS APTITUDES PARA RECUBRIMIENTOS PULPARES, LA META A ALCANZAR ES LA CREACIÓN DE DENTINA NUEVA EN EL ÁREA DE EXPOSICIÓN Y LA SIGUIENTE CURACIÓN DEL RESTO DE LA PULPA A SU RETORNO A CONDICIONES NORMALES.

EXISTEN DOS TIPOS DE RECUBRIMIENTO PULPAR, DIRECTO E INDIRECTO:

A).- RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO:

ESTA INDICADO COMO TERAPÉUTICA EN LAS HÉRIDAS O EXPOSICIONES ACCIDENTALES PULPARES, QUE PUEDEN PRODUCIRSE DURANTE LAS MANIOBRAS OPERATORIAS O POR TRAUMATISMOS.

SOLAMENTE ESTÁ INDICADO EN DIENTES JOVENES, CUYA PULPA NO ESTA INFECTADA Y SIEMPRE QUE SE REALICE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE O HÉRIDA PULPAR.

SI SE TIENE EN CUENTA QUE UN DIENTE CON UN PROCESO CRÓNICO POR CARIES EN DONDE LA PULPA ESTÁ EN CONTACTO CON EL TEJIDO-CARIADO Y NO PUEDE SER PROTEGIDA DIRECTAMENTE PUES LOS MICROORGANISMOS O SUS TOXINAS LA HAN ATACADO, NO POSEE LA CAPACIDAD VITAL REACCIONAL DEL DIENTE SANO, ES LÓGICO ADMITIR QUE EL PRONÓSTICO SERÁ MUCHO MEJOR EN LOS CASOS DE EXPOSICIONES PULPARES POR PREPARACIÓN DE CAVIDADES O MUÑONES EN DIENTES SANOS QUE EN LAS-PRODUCIDAS EN DIENTES CON CARIES PROFUNDAS.

EL FÁRMACO DE ELECCIÓN ES EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, EN ---CUALQUIERA DE SUS PRESENTACIONES, EL CUAL PODRÁ OCASIONALMENTE-PROTEGER LA PULPA, LOGRAR SU CICATRIZACIÓN E INDUCIR LA FORMA--CIÓN DE DENTINA REPARATIVA.

LA TÉCNICA A SEGUIR ES LA SIGUIENTE:

- A).- AISLAMIENTO CON GRAPA Y DIQUE DE HULE.
- B).- LAVAR LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO PARA -ELIMINAR RESTOS DE SANGRE.
- C).- APLICACIÓN DE HIDRÓXIDO DE CALCIO SOBRE LA HÉRIDA -PULPAR CON PRESIÓN SUAVE.
- D).- COLOCACIÓN DE UNA PASTA DE ÓXIDO DE CINCO-EUGENOL CO- MO OBTURACIÓN (FIGURA 3-1).

EN CONSIDERACIÓN A QUE EL PRONÓSTICO NO SIEMPRE ES FAVO-RABLE Y QUE HOY EN DÍA LA PULPECTOMÍA ES PRACTICADA A CABALIDAD Y TIENEN ÓPTIMO PRONÓSTICO, ES CONVENIENTE EN CADA CASO DE HÉRI-DA PULPAR, EVALUAR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE CONVERGEN Y SOLAMENTE HACER EL RECUBRIMIENTO DIRECTO PULPAR EN AQUELLOS CASOS QUE POR

LA JUVENTUD DEL DIENTE, LO RECIENTE DE LA HÉRIDA PULPAR Y EL ESTADO DE SALUD DEL DIENTE LO ACONSEJAN.

B).- RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO:

EL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO, DENOMINADO TAMBIEN -- PROTECTOR INDIRECTO PULPAR O PROTECCIÓN NATURAL, ES LA TERAPÉUTICA QUE TIENE POR OBJETO EVITAR LA LESIÓN PULPAR IRREVERSIBLE Y CURAR LA LESIÓN PULPAR REVERSIBLE, CUANDO YA EXISTE. SE ADMITE QUE ÉSTA DEFENSA DE LA VITALIDAD PULPAR, IMPLICA TAMBIÉN DE VOLVER AL DIENTE EL UMBRAL DOLOROSO NORMAL.

ES LA CARIES DENTAL AVANZADA LA QUE ABARCA, LA CASI TOTALIDAD DE LOS CASOS CLÍNICOS EN LOS QUE SE PRACTICA EL RECUBRIMIENTO INDIRECTO PULPAR, PERO EN MUCHAS OCASIONES, CAUSAS TRAUMÁTICAS, IATROGÉNICAS PUEDEN MOTIVAR EL EMPLEO DE ESTA TERAPÉUTICA.

EL OBJETIVO DE ESTA TERAPÉUTICA, ES LA CONSERVACIÓN DE LA VITALIDAD PULPAR, POR DEBAJO DE LESIONES PROFUNDAS O MUY -- PROFUNDAS, PROMOVRIENDO LA CICATRIZACIÓN DEL SISTEMA PULPODENTINAL.

LA CAPACIDAD REACCIONAL FAVORABLE DE LA PULPA PARA LOGRAR UNA CICATRIZACIÓN Y UNA REVERSIBILIDAD EN UNA INFLAMACIÓN LIGERA, ES EXTRAORDINARIA, PERO EL PROBLEMA CLÍNICO SURGE POR LA FALTA DE CORRELACIÓN ENTRE UNA EXHAUSTIVA SEMIOLOGÍA (ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN), Y LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS.

LA DIFICULTAD PRINCIPAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES POR CARIES, ESTRIBA EN SABER SI LA PULPA ES CAPAZ DE CICATRIZAR CON TAN SÓLO LA TERAPIA PULPAR INDIRECTA O SI POR EL CONTRARIO EL PROCESO PULPAR INFLAMATORIO CONTINUARÁ HACIA UNA NECROSIS, LO QUE INDICARÍA, COMO TERAPÉUTICA LA PULPECTOMÍA CON LA CORRESPONDIENTE OBTURACIÓN DE CONDUCTOS.

PARA VALORAR ESTA CAPACIDAD REACCIONAL DE LA PULPA, TANTO DEFENSIVA COMO DENTINOGÉNICA, HABRÁ DE HACER UN EXÁMEN DETENIDO DE LA CAVIDAD CARIOSA, EXAMINAR DETENIDAMENTE EL ASPECTO DUREZA Y PROFUNDIDAD DE LA CARIES, HACER E INTERPRETAR UNA PLACA RADIOGRÁFICA Y SOBRE TODO INTENTAR INTERPRETAR LA INFORMACIÓN DOLOROSA QUE NOS DIGA EL PACIENTE.

A PESAR DE QUE EL DOLOR, COMO SÍNTOMA SUBJETIVO E INTRANSFERIBLE, NO TENGA POR LO COMÚN UNA ESTRECHA RELACIÓN CON LA LESIÓN HISTOLÓGICA PULPAR, HAY QUE RECONOCER QUE AL NO EXISTIR OTRO MÉTODO SEMIOTÉCNICO MEJOR, HAYA QUE CONCEDERLE UN VALOR DIAGNÓSTICO DE PRIMER ORDEN.

HAY QUE HACER LA DISTINCIÓN ENTRE DOLOR DENTARIO Y DOLOR PULPAR, EL PRIMERO ES UN DOLOR AGUDO, LANCINANTE, GENERALMENTE PROVOCADO POR ESTÍMULOS O AGENTES MECÁNICOS O QUÍMICOS (SUSTANCIAS ÁCIDAS O AZUCARADAS CONCENTRADAS), AL ACTUAR SOBRE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS EN O ALREDEDOR DE LA CAPA ODONTOBLÁSTICA Y QUE NO SUELE ESTAR RELACIONADO CON UN PROCESO INFLAMATORIO O DEGENERATIVO PULPAR. POR OTRA PARTE EL DOLOR PULPAR SE CARACTERIZA POR SER MAS CONTINUO, SORDO, PULSÁTIL, AUMENTANDO

CON EL CALOR Y CUANDO EL PACIENTE ESTA EN CLINOPOSICIÓN, CON - PROBABLE ESTÍMULO DE LAS FIBRAS NERVIOSAS MÁ S PROFUNDAS DEL TE JIDO PULPAR.

EN EL SÍNTOMA DOLOR QUE PROPORCIONA EL INTERROGATORIO, - HAY QUE CONSIDERAR LA INTENSIDAD, LA DURACIÓN Y LA ESPONTANEI- DAD, PARA ALGUNOS AUTORES, UN DOLOR LIGERO O MODERADO PUEDE ES TAR ASOCIADO A UNA PULPITIS TRANSICIONAL, CRÓNICA PARCIAL O -- PROCESO ATRÓFICO, MIENTRAS QUE UN DOLOR SEVERO INDICA GENERAL MENTE LA PRESENCIA DE UNA NECROSIS PARCIAL POR LICUEFACCIÓN -- (ABSCE SO PULPAR), DE CARÁCTER IRREVERSIBLE, EL DOLOR ESPONTA-- NEO SIGNIFICA UNA SEVERA PATOSIS DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS PUL- PARES, LO MISMO QUE LA PERSISTENCIA DEL DOLOR PROVOCADO POR ES TÍMULOS COMO EL FRIO, CALOR O SUSTANCIAS DULCES, SIN EMBARGO, - EN ESTE ÚLTIMO CASO SI EL DOLOR DESAPARECE EN POCOS SEGUNDOS, - DESPUÉS DE ELIMINADO EL ESTÍMULO QUE LO PRODUJO PODRÍA TRATAR- SE DE UN PROCESO REVERSIBLE TODAVÍA.

CON RESPECTO AL DOLOR INDUCIDO (OBJETIVO-SUBJETIVO), DEN TRO DE LA SEMIOLOGÍA, POR UNA LIGERA PERCUSIÓN O LA VITALOME-- TRÍA TÉRMICA O ELÉCTRICA, LOS DATOS OBTENIDOS PUEDEN SER TAM-- BIEN CONFUSOS, UN DOLOR LIGERO A LA PERCUSIÓN, NÚNCA INDICARÁ- SI EXISTE O NO REVERSIBILIDAD EN LA AFECCIÓN PULPAR, NI SIGUIE RA SI EL DOLOR ES DE ORIGEN PERIODONTAL O PULPAR, EN TODO CASO SI EL DOLOR ES VIVO Y COEXISTE CON UN DOLOR BIEN LOCALIZADO A- LA PALPACIÓN A NIVEL APICAL, ES CASI SEGURO SE TRATE DE UNA PE RIODONTITIS APICAL AGUDA, CON O SIN ABSCE SO PERIAPICAL Y POR - SUPUESTO CON TOTAL NECROSIS PULPAR, LA RESPUESTA A LOS ESTÍMU-

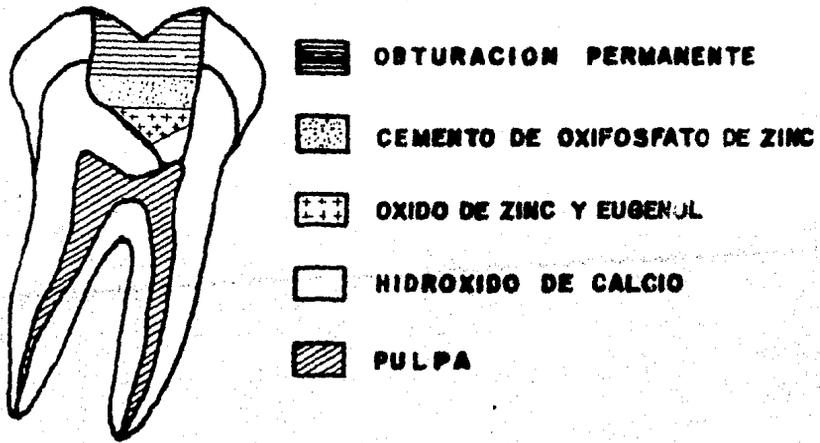


FIG. N° 3-1 Recubrimiento pulpar directo

LOS TÉRMICOS INDUCIDOS POR EL PROFESIONAL SOLAMENTE PROPORCIONARÁ EVENTUALMENTE EL DATO DE QUE SI PERSISTE DESPUÉS DE ELIMINADO EL ESTÍMULO, SE TRATA DE UN PROCESO IRREVERSIBLE.

POR TODO ESTO, EL DIAGNÓSTICO EXACTO DEL SISTEMA PULPO--DENTINAL EN LA CARIES PROFUNDA Y LA CAPACIDAD REACCIONAL PARAFORMACIÓN DE DENTINA TERCIARIA (REPARATIVA O POR IRRITACIÓN),--SON LA MAYOR PARTE DE LAS VECES UNA INCÓGNITA QUE SÓLO LA OBSERVACIÓN Y LA EVOLUCIÓN RESOLVERÁ.

NO OBSTANTE, LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES DE CICATRIZACIÓN Y REPARACIÓN PULPAR, PERMITEN ADMITIR QUE EN UN ELEVADO NÚMERO DE CASOS, SIEMPRE Y CUANDO LOS SÍNTOMAS DE LESIÓN SEVERA PULPAR, NO ATESTIGUEN LA IRREVERSIBILIDAD DEL PROCESO, SE PODRÁ INTENTAR UNA TERAPIA DE RECUBRIMIENTO INDIRECTO PULPAR.

RECORDEMOS QUE NO HAY QUE CONFUNDIR LA DENTINA AFECTADA-ALTERADA, DESMINERALIZADA PERO NO INFECTADA, CON LA VERDADERA DENTINA INFECTADA Y QUE EL MECANISMO DE LA DENTINA VIVA CONTRA EL DAÑO, ES POR ESCLEROSIS DE LOS TÚBULOS VITALES BAJO LA LESIÓN, CON PARCIAL REMINERALIZACIÓN DE LA DENTINA DESMINERALIZADA, AL MISMO TIEMPO QUE SE PRODUCE LA CURACIÓN PULPAR POR LA FORMACIÓN DE DENTINA REPARATIVA O TERCIARIA POR DEBAJO DE LOS TÚBULOS AFECTADOS.

SE DEMOSTRÓ QUE LA CAPA MÁS PROFUNDA Y DESMINERALIZADA DE DENTINA EN UNA LESIÓN CARIOSA, ESTA LIBRE DE BACTERIAS REALMENTE Y QUE PARECE SER QUE LAS REACCIONES PULPARES EN LA CARIES PROFUNDA SON RESPUESTAS A LAS TOXINAS BACTERIANAS QUE CRE

CEN SOBRE LA SUPERFICIE DENTINARIA Y NO EL RESULTADO DE LA INVASIÓN, COLONIZACIÓN Y CRECIMIENTO BACTERIANO DENTRO DEL TEJIDO PULPAR (INFECCIÓN PROPIAMENTE DICHA).

TERAPÉUTICA.

EL TRATAMIENTO DE LA CARIES PROFUNDA Y OTRAS LESIONES -- DENTINALES PREPULPITICAS, CONSISTIRÁ EN ELIMINAR LA PARTE DESTRUIDA O DENTINA REBLANDECIDA Y PROTEGER LA DENTINA ESCLEROSA-SUBYACENTE PARA FACILITAR QUE SE PRODUZCA.

- 1.- DENTINA ESCLERÓTICA, CON ESTRECHAMIENTO DE LOS TÚBULOS, POTENCIAL, CIERRE DE LOS MISMOS Y PARCIAL REMINERALIZACIÓN.
- 2.- FORMACIÓN DE UNA CAPA DE DENTINA TERCIARIA O REPARATIVA, COMO LABOR DENTINOGENICA DEFENSIVA, DENTINA -- IRREGULAR, DENSA, CON POCOS O NINGÚN TÚBULO.

HOY DÍA SE HA ABANDONADO TOTALMENTE EL EMPLEO DE ANTISÉPTICOS O DISOLVENTES DE LIPOIDES (ALCOHOL, ETC.,), EN LA TERAPÉUTICA DE LA DENTINA PROFUNDA DESPUÉS DE PREPARAR LA CAVIDAD- Y LA MAYOR PARTE DE LOS AUTORES ACONSEJAN TAN SÓLO EL EMPLEO -- DE BARNICES Y BASES PROTECTORES A BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO- Y ÓXIDO DE CINC-EUGENOL.

LOS BARNICES SON SOLUCIONES DE RESINA COPAL EN LIQUIDOSVOLÁTILES (ACETONA), QUE UNA VEZ APLICADOS Y EVAPORADO EL DI-- SOLVENTE, DEJAN UNA DELGADA CAPA DE MEMBRANA SEMIPERMEABLE, -- QUE EVENTUALMENTE PROTEGERÁ EL FONDO DE LA CAVIDAD.

EN EL COMERCIO SE ENCUENTRAN ALGUNOS PATENTADOS, SIENDO LA CONCENTRACIÓN MÁS RECOMENDADA LA DEL 20%, PUEDEN APLICARSE DIRECTAMENTE EN EL FONDO DE LA CAVIDAD O SOBRE LAS BASES PRO-- TECTORAS EMPLEADAS, CONSTITUYENDO UNA BARRERA RELATIVAMENTE -- EFICAZ EN EL EMPLEO DE MATERIALES TÓXICO-PULPARES DE DIENTES - ANTERIORES (SILICATOS COMPOSITES, ETC.,).

EL HIDRÓXIDO DE CALCIO ($Ca(OH)_2$) CONSTITUYE EL FÁRMACO-- MÁS RECOMENDADO COMO COMPONENTE DE LAS BASES PROTECTORAS, SO-- BRE TODO CUANDO LA PULPA ESTÁ MUY CERCANA AL FONDO DE LA CAVI-- DAD, PUEDE EMPLEARSE PURO (PRO-ANÁLISIS PARA EVITAR LAS IMPURE-- SAS DE PLOMO Y ARSÉNICO), PERO TENIENDO CUIDADO DE QUE NO SE - CARBONATE CON EL ANHÍDRIDO CARBÓNICO DEL AIRE, BIEN SEA MEZCLA-- DO CON AGUA O CON OTROS PRODUCTOS COMO LA CRESATINA (ACETATO - DE METACRESILO), O TAMBIÉN LOS PRODUCTOS PATENTADOS QUE LO CON-- TIENEN COMO SON: "CALXIL", "DYCAL", "PULPDENT", "HYDREX" Y "CAL-- CIPULPE".

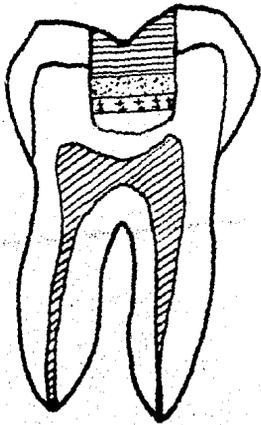
EL HIDRÓXIDO DE CALCIO TIENE UN PH DE 12.4 QUE LÓGICAMEN-- TE COMIENZA A BAJAR POCO DESPUÉS DE APLICADO Y HOY DÍA SE ADMI-- TE QUE ESTIMULA LA FOSFATASA ALCALINA, LA CUAL A SU VEZ ESTÍMU-- LA LA FORMACIÓN DE TEJIDOS DUROS Y DE DENTINA REPARATIVA A UN-- PH ÓPTIMO DE 7.0 A 9.0 A LA VEZ QUE RECALCIFICA LA DENTINA DES-- MINERALIZADA.

POR LO GENERAL SE EMPLEAN COMO BASES PROTECTORAS LOS PA-- TENTADOS ANTES CITADOS, SIENDO OPCIONAL COLOCAR SUPERPUESTA -- OTRA BASE PROTECTORA DE ÓXIDO DE CINCO-EUGENOL O BIEN LA OBTURA-- CIÓN DEFINITIVA.

LAS BASES PROTECTORAS DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL, PUEDEN -
SER PREPARADAS DIRECTAMENTE POR EL PROFESIONAL MEZCLANDO EUGE-
NOL CON ÓXIDO DE CINC PRO ANÁLISIS, EL QUE SE LE PUEDE AÑADIR-
UN ACELERADOR (ACETATO DE CINC), O BIEN UTILIZAR PATENTADOS CO-
NOCIDOS, EN CUALQUIER CASO ESTAS BASES DE ZOE CONSTITUYEN UN -
CEMENTO QUELANTE HIDRÁULICO DE GRAN VALOR TERAPÉUTICO Y ESTI--
MULANTE DE LA CICATRIZACIÓN Y DE LA DENTINOGÉNESIS.

COMO RESUMEN EL RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO TENDRÍA -
LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1.- AISLAMIENTO.
- 2.- ELIMINACIÓN DE TODA LA DENTINA CARIADA REBLANDECIDA.
- 3.- LAVAR LA CAVIDAD CON AGUA Y SECAR LA SUPERFICIE CUI-
DADOSAMENTE, PERO SIN PROVOCAR DESECACIÓN.
- 4.- SI EL ESPESOR RESIDUAL DE DENTINA SE HA CALCULADO EN
MENOS DE 1 MM. O LA ÚLTIMA CAPA DENTINARIA, ESTA TO-
DAVÍA REBLANDECIDA, COLOCAR UNA BASE DE HIDRÓXIDO DE
CALCIO, OTRA DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL Y DESPUÉS CE--
MENTO DE FOSFATO DE CINC, SI SE HA CALCULADO QUE LA-
CANTIDAD DE DENTINA RESIDUAL ES DE UN ESPESOR MAYOR-
A 1 MM. APLICAR LA MEZCLA DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL.
- 5.- TERMINAR LA RESTAURACIÓN FINAL (FIGURA 3-2).



-  **OBTURACION PERMANENTE**
-  **CEMENTO DE OXIFOSFATO DE ZINC**
-  **OXIDO DE ZINC Y EUGENOL**
-  **HIDROXIDO DE CALCIO**
-  **PULPA**

FIG. N° 3-2 Recubrimiento pulpar indirecto

CAPITULO IV.

PULPOTOMIAS

LA PULPOTOMIA PUEDE DEFINIRSE COMO LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE LA PORCIÓN CORONAL DE LA PULPA DENTAL, SEGUIDA DE LA APLICACIÓN DE CURACIÓN O MEDICAMENTO ADECUADO QUE AYUDA AL DIENTE A CURAR Y A PRESERVAR SU VITALIDAD.

DESDE HACE TIEMPO, SE HA RECONOCIDO LA IMPORTANCIA DE MANTENER LA LONGITUD DEL ARCO EN DENTADURAS PRIMARIAS, Y UN DIENTE SANO ES EL MEJOR MANTENEDOR DE ESPACIO. LOS ESFUERZOS PARA CONSERVAR LOS DIENTES POR MEDIO DE AMPUTACIONES PULPARES SE REMONTA A 1886, CUANDO SE DESCRIBIÓ UN MÉTODO DE PULPOTOMÍA, QUIENES ABOGAN POR LAS PULPOTOMÍAS PARCIALES SUGIEREN QUE AL ELIMINAR SÓLO EL MATERIAL INFECTADO EN EL ÁREA EXPUESTA, SE REDUCIRAN AL MÍNIMO TRAUMATISMOS QUIRÚRGICOS, Y RESULTARAN MEJORES CURACIONES, DESGRACIADAMENTE, EL OPERADOR CLÍNICO NO PUEDE DETERMINAR CON CERTEZA ALGUNA EL GRADO EXACTO DE PENETRACIÓN BACTERIANA EN EL ÁREA DE EXPOSICIÓN A CARIES.

INDICACIONES:

SE ACONSEJA LA PULPOTOMÍA EN TODA EXPOSICIÓN SIMPLE O MULTIPLE DE LA PULPA VITAL DE UN DIENTE PRIMARIO SEA POR CARIES ACCIDENTES POR MANIOBRAS OPERATORIAS (TALLADO CAVITARIO, TALLADO PROTÉTICO) O TRAUMATISMOS.

CONTRAINDICACIONES:

A).- EVALUACIÓN CLÍNICA.

- 1.- HISTORIA DEL DOLOR ESPONTÁNEO, YA QUE SE CONSIDERA GENERALMENTE INDICACION DE DEGENERACIÓN AVANZADA Y

REPRESENTA UN RIESGO PARA LA PULPOTOMÍA.

- 2.- DOLOR A LA PERCUSIÓN.
- 3.- MOVILIDAD DENTARIA PATOLÓGICA.
- 4.- SUPURACIÓN.

B).- EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA.

- 1.- ZONAS RADIOLÚCIDAS APICALES.
- 2.- ZONAS RADIOLÚCIDAS EN LA BIFURCACIÓN,
- 3.- RESORCIÓN DE MÁS DE UN TERCIO DE LAS RAÍCES.
- 4.- ABSORCIÓN INTERNA.

EXISTEN DOS TIPOS DE TRATAMIENTOS:

- A).- PULPOTOMÍA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.
- B).- PULPOTOMÍA CON FORMOCRESOL.

A).- PULPOTOMIA CON HIDROXIDO DE CALCIO.

EL USO DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN PULPOTOMÍAS, MEDIANTE ESTUDIOS HISTOLÓGICOS MUESTRAN QUE, EN LOS CASOS ACERTADOS, LA PORCIÓN SUPERFICIAL DE LA PULPA MAS CERCANA AL HIDRÓXIDO DE CALCIO SE NACROSABA ANTES, PROCESO ACOMPAÑADO DE AGUDOS CAMBIOS INFLAMATORIOS EN LOS TEJIDOS INMEDIATAMENTE SUBYACENTES.

DESPUÉS DE UN PERÍODO COMO DE CUATRO SEMANAS, CEDÍA LA INFLAMACIÓN AGUDA, Y SEGUÍA EL DESARROLLO DE UNA NUEVA CAPA --- ODONTOBLÁSTICA EN EL LUGAR DE LA HÉRIDA; EN EL FUTURO SE FORMARÍA UN PUENTE DE DENTINA. DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, EL USO DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN PULPOTOMÍAS HA LOGRADO SU MAYOR ÉXITO EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES, ESPECIALMENTE INCISIVOS TRAUMATIZADOS, LA EXPOSICIÓN CARIADA DE LOS DIENTES PRIMARIOS NO HA REACCIONADO SIEMPRE TAN FAVORABLEMENTE, SE INFORMÓ SOBRE UN ÉXITO DE 49 POR 100 EN UN ESTUDIO DE UN AÑO SOBRE PULPOTOMÍAS EN DIENTES PRIMARIOS, UTILIZANDO HIDRÓXIDO DE CALCIO. EN OTRO ESTUDIO DE DOS AÑOS SOBRE PULPOTOMÍAS CON HIDRÓXIDO DE CALCIO EN MOLARES PRIMARIOS, SE ENCONTRÓ ÉXITO DE SÓLO 31 POR 100, A ESTE TRATAMIENTO GENERALMENTE LE SIGUEN RESORCIONES INTERNAS CON DESTRUCCIÓN DE RAÍZ, PRINCIPALMENTE EN DIENTES PRIMARIOS. ESTO PUEDE DEBERSE A SOBREESTIMULACIÓN DE LAS CÉLULAS PULPARES NO DIFERENCIALES.

PROCEDIMIENTO:

DESPUES DE LOGRAR UNA ANESTESIA ADECUADA, SE COLOCAN LA GRAPA Y EL DIQUE DE HULE, SE LIMPIAN LOS DIENTES EXPUESTOS Y EL ÁREA CIRCUNDANTE CON SOLUCIÓN GERMICIDA ADECUADA, UTILIZANDO --

UNA FRESA DE FISURA (ESTERILIZADA) CON ENFRIAMIENTO DE AGUA, SE EXPONE AMPLIAMENTE AL TECHO DE LA CÁMARA PULPAR, UTILIZANDO -- UNA CUCHARILLA EXCAVADORA AFILADA Y ESTERILIZADA, SE EXTIRPA - LA PULPA, TRATANDO DE LOGRARLO EN UNA INTENSIÓN, ES NECESARIA-- UNA AMPUTACIÓN LIMPIA HASTA LOS ORIFICIOS DE LOS CANALES, LA- ELIMINACIÓN DE LA PULPA CAMERAL TAMBIÉN SE PUEDE HACER CON UNA FRESA DE BOLA, TENIENDO CUIDADO DE NO TOCAR LA ZONA DE LA BI-- FURCACIÓN, DESPUÉS DE ESTO, PUEDE IRRIGARSE LA CÁMARA PULPAR - Y LIMPIARSE CON AGUA ESTERILIZADA Y ALGODÓN, SI PERSISTE LA HE-- MORRAGIA, LA PRESIÓN DE TORUNDAS DE ALGODÓN IMPREGNADOS CON -- HIDRÓXIDO DE CALCIO SERÁ SUFICIENTE PARA INDUCIR LA COAGULA--- CIÓN, FRECUENTEMENTE, HEMORRAGÍAS FRECUENTES O POCO COMUNES -- SON INDICACION DE CAMBIOS DEGENERATIVOS AVANZADOS Y EN ESOS CA-- SOS EL PRONÓSTICO ES MALO.

DESPUÉS DEL CONTROL DE HEMORRAGÍAS DE LOS TEJIDOS PULPA-- RES RADICULARES, SE APLICA UNA CAPA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO SO-- BRE LOS MUÑONES AMPUTADOS, SE APLICA ENTONCES UNA BASE DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL (GENERALMENTE), SOBRE EL HIDRÓXIDO DE CALCIO PA-- RA SELLAR LA CORONA, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DESPUES DE LA - PULPOTOMÍA, ES ACONSEJABLE RESTAURAR EL DIENTE CUBRIENDOLO TO-- TALMENTE, PUESTO QUE LA DENTINA Y EL ESMALTE SE VUELVEN QUEBRA-- DIZOS Y DESHIDRATADOS DESPUÉS DE ESTE TRATAMIENTO, LA AUSENCIA-- DE SÍNTOMAS DE DOLOR O MOLESTIAS NO ES INDICACIÓN DE ÉXITO, DE-- BEN OBTENERSE RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR CAMBIOS EN TEJIDOS - PERIAPICALES O SEÑALES DE RESORCIÓN INTERNA, ADEMÁS DE UN EXÁ-- MEN PERIÓDICO PARA EVALUAR EL ESTADO DEL DIENTE TRATADO.

B).- PULPOTOMIAS CON FORMOCRESOL.

EN AÑOS RECIENTES SE HA USADO CADA VEZ MÁS EL FORMOCRESOL COMO SUBSTITUTO DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO, AL REALIZAR UNA PULPOTOMÍA EN DIENTES PRIMARIOS, LA DROGA EN SI UNA COMBINACIÓN -- DE FORMALDEHIDO Y TRICRESOL EN GLICERINA (FORMALDEHIDO 19%, TRICRESOL 35%, EN VEHÍCULO DE GLICERINA 15% Y AGUA 31%) TIENE, -- ADEMÁS DE SER BACTERICIDA FUERTE, EFECTO DE UNIÓN PROTEÍNICAS. -- INICIALMENTE SE LE CONSIDERABA DESINFECTANTE PARA CANALES RADICULARES EN TRATAMIENTOS ENDODONCICOS DE DIENTES PERMANENTES. -- POSTERIORMENTE MUCHOS OPERADORES CLINICOS LO UTILIZARON COMO MEDICAMENTO DE ELECCIÓN EN PULPOTOMÍAS.

CUANDO SE INICIÓ EL USO CLÍNICO DE FORMOCRESOL EN TERAPÉUTICAS PULPARES EN DIENTES PRIMARIOS, SE DESCRIBIÓ INICIALMENTE, COMO UN PROCEDIMIENTO DE CUATRO VISITAS DESPUES DE LA AMPUTACIÓN PULPAR INICIAL, PERO HA SIDO GRADUALMENTE MODIFICADO -- HASTA HOY, EN QUE SE REALIZA GENERALMENTE COMO OPERACIÓN EN UNA VISITA, EN ALGUNOS CASOS, AÚN ES ACONSEJABLE EXTENDER EL TRATAMIENTO A DOS VISITAS, ESPECIALMENTE CUANDO EXISTEN DIFICULTADES PARA CONTENER LA HEMORRAGIA, ACTUALMENTE HA SIDO INVESTIGADA LA ACCIÓN DE ESTA DROGA EN PULPAS VITALES DE DIENTES DE RATAS, PERROS Y MONOS, ASI COMO TAMBIEN EN DIENTES HUMANOS, EN TODOS -- LOS ESTUDIOS EN QUE SE LE HA COMPARADO CON EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, EL FORMOCRESOL HA ARROJADO MÁS PORCENTAJE DE ÉXITO. EN CONTRASTE CON EL HIDRÓXIDO DE CALCIO, GENERALMENTE EL FORMOCRESOL NO INDUCE FORMACIÓN DE BARRERA CALCIFICADA O PUENTES DE DENTINA EN EL ÁREA DE AMPUTACIÓN, EN UN ESTUDIO DE PULPOTOMÍAS CON FOR

MOCRESOL EN UNA VISITA, SE CUBRIERON LOS MUÑONES PULPARES DE MOLARES PRIMARIOS EXPUESTOS A CARIES CON UN CEMENTO DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL, DONDE EL EUGENOL LÍQUIDO SE LE HABÍA AÑADIDO FORMOCRESOL (A PARTES IGUALES), BASÁNDOSE EN EVIDENCIA RADIOGRÁFICA, ESTE PROCEDIMIENTO RESULTO 97 POR 100 ACERTADO, Y BASÁNDOSE EN EVIDENCIA HISTOLÓGICA TUVO 82 POR 100 DE ÉXITO. SUS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS MOSTRARON LA REACCIÓN PULPAR DE LA MANERA SIGUIENTE, REVELANDO LA EXISTENCIA DE TRES ZONAS:

- 1.- UNA ZONA AMPLIA ACIDÓFILA (FIJACIÓN).
- 2.- UNA ZONA AMPLIA DE TENSIÓN PÁLIDA, DONDE LAS CÉLULAS Y LAS FIBRAS ESTAN DISMINUIDAS (ATROFIA).
- 3.- UNA ZONA AMPLIA DE CÉLULAS INFLAMATORIAS.

LAS PARTES APICALES MAS PROFUNDAS DEL TEJIDO PULPAR APARECEN COMO "TEJIDO NORMAL" O COMO UNA "INFILTRACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN".

EN LA ACTUALIDAD YA NO SE UTILIZA LA MEZCLA DE EUGENOL Y FORMOCRESOL COMO OBTURACIÓN DEFINITIVA, YA QUE EN ESTUDIOS RECIENTES SE DESCUBRIÓ A NIVEL DE MÉDULA ÓSEA ALGO DE FORMOCRESOL DE AHI QUE SÓLO ESTÁ INDICADO SU USO EN CUALQUIERA DE LAS DOS TÉCNICAS QUE DESCRIBIREMOS A CONTINUACIÓN.

PROCEDIMIENTO:

EN GENERAL SE UTILIZAN DOS TÉCNICAS CON FORMOCRESOL.

LA DE UNA CITA O 5 MINUTOS Y LA TÉCNICA DE 2 CITAS O 7 DÍAS.

LAS TÉCNICAS SON DENOMINADAS DE ACUERDO CON EL TIEMPO--

QUE LA TORUNDA DE ALGODÓN CON EL FORMOCRESOL PERMANECE EN CONTACTO CON EL TEJIDO PULPAR.

COMO PRIMER PASO DEBE ASEGURARSE ANESTESIA ADECUADA Y PROFUNDA DEL PACIENTE ANTES DE EMPEZAR A OPERAR EN CUALQUIER DIENTE PRIMARIO, SE PROCEDE A LA COLOCACIÓN DEL DIQUE DE HULE, DESPUÉS SE ELIMINA LA DENTINA CARIADA CON UNA FRESA REDONDA O DE FISURA SIN HACER COMUNICACIÓN CON LA PULPA CAMERAL, HASTA HABER ELIMINADO TODA CARIES Y FRAGMENTOS DE ESMALTE, PARA EVITAR CONTAMINACIONES INNECESARIAS EN EL CAMPO DE OPERACIÓN.

SE ELIMINA DESPUÉS EL TECHO DE LA CÁMARA PULPAR PARA DEJAR EXPUESTA LA PULPA EN TODA SU EXTENSIÓN (FIGURA 4-1).

DESPUÉS SE AMPUTA LA PARTE CORONARIA DE LA PULPA MEDIANTE EXCAVADORES FILOSOS O UNA FRESA REDONDA HASTA LLEGAR A LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS CON UNA ANGULACIÓN DE 45°, PARA EVITAR LA PERFORACIÓN EN LA BIFURCACIÓN (FIGURAS 4-2 Y 4-3).

Y SE LAVA LA CAVIDAD PULPAR CON UNA SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, DESPUÉS, DETENIDA LA HEMORRAGIA CON TORUNDAS DE ALGODÓN ESTERILIZADAS, SE INTRODUCE UNA TORUNDA DE ALGODÓN SATURADA CON FORMOCRESOL Y ENCIMA DE ESTA SE COLOCA OTRA TORUNDA LIMPIA, DEJÁNDOLAS EN CONTACTO CON LOS MUÑONES PULPARES DURANTE UN PERÍODO DE CINCO MINUTOS, DURANTE ESTE TIEMPO SE PREPARA UNA PASTA CREMOSA DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL (ANTES SE UTILIZABA TAMBIÉN FORMOCRESOL); DESPUÉS SE RETIRAN LAS TORUNDAS ANTES COLOCADAS, SE COLOCA LA PASTA DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL HASTA LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES PRESIONANDO HACIA LAS PARE-

DES PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE BURBUJAS AL SELLAR LA CAVIDAD PULPAR, DESPUÉS SE PROCEDE A LA RECONSTRUCCIÓN DEL DIENTE TRATADO.

SI DESPUÉS DE APLICAR EL FORMOCRESOL PERSISTE LA HEMORRAGÍA SE PROCEDE A LA TÉCNICA DE DOS CITAS O DE 7 DÍAS DEJANDO LAS TORUNDAS DE ALGODÓN "HUMEDAS" (DE LAS CUALES SE HA -- REMOVIDO TODO EXCESO DE FORMOCRESOL), EN CONTACTO CON LOS MUÑONES PULPARES DURANTE 24 HORAS; (POR LOS ESTUDIOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE SOBRE EL FORMOCRESOL), Y EN CASOS MUY ESPECIALES, SE DEJAN LAS TORUNDAS LOS SIETE DIAS, ESTA TÉCNICA SE PUEDE UTILIZAR SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE HAYA EXPERIMENTADO ÚNICAMENTE SÍNTOMAS DE HIPEREMIA. A LAS 24 HORAS, SE REMUEVEN LAS TORUNDAS DE FORMOCRESOL PROCEDIENDOSE A OBTURAR LA CÁMARA PULPAR Y LA PORCIÓN ACCESIBLE DE LOS CONDUCTOS RADICULARES CON ÓXIDO DE CINCO-EUGENOL.

UNA INDICACIÓN DE LA TÉCNICA DE 2 DÍAS HA SIDO USARLA EN DIENTES EN LOS CUALES SE SOSPECHA QUE LA INFECCIÓN HA SOBREPASADO AL SITIO DE LA AMPUTACIÓN.

EL ÉXITO CLÍNICO EXTRAORDINARIO DEL FORMOCRESOL HA SIDO ATRIBUIDO A SU POTENTE CAPACIDAD BACTERICIDA, EL ÉXITO DE LA TERAPIA PULPAR DEPENDE DEL CONTROL, ELIMINACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN.

MANERA DE RECONOCER EL FRACASO EN LA PULPOTOMÍA.

LA PULPOTOMÍA A BASE DE FORMOCRESOL PUEDE FALLAR EN --

LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- 1.- RECURRENCIA O FORMACIÓN DE UN TRACTO FISTULOSO.
- 2.- FORMACIÓN DE PATOLOGÍA PERIAPICAL O INTRARADICULAR.
- 3.- ABSORCIÓN ATÍPICA RADICULAR.
- 4.- MOVILIDAD CONTÍNUA U OTROS SÍNTOMAS QUE PUEDEN INDICAR UNA PATOLOGÍA PERIAPICAL.

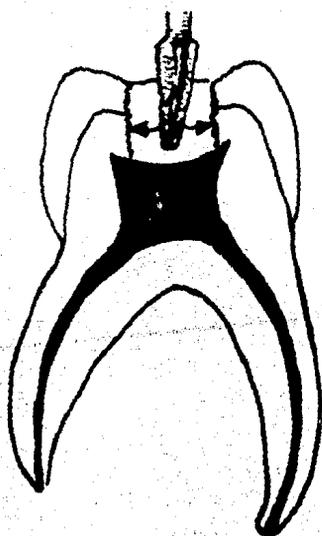


FIG. N° 4 - I

Este procedimiento puede ser efectivo también con la fresa de fisura.

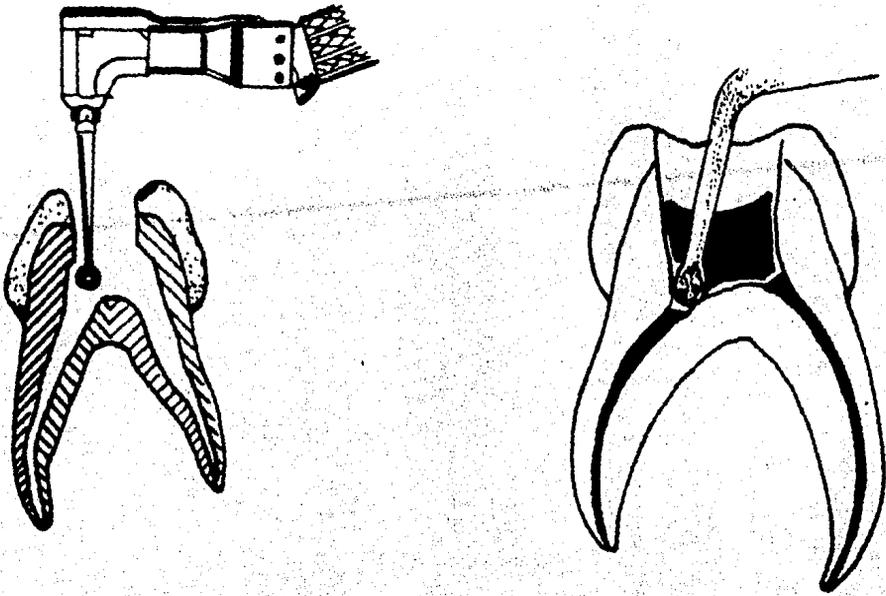


FIG. N.º 4-2

No se tratará de cohibir la hemorragia en este paso sino que — se penetrará con una fresa de bola del N.º 6.1m. en la entrada de los conductores .

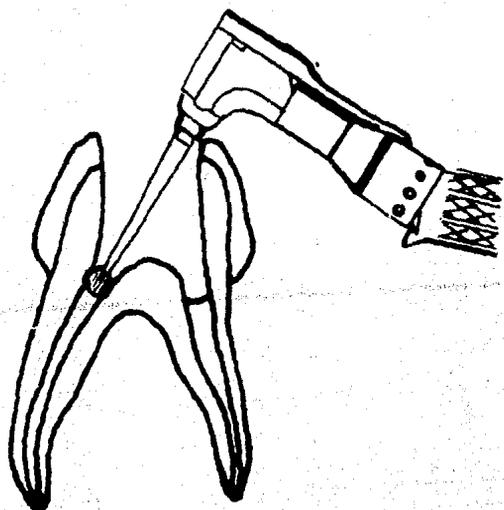


FIG. N° 4-3

Obsérvese la inclinación de la fresa a 45° para evitar la perforación en la bifurcación.

CAPITULO V.

PULPECTOMIAS

LA VOLUMINOSA CAVIDAD PULPAR QUE LLEGA CERCA DE LA SUPERFICIE, HACE QUE LA PULPA PRIMARIA SEA EN ESPECIAL SENSIBLE A IRRITACIONES BACTERIANAS, QUÍMICAS Y TRAUMÁTICAS.

LOS CONDUCTOS PULPARES, MUCHAS VECES MUY ANGOSTOS Y CURVOS EN LA REGIÓN APICAL DE LOS MOLARES PRIMARIOS, DIFICULTAN EL TRATAMIENTO RADICULAR.

LA ABSORCIÓN RADICULAR Y LA DISMINUCIÓN FISIOLÓGICA DE LA VITALIDAD DEBEN SER CONSIDERADAS EN LA TERAPÉUTICA.

POR ESTAS PARTICULARIDADES NO ES POSIBLE EMPLEAR EN LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN, LOS MÉTODOS ENDODONCICOS USADOS EN DIENTES PERMANENTES, AUNQUE, SE HACE DE FORMA MUY SIMILAR.

LA PULPECTOMÍA ES LA EXTIRPACIÓN DE TEJIDO CON VITALIDAD O NO DE LA CÁMARA PULPAR CORONARIA Y DE LOS CONDUCTOS RADICULARES. DESPUÉS DE LA PREPARACIÓN MECÁNICA Y QUÍMICA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES, ESTOS SE OBTURAN, AL IGUAL QUE EN LA PULPECTOMÍA, POR SU USO COMÚN LA PULPECTOMÍA SE REFIERE A LA LIMPIEZA Y ULTERIOR OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES, LAS VÍAS FINAS SINUOSAS Y RAMIFICADAS DE LOS FILAMENTOS PULPARES DEL MOLAR PRIMARIO EXCLUYEN LA POSIBILIDAD DE LA EXTIRPACIÓN COMPLETA DE TODA LA PULPA RADICULAR.

POR LO TANTO, TEÓRICAMENTE TODA PULPECTOMÍA EN UN MOLAR ES PARCIAL. DE ACUERDO CON SU USO COMÚN LA PULPECTOMIA COMPLETA SE REFIERE A AQUELLOS CASOS QUE SE EMPLEA DELIBERADAMENTE UN TIRANERVIOS A UNA LIMA PARA ESTABLECER UN DRENAJE POR LA -- ÁPICES DE UN MOLAR PRIMARIO INFECTADO DESVITALIZADO.

LA PULPECTOMÍA PARCIAL ES LA EXTIRPACIÓN DE LA PULPA - Y RESTOS DE CARIES Y LA POSTERIOR OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS- CASI HASTA EL ÁPICE.

LA PULPECTOMIA PARA DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES -- PUEDE REALIZARSE EN UNA O VARIAS VISITAS, LAS TÉCNICAS PARA LA PULPECTOMÍA SON APLICABLES A DIENTES CON PULPA RADICULAR CON - VITALIDAD, INFLAMADA O DIENTES CON PULPA NECROSADA.

UN TRATAMIENTO PULPAR CONVENIENTE EN DIENTES PRIMARIOS ES UNO DE LOS SERVICIOS MÁS VALIOSOS QUE PUEDE PRESTARSE A UN- PACIENTE INFANTIL, PORQUE NO HAY MEJOR MANTENEDOR DE ESPACIO- QUE EL MISMO DIENTE.

EL ODONTÓLOGO DEBE CONOCER LOS PELIGROS DE MANTENER MO- LARES PRIMARIOS CARIADOS SIN TRATAMIENTO, UN MOLAR QUE NO SE - TRATA, ES UNA INVITACIÓN A LA INFECCIÓN CRÓNICA QUE, EN CUAL- QUIER MOMENTO PUEDE CONVERTIRSE EN UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO.

EL DIENTE Y SU PERIODONTO SON UN FOCO DE INFLAMACIÓN - CRÓNICA, QUE TIENE SERIAS CONSECUENCIAS EN NIÑOS CON CARDIOPA- TÍAS CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS POR EL RIESGO DE UNA ENDOCARDITIS

BACTERIANA SUBAGUDA.

TRATAMIENTO.

INDICACIONES:

PULPITIS INCIPIENTES, HIPEREMIA PULPAR, HEMORRAGÍA NO -
DETENIBLE EN LA AMPUTACIÓN VITAL, DIENTES PRIMARIOS CON PULPA-
NECROTICA Y/O GANGRENOSA, CUYA CONSERVACIÓN ES IMPORTANTE.

CONTRAINDICACIONES:

NECROSIS PULPAR PARCIAL (EL PRIMER SIGNO MUCHAS VECES -
ES LA TRANSLUCIDEZ EN LA BIFURCACIÓN, VISIBLE EN LA RADIOGRA--
FÍA), MOVILIDAD DENTARIA, ABSORCIÓN DE LAS RAÍCES POR INFE---
CCIÓN, DIENTE CON RAÍCES CUYA FORMA HACE IMPOSIBLE LA REMOCIÓN
COMPLETA DEL MATERIAL NECRÓTICO O GANGRENOSO.

PROCEDIMIENTO:

COMO PRIMER PASO SE LOGRA UNA ANESTESIA PROFUNDA ADECUA
DA, PARA EVITAR MOLESTIAS DURANTE EL TRATAMIENTO Y EN LA APLI-
CACIÓN DE LA GRAPA Y DIQUE DE HULE, UNA VEZ HECHO LO ANTERIOR,
SE EXTRAE CON UN ENSANCHADOR TODA LA PULPA RADICULAR ACCESIBLE
AUNQUE, EN OCASIONES SE EXTRAE LA PULPA CAMERAL AL MISMO TIEM-
PO QUE SE HACE EL ACCESO, CON LA FRESA DE FISURA O DE BOLA.

NO DEBE INTENTARSE LLEGAR CON INSTRUMENTOS (LINAS Y EN-
SANCHADORES, ETC.), MÁS ALLÁ DEL ÁPICE RADICULAR, SE ENSAN---
CHAN LOS CONDUCTOS PARA PERMITIR UNA MEJOR CONDENSACIÓN DEL MA
TERIAL DE OBTURACIÓN. NO HACEN FALTA LAS RADIOGRAFÍAS PARA ME-
DIR LA CONDUCTOMETRÍA, COMO EN LOS DIENTES PERMANENTES. LA COM

PARACIÓN VISUAL DE LA LIMA, CON LA RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA, SOBRE EL LARGO DEL CONDUCTO RADICULAR SERÁ SUFICIENTE.

LAS RAMIFICACIONES MULTIPLES DE LA PULPA RADICULAR DEL MOLAR PRIMARIO HACEN IMPOSIBLE SU COMPLETA LIMPIEZA, ASI MISMO LA FORMA TORTUOSA Y ACORDONADA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES, CON SU ESTRECHO ANCHO MESIODISTAL EN COMPARACIÓN CON SU DIMENSIÓN VESTIBULOLINGUAL, DIFICULTA EL AGRANDAMIENTO DE LOS MISMOS.

EN DIENTES PERMANENTES EL OBJETO DE LA PREPARACIÓN MECÁNICA ES OBTENER UN TERCIO APICAL CIRCULAR PAREJO DEL CONDUCTO QUE SERÁ OBTURADO CON UN PUNTO DE REFERENCIA EXACTO, EN EL DIENTE PRIMARIO EL INTENTO DE PREPARAR MECANICAMENTE UN TERCIO APICAL CIRCULAR, PUEDE DAR LUGAR A LA PERFORACIÓN LATERAL DEL CONDUCTO, ASI MISMO EL MATERIAL DE OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR DEBE SER ABSORBIBLE.

SE RECOMIENDA LIMAS HEDSTROM QUE REMUEVEN LOS TEJIDOS DUROS SÓLO AL SER RETIRADAS (LAS LIMAS TIPO K O HALL SON LAS MAS COMUNES), LO QUE IMPIDE LA ENTRADA DE MATERIAL INFECTADO A TRAVES DE LOS ÁPICES. POR ESTE MOTIVO NO SE RECOMIENDAN ENSANCHADORES COMUNES, DESPUÉS DE PROCEDER AL LIMADO SE IRRIGAN LOS CONDUCTOS Y SE SECARAN CON PUNTAS DE PAPEL; SE PUEDE USAR SOLUCIÓN FISIOLÓGICA, AGUA BIDEUTILADA Y CLORAMINA T, (ZONITE).

UNA VEZ SECOS LOS CANALES SE OBTURAN CON ÓXIDO DE CINC EUGENOL, (ANTIGUAMENTE SE UTILIZABAN ÓXIDO DE CINC-EUGENOL Y-FORMOCRESOL, PASTA OX PARA Ø PUEDE SER HIDRÓXIDO DE CALCIO --

CON YODOFORMO, ESTA ÚLTIMA MEZCLA SE OBSERVÓ QUE SE ABSORBE-
MÁS RÁPIDO QUE LA SEGUNDA), CON LA LIMA O UN LÉNTULO SE PUEDE
PASAR LA MEZCLA CREMOSA DE LA PASTA DE OBTURACIÓN ALREDEDOR-
DE LAS PAREDES DE LOS CONDUCTOS, DESPUÉS SE PRESIONA UNA PAS-
TA MÁS FIRME CON UN CONDENSADOR DE AMALGAMA SOBRE UNA TORUNDA
DE ALGODÓN A LA ENTRADA DEL CONDUCTO.

OTRO MÉTODO CONSISTE EN INYECTAR LA PASTA EN LOS CON--
DUCTOS CON UNA JERINGA A PRESIÓN, SIEMPRE QUE NO SE HAYA LLE-
GADO HASTA LOS ÁPICES, EL PELIGRO DE LA SOBREOBTURACIÓN DEL -
MATERIAL POR ÉSTOS A LOS TEJIDOS DE SOSTEN EN MÍNIMO.

ESTE TRATAMIENTO SE REALIZA POR LO MENOS EN DOS SESIONES.

PRIMERA SESIÓN.

SE CREE ESCENCIAL QUE EN LA PRIMERA SESIÓN SE ELIMINEN
SÓLO LOS RESTOS CORONARIOS DE LA PULPA, SI SE ENTRA EN ALGÓN-
CONDUCTO CON UN INSTRUMENTO, HABRÍA EL PELIGRO DE FORZAR MATE-
RIAL NECRÓTICO A TRAVES DE LA PORCIÓN APICAL CON LA RESULTAN-
TE REACCIÓN INFLAMATORIA AGUDA DENTRO DE LAS 24 HORAS SIGUIEN-
TES AL TRATAMIENTO. EN LA CÁMARA SE SELLARÁ UNA TORUNDA DE --
ALGODÓN CON FORMOCRESOL DE 2 A 3 DÍAS.

SEGUNDA SESIÓN.

SI EL DIENTE SE MANTIENE ASINTOMÁTICO, SE PUEDE RETI--
RAR LA CURACIÓN Y ENTRAR EN EL CONDUCTO CON UNA LIMA PARA RE-
TIRAR EL RESTO DE TEJIDO PULPAR. DESPUES DE UNA MINUCIOSA LIM-
PIEZA MECÁNICA DE LOS CONDUCTOS COMO ES DESCRITA PARA LAS EN-

DODONCIAS NORMALES, RECORDANDO QUE LOS MOVIMIENTOS SON DE UN-
CUARTO A MEDIA VUELTA, LOS CONDUCTOS PUEDEN SER IRRIGADOS CON
AGUA BIDEUTILADA SEGUIDA DE CLORAMINA T, (ZONITE), SE SECAN -
CON PUNTAS DE PAPEL Y SI LOS CONDUCTOS ESTÁN LIBRES DE EXUDA-
DO SE PUEDE COMPLETAR LA OBTURACIÓN RADICULAR CON UNA MEZCLA-
DE ÓXIDO DE CINC-EUGENOL.

CAPITULO VI.

RESTAURACIONES DENTALES.

EN ESTE CAPÍTULO MENCIONARE SOMERAMENTE LA IMPORTANCIA DE CONSERVAR Y TRATAR LOS DIENTES PRIMARIOS, ASI COMO TODO LO RELACIONADO A OPERATORIA DENTAL EN NIÑOS COMO SON: PREPARACIÓN DE CAVIDADES Y SUS RESTAURACIONES.

VEREMOS ESPECÍFICAMENTE LAS RESTAURACIONES DENTALES - DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE PULPOTOMÍA O PULPECTOMÍA, SEGÚN -- SEA EL CASO EN:

- A).- DIENTES ANTERIORES.
- B).- DIENTES POSTERIORES.

LA META PRINCIPAL DEL ODONTOPEDIATRA ES EL PRESERVAR - LA INTEGRIDAD DE LOS DIENTES PRIMARIOS, PARA QUE SE MANTENGAN FUNCIONES NORMALES Y OCURRA LA EXFOLACIÓN NATURAL. AL LOGRAR- ESTA META, EL DENTISTA TIENE LA SATISFACCIÓN DE SABER QUE HA- UTILIZADO TODOS SUS CONOCIMIENTOS PARA PREPARAR EL CAMINO PA- RA LA ERUPCIÓN DE DIENTES SECUNDARIOS SANOS, QUE ASUMIRÁN EL- LUGAR QUE LES CORRESPONDE EN LOS ARCOS DENTALES, EL ODONTÓLO- GO, AL HACER ESTO, CONTRIBUYE A LA SALUD GENERAL DEL NIÑO, - SI SE PERDIERA PREMATURAMENTE CUALQUIERA DE ESTOS DIENTES PRI- MARIOS, SE PODRÍA DAÑAR DE MANERA TRASCENDENTAL Y DURADERA LA DENTICIÓN SECUNDARIA.

EN LOS NIÑOS LOS ELEMENTOS DE LA DENTICIÓN PRIMARIA -- DEBERÁN PERMANECER SANOS POR UN PERÍODO QUE VA DESDE LOS SEIS MESES DE EDAD APROXIMADAMENTE HASTA LOS 11 O 12 AÑOS, O CUAN- DO LOS CANINOS SUPERIORES CAEN EN EL CURSO NORMAL DE LOS ACON

TECIMIENTOS, DURANTE ESTE PERÍODO DE UNOS 11-12 AÑOS, LOS DIENTES ESTAN SUJETOS A VICISITUDES DE ABRASIÓN, ATRICIÓN TRAUMATISMO Y CRIES, AL IGUAL QUE LO ESTAN LOS DIENTES SECUNDARIOS.

AUNQUE, EN CIERTO GRADO, EN LOS DIENTES INDIVIDUALES DIFIERE LA ANATOMÍA, LA DENTICIÓN PRIMARIA FUNCIONA Y SE ASEMEJA SUPERFICIALMENTE A LA SECUNDARIA, SIN EMBARGO, EXISTEN DIFERENCIAS EN LA ANATOMÍA DENTAL Y EL MOMENTO DE EXFOLIACIÓN, AL ENFOQUE DE VARIOS PROCEDIMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL PARA NIÑOS PUEDE DIFERIR CLARAMENTE DE PROCEDIMIENTOS SIMILARES PARA ADULTOS, AL RESTAURAR ESTOS DIENTES, EL ODONTÓLOGO SE VE FORZADO A TOMAR DECISIONES QUE SON IMPORTANTES PARA LOS NIÑOS QUE ESTAN TRATANDO.

LOS EQUIPOS OPERATORIOS ELEGIDOS ACERTADAMENTE Y LA INTERVENCIÓN DEL AYUDANTE, PUEDEN CAUSAR PROFUNDO IMPACTO EN LOS PACIENTES JOVENES.

INDUDABLEMENTE, ALGUNAS DE ESTAS DECISIONES SOBRE RESTAURACIONES SON MUY DIFÍCILES DE TOMAR, TAL VEZ SEA LO MEJOR RECORDAR QUE DEBEN TRATARSE LOS DIENTES DE LOS NIÑOS EN FUNCIÓN DE LO QUE ES MEJOR PARA EL NIÑO Y NO EN FUNCIÓN DE LO QUE ES MAS FÁCIL PARA LOS PADRES O EL ODONTÓLOGO. LA PLANEACIÓN DEL TRATAMIENTO, POR LO TANTO NO ES SIEMPRE UN PROCESO SIMPLE Y LAS VARIABLES QUE ENTRAN EN LA DECISIÓN QUE TOMA EL ODONTÓLOGO SON MUY NUMEROSAS.

EL ODONTÓLOGO DEBE IMPONERSE METAS ADICIONALES PARA TE-

NER ÉXITO EN LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS EN DIENTES PRIMARIOS, DEBE ESFORZARSE POR COMPRENDER Y APRECIAR LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS Y LAS DE SUS PADRES, DEBERÁ UTILIZAR SU TIEMPO Y ESFUERZO PARA INFORMAR A LOS PADRES Y A LOS NIÑOS EN SU CONSULTORIO Y EN SU COMUNIDAD SOBRE EL VALOR QUE TIENE AL PRESERVAR LA DENTICIÓN PRIMARIA Y LA DENTICIÓN SECUNDARIA (QUE APENAS ERUPCIONA) EN LOS NIÑOS, DEBERÁ TRANSMITIR A LOS PADRES LA INFORMACIÓN SOBRE CUANDO LOS DIENTES DE LOS NIÑOS DEBERAN RECIBIR CUIDADOS DE RESTAURACIÓN.

UN ODONTÓLOGO DEBE APRECIAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES INFANTILES Y TAMBIEN LAS DE SUS PADRES, PARA LOGRARLO ES NECESARIO ESCUCHAR EXPLICACIONES DE ESTOS SOBRE LOS PROBLEMAS DENTALES QUE CREEN SUFRIR, ES DEMASIADO FACIL EMPEZAR A PRESENTAR DIAGNOSTICOS DENTALES A LOS PADRES ANTES DE ESCUCHARLOS, PERO DEBE RECORDARSE QUE EL NIÑO LLEGÓ AL CONSULTORIO DENTAL POR ALGÚN MOTIVO O NECESIDAD, DEBEMOS ESCUCHAR CUIDADOSAMENTE PARA IDENTIFICARLO, PUESTO QUE SIMPLIFICARA EL ENFOQUE DE LOS CUIDADOS QUE DEBERÁN DARSE AL NIÑO, UN ODONTÓLOGO QUE ESCUCHA SERÁ CONSIDERADO UNA PERSONA AMABLE Y DESTACADA.

LA MADUREZ DEL NIÑO INFLUYE EN CIERTA MANERA EN LA EDAD EN QUE PUEDEN HACERSE BUENAS RESTAURACIONES, AUNQUE MUCHOS ODONTOPEDIATRAS SUGIEREN QUE LOS NIÑOS SEAN OBSERVADOS PARA EXAMENES DENTALES ORDINARIOS A EDADES TEMPRANAS COMO A LOS 18 MESES, GENERALMENTE ES DE 2 A 3 AÑOS CUANDO SE INICIARÁN LOS CUIDADOS DE RESTAURACION, LOS NIÑOS QUE HAN SEGUIDO LA COSTUMBRE DE ALIMENTARSE CON BIBERONES ENDULZADOS HASTA

LOS DOS AÑOS PUEDEN NECESITAR ESTOS SERVICIOS MAS TEMPRANAMENTE.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PARA DIENTES PRIMARIOS.

LA MAYORÍA DE LOS DENTISTAS QUE TIENEN AMPLIA EXPERIENCIA EN ODONTOPEDIATRIA COINCIDEN EN AFIRMAR QUE LA CLAVE DE UNA OPERATORIA DENTAL ACERTADA EN SUS CONSULTORIOS ES EL MANEJO ADECUADO Y COMODO DE LOS NIÑOS.

SI EL USO DE UN ANESTÉSICO LOCAL O DE PREMEDICACIONES LIGERAS, O DE AMBOS, PUEDE HACER CUALQUIER PROCEDIMIENTO, MAS AGRADEABLE Y MENOS DOLOROSO, ENTONCES DEBERÁN UTILIZARSE, LAS INYECCIONES REALIZADAS CON CUIDADO, PRECEDIDAS DE APLICACIONES DE ANESTÉSICOS TÓPICOS EN FORMA DE PASTA EN LUGAR DE LA PUNCIÓN PUEDEN AYUDAR MUCHO A DESVANECER LOS TEMORES DEL NIÑO Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA OPERATORIA DENTAL.

EN NIÑOS QUE TIENEN GRAVES PROBLEMAS FÍSICOS O ESTÁN PSIQUICAMENTE IMPREPARADOS, EN QUIENES ES MUY DIFÍCIL OBTENER COOPERACIÓN, PUEDEN UTILIZARSE PREMEDICACIONES FUERTES O MODERADAS CON ELIXIR DE CLORALHIDRATO, SECONAL, NEMBUTAL, SOLO O COMBINACIÓN CON VARIOS TIPOS DE DROGAS TRANQUILIZANTES.

EN VARIOS CONSULTORIOS HABRÁ CIERTOS NIÑOS EN QUIENES NO SE PODRÁ TRABAJAR EN CONDICIONES NORMALES, DEBERÁ ADMINISTRARSE ANESTESIA GENERAL A LOS NIÑOS IMPEDIDOS QUE SON PSIQUICAMENTE INESTABLES O EN ALGUNOS OTROS CASOS ESPECIALES, EN ESTOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRADOS GENERALMENTE EN EL HOSPITAL, EL ODONTOPEDIATRA, PUEDE LLEVAR A CABO LA RESTAURACIÓN COMPLE

TA DE LA BOCA EN UNA SOLA SESIÓN OPERATORIA.

EL USO DE LAS TÉCNICAS ODONTOLÓGICAS A CUATRO MANOS ES UNO DE LOS AVANCES MAS IMPORTANTES QUE UN DENTISTA PUEDE INCORPORAR AL TRABAJO DE CONSULTORIO, DA COMODIDAD Y SENSACIÓN DE BIENESTAR EN SUS PACIENTES INFANTILES, Y TAMBIEN EN EL DENTISTA Y SU AYUDANTE.

EL USO DE DIQUE DE HULE ES UNA DE LAS TÉCNICAS MÁS VALIOSAS QUE PUEDE DESARROLLAR UN DENTISTA PARA LOGRAR EXCELEN--TES CUIDADOS DE RESTAURACIÓN EN LOS NIÑOS, SU SUPERIORIDAD EN--MANOS ADIESTRADAS ESTA FUERA DE DUDAS, DEBIDO A LAS SIGUIENTES RAZONES.

- 1.- DA, AL OPERADOR, LA CLAVE PARA EL BUEN TRATAMIENTO DE CASI TODOS LOS NIÑOS.
- 2.- AUMENTA LA CALIDAD Y CANTIDAD DE TRABAJO PRODUCIDO POR UNIDAD DE TIEMPO, POR QUE RETRAE MEJILLAS Y LA LENGUA LEJOS DEL CAMPO DE OPERACIÓN, LITERALMENTE DANDO AL OPERADOR "MANOS EXTRAS", TAMBIEN DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE LESIONES CON LA FRESA EN LOS TEJIDOS Y DE DEGLUCIÓN Y ASPIRACIÓN DE MATERIALES EXTRAÑOS.
- 3.- PROPORCIONA UN CAMPO SECO CUANDO ES NECESARIO PARA LA PREPARACIÓN DE BASES, DE RECUBRIMIENTO DE PULPA, O PULPOTOMÍA O PULPECTOMÍA Y PARA LA INSERCIÓN Y --CONDENSACIÓN DE RESTAURACIONES DE AMALGAMA.
- 4.- PERMITE EL USO DE ROCIADOR DE AIRE Y DE AGUA EN ---FRESAS DE ALTA VELOCIDAD Y FACILITA EL USO DE PUN---

TAS DE ASPIRACIÓN DE ALTO VOLÚMEN, SOSTENIDOS POR EL AYUDANTE DENTAL. AL MISMO TIEMPO, SE HACE OBVIA LA NECESIDAD DE UTILIZAR EYECTORES DE SALIVA, PORQUE EL NIÑO EN QUIEN SE ESTA OPERANDO ESTA EN POSICIÓN RECLINADA.

5.- PERMITE AL OPERADOR MAYOR VISIBILIDAD TOTAL Y MAYOR ACCESIBILIDAD PARA LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS.

MUCHOS DENTISTAS HAN ESPECUALDO SOBRE PORQUE EJERCERÁ EL DIQUE DE HULE UN EFECTO TAN CALMANTE EN LOS NIÑOS, DESPUÉS DE QUE EL ÁREA EN LA QUE HABRÁ DE OPERARSE HA SIDO ANESTESIADA ADECUADAMENTE, CUANDO SE USA EL DIQUE DE HULE ALGUNOS NIÑOS INCLUSO DORMIRAN DURANTE LA MAYOR PARTE DE LA VISITA.

JINKS Y OTROS HAN AFIRMADO QUE ESTO ES PORQUE EL NIÑO "PARECE ADQUIRIR UNA SENSACIÓN DE PROTECCIÓN POR EL HECHO MISMO DE QUE LOS DIENTES PARECEN ESTAR AISLADOS DEL RESTO DEL CUERPO".

DIAGNÓSTICO Y ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO.

LA DECISIÓN DE RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS DEBE TOMARSE EN VARIAS COSAS, ADEMÁS DEL HECHO DE SER AFECTADAS POR CARIES. LO QUE EL DENTISTA DECIDA HACER SE BASARÁ EN SU HABILIDAD PARA MANEJAR AL NIÑO.

ALGUNOS FACTORES QUE DEBEN CONSIDERARSE ANTES DE RESTAURAR UN DIENTE SON:

1.- EDAD DEL NIÑO.

- 2.- GRADO DE AFECCIÓN DE LA CARIES.
- 3.- ESTADO DE LA PIEZA Y DEL HUESO DE SOPORTE OBSERVADO EN RADIOGRAFÍAS.
- 4.- MOMENTO DE EXFOLIACIÓN NORMAL.
- 5.- EFECTOS DE LA REMOCIÓN O RETENCIÓN EN LA SALUD DEL NIÑO.
- 6.- CONSIDERACIÓN DE ESPACIO EN EL ARCO.

EL ODONTÓLOGO CONSCIENTE CONSTANTEMENTE DESTACA AL ENORME VALOR QUE TIENE EL PRESERVAR LA DENTICIÓN PRIMARIA DE LOS NIÑOS, EN ESTADO LO MÁS PRÓXIMO POSIBLE AL NATURAL. EN UN SENTIDO MUY REAL, EN EL TRANSCURSO DE LA PRÁCTICA DENTAL PUEDE TENER LA APORTUNIDAD DE OBSERVAR SUS ERRORES DE OMISIÓN O COMISIÓN Y VER COMO CRECEN Y SE DESARROLLAN Y VUELVEN A SU CONSULTORIO COMO PROBLEMAS DENTALES DE ADOLECENTES O ADULTOS, QUE PUEDEN RELACIONARSE DIRECTAMENTE CON DECISIONES QUE TOMO EL ODONTÓLOGO AL TRATAR EL DIENTE PRIMARIO.

PREPARACION DE CAVIDADES.

LA CLASIFICACION DE LAS PREPARACIONES DE CAVIDAD EN ---
DIENTES SECUNDARIOS, ORIGINADOS POR BLACK PUEDE MODIFICARSE LI
GERAMENTE Y APLICARSE A DIENTES PRIMARIOS.

ESTAS MODIFICACIONES PUEDEN DESCRIBIRSE COMO SIGUE:

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE PRIMERA CLASE:

LAS FOSAS Y FISURAS DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS
DIENTES MOLARES Y LAS FOSAS VESTIBULARES Y LINGUALES DE TODOS-
LOS DIENTES.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE:

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES MOLARES CON
ACCESO ESTABLECIDO DESDE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE TERCERA CLASE:

TODAS LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE DIENTES ANTERIORES-
QUE PUEDEN AFECTAR O NO A EXTENSIONES VESTIBULARES O LINGUALES.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE CUARTA CLASE:

PREPARACIONES DE PROXIMALES EN DIENTES ANTERIORES QUE -
AFECTA A LA RESTAURACIÓN DE UN ÁNGULO INCISAL.

PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE QUINTA CLASE.

EN EL TERCIO CERVICAL DE TODOS LOS DIENTES, INCLUYENDO-
LA SUPERFICIE PROXIMAL, EN DONDE EL BORDE MARGINAL NO ESTA IN-
CLUÍDO EN LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD (OBTURACIÓN DE PUNTO).

BLACK, (1924), DETALLÓ LA TÉCNICA DE LA PREPARACIÓN DE-

CAVIDADES Y SENTÓ CIERTOS PRINCIPIOS A SEGUIR.

SUS RECOMENDACIONES RESISTIERON LA PRUEBA DEL TIEMPO Y SON APLICABLES A LA ODONTOLOGÍA ACTUAL.

TANTO LOS DIENTES PRIMARIOS COMO SECUNDARIOS, RESPONDEN A ESTOS PRINCIPIOS, SE RECOMIENDA, DURANTE LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES, OBSERVAR LA SIGUIENTE SECUENCIA.

- 1.- ELECCIÓN DEL LUGAR DE ACCESO.
- 2.- ESTABLECER SU FORMA.
- 3.- ELIMINAR LA CARIES.
- 4.- ESTABLECER LA FORMA DE RESISTENCIA Y RETENCIÓN.
- 5.- PULIDO Y LIMPIEZA DE LA CAVIDAD.

DE TODOS LOS PRINCIPIOS ANTES DETALLADOS CABE MENCIONAR CIERTAS CONDICIONES PARA LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES Y OBTURACIONES PARA LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN.

- A).- ES CONDICION PREVIA ABSOLUTA LA COMPLETA REMOCIÓN DE TODO TEJIDO CARIADO. ESTO SE HACE CON EXCAVADORES FILOSOS Y CON FRESAS REDONDAS A POCA VELOCIDAD, LA REMOCIÓN DE LA CARIES DEBE EFECTUARSE SIN TEMOR A UNA EVENTUAL EXPOSICIÓN DE LA PULPA.
- B).- LA REGLA DE BLACK DE EXTENSIÓN POR PREVENCIÓN SÓLO TIENE VÁLIDEZ PARA LA DENTICIÓN PERMANENTE DEBIDO A QUE LA CÁMARA PULPAR ES DEMASIADO AMPLIA PUDIENDO PROVOCAR COMUNICACIÓN CON LOS CUERNOS PULPARES.
- C).- PARA EVITAR PULPITIS SECUNDARIAS O NECROSIS PULPARES DEBAJO DE OBTURACIONES EN DIENTES PRIMARIOS, -

DEBE QUEDAR ENTRE EL PISO CAVITARIO Y LA PULPA --
UNA CAPA DE DENTINA RADIOLÓGICAMENTE VISIBLE DE -
0.3 A 0.5 MM DE ESPESOR, DENTINA DECOLORADA MARRON
PERO TODAVÍA DURA, PUEDE DEJARSE COMO RECUBRIMIEN
TO INDIRECTO/ DE LA PULPA.

CAVIDADES OCLUSALES EN LOS MOLARES PRIMARIOS CON CARIES INCIPIENTES.

EN UNA CAVIDAD OCLUSAL (CLASE I), DEL PRIMERO Y SEGUN-
DO MOLAR INFERIOR Y PRIMER MOLAR SUPERIOR, DEBERÍA INCLUIRSE-
FOSETAS Y FISURAS, CONSERVANDO UNA CAPA DE ESMALTE DE 1.5 A -
2 MM. (FIGURA 6-1).

PARA CONSEGUIR PODER DE RETENCIÓN, SE LE DA FORMA O --
SEA QUE LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA INTERNA DEBEN SER REDONDEADOS
ESTOS SE PUEDE LOGRAR UTILIZANDO FRESAS DE CARBURO DEL NÚMERO
330, 331, 332 EN FORMA DE PERA, UNA VEZ TERMINADO EL DELINEA-
DO DE LA CAVIDAD, SE USAN FRESAS DE FISURA NUMERO 556 O 557,-
PARA ELIMINAR LOS PRISMAS LIBRES DE ESMALTE, TRATANDO DE NO -
TOCAR EL PISO PULPAR, LA CARIES DE UN SEGUNDO MOLAR SUPERIOR-
SE PREPARA EN LO POSIBLE POR SEPARADO EN DOS CAVIDADES, UNA -
MESIO-CENTRAL Y UNA DISTO-PALATINA, CONSERVANDO EL PUENTE DE-
ESMALTE CENTRAL (FIGURA 6-2).

CAVIDADES DE SEGUNDA CLASE.

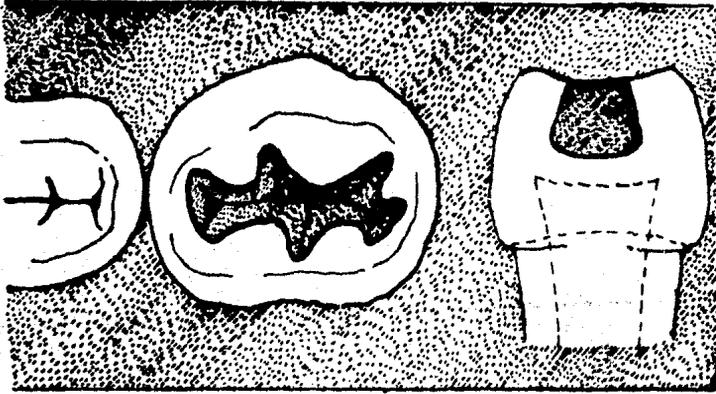
LA CAVIDAD DE LA CLASE II, SE PREPARA CON UN ANCLAJE -
OCCLUSAL Y UNA CAJA INTERPROXIMAL QUE SE UNE EN EL ISTMO.

ES UNA PREPARACIÓN DIFÍCIL POR QUE POR UNA PARTE REQUIERE DE CUIDADO EN LA PULPA Y POR OTRA, LA OBTURACIÓN DEBE TENER ESPESOR SUFICIENTE PARA EVITAR UNA FRACTURA POSTERIOR.

LA PROFUNDIDAD MÍNIMA DE LA CAVIDAD ES DE 0.5 MM. PULPAR HACIA LA UNIÓN AMELODENTINARIA, SI QUEDA ALGO DE CARIES SE PUEDE ELIMINAR CON FRESAS REDONDAS A BAJA VELOCIDAD O EXCAVADORES.

LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA INTERNA, SERÁN REBONDEADOS PARA ALIVIAR LAS TENSIONES DE LA MASTICACIÓN; TAMBIÉN PROPORCIONA UN ELEMENTO MECÁNICO DE RETENSIÓN, LOS BORDES DE LA CAJA PROXIMAL DEBEN EXTENDERSE HASTA LAS SUPERFICIES AUTOLIMPIANTES.

DEBE SER POSIBLE PASAR LA PUNTA DE UN EXPLORADOR ENTRE LAS PAREDES VESTIBULAR, LINGUAL Y GINGIVAL DE LA CAJA PROXIMAL Y EL DIENTE ADYACENTE, ESTE GRADO DE EXTENSIÓN ES ESENCIAL PARA QUE LOS BORDES QUEDEN EN UNA SUPERFICIE DE AUTOLIMPIEZA PARA PERMITIR LA COLOCACIÓN DE UNA BANDA MATRIZ, LAS ÁREAS DE CONTACTO ANCHAS, APLANADAS ELÍPTICAS DE LOCALIZACIÓN GINGIVAL DE LOS MOLARES PRIMARIOS, DETERMINAN QUE EL PISO GINGIVAL DE LA CAJA INTERPROXIMAL SEA TAN AMPLIO COMO PARA QUE LOS BORDES GINGIVOVESTIBULAR Y GINGIVOLINGUAL RESULTAN AUTOMÁTICAMENTE LIMPIOS, SIN EMBARGO, LA CONVERGENCIA OCLUSAL DE LAS PAREDES VESTIBULAR Y LINGUAL DETERMINA QUE EL ANCHO OCLUSAL DE LA CAJA PROXIMAL SEA MENOR QUE EL ANCHO GINGIVAL; ESTO IMPIDE TAMBIÉN LA EXCESIVA EXTENSIÓN Y EL POSTERIOR DEBILITAMIENTO DEL ESMALTE OCLUSAL.



a

b

FIG. № 6-1

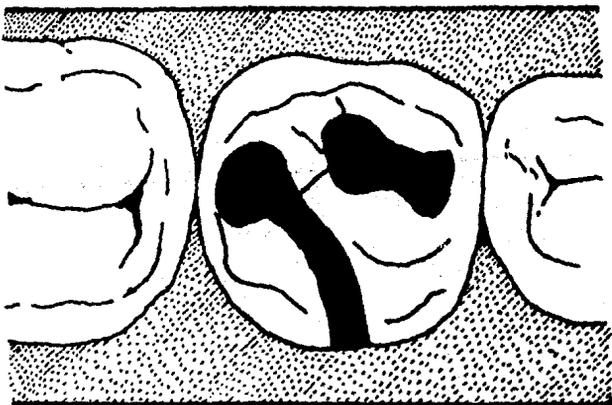


FIG. № 6-2

DE ESTA MANERA, LAS PAREDES DE LA CAJA PROXIMAL DIVERGEN DE OCLUSAL A GINGIVAL DE MODO QUE QUEDAN CASI PARALELAS A LA RESPECTIVA SUPERFICIE EXTERNA DEL DIENTE (FIGURA 6-3).

ESTO TAMBIÉN DA POR RESULTADO UNA FORMA RETENTIVA DE LA CAJA PROXIMAL, EL ANCLAJE OCLUSAL SE PREPARA ANTES QUE LA CAJA PROXIMAL YA QUE MEJORA LA VISIBILIDAD PARA LA PREPARACIÓN DE ESTA ÚLTIMA.

ESTO TIENDE TAMBIÉN A REDUCIR EL RIESGO DE DESGASTAR EL DIENTE ADYACENTE.

LA CAJA PROXIMAL SE PUEDE PREPARAR CON UNA FRESA 330, UTILIZANDO UNA ACCIÓN DE PÉNDULO (FIGURA 6-4).

SE LLEVA LA FRESA EN SENTIDO GINGIVAL A LO LARGO DE LA LESIÓN INTERPROXIMAL; CUANTO MÁS HACIA GINGIVAL SE LLEVA LA FRESA, MAS ANCHO SERA EL ARCO DEL PÉNDULO LO QUE ASEGURARÁ QUE LOS BORDES RESULTEN LIMPIOS GINGIVALMENTE. LA PARED AXIAL QUEDARÁ APROXIMADAMENTE A 90° EN RELACIÓN CON EL PISO DE LA CAJA OCLUSAL.

LAS FRACTURAS DE LA OBTURACIÓN SE EVITARAN REDONDEANDO EL ÁNGULO AXIO-PULPAR (FIGURA 6-5).

ESTE REDONDEADO ES IMPORTANTE PARA LA DISTRIBUCIÓN DE FUERZAS Y PUEDE SER REALIZADO SIN PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN PULPAR, YA QUE LA FORMA ANATÓMICA DE LA PULPA LO PERMITE.

LOS PRISMAS LIBRES DEL ESMALTE EN LA CAJA PROXIMAL, SE ELIMINAN CON FRESAS DE BOLA DE BAJA VELOCIDAD O CON CUCHARILLA

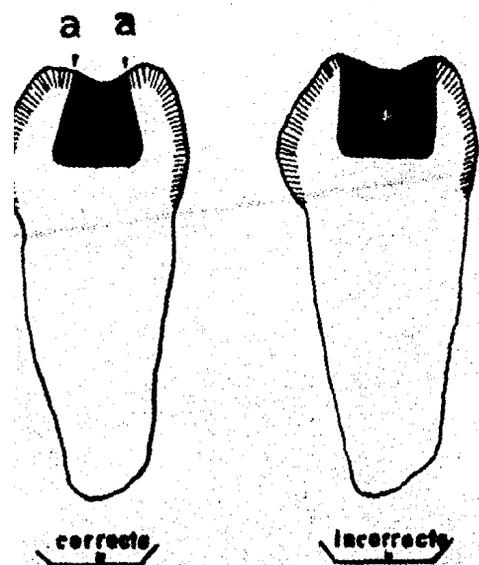


FIG. N^o 6-3 a) Vista mesiodistal de — una preparación correcta de la Clase II en molar primario, Las paredes de la — caja proximal se hallan paralelas a las superficies externas. Las áreas (a) se — — — — — extienden excesivamente por el uso incorrecto de las fresas. b) Preparación incorrecta de la Clase II en molar — primario: Vista mesiodistal. La gran extensión del ancho oclusal de la caja proximal debilita las cúspides y deja poco sostén — para el esmalte y la amalgama.

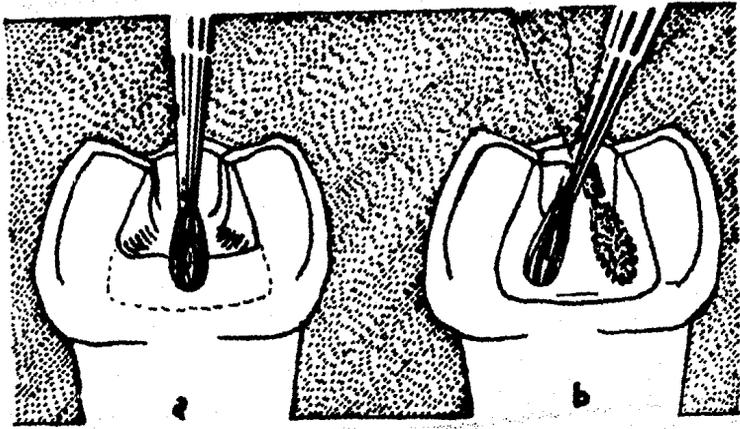


FIG: N.º 6-4 Preparación de la caja proximal. a) extensión en dirección gingival; b) la forma retentiva de la caja se — obtiene por movimientos de péndulo.

EN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES DE CLASE II EN DIENTES PRIMARIOS SE COMETEN A MENUDO LOS SIGUIENTES ERRORES. (FIGURA 6-6).

- A).- EXTENSIÓN DEMASIADO REDUCIDA EN LA ZONA OCLUSAL DE LA CAVIDAD EN LA REGIÓN DE FOSETAS Y FISURAS.
- B).- CORTES INNESARIOS EN LAS CÚSPIDES.
- C).- PASO DE LA CAVIDAD OCLUSAL A LA PROXIMAL PREPARADO DEMASIADO ANCHO (MÁS DE UN TERCIO DE LA DISTANCIA ENTRE LAS CÚSPIDES).
- D).- LAS PAREDES PROXIMALES SON MUY DIVERGENTES LO QUE DETERMINA LO EXPUESTO EN EL INCISO "E".
- E).- SE FORMA UN ÁNGULO DEMASIADO GRANDE ENTRE LA PARED PULPOAXIAL Y LAS CARAS VESTIBULAR Y LINGUAL DE LA CAVIDAD.
- F).- LA FORMA DE LA PARED AXIAL NO CONCUERDA CON EL CONTORNO EXTERIOR DEL DIENTE Y EL PISO GINGIVAL DE LA CAVIDAD ES DEMASIADO PROFUNDO EN SENTIDO MESIO-DISTAL.

LESION GRANDE EN MOLARES PRIMARIOS.

SI NO SE DIAGNOSTICA UNA LESIÓN DE LA CLASE II EN UN MOLAR PRIMARIO EN SU ETAPA INCIPIENTE, POR MEDIO DE BUENAS RADIOGRAFIAS, ELLA AVANZARÁ HASTA SOCAVAR EL BORDE MARGINAL, EVENTUALMENTE ESTE SE ROMPERA PRESENTANDO EL ODONTÓLOGO UNA GRAN LESIÓN DE CLASE II MUY PROXIMA A LA PULPA. POR CAUSA DE LAS AMPLIAS ÁREAS DE CONTACTO DE LOCALIZACIÓN GINGIVAL DE LOS MOLARES PRIMARIOS, LAS LESIONES DE LA CLASE II NO A TIEMPO DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS, DESTRUIRÁN LAS CÚSPIDES PROXIMO-VESTIBULAR Y PRÓXIMO LINGUAL, ANTES DE QUE SE DETERIORE FINALMENTE EL BOR

DE MARGINAL.

EL USO DE UN DISEÑO CONVENCIONAL DE CLASE II EN LAS CAVIDADES PARA ESTAS LESIONES GRANDES ESTA DESTINADO AL FRACASO, POR QUE ES IMPOSIBLE MANTENER UN SOPORTE ADECUADO PROXIMO-VESTIBULAR Y PROXIMO-LINGUAL.

EN ESTOS CASOS SE PUEDE RECOMENDAR EL RECUBRIMIENTO DE LA CÚSPIDE DISTO-VESTIBULAR EN MOLARES PRIMARIOS, SOBRE TODO EN LOS PRIMEROS INFERIORES, CUANDO LAS DIMENSIONES DE LA CAVIDAD EXCEDEN LAS PREPARACIONES DE CAVIDAD MÍNIMA.

AL EFECTUAR LA MODIFICACIÓN QUE SE RECOMIENDA, REDUCIRA LA CÚSPIDE DEBILITADA HASTA EL NIVEL DEL PISO PULPAR DEL ANCLAJE OCLUSAL, LA CANTIDAD MÍNIMA DE AMALGAMA DE RECUBRIMIENTO, SERA UN TERCIO DE LA ALTURA DE LA CORONA CLÍNICA, DEBERÁ REDUCIRSE LA CÚSPIDE DEBILITADA EN SENTIDO MESIO-DISTAL, NO MÁS DE UN TERCIO DE LA LONGITUD MESIO-DISTAL DE LA CORONA.

CUANDO SE UTILIZA ESTE CRITERIO, NO HABRÁ PELIGRO DE EXPOSICIÓN PULPAR, LOS ÁNGULOS DE LA LÍNEA EXTERNA SERÁN AGUDOS Y PERFECTAMENTE DE 90°.

SE TENDRÁ ESPECIAL CUIDADO CUANDO SE CONTROLE LA OCLUSIÓN DE LA RESTAURACIÓN TERMINADA; SE RECOMIENDA LA ADAPTACIÓN DEL DIENTE ANTAGONISTA, YA QUE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES DE LOS DIENTES INFERIORES ESTAN SUJETOS A FUERZAS MASTICATORIAS, SOBRE TODO EN SU EXCURSIÓN LATERAL.

SE RECOMIENDAN SURCOS DE RETENCIÓN EXTENDIENDO EL ANCLA-

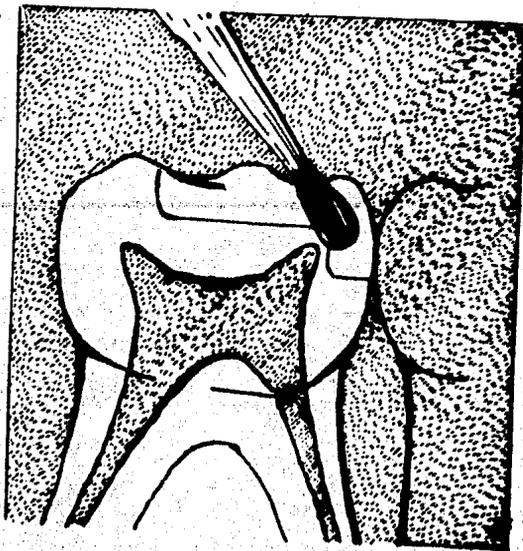


FIG. N° 6-5

JE OCLUSAL INCLUYENDO EL BORDE OBLICUO EN EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO SUPERIOR Y A TRAVES DEL BORDE CENTRAL EN PRIMER MOLAR -- PRIMARIO INFERIOR, NO SE TRATARA DE RECUBRIR MÁS DE UNA CÚSPIDE DEBILITADA.

CAVIDADES DE CLASE III

CUANDO EXISTEN LOS ESPACIOS DE DESARROLLO O FISIOLÓGICOS Y LA LESIÓN ES INCIPIENTE, PUEDE PREPARARSE DIRECTAMENTE LA CAVIDAD; POR LO TANTO, NO HAY NECESIDAD DE UN ANCLAJE PARA MEJOR ACCESO Y RETENCIÓN, LA FORMA DEL CONTORNO SERÁ TRIANGULAR CON LA BASE DEL TRIÁNGULO EN LA CARA GINGIVAL DE LA CAVIDAD.

LAS PAREDES VESTIBULAR Y LINGUAL DE LA CAVIDAD SERÁN PARALELAS A LAS SUPERFICIES EXTERNAS DEL DIENTE, PARA LLEGAR AL -- ÁPICE DEL TRIANGULO PARA PREPARAR LA CAVIDAD CONVIENE UNA FRE-SA PEQUEÑA DE CONO INVERTIDO.

LA PARED GINGIVAL DE LA CAVIDAD SE INCLINARÁ LIGERAMENTE HACIA INCISAL, ADOPTANDO UNA POSICIÓN PARALELA A LA ESTRUCTURA DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE, ÉSTO TAMBIÉN PERMITE EL ESCALÓN -- DE RETENCIÓN MECÁNICA. LA CARA INCISAL DE LA CAVIDAD NO DEBE -- SER RECORTADA PORQUE ESTO PERJUDICARÍA AL ESMALTE INCISAL QUE -- MÁS ADELANTE ESTA SUJETO AL DESGASTE OCLUSAL.

LOS CANINOS PRIMARIOS MUESTRAN CON FRECUENCIA UN GRAN DESGASTE EN ESPECIAL CUANDO LOS CONTACTOS PREMATUROS FACILITAN -- UNA DESVIACIÓN LATERAL QUE PROVOCA UNA MORDIDA CRUZADA POSTE-- RIOR, LA PROFUNDIDAD DE LA CAVIDAD SERA DE 0.5 MM. PULPAR HA--

CIA LA UNIÓN AMELODENTINARIA, LOS SURCOS DE RETENCIÓN SE HARAN A LO LARGO DE LA UNIÓN AMELODENTINARIA CON UNA FRESA DE FISURA PIRAMIDAL NUMERO 170 L, A BAJA VELOCIDAD, ALTERNATIVAMENTE -- PUEDEN HACERSE FOSITAS DE RETENCIÓN EN EL PUNTO INTERNO DE LOS ÁNGULOS VESTIBULO-GINGIVAL Y LINGUO-GINGIVAL.

A MENUDO ES NECESARIO UN ANCLAJE PARA FACILITAR EL ACCE-- SO A LA LESIÓN DE LA CARIES Y PARA CONTRIBUIR A LA RETENCIÓN -- DE LA OBTURACIÓN, EL ANCLAJE SE HARA SÓLO EN DIENTES ANTERIO-- RES PRIMARIOS.

POR LO COMÚN SE NECESITAN EN LOS CANINOS PRIMARIOS, SO-- BRE TODO CUANDO EL ÁREA DE CONTACTO ESTA CERRADA Y LA LESIÓN -- ES MAS GRANDE QUE LA INCIPIENTE, EL ANCLAJE SE HARA EN EL TER-- CIO MEDIO DEL DIENTE A UNA PROFUNDIDAD DE 0.5 MM. EN LA DENTI-- NA (FIGURA 6-7). SE EVITA EL TERCIO INCISAL DEL DIENTE POR EL-- DESGASTE QUE EL MISMO SUFRE Y EL TERCIO GINGIVAL PORQUE LA OB-- TURACIÓN PUEDE FACILITAR LA RETENCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA Y ES NECESARIO IMPEDIR, EN LO POSIBLE LA IRRITACIÓN GINGIVAL.

EL ÁREA INTERPROXIMAL DE LA CAVIDAD DEBE ADOPTAR LA FOR-- MA DE LA LETRA "C" CUANDO SE LE OBSERVA DIRECTAMENTE, EL EX-- TREMO ABIERTO DE LA "C" SE ENCUENTRA CON ANCLAJE RETENTIVO EN-- CIERTO SENTIDO, LA CAVIDAD ES SIMILAR A LA DE LA CLASE II.

CAVIDADES DE CLASE IV.

LAS CAVIDADES DE CLASE IV SE LIMITAN ÚNICAMENTE A LA -- ELIMINACIÓN DE LA CARIES Y PLANEAR SU RESTAURACIÓN DE ACUERDO--

A LAS LESIONES CARIOSAS, GENERALMENTE EL TIPO DE RESTAURACIÓN INDICADA SERÁ LA CORONA PREFABRICADA QUE SE MENCIONARÁ EN CAPITULOS POSTERIORES.

CAVIDADES CLASE V

LA FORMA DE LA CAVIDAD ESTARÁ LIMITADA A LA CARIES Y A LAS ZONAS DESCALCIFICADAS ADYACENTES. LAS REGIONES DESCALCIFICADAS Y LAS CARIES QUE SE ENCUENTRAN A 2 MM. DE SEPARACIÓN SE INCLUIRÁ EN LA MISMA CAVIDAD, COMO EXTENSIÓN PREVENTIVA, -- Y NO COMO LESIONES SEPARADAS. LA CAVIDAD DE LA CLASE V, PUEDE TENER FORMA ARRINONADA, UNA FORMA LIGERAMENTE CURVA ES TAN -- ACCEPTABLE COMO UN CUADRADO EN LOS BORDES MESIAL Y DISTAL. PUEDE UTILIZARSE LA FRESA DE CONO INVERTIDO DEL NÚMERO 35 PARA -- PROFUNDIZAR LA CAVIDAD 0.5 MM. EN LA MISMA DENTINA. SI SE USA UNA FRESA DE CONO INVERTIDO, SE HARÁN ESCALONES DENTINARIOS -- PARA LOGRAR DEBIDA RETENCIÓN MECÁNICA. SE EXTRAERÁ TODO EL -- RESTO DE CARIES CON UNA FRESA REDONDA DEL NÚMERO DOS A BAJA -- VELOCIDAD. SE PUEDE OBTENER MAYOR RETENCIÓN REALIZANDO PEQUEÑAS FOSITAS CON LA FRESA DE FISURA PLANA NÚMERO 170L EN LA -- PUNTA DE LOS ÁNGULOS MESIAL Y DISTAL GINGIVAL PULPAR. EL BORDE DEL ESMALTE GINGIVAL SEGUIRÁ UNA CURVA PARALELA A LA INSERCIÓN GINGIVAL, A MENOS QUE LA LESIÓN SE EXTIENDA HACIA SU PORCIÓN GINGIVAL.

EMPLEO DE BANDAS Y MATRICES.

LA RESTAURACIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA PREVIENE LA PÉRDIDA DE ESPACIO MANTENIENDO LA LONGITUD DEL ARCO DENTARIO, POR ESO DEBE REPARARSE LOS DIENTES CARIADOS VOLVIENDOLOS A SUS DI-

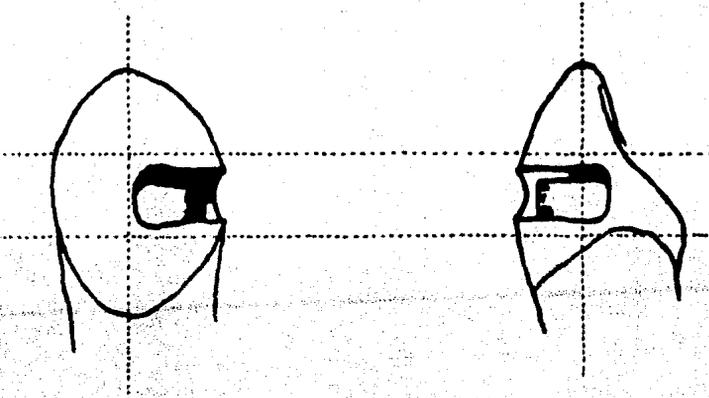


FIG. N° 6-7

EL anclaje se encuentra en el tercio medio del diente y no se extiende hasta la línea media, obsérvese la inclinación incisal de las paredes del esmalte.

MENSIONES Y FORMAS NORMALES, EN LO POSIBLE, DEBEN HACERSE OBTURACIONES QUE NO PERMITAN LA RETENCIÓN DE RESTOS DE ALIMENTOS, MATERIA ALBA Y PLACA BACTERIANA, PARA QUE NO ACTÚEN EN DETRIMENTO DE LA SALUD GINGIVAL O FAROVEZCA LA CARIES RECURRENTE, PARA CUMPLIR ESTOS OBJETIVOS DEBE USARSE UNA BANDA O MATRIZ DE BUENA ADAPTACIÓN Y FORMA, CUANDO SE OBTUREN CAVIDADES DE CLASE II Y III, ALGUNAS DE LAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR SON: MATRICES PARA MOLARES PRIMARIOS, USO DE CUÑAS, BANDA T, BANDA ORTODÓNICA A LA MEDIDA, BANDA TOFFLEMIRE O SIQUELAND, ETC.

RESTAURACIONES EN DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS.

CUANDO LA CARIES ES INCIPIENTE Y EXISTE OTRO MOTIVO PARA TRATAR EL DIENTE CON UNA PULPECTOMIA Y PULPOTOMIA (SIN OLVIDAR LA EDAD DEL PACIENTE), ALGUNAS VECES ES POSIBLE RESTAURAR EL DIENTE CON RESINA.

LAS RESINAS ACRILICAS SON SIMPLES COMO EL SEVITÓN O COMPUESTOS COMO EL ADAPTIC O BIEN, COMPUESTOS MODIFICADOS, GRUPO QUE INCLUYE ADHESIVOS QUE UTILIZAN CONDICIONADORES ÁCIDOS Y ACCELERADORES DE LA POLIMERIZACIÓN.

LAS RESINAS SIMPLES HAN SIDO SUPERADAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS CON EL PERFECCIONAMIENTO DE LAS RESINAS COMPUESTAS, ESTAS SON SIMILARES EN COMPOSICIÓN A LAS RESINAS SIMPLES, PERO TIENEN CUALIDADES PERFECCIONADAS, SOBRE TODO MAYOR DUREZA, REDUCIDO COEFICIENTE DE EXPANSIÓN TÉRMICA, MEJOR RESISTENCIA A LA ABRASIÓN QUE PUEDE ATRIBUIRSE EN PARTE AL COMPONENTE CUARZO.

ESTOS MATERIALES OBTURADOS DEL COLOR DEL DIENTE ESTÁN-
INDICADOS EN LOS DIENTES ANTERIORES POR RAZONES ESTÉTICAS.

LOS FABRICANTES HAN RECOMENDADO TAMBIEN LAS RESINAS --
COMPUESTAS PARA RESTAURACIÓN DE CAVIDADES DE LAS CLASES I Y --
II EN DIENTES PERMANENTES POSTERIORES, PERO SIN DAR EL MISMO-
RESULTADO SATISFACTORIO QUE LAS AMALGAMAS POR EJEMPLO.

LAS RESINAS COMPUESTAS FUERON RAPIDAMENTE ACEPTADAS --
POR LA PROFESIÓN, POR EL MAL RESULTADO DE LOS SILICATOS Y LAS
RESINAS SIMPLS, ESTA ACEPTACIÓN SE PRODUJO EN AUSENCIA DE --
PRUEBAS CLÍNICA DE LA CAPACIDAD DE LA RESINA COMPUESTA PARA --
RESISTIR A LA AGRESIONES DE LA CAVIDAD ORAL, SU DURABILIDAD --
EN LA BOCA A CORTO TÉRMINO (HASTA TRES AÑOS), SÓLO SE HA DE--
MOSTRADO RECIENTEMENTE.

APLICACIÓN:

EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE RESINAS COMPUESTAS, INCLU-
YENDO LOS ADHESIVOS, SE LES CONSIDERA NO IRRITANTES PARA LA -
PULPA, SE RECOMIENDA EN TODOS LOS DIENTES EL USO DE BASES PRO-
TECTORAS PULPARES DE HIDRÓXIDO DE CALCIO, NO SE RECOMIENDAN -
LOS BARNICES PARA LA CAVIDAD, PORQUE PUEDEN ALTERAR LA POLIME-
RIZACIÓN DE LA RESINA, LOS MATERIALES DEBEN MANIPULARSE DE --
ACUERDO CON LAS INDICACIONES DEL FABRICANTE.

EN GENERAL, SE COLOCA TODO SU VOLÚMEN, UTILIZANDO UNA-
MATRIZ DE CELULOIDE EN LAS CAVIDADES DE LAS CLASES III, EL --
SO DE ESTIMULACIONES GINGIVALES, DE GOMA O INSTRUMENTOS DE -
ÁSTICO O DE ÁGATA DE DISEÑO ESPECIAL RESULTA ÚTIL PARA CON-

DENSAR EL MATERIAL. NO SE RECOMIENDA LOS INSTRUMENTOS DE METAL PORQUE PUEDE MANCHARSE EL ACRÍLICO CON FRAGMENTOS DEL MISMO, SE DEJARA EL MATERIAL SIN TOCAR DURANTE LA POLIMERIZACIÓN.

AL IGUAL QUE EN TODOS LOS MATERIALES DE OBTURACIÓN, -- PUEDE ESPERARSE LOS MEJORES RESULTADOS CUANDO SE COLOCA EL MATERIAL LIBRE DE CONTAMINACIÓN, POR MEDIO DEL EMPLEO DE UN DIQUE DE HULE.

TERMINACION:

A DIFERENCIA DE LAS RESTAURACIONES CON SILICATOS, LAS RESINAS COMPUESTAS PUEDEN TERMINARSE A LOS CINCO MINUTOS DE COLOCADAS. COMO LA MATRIZ (POLÍMERO), Y EL LÍQUIDO DE LA RESINA COMPUESTA TIENEN DIFERENTE DUREZA Y RESISTENCIA A LA ABRASIÓN, LA TERMINACIÓN TIENDE A PRODUCIR UN ACABADO MATE POR EL DESGASTE DIFERENCIA. POR LO TANTO, TODO ESFUERZO DEBE HACERSE PARA QUE LA OBTURACIÓN REPRODUZCA EXACTAMENTE LA FORMA DEL DIENTE PARA REDUCIR AL MÍNIMO SU TALLADO FINAL.

LOS EXCEDENTES PUEDEN REDUCIRSE CON FRESAS DE TUNGSTENO, A ALTA VELOCIDAD CON REFRIGERANTES DE AGUA. LOS PEQUEÑOS FILAMENTOS DE MATERIAL PUEDEN FRACTURARSE CON INSTRUMENTOS MANUALES.

PARA LA TERMINACIÓN DE LA OBTURACIÓN PUEDEN USARSE PIEDRAS BLANCAS LUBRICADAS CON VASELINA, NO SE RECOMIENDA EL PULIDO CON PIEDRAS PÓMEX O DISCOS DE GOMA OSCURA POR LA POSIBILIDAD DE MANCHAR LA SUPERFICIE. INDUDABLEMENTE, LA MEJOR SUPERFICIE SE OBTIENE CUANDO LAS MANIOBRAS DE TERMINACIÓN SON MÍNIMAS.

CORONAS DE ACERO-CROMO INOXIDABLES.

LA CORONA DE ACERO-CROMO INOXIDABLE ES UN ADELANTO RELATIVAMENTE RECIENTE (1950) EN ODONTOPEDIATRIA Y QUE HA AYUDADO A RESOLVER EL PROBLEMA DEL DIENTE CON CARIES AMPLIA.

FRENTE A LAS ALARMANTES CIFRAS DE FRACASO DE GRANDES OBTURACIONES CON AMALGAMA EN LESIONES DE LA CALSE II EN MOLARES - SOBRE TODO EN EL PRIMER MOLAR INFERIOR, EL CIRUJANO DENTISTA - HA EMPLEADO LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE COMO TRATAMIENTO DE - RUTINA EN CASOS ESPECIALES, LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE SE - FABRICA EN DIFERENTES TAMAÑOS PARA CADA DIENTE.

LA PREPARACIÓN DEL DIENTE PRECEDE A LA ADAPTACIÓN, RE--CORTADO Y CEMENTADO DE LA CORONA, TODO LO CUAL SE REALIZA EN - UNA SESIÓN.

INDICACIONES.

LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE ESTA INDICADA EN MUCHAS - CIRCUNSTANCIAS PARA EL ODONTÓLOGO, PUEDE PARECER MUY POCO ESTÉ--TICO COLOCAR CORONAS DE ACERO EN TODOS LOS CASOS. SU INEXPE---RIENCIA Y EN CONSECUENCIA, EL RETARDO QUE LA TÉCNICA LE IMPONE PUEDE SER RAZONES EN CONTRA, SIN EMBARGO, ANTES DE DESCARTAR - LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE COMO UN TRATAMIENTO DE LUJO INNECESARIO REALIZADO SÓLO EN ESPECIALISTAS, DEBERA EVALUAR LOS -- RESULTADOS DE SUS GRANDES OBTURACIONES CON AMALGAMA.

FRECUENTEMENTE SE TIENEN GRANDES CAVIDADES CLASE II, -- QUE DEBEN SER RESTAURADAS ANTES DE LA EXFOLIACIÓN DEL DIENTE -

Y NOS PREGUNTAMOS SI ELLO SE HUBIERA EVITADO CON LA COLORACIÓN DESDE UN PRINCIPIO DE UNA CORONA.

EL TEJIDO PERIODONTAL DEBE ESTAR SANO, ES NECESARIO QUE EN LOS DIENTES PRIMARIOS EXISTA SUFICIENTE TEJIDO RADICULAR Y QUE POR LO MENOS LA MITAD DE LA RAÍZ NO SE HAYA ABSORVIDO. SE NECESITA UNA RADIOGRAFÍA PARA DETERMINARLO.

EN ODONTOLOGÍA INFANTIL, ESTAS CORONAS ESTÁN INDICADAS PARA:

1.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS PERMANENTES JOVENES QUE PRESENTEN CARIES EXTENSAS POR LA ACCION DE LA CARIES.

2.- RESTAURAR MOLARES PRIMARIOS CON CARIES QUE INCLUYEN DOS O MÁS CÚSPIDES. EN ESTE CASO, LA REDUCCION O LA PREPARACION DEL DIENTE ES MENOR QUE LA REQUERIDA POR UNA AMALGAMA.

3.- REATAURAR MOLARES PRIMARIOS QUE HAN SIDO SOMETIDOS A TRATAMIENTO PULPAR. ESTOS DIENTES TIENDEN A VOLVERSE MÁS FRÁGILES, DEBIDO A LA DESHIDRATACION QUE SUFREN Y POR LO TANTO, LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREVIENE SU POSIBLE FRACTURA.

4.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS EXCESIVAMENTE DESTRUIDOS POR EL ATAQUE DE CARIES RAMPANTE.

5.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS Y DIENTES PERMANENTES JOVENES DE HIPOPLASIA.

6.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES JÓVENES CON ANOMALÍAS HEREDITARIAS, TALES COMO DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA O AMELOGÉNESIS IMPERFECTA.

7.- RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS, PERMANENTES JÓVENES EN NIÑOS CON DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES CUANDO EL FACTOR

HIGIENE BUCAL ES PRIMORDIAL.

8.- COMO UNA RESTAURACIÓN INTERMEDIA O DE EMERGENCIA --
EN EL TRATAMIENTO DE DIENTES ANTERIORES FRACTURADOS.

9.- COMO SOPORTE PARA APARATOS FIJOS.

CORONAS DE ACERO-CROMO PARA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS.

1.- PREPARACION DEL DIENTE.

LA FINALIDAD DE LA REDUCCIÓN DEL DIENTE ES PROPORCIONAR SUFICIENTE ESPACIO PARA LA CORONA DE ACERO, REMOVER LA CARIES Y DEJAR UNA ESTRUCTURA DENTARIA SUFICIENTE PARA LA RETENCIÓN DE CORONA, ES NECESARIO REBAJAR EN DISTAL Y MESIAL PARA ABRIR-LOS CONTACTOS INTERPROXIMALES, NO DEBERA QUEDAR HOMBRO EN EL BORDE GINGIVAL; EL BISEL SE IRÁ FORMANDO EN LA ESTRUCTURA DEL DIENTE HACIA APICAL EN EL BORDE GINGIVAL LIBRE.

SE REQUIERE LA REDUCCIÓN DE INCISAL PARA EVITAR QUE EL DIENTE SE OBSERVE ALARGADO.

LA REDUCCIÓN DEL DIENTE NO DEBE DESTRUIR LA ZONA ANATOMICA DE ESTRANGULACIÓN QUE NOS SERVIRA DE RETENCIÓN MECÁNICA; PALATINA ES NECESARIA CUANDO LA MORDIDA SUPERIOR ES COMPLETA, DE MANERA QUE LOS INCISIVOS INFERIORES ESTAN EN CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

CON UNA PIEDRA DE DIAMANTE SE DESGASTARAN DE MANERA UNIFORME APROXIMADAMENTE 1 MM. CUANDO LA MORDIDA SUPERIOR ES INCOMPLETA O ABIERTA Y HAY INDICACIONES QUE NO HA DE CERRARSE, NO DEBE REDUCIRSE LA SUPERFICIE PALATINA; EL ESTRANGULAMIENTO-

HACIA EL BORDE GINGIVAL SE USA PARA RETENCIÓN. POR ESTE MOTIVO LA ÚNICA REDUCCIÓN DEL DIENTE SE HARÁ EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR, ES LA NECESARIA GENERALMENTE PARA QUITAR EL TEJIDO CARIADO, CONVIENE UNA FRESA NO. 169L, PARA LA MÍNIMA PREPARACIÓN -- QUE SE NECESITA EN ESTE CASO. EN LAS SUPERFICIES MAS PROFUNDAS DE LA PREPARACIÓN SE COLOCA UNA BASE PROTECTORA PULPAR, LA SELECCIÓN DE LA CORONA Y SU RECORTADO SE HACEN DE LA MISMA MANERA QUE PARA LAS CORONAS POSTERIORES.

LA CORONA DE ACERO CROMO PARA DIENTES ANTERIORES, PUEDE SER CERRADA O CON CARILLA ABIERTA; ESTA ÚLTIMA RESULTA MÁS ESTÉTICA. EN ESTE CASO SE ADAPTARÁ LA CORONA HASTA EL PUNTO DEL CEMENTADO ANTES DE QUITAR LA SUPERFICIE VESTIBULAR DE LA MISMA LAS PEQUEÑAS DIMENSIONES DE LA CORONA DE ACERO ANTERIOR HACEN QUE SEA MÁS DIFÍCIL DE MANIPULAR, DEBE SER TRATADA CON CUIDADO PARA EVITAR UNA DEFORMACIÓN INDESEABLE, MIENTRAS SE CORTA Y CONFECIONA LA CARA VESTIBULAR, ESTA SE PREPARA MEJOR CON UNA FRESA DE ALTA VELOCIDAD FUERA DE LA BOCA, DEJANDO POR LO MENOS -- UN CUELLO VESTIBULAR DE 2 MM. EN EL BORDE GINGIVAL, LA CORONA ABIERTA SE COLOCA EN EL DIENTE Y SE BRUÑEN LOS BORDES VESTIBULARES CON UN CONDENSADOR DE AMALGAMA CONTRA TODA LA ESTRUCTURA SANA DEL DIENTE, SE RETIRA LA CORONA, SE PULE Y SE CEMENTA, -- PUEDE USARSE RESINA COMPUESTA PARA RELLENAR CUALQUIER DEFECTO DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR.

RECORDAR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

1.- LA PREPARACIÓN INCISAL DEBE DEJAR UN ESPACIO LIBRE-- POR LO MENOS DE 1 MM. EN RELACIÓN CON EL DIENTE OPUESTO (FIGURA 6-8).

2.- LOS PUNTOS DE CONTACTO SE DEBEN ELIMINAR Y HAY QUE SER CUIDADOSOS A FIN DE EVITAR LA PRESENCIA DE ESCALONES PROXIMALES (FIGURA 6-9).

3.- TODOS LOS ÁNGULOS Y ESQUINAS DE LA PREPARACIÓN DEBEN SER REDONDEADOS. SI NO SE PRESTA ATENCIÓN A ESTA PARTE DE LA PREPARACIÓN, SERA DIFICIL ASENTAR LA CORONA EN LA POSICIÓN APROPIADA.

4.- ES NECESARIO REDUCIR LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y -- LINGUAL, ESTO PERMITE UNA ADAPTACIÓN MÁS FACIL DE LA CORONA.

5.- UNA VEZ QUE SE HA ESTABLECIDO LA LONGITUD DE LA CORONA, LA CUAL DEBE ESTAR POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL, DEBE SER CONTORNEADA, EN ESTE MOMENTO LA CORONA ABRAZA LAS ÁREAS -- DE RETENCIÓN LOCALIZADAS POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL DE -- LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL.

6.- SE DEBE PULIR EL MARGEN GINGIVAL DE LA CORONA PARA EVITAR IRRITACIÓN GINGIVAL.

7.- LLEVAR LA CORONA A POSICIÓN, PRIMERO DESDE LINGUAL LUEGO HACIA VESTIBULAR CON EL FIN DE DESLIZARLA SOBRE LA ALTURA DE CONTORNO MAXIMO DEL DIENTE Y AL MISMO TIEMPO PERMITIR -- UNA ADAPTACIÓN PERFECTA DE LA MISMA.

8.- TODOS LOS EXCESOS DE CEMENTO DEBEN SER REMOVIDOS -- UTILIZANDO UN EXPLORADOR Y SEDA DENTAL PARA LIMPIAR EL ÁREA -- GINGIVAL Y LAS ÁREAS INTERPROXIMALES. (LOS PUNTOS ANTES MENCIONADOS TAMBIEN SON VALIDOS PARA LAS CORONAS DE ACERO PARA DIENTES POSTERIORES).

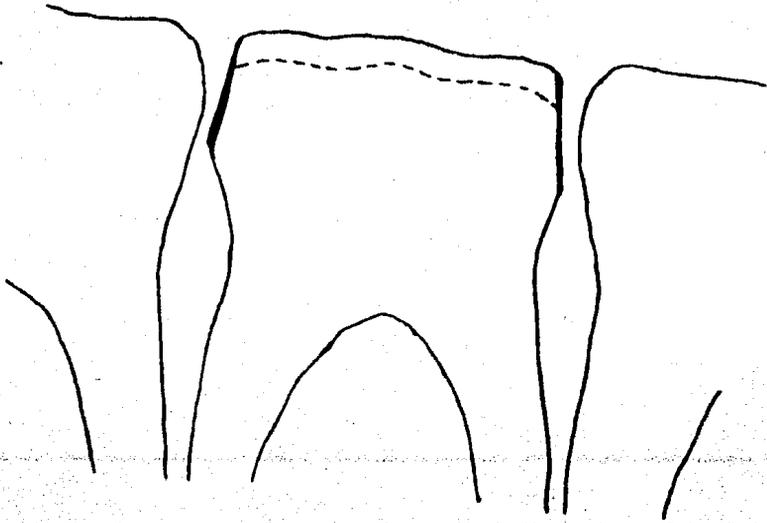


FIG. № 6-8

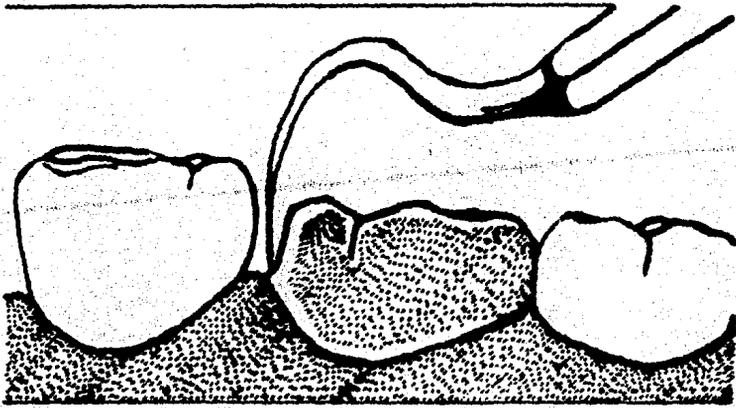


FIG. № 6-9

CORONAS DE POLICARBONATO.

DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA POPULARIZADO EL USO DE CORONAS DE POLICARBONATO, EN VEZ DE LAS CORONAS DE ACERO INOXIDABLE, PARA LOS DIENTES ANTERIORES DE LA PRIMERA DENTICIÓN. -- LAS RESTAURACIONES DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN SE HAN LLEVADO A CABO DURANTE MUCHOS AÑOS, UTILIZANDO AMALGAMA -- Y MATERIALES DE OBTURACION DE ACRÍLICO, ASI COMO CEMENTOS DE -- SILICATOS PARA LAS PREPARACIONES DE CLASE III ORDINARIAS.

SI LOS DIENTES ESTABAN DEMASIADO DESTRUIDOS PARA SER -- RECONSTRUIDOS CON ESTOS MATERIALES, SE EMPLEABAN CORONAS DE -- ACERO INOXIDABLE ANTERIORES PARA SU RESTAURACIÓN. ESTAS DE -- UTILIZABAN COMPUESTOS O CON SUPERFICIE VESTIBULAR CORTADA Y -- RESTAURADA CON UN MATERIAL DE OBTURACIÓN DE ACRÍLICO, OBTENIENDO ASI UNA RESTAURACIÓN MÁS ESTÉTICA.

EN OCASIONES SE UTILIZABAN BANDAS DE ORTODONCIA PARA RESTAURAR DIENTES MUY DESTRUIDOS.

LAS CORONAS ANTERIORES DE POLICARBONATO PARA DIENTES- PRIMARIOS HECHAS DE ESTE MATERIAL SON MÁS ESTÉTICAS, DE ANATOMÍA ACEPTABLE, DURABLES Y A LA VEZ SON UN BUEN MATERIAL PARA RESTAURAR DIENTES PRIMARIOS, CON CARIES EXTENSAS, (EN DIENTES PERMANENTES SE UTILIZABAN COMO PROVISIONALES).

A PESAR DE QUE ESTE TIPO DE CORONAS REQUIERE UNA EXTENSA PREPARACIÓN DE DIENTES, EL RESULTADO ES UNA CORONA ESTÉTICA QUE SE PUEDE COLOCAR EN UNA CITA, SIN LA NECESIDAD DE -- TRABAJO DE LABORATORIO.

ACTUALMENTE CON EL PERFECCIONAMIENTO DE LAS CORONAS DE-POLICARBONATO CONTAMOS CON OTRO MÉTODO PARA LA RESTAURACIÓN DE DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES DESTRUIDOS. LA VENTAJA PRINCIPAL-DE ESTA CORONA SOBRE LAS OTRAS ES SU APARIENCIA EN LA RESTAURA-CIÓN DE DIENTES ANTERIORES EN NIÑOS. LA CONSERVACIÓN Y EL MEJO-RAMIENTO DE LA ESTÉTICA ES MUY IMPORTANTE YA QUE LOS NIÑOS DE-SEAN SER IGUALES A LOS DEMAS Y EVITAR EL RIDICULO Y LAS CRÍTI-CAS DE LOS PADRES. CUANDO ESAS CRÍTICAS SE DIRIGEN A LOS DIEN-TES PUEDEN SER PSÍCOLOGICAMENTE TRAUMÁTICAS. UN NIÑO DE CIERTA EDAD NO PODRÁ EXPRESAR SUS DESEOS DE LOGRAR UNA SONRISA ESTÉTI-CA, EL PEQUEÑO CON EDAD PRE-ESCOLAR NO TIENE LA FACULTAD DE --HACERLO, POR LO LIMITADO DE SU VOCABULARIO Y LA ENORME INFLUEN-CIA QUE LOS PADRES EJERCEN SOBRE ÉL A ESA EDAD. POR ESTE MOTI-VO LA PREPARACIÓN ESTÉTICA DE LOS INCISIVOS PRIMARIOS HAN SIDO TO-TALMENTE FAVORABLE.

CORONA ANTERIOR.

LA SEVERA DESTRUCCIÓN, LA LONGEVIDAD QUE SE PREVEE PARA EL DIENTE Y EL DESEO DE LOS PADRES DE SALVAR EL DIENTE JUSTIFI-CAN EL EMPLEO DE CORONAS EN DIENTES ANTERIORES. LOS INCISIVOS PRIMA-RIOS, CON PERDIDA DE LOS ÁNGULOS INCISALES MESIAL Y DISTAL, LE-SIONES CIRCUNFERENCIALES DE LA CLASE V, LOS DIENTES QUE PRESEN-TAN SINDROME DE MAMILA, DIENTES MAL FORMADOS POR EJEMPLO HIPO-PLASIA DEL ESMALTE, DIENTES FRACTURADOS, NECESIDAD DE CUBRIR -TOTALMENTE EL DIENTE DESPUÉS DE UNA PULPOTOMIA O PULPECTOMIA Y DIENTES ANTERIORES MANCHADOS. LA INDICACIÓN MAS FRECUENTE ES -UN NIÑO CON CARIES AVANZADA, ESTO SE VE CON FRECUENCIA EN LOS-NIÑOS QUE UTILIZAN EL BIBERÓN LARGO TIEMPO, LA CORONA DE POLI-

CARBONATO ES UNA CORONA YA LISTA DEL COLOR DEL DIENTE, CUYAS DIMENSIONES SE APROXIMAN A LAS DEL DIENTE QUE VA A REEMPLAZAR, ES MÁS ESTÉTICA QUE LA DE ACERO INOXIDABLE, ESTAS CORONAS SE ADQUIEREN EN DIFERENTES TAMAÑOS Y SON HUECAS, LO QUE FACILITA SU ADAPTACIÓN Y LA CEMENTACIÓN.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

PARA LA UTILIZACIÓN DE LA CORONA DE POLICARBONATO NECESITAMOS CIERTOS INSTRUMENTOS.

- 1).- FRESA 169L o 69L Y No. 34.
- 2).- PEQUEÑA RUEDA DE DIAMANTE.
- 3).- CORONA DE POLICARBONATO.
- 4).- TIJERAS PARA RECORTAR LA CORONA.
- 5).- LOZETA DE VIDRIO Y ESPÁTULA DE CEMENTO.
- 6).- CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.
- 7).- RESINA DE ACRILICO PARA OBTURACIONES ANTERIORES, (O EN ALGUNAS OCASIONES SE UTILIZA ACRÍLICO RÁPIDO).

LAS CORONAS PARA LOS 6 DIENTES ANTERIORES SUPERIORES HACEN DE UN SOLO COLOR, ESTAN MARCADOS DE DERECHA A IZQUIERDA, LA SELECCIÓN QUE OFRECE UNA CASA COMERCIAL PRESENTA SEIS TAMAÑOS PARA CADA DIENTE, LAS CORONAS ESTAN MARCADAS EN MM.

ELIMINACION DE CARIES Y PROTECCION PULPAR.

ANTES DE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE PARA LA CORONA, LA CARIES DEBERÁ SER ELIMINADA PARA DETERMINAR SI EXISTE COMUNICACIÓN PULPAR, SI ESTA INDICADO EL TRATAMIENTO PULPAR, DEBERA SER LLEVADO A CABO ANTES DE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE Y COLOCA

CIÓN DE LA CORONA, SI LA PULPA NO ESTA EXPUESTA A LAS ÁREAS-
MÁS PROFUNDAS DE DENTINA EXPUESTA DEBERÁN SER CUBIERTAS CON -
UNA BASE DE HIDRÓXIDO DE CALCIO ANTES DE PREPARAR EL DIENTE.

PASOS PARA LA PREPARACION DE UN DIENTE PRIMARIO ANTERIOR A UNA CORONA.

- 1).- ANESTESIA LOCAL (AÚN CUANDO SE TRATE DE UN DIENTE
DESVITALIZADO, POR EL TRAUMA QUE PUEDEN EXPERIMEN--
TAR LOS TEJIDOS BLANDOS).
- 2).- SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE CORONA APROPIADA.
- 3).- ELIMINACIÓN DE CRIES.
- 4).- COLOCACIÓN DE PROTECTORES PULPARES.
- 5).- PREPARACIÓN DEL DIENTE.
- 6).- ADAPTACIÓN DE LA CORONA, REVISANDO CUIDADOSAMENTE
EL AJUSTE CERVICAL.
- 7).- RASPADO DEL INTERIOR DE LA CORONA (PARA UNA MEJOR
ADHERENCIA AL CEMENTO).
- 8).- CEMENTADO DE LA CORONA.
- 9).- TERMINADO DE MÁRGENES CERVICALES.

SE DEBEN DE ELIMINAR LOS PUNTOS DE CONTACTO, ES POSI--
BLE QUE EN ALGUNOS CASOS HAYA NECESIDAD DE TALLAR EL CONTACTO
PROXIMAL A LA PAR QUE HACER UNA LIGERA REDUCCIÓN VESTIBULAR -
E INCISAL EN LOS DIENTES PRIMARIOS, ESTO DEPENDE DE LA CANTI-
DAD DE ESPACIO QUE EXISTA ENTRE LOS DIENTES PRIMARIOS ANTERIO-
RES.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO SE REQUIERE UN TALLADO -
ADICIONAL. SI EL TEJIDO MUESTRA SEÑAS DE ISQUEMIA, ESTO INDI-

CA QUE LA CORONA ESTA UN POCO SOBRE EXTENDIDA, POR LO TANTO ES NECESARIO REDUCIR EL MARGEN GINGIVAL, SIGUIENDO EL CONTORNO -- GINGIVAL ORIGINAL.

LA SELECCIÓN DE LA CORONA DE POLICARBONATO, ESENCIAL-- MENTE DEBE SER DEL MISMO TAMAÑO DEL DIÁMETRO MESIODISTAL DEL - DIENTE QUE SE DESEA RESTAURAR, PROBANDO VARIOS DE LOS DIVERSOS TAMAÑOS HASTA ENCONTRAR LA QUE SE ADAPTE MEJOR AL DIENTE. LA - CORONA ELEGIDA DEBE SER LO MÁS PARECIDA AL DIENTE COMO ESTABA-- ANTERIORMENTE. SI EXISTE UN DIASTEMA NATURAL, NO DEBEMOS ESCO-- GER UNA CORONA QUE OBLITERE ESTE ESPACIO.

PREPARACION DEL DIENTE.

EXISTEN VARIAS TÉCNICAS PARA LLEVAR A CABO LA PREPARA-- CIÓN DEL DIENTE. SI SE ENCUENTRA INTACTO EN LA REGIÓN CERVICAL EL DENTISTA PUEDE PREPARAR EL DIENTE COMO PARA UNA CORONA FUN-- DA SIN HOMBRO, SIMILAR A LA PREPARACIÓN UTILIZADA PARA COLOCAR UNA CORONA DE ACERO. SIN EMBARGO, CON FRECUENCIA, LA CARIES HA CREADO UN HOMBRO EN LA REGIÓN CERVICAL ABAJO DE LA ENCIA Y CER-- CA DE LA SUPERFICIE RADICULAR. SI ESTE ES EL CASO, LA PREPARA-- CIÓN PODRÁ TENER HOMBRO EN LA REGIÓN CERVICAL, EL HOMBRO ALTE-- RA LA ADAPTACIÓN DE LA CORONA.

PREPARACION SIN HOMBRO.

- 1.- ELIMINACIÓN DE CARIES Y PROTECCIÓN PULPAR.
- 2.- REDUCCIÓN DE LAS SUPERFICIES PROXIMALES MESIAL Y - DISTAL ABAJO DE LA ENCIA, PROCURANDO NO CREAR UN - HOMBRO CON LA FRESA 69L.
- 3.- REDUCCIÓN DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR APROXIMADA-- MENTE 0.5 MM. O MENOS.

- 4.- REDUCCIÓN DEL BORDE INCISAL APROXIMADAMENTE 1 MM.
- 5.- REDUCCIÓN DE LA SUPERFICIE LINGUAL APROXIMADAMENTE 0.5 MM.
- 6.- CREACIÓN DE UNA ZONA RETENTIVA ALREDEDOR DE TODO EL DIENTE.

PREPARACION CON HOMBRO.

SI LA CARIES HA AFECTADO AL DIENTE POR DEBAJO DE LA ENCÍA Y EXISTE UN ESCALÓN DEBEMOS MODIFICAR EL PROCEDIENDO DE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE PARA COMPENSAR ESTE DEFECTO, SE PREPARA LA PORCIÓN RESTANTE DEL DIENTE COMO SI FUERA UNA PREPARACIÓN SIN HOMBRO, EN ALGUNOS CASOS SERÁ NECESARIO PREPARAR EL DIENTE CON HOMBRO COMPLETO.

CEMENTADO.

HAY DOS FORMAS EN QUE PUEDE SER CEMENTADA LA CORONA; - CEMENTADO CON FOSFATO DE ZINC, Y CON RESINA COMPUESTA.

PROBLEMAS DE CORONAS DE POLICARBONATO.

ROTURA,

LA ROTURA SUELE PRODUCIRSE COMO FRACTURA VESTIBULOLINGUAL, PUEDE EVITARSE SI LOS MÁRGENES NO SE FESTONEAN CON PINZAS NI SE CORTAN CON TIJERAS, TAMBIEN SE CONSIDERA QUE EL TIPO EXCURSIVO Y RECONTORNEADO MÍNIMO EXTERIOR DE LA CORONA AYUDA A REDUCIR LA FRACTURA.

DESGASTE.

LOS DIENTES PRIMARIOS SUSLEN SUFRIR ATRICCIÓN CON EL -

PASO DEL TIEMPO, POR LO TANTO ES NATURAL ESPERAR QUE SE PRODUZCA DESGASTE EN LAS PORCIONES INCISIVAS DE LAS RESTAURACIONES DE CORONA DE POLICARBONATO, ESTE DESGASTE PUEDE LLEVAR A FRACASOS TEMPRANOS DE LA CORONA SI SE REALIZO INICIALMENTE DE FORMA MAYOR QUE MENOR, O SI LA CORONA ENCUENTRA INTERFERENCIA EN LOS CANINOS EXCURSIVOS, SI EL NIÑO PRESENTA DESGASTE INICIAL NOTABLE ES DIFICIL OBTENER RESULTADOS ACEPTABLES USANDO LA CORONA DE POLICARBONATO Y OCURRE CASI SISTEMATICAMENTE FRACASO INICIAL Y TEMPRANO. POR ESTO UNA RESTAURACION DE RESINA-COMPUESTA Y CONTORNEADA Y A MEDIDA SUELE SER LA SOLUCIÓN ESTÉTICA OPTIMA PARA DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES QUE ESTAN ABRASIONADOS EN GRADO MAYOR QUE LO NORMAL.

MALA RETENCION.

LA RETENCIÓN DE LA CORONA PUEDE FAVORECERSE SI SE PREPARA EL DIENTE PARA APROXIMARSE BASTANTE A LA FORMA INTERNA DE LA CORONA DE POLICARBONATO Y SI SE INCORPORA A LA PREPARACIÓN UN SURCO RETENTIVO, SI SE HA PERDIDO UNA PARTE APRECIABLE DEL DIENTE COMO RESULTADO DE CARIES O TRAUMATISMO LA CONSTRUCCIÓN ACRÍLICA DEL INTERIOR DE LA CORONA AYUDA A LA RETENCIÓN, LA CORONA CEMENTADA DEBERÁ PERMITIR LIBERTAD DE LOS CAMINOS EXCURSIVOS, POR LO TANTO SUELE SER DIFICIL USAR ESTAS CORONAS EN CASOS DE SOBREMORDIDA PROFUNDA.

IRRITACION GINGIVAL.

COMO EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS DEBERÁ LLEVARSE CUIDADO AL REDUCIR LA LESION DE LOS TEJIDOS BLANDOS-DURANTE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE, LA REACCIÓN GINGIVAL A LA-

RESTAURACIÓN DE CORONA DE POLICARBONATO SUELE SER MUY FAVORABLE, SIN EMBARGO DURANTE LA PREPARACION DEL DIENTE ADYACENTE ES MUY FÁCIL SEPARAR LA PAPILA VESTIBULAR DE SU INSERCIÓN SUBYACENTE, DESPUÉS DE UNA LESION DE ESTE TIPO, SUELE PERSISTIR LA INFLAMACIÓN DESPUES DE CEMENTADA.

ES MEJOR SIEMPRE DETERMINAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL ANTES DE INICIAR LA PREPARACIÓN DEL DIENTE Y SI ES POSIBLE, NO PENETRAR EN LA INSERCIÓN GINGIVAL.

EN ESTUDIOS HAN DEMOSTRADO QUE LA PROFUNDIDAD DEL SURCO DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES VARIA DE 0.5 A 3.1 MM., EN NIÑOS DE TRES A SEIS AÑOS DE EDAD, POR LO QUE, LA PROFUNDIDAD PERMISIBLE DE MARGINACIÓN CORONARIA VARIA DE UN DIENTE A OTRO.

CONCLUSIONES.

EL OBJETO PRINCIPAL DE LA CORONA DE POLICARBONATO A DIFERENCIA DE OTROS METODOS, ES LA RESTAURACIÓN TOTAL DEL DIENTE, CON RESULTADOS ESTÉTICOS, ESTO PUEDE LOGRARSE CON LA CORONA, AUNQUE EXISTA UN SOLO COLOR, EN OCASIONES CUANDO NO EXISTE SUFICIENTE ESTRUCTURA DENTARIA PARA SOSTENER LA CORONA EN SU LUGAR, ES NECESARIO UTILIZAR UNA CORONA DE ACERO QUE PROPORCIONE MAYOR RETENCIÓN, SI SE REQUIERE UTILIZAR UNA CORONA DE POLICARBONATO EN UN DIENTE INFERIOR, DEBEMOS UTILIZAR UNA DE LAS CORONAS SUPERIORES Y ADAPTARLA PARA AJUSTARSE A LOS DIENTES INFERIORES. ESTO NO SIEMPRE DA LA SOLUCIÓN, YA QUE ALGUNOS DIENTES INFERIORES SON DEMASIADO PEQUEÑOS, GENE--

RALMENTE LA CORONA DE POLICARBONATO ES UNA RESTAURACIÓN ÚTIL.

CORONAS DE CELULOIDE PARA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS

LAS LESIONES CARIOSAS Y ANORMALES DE LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN HOY EN DIA SON RESTAURADAS CON LA FINALIDAD DE DEVOLVER SU FUNCIÓN Y AL MISMO TIEMPO SU ESTÉTICA, ESTO ES UN OBJETIVO IMPORTANTE EN LA ODONTOPEDIATRÍA MODERNA.

ACTUALMENTE, EN MUCHOS CASOS COMO SON: LA CARIES RAM--
PANTE O IRRESTRICTA, EL SINDROME DE MAMILA O FRACTURAS, SE --
JUSTIFICA SU TRATAMIENTO.

UNO DE LOS MAS RECIENTES PROCEDIMIENTOS ESTETICOS PARA LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS CON CA---
RIES AMPLIAS, FRACTURAS O DEFECTOS DEL ESMALTE SON LAS CORO--
NAS PREFORMADAS DE CELULOIDE, UTILIZANDO LAS RESINAS COMPUES-
TAS.

APROVECHANDO LAS TÉCNICAS MODERNAS QUE SE HAN DESARRO-
LLADO EN FORMA SOBRESALIENTE COMO SON EL GRABADO DEL ESMALTE-
Y LOS MATERIALES RESTAURATIVOS A BASE DE RESINAS COMPUESTAS -
SE HA ORIGINADO LA CORONA REMOVIBLE TRANSPARENTE, OBTENIENDO-
SE UNA ESTÉTICA ÓPTIMA, RETENCIÓN Y CORTO TIEMPO DE TRABAJO.

PREPARACION DEL DIENTE.

ES RECOMENDABLE LIMPIAR LAS SUPERFICIES DEL DIENTE CON UNA PASTA PARA PROFILAXIS NO FLUORADA.

- 1).- LAS SUPERFICIES MESIAL Y DISTAL SE DESGASTAN CON-
UNA FRESA DE DIAMANTE DE FLAMA LARGA, EL DESGASTE
DEBERA SER DIVERGENTE HACIA INCISAL, TRATANDO DE-

NO FORMAR NINGÚN TIPO DE ESCALON, LA REDUCCIÓN EXTENSIVA ES INNECESARIA.

- 2).-EL DESGASTE INCISAL QUE DEBE SER APROXIMADAMENTE DE 1 MM. PUEDE SER DESGASTADA CON UNA FRESA CILINDRICA DE DIAMANTE Y TODAS LAS ZONAS EN DONDE SE ENCUENTREN CARIES, SE REMUEVEN CON UNA FRESA DE BOLA DE CARBURO O CON UNA CUCHARILLA, POSTERIORMENTE SE RECUBRE CON HIDRÓXIDO DE CALCIO.
- 3).-UN PEQUEÑO DESGASTE PUEDE SER REALIZADO EN EL TERCIO GINGIVAL DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR USANDO UN CONO INVERTIDO O UNA FRESA DE PERA DE CARBURO CON UNA ANGULACIÓN DE 45° CON EL OBJETO DE DAR MAYOR RETENCIÓN MECÁNICA.

GRABADO DE ESMALTE.

- 1).-EL ÁCIDO FOSFÓRICO PARA EL GRABADO DEL ESMALTE PUEDE UTILIZARSE EN FORMA DE GEL, SEMIGEL O LÍQUIDA APLICÁNDOLO EN TODAS LAS SUPERFICIES DEL ESMALTE POR UN PERÍODO APROXIMADO DE DOS MINUTOS.
- 2).-SE LAVA Y SE SECA OBSERVANDO EL ESMALTE UNIFORMEMENTE BLANQUECINO.

SELECCION Y AJUSTE DE LA CORONA.

- 1).-SELECCIONANDO EL TAMAÑO APROPIADO DE LA CORONA PARA NUESTRA PREPARACIÓN, ELIMINAMOS EL EXCESO DE MATERIAL, RECORTANDO EL MARGEN GINGIVAL CON UNA TIJERA CURVA.
- 2).-ADAPTACIÓN DE LA CORONA A NUESTRA PREPARACIÓN. LA-

CORONA PREFORMADA DEBERA ESTAR 1 MM. DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL.

- 3).- UTILIZANDO UNA FRESA DE BOLA DE CARBURO, EFECTUAMOS UNA PERFORACIÓN EN EL CENTRO DE LA SUPERFICIE PALATINA DE LA CORONA, ESTO TIENE COMO VENTAJA -- EVITAR LA FORMACIÓN DE BURBUJAS DE AIRE EN EL MATERIAL DE OBTURACIÓN QUE ES LA RESINA COMPUESTA -- Y PREVENIR LA DISTORSIÓN DE LA CORONA DE CELULOIDE DURANTE SU CEMENTADO.
- 4).- MEZCLANDO EL MATERIAL DE RESINA COMPUESTA Y DE -- ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE SE INTRODUCIRÁ EN LA CORONA DE CELULOIDE EVITANDO ASIMISMO LA FORMACIÓN DE BURBUJAS DE AIRE.
- 5).- LLEVANDO LA CORONA DE CELULOIDE CON LA RESINA COMPUESTA A NUESTRA PREPARACIÓN, RECORDANDO INTRODUCIRLA 1 MM. POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL, SE -- CHECA LA OCLUSIÓN, YA QUE DEBIDO A LO BLANDO DEL MATERIAL TANTO DE LA CORONA COMO DEL COMPOSITO -- SE ESTABLECERÁ LA MORDIDA PROPIA DEL PACIENTE.
- 6).- USANDO UN EXPLORADOR O UNA CUCHARILLA SE REMUEVE EL EXCESO DE MATERIAL QUE SE ENCUENTRE ALREDEDOR DEL MARGEN CERVICAL.
- 7).- SE DESGASTA EL EXCESO DE COMPOSITO EN LA SUPERFICIE PALATINA DE LA CORONA DE CELULOIDE.
- 8).- CON UN EXPLORADOR O EXCAVADOR SE REMUEVE LA PORCIÓN REMANENTE DE LA CORONA PREFORMADA DE CELULOIDE.

TERMINADO:

SI EL TAMAÑO DE LA CORONA DE CELULOIDE FUE SELECCIONADA Y ADAPTADA EN FORMA ADECUADA, NO REQUERIRÁ DE NINGUN TIPO DE PULIDO.

NUEVE CONSIDERACIONES IMPORTANTES PARA EL ÉXITO DE -- LAS RESTAURACIONES CON CORONAS PREFORMADAS DE CELULOIDE Y RESINA COMPUESTA.

- 1.- LIMPIAR EL DIENTE PREVIO A LA PREPARACIÓN CON UNAPASTA PARA PROFILAXIS QUE NO CONTENGAN FLUOR.
- 2.- REDUCCIÓN MINIMA DE LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES E INCISAL CON EL OBJETO DE PRESERVAR EL ASPECTO NATURAL DEL DIENTE DENTRO DE LO POSIBLE Y PROTEGER A LA PULPA.
- 3.- NO SE REQUIERE DESGASTE EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR EXCEPTO PARA LA RETENCIÓN EN EL MARGEN CERVICAL.
- 4.- REALIZAR EL GRABADO DEL ESMALTE CON ÁCIDO FOSFÓRICO POR LO MENOS DOS MINUTOS.
- 5.- SELECCIONAR EN FORMA CUIDADOSA EL TAMAÑO DE LA CORONA CELULOIDE PARA OBTENER LA ARMONIA CON LOS DEMÁS DIENTES DE LA ARCADA.
- 6.- PERFORAR LA CORONA POR LA PARTE PALATINA PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE BURBUJAS DE AIRE.
- 7.- MEZCLAR CORRECTAMENTE EL MATERIAL COMPOSITO APROVECHANDO LAS BUENAS CUALIDADES DE ÉSTE.
- 8.- AJUSTAR LA CORONA IMM POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL Y CHECAR LA OCLUSIÓN.

9.- NO PULIR LA CORONA DE COMPOSITO EN LA SUPERFICIE -
LABIAL CON EL OBJETO DE MANTENER SU RESISTENCIA Y-
BRILLO.

RESTAURACIONES EN DIENTES POSTERIORES PRIMARIOS.

EN DIENTES POSTERIORES PRIMARIOS LAS RESTAURACIONES --
MAS UTILIZADAS SON: LA AMALGAMA DE PLATA Y LAS CORONAS DE ACE
RO-CROMO.

AMALGAMA.

UNA AMALGAMA ES UN TIPO ESPECIAL DE ALEACIÓN EN LA QUE
UNA DE SUS COMPONENTES ES EL MERCURIO, POR CUANTO ES UN METAL
LÍQUIDO A LA TEMPERATURA AMBIENTE PUEDE ALEARSE CON OTROS ME-
TALES QUE ESTAN EN ESTADO SÓLIDO, ESTE PROCESO DE ALEACIÓN SE
CONOCE CON EL NOMBRE DE AMALGAMACIÓN.

EL MERCURIO SE COMBINA CON MUCHOS METALES, PERO DESDE-
EL PUNTO DE VISTA DENTAL, LA UNIÓN QUE MAS INTERESA ES LA QUE
SE PRODUCE CON UNA ALEACIÓN DE PLATA-ESTAÑO, CON PEQUEÑAS CAN-
TIDADES DE COBRE Y ZINC. TÉCNICAMENTE ESTA ALEACIÓN SE DENOMI-
NA ALEACIÓN PARA AMALGAMA DENTAL.

POR LO COMÚN, LA ALEACIÓN PARA AMALGAMA SE PROVEE AL -
ODONTÓLOGO BAJO LA FORMA DE LIMADURAS, QUE SE OBTIENEN DESGAŞ-
TANDO UN LINGOTE COLADO POR MEDIO DE UN INSTRUMENTO CORTANTE-
EN ALGUNOS CASOS LAS LIMADURAS CON UN PESO DETERMINADO, SE --
PRESENTAN ENVASADAS EN PEQUEÑOS SOBRES PLÁSTICOS, EN OTROS --
LAS CANTIDADES PRE-PESADAS SE PRENSAN Y SE LES DA LA FORMA DE
PASTILLA O DE PÍLDORAS; DE TODOS LOS MATERIALES DENTALES, LA-
AMALGAMA DE PLATA-ESTAÑO-MERCURIO ES LA QUE MÁS SE UTILIZA PA-
RA LA RESTAURACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS PERDIDAS DE LOS DIENTES
SE ESTIMA QUE EL 80% DE TODAS LAS RESTAURACIONES SON DE ESTE-
TIPO DE AMALGAMA, TANTO EN DIENTES PERMANENTES COMO EN DIEN--

TES PRIMARIOS.

LAS RESTAURACIONES DE AMALGAMA PREPARADAS CON ALEACIONES DE GRANO PEQUEÑO SON MAS FACILES DE ADAPTAR A LAS PAREDES DE LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD, TIENEN MAYOR FUERZA HASTA 24 HORAS DESPUES DE SU COLOCACIÓN Y PROPORCIONAN UNA SUPERFICIE MAS LISA Y RESISTENTE A LA CORROSIÓN.

UNA PROPIEDAD ADICIONAL, ESPECIALMENTE VENTAJOSA EN LA PRACTICA DE ODONTOPEDIATRIA, ES EL ENDURECIMIENTO MÁS RÁPIDO DE RESTAURACIONES DE AMALGAMA HECHAS CON ALEACIONES DE GRANO PEQUEÑO, POR SUS PROPIEDADES SUPERIORES DE MANIPULACIÓN, EN AÑOS RECIENTES SE HA INTENSIFICADO EL USO DE ALEACIONES DE GRANO PEQUEÑO.

LOS PASOS A SEGUIR AL MANEJAR EL MATERIAL PUEDEN DIVIDIRSE EN:

- 1.- PROPORCION.
- 2.- TRITURACIÓN.
- 3.- CONDENSACION.
- 4.- TALLADO.
- 5.- PULIDO.

PROPORCION MERCURIO-ALEACION.

PARA QUE TENGA SU MÁXIMA FUERZA, LA OBTURACIÓN DETERMINADA DEBERA CONTENER LA MENOR CANTIDAD DE MERCURIO POSIBLE, SE PRODUCE UNA GRAN PERDIDA DE FUERZA CUANDO EL CONTENIDO EN MERCURIO EXCEDE DE 56% LO IDEAL SERIA EL 50% O MENOS.

ESTO SE PUEDE CONSEGUIR DE DOS MANERAS:

- 1.- COMENZAR CON LA MENOR CANTIDAD DE MERCURIO, EN UNA PORCIÓN PROXIMA DE 1.1 DE MERCURIO EN RELACIÓN CON LA ALEACIÓN. ESTAS PROPORCIONES SE ENCONTRARÁN EN EL COMERCIO, EN FORMA DE CAPSULAS, UN PROBLEMA DE ESTAS ES LA TENDENCIA A UNA INCOMPLETA AMALGAMACIÓN POR EL BAJO CONTENIDO INICIAL DE MERCURIO.
- 2.- COMENZAR CON MÁS MERCURIO QUE ALEACIÓN APROXIMADAMENTE EN UNA PROPORCIÓN DE 8.5. ESTO FACILITA LA COMPLETA AMALGAMACIÓN, SIN EMBARGO, EL EXCESO DE MERCURIO DEBE REMOVERSE ANTES DE LA CONDENSACIÓN Y DURANTE LA MISMA PARA QUE LA PROPORCIÓN FINAL VUEVA A ESTAR LO MÁS CERCA POSIBLE DE 1.1.

TRITURACIÓN.

ES LA MEZCLA DE MERCURIO CON LA ALEACIÓN, LA VARIACIÓN IMPORTANTE ES EL TIEMPO DE TRITURACIÓN QUE DETERMINA.

- A).- LA INTEGRIDAD DE LA MUESTRA.
- B).- LA FUERZA.
- C).- LA EXPANSIÓN.

LA TRITURACIÓN INSUFICIENTE DISMINUYE LA INTEGRIDAD DE LA MEZCLA Y SU FUERZA; AUMENTA LA CONTRACCIÓN DE LA AMALGAMA - HAY QUE RECORDAR QUE EL USO DE CONDENSADORES MECANICOS A ALTA VELOCIDAD PROLONGARA EFECTIVAMENTE EL TIEMPO DE TRITURACIÓN.

LA TRITURACIÓN PUEDE EFECTUARSE A MANO USANDO UN MORTE RO O MECANICAMENTE; SE PREFERE EL ÚLTIMO METODO POR SU CONVENIENCIA Y POR SUS RESULTADOS ESTANDARIZADOS.

CONDENSACION:

LA FINALIDAD DE LA CONDENSACIÓN ES ADAPTAR LA AMALGAMA LO MAS POSIBLE, A LAS PAREDES DE LA CAVIDAD Y LLEVAR AL MISMO TIEMPO A LA SUPERFICIE EL EXCEDENTE DE MERCURIO, SE LLENA DE LIBERADAMENTE DE MAS LA CAVIDAD PARA PODER QUITAR POR MEDIO - DE CINCELADOR LA CAPA SUPERFICIAL RICA EN MERCURIO, SE LLENARAN PRIMERO LAS PARTES MENOS ACCESIBLES DE LA PREPARACIÓN, -- PARA QUE SE PRODUZCA TOTALMENTE LA CONDENSACIÓN DE ESTAS ZONAS.

A MEDIDA QUE SE VA AGREGANDO MATERIAL, DEBE SER PERFECTAMENTE CONDENSADO ANTES DE UN NUEVO INCREMENTO PARA ASEGURAR EL GRADO MINIMO DE CONTENIDO DE MERCURIO RESIDUAL.

EL TAMAÑO Y FORMA DE LOS CONDENSADORES DEBEN CONFORMAR LA PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD, SE RECOMIENDA CONDENSADORES DE EXTREMO REDONDEADOS SI LOS ÁNGULOS DE LA LINEA EXTERNA DE LAS PREPARACIONES DE LA CLASE II TAMBIEN SON REDONDEADOS MIENTRAS QUE SE USAN CONDENSADORES DE EXTREMOS PLANOS PARA PREPARACIONES CON ANGULOS AGUDOS. LA PRESIÓN DE CONDENSACIÓN ES MAYOR - POR UNIDAD DE ÁREA CUANDO SE EMPLEAN INSTRUMENTOS PEQUEÑOS -- ESTOS TAMBIEN SE ADAPTAN A LAS ESTRECHAS DIMENSIONES DE LAS PREPARACIONES EN DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES JOVENES.

LA CONDENSACIÓN DEBE TERMINARSE LA MAS RAPIDAMENTE POSIBLE, UNA VEZ QUE LA AMALGAMA HA COMENZADO A FRAGUAR DURANTE TRES MINUTOS, DEBE DESECHARSE, SI SE USA UNA ALEACIÓN PARCIALMENTE FRAGUADA, EL EXCEDENTE DE MERCURIO NO PODRÁ EXPRIMIRSE. ESTO SIGNIFICA QUE EL CONTENIDO EN MERCURIO RESIDUAL SERÁ DE-

MASIADO ALTO Y TRAERA APAREADAS UNA REDUCCIÓN EN LA FUERZA Y MAYOR TENDENCIA A LA CORROSIÓN, DETERIORO MARGINAL Y CARIES - SECUNDARIA.

TALLADO.

CUANDO SE TALLAN MOLARES PRIMARIOS, LOS SURCOS INTER-- CÚSPIDEOS DEBERÁN SER POCO PROFUNDOS, CONFORMANDOSE A LA ANATOMÍA ORIGINAL DEL DIENTE, TALLAR EN PROFUNDIDAD TIENDE A DEBILITAR LOS MARGENES DE LA RESTAURACIÓN, REDUCIENDO EL VOLÚMEN-- DE LA AMALGAMA Y DIFICULTA EL PULIDO. LOS SURCOS DE DESARRO-- LLO TALLADOS EN PROFUNDIDAD PRODUCEN CONCENTRACIONES DE TEN-- SIÓN PERNICIOSAS EN LA SUPERFICIE OCLUSAL, LOS BORDES MARGINA LES DEBERAN SER DE TAMAÑO CONSERVADOR Y NO DEBERÁ ESTAR EN -- CONTACTO OCLUSAL EXCESIVO, DESPUÉS DE TALLAR LA ANATOMÍA DEBE RÁ LOCALIZARSE, CON PAPEL DE ARTICULAR, LA PRESENCIA DE AREAS ALTAS LO CUAL SE LOGRA HACIENDO QUE EL NIÑO CIERRE CON SUAVI-- DAD Y OBSERVANDO LA OCLUSIÓN EN TODAS LAS EXCURSIONES.

AL COMPLETAR EL TALLADO, NO DEBERÁ BRUÑIRSE LA AMALGA MA PARA OBTENER SUAVIDAD. ÉSTO SE LOGRA DE MEJOR MANERA FRO-- TANDO LAS SUPERFICIES CON UNA SIMPLE TORUNDA DE ALGODÓN, EL-- BRUÑIDO FUERZA AL MERCURIO HACIA LOS MÁRGENES DE LA RESTAURA-- CIÓN; CUANDO EL MERCURIO SE DISIPA, DEJA MARGENES TENUES.

DEBERA COMPROBARSE CUIDADOSAMENTE EL MARGEN GINGIVAL -- CON UN EXPLORADOR Y DEBERÁ ELIMINARSE CUALQUIER EXCESO DE --- AMALGAMA.

CUANDO ESTÉ TERMINADA LA RESTAURACIÓN, ADVIERTA AL NI-- ÑO Y A SUS PADRES PARA QUE NO TOMA ALIMENTOS DUROS DURANTE --

OCHO HORAS SIGUIENTES.

LAS ALEACIONES ESFERICAS TIENEN LA PROPIEDAD DE DESARROLLAR TEMPRANAMENTE ALTOS VALORES DE COMPRESIÓN, ESTA PROPIEDAD ES VENTAJOSA AL COLOCAR RESTAURACIONES DE AMALGAMA EN LOS NIÑOS, PORQUE UN NIÑO DE CORTA EDAD TIENE LA PROBABILIDAD DE EJERCER PRESION DE MORDIDA SIN ADVERTIRLO EN UNA RESTURACION RECIEN COLOCADA.

PULIDO.

LAS RESTAURACIONES DEBEN SER CUIDADOSAMENTE PULIDAS -- POR RAZONES ESTÉTICAS, PARA LIMITAR LA CORROSIÓN Y DE ESE MODO PROLONGAR SU VIDA Y PARA REDUCIR CONCENTRACIONES DE TENSION OCLUSAL QUE PUEDEN RESULTAR NOCIVAS.

EL PULIDO FINAL NO DEBERÁ REALIZARSE EN LAS 48 HORAS - QUE SIGAN A LA COLOCACIÓN DE LA AMALGAMA, PARA QUE ESTA LOGRE SU MÁXIMO GRADO DE FUERZA Y DUREZA.

SE PUEDEN UTILIZAR FRESAS DE TERMINADO, PIEDRAS DE CARBURO, DISCOS DE CAUCHO Y TIRAS DE PAPEL DE LIJA, TAMBIEN DEBERÁN PULIRSE LAS SUPERFICIES INTERPROXIMALES. DEVERA EVITARSE GENERACION DE CALOR AL PULIR, PORQUE ESTO LLEVARÍA EL MERCURIO A LA SUPERFICIE Y DEBILITARIA A LA AMALGAMA. EL LUSTRE FINAL PUEDE IMPARTIRSE A LA RESTAURACIÓN CON UNA PASTA DE ZINC MEZCLADA CON AMAGLOSA Y GLICERINA EN UNA COPA DE GAUCHO.

CORONA DE ACERO-CROMO PARA MOLARES PRIMARIOS

LAS INDICACIONES PARA ESTAS CORONAS SON LAS MISMAS QUE PARA LAS CORONAS DE ACERO-CROMO, PARA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS QUE YA HEMOS VISTO ANTERIORMENTE.

PREPARACION DEL DIENTE.

1.- LA PRIMERA ETAPA EN LA PREPARACIÓN DEL DIENTE DEBE SER LA ADMINISTRACION DE ANESTESIA LOCAL, CUANDO SEA NECESARIO.

RECORTE PROXIMAL. LA REDUCCIÓN MESIAL Y DISTAL TOMAN LA FORMA DE UN CORTE VERTICAL SIN BORDE SALIENTE, QUE ABRE LA SUPERFICIE DE CONTACTO HACIA VESTIBULAR, LINGUAL Y GINGIVAL, SE REQUIERE LA REDUCCIÓN DISTAL AUN CUANDO NO EXISTA DIENTE ERUPCIONADO EN POSTERIOR, COMO OCURRE EN EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO DEL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR, SI NO SE OBSERVA ESTA RECOMENDACIÓN, SE TENDRA UNA CORONA DE TAMAÑO EXCESIVO, QUE DIFICULTARA LA ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE, SE PREFERE LA FRESA No. 169L, AL DISCO DE DIAMANTE PARA LA REDUCCIÓN, -- POR EL PELIGRO DE LESION A LOS TEJIDOS BLANDOS, LO QUE PUEDE PROVOCAR ESTE ÚLTIMO, SIN EMBARGO, LAS PREFERENCIAS DEL DENTISTA LO LLEVAN A UTILIZAR DISCOS, EN ESTE CASO DEBE USARLOS CON PRECAUCIÓN (UTILIZANDO PROTECTOR), Y SÓLO CUANDO EFECTÚA LA PREPARACIÓN DEL DIQUE DE HULE, UNA CUÑA INTERPROXIMAL FACILITA LA REDUCCIÓN INTERPROXIMAL, SEPARANDO LIGERAMENTE LOS DIENTES Y AYUDANDO A PREVENIR EL DAÑO EN EL DIENTE ADYACENTE. (FIGURA 6-10).

SE ACCIONA LA FRESA 169L EN DIRECCIÓN VESTIBULO-LINGUAL, COMENZANDO EN LA SUPERFICIE OCLUSAL, 1 A 2 MM. DE DISTANCIA DEL DIENTE ADYACENTE. A MEDIDA QUE SE LLEVA LA FRESA HACIA GINGIVAL, SE FORMARÁ UN BORDE, ÉSTE DESAPARECERÁ CUANDO LA REDUCCIÓN DEJE ABIERTA EL ÁREA DE CONTACTO GINGIVAL, - EVENTUALMENTE LA FRESA TOCARÁ LA CUÑA, CUANDO SE RETIRA ÉSTA SE VERA UN CORTE INTERPROXIMAL CASI PERFECTO.

CUANDO EL DIENTE VUELVE A SU POSICIÓN AL SER RETIRADA LA CUÑA SE NECESITARA UNA NUEVA REDUCCIÓN MÍNIMA PARA TERMINAR EL CORTE.

REDUCCIÓN OCLUSAL.- ESTA DEBE SEGUIR LA ANATOMÍA DEL DIENTE HASTA UNA PROFUNDIDAD DE 1.5 A 2 MM. LO QUE PERMITE SUFICIENTE ESPACIO PARA LA CORONA DE METAL, MINCK Y BENNETT, (1968), RECOMENDABAN LA REALIZACIÓN INICIAL DE SURCOS DE 1MM DE PROFUNDIDAD EN LA SUPERFICIE OCLUSAL, PARA CONTRIBUIR A ESTABLECER LA REDUCCIÓN CORRECTA; INDUDABLEMENTE ESTE ES EL MÉTODO MAS CERTERO, PERO LLEVA TIEMPO (FIGURA 6-11).

LA ALTURA DE LA CÚSPIDE DEL DIENTE ADYACENTE OFRECE AL OPERADOR UNA BUENA BASE SOBRE LA CUAL JUZGAR EL GRADO DE REDUCCIÓN OCLUSAL; DE MANERA SIMILAR, LAS FOSAS DE DESARROLLO Y LOS SURCOS LINGUAL Y VESTIBULAR DE MOLARES SUPERIORES E INFERIORES, REPRESENTAN PUNTOS DE REFERENCIA ÚTILES.

TERMINACION.

SE QUITARÁ TODO RESTO DE CARIES CON UNA FRESA REDONDA

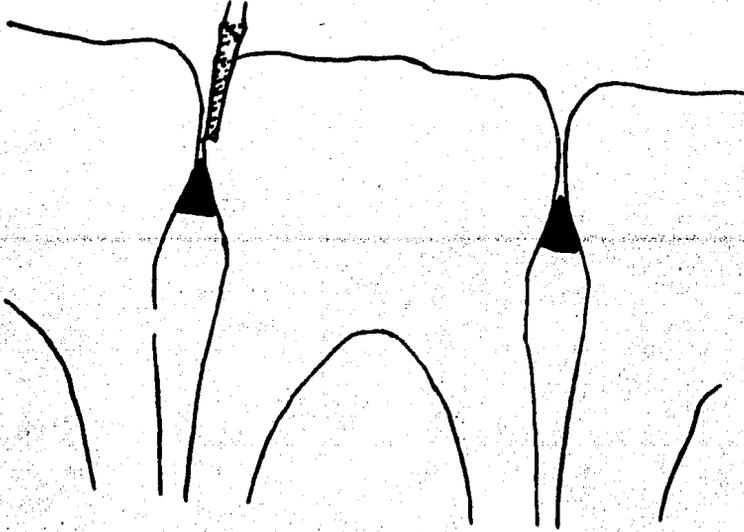


FIG. № 6-10

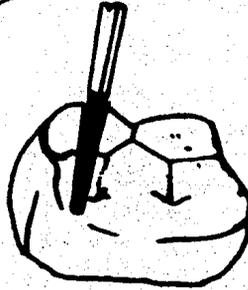
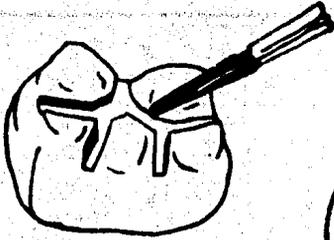
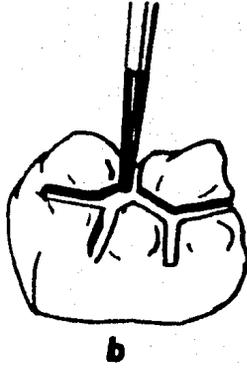
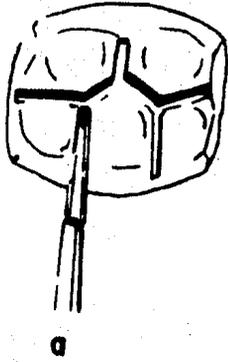


FIG. № 6-11

DE LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE, CUYO CONTORNO INTERNO ESTA EXENTO DE ANGULOS AGUDOS, NO SE REQUIERE UNIFORMEMENTE LA REDUCCIÓN VESTIBULAR Y LINGUAL PARA REDUCIR LOS ESCALONES INFERIORES, SE OBTIENE LA REDUCCIÓN DE LA CORONA ABARCANDO LA BULBOCIDAD NORMAL GINGIVAL DE MOLARES PRIMARIOS Y DEJANDO LOS BORDES DE LA CORONA APICAL A ELLA EN EL SURCO GINGIVAL; DE ESTA MANERA, NO CONVIENE QUITAR ESTOS ESCALONES, UNA EXCEPCIÓN ES EL PRIMER MOLAR PRIMARIO, YA QUE SU NOTABLE VOLÚMEN MESIO-DISTAL DE ESMALTE SIEMPRE EXIGE LA REDUCCIÓN, EL ESMALTE ES TAN SALIENTE EN ESTA REGIÓN QUE ES IMPOSIBLE RECORTAR CONVENIENTEMENTE LA CORONA SI NO SE REDUCE EL DIENTE.

SELECCION DE CORONA.

EXISTEN VARIAS MARCAS DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE, Y EL ODONTÓLOGO REALIZARA SU ELECCIÓN SOBRE LA BASE DE SU EXPERIENCIA, UNA CORONA CORRECTAMENTE SELECCIONADA, ANTES DE SU ADAPTACIÓN Y RECORTANDO, DEBERA CUBRIR TODO EL DIENTE Y OFRECER RESISTENCIA CUANDO SE TRATA DE RETIRARLA, SE PUEDEN ADQUIRIR CORONAS YA RECORTADAS O NO; ESTAS ÚLTIMAS REQUIEREN MAS REDUCCIÓN PARA EVITAR QUE LOS BORDES SE INTRODUCAN EN LA ENCIA, PERO SON ÚTILES CUANDO LA PREPARACIÓN SE EXTIENDE HASTA LA REGIÓN SUBGINGIVAL.

LAS DISTINTAS CORONAS DIFIEREN EN SU RESISTENCIA; ALGUNAS SON RÍGIDAS, MIENTRAS QUE OTRAS SE DEFORMAN FACILMENTE AL SER RECORTADAS, LA CORONA DE ACERO INOXIDABLE RECORTADA DE UNITEK CASI NO PRECISA RECORTARLO, REDUCIENDO DE TAL MODO EL TIEMPO DE LA SESIÓN.

LOS MOLARES PRIMARIOS CON PROFUNDAS CARIES INTERPROXIMALES QUE SE EXTIENDEN HACIA GINGIVAL JUSTIFICAN EL USO DE -- UNA CORONA NO RECORTADA QUE ABARQUE LOS BORDES DE LA PREPARACIÓN, SIN EMBARGO, COMO ALTERNATIVA SE PODRÁ REALIZAR EL TRATAMIENTO PULPAR EN UNA SESIÓN PREVIA, OBTURANDO TEMPORALMENTE EL DIENTE CON AMALGAMA, SI SE PROCEDE ASI, ES INNECESARIO QUITAR TODA LA AMALGAMA, ESTE ÚLTIMO CRITERIO REDUCE LA NECESIDAD DEL USO DE CORONAS NO RECORTADAS QUE PRECISAN, POR LO COMÚN, MAS ADAPTACIÓN Y RECORTADO QUE LAS QUE YA VIENEN ASI PREPARADAS.

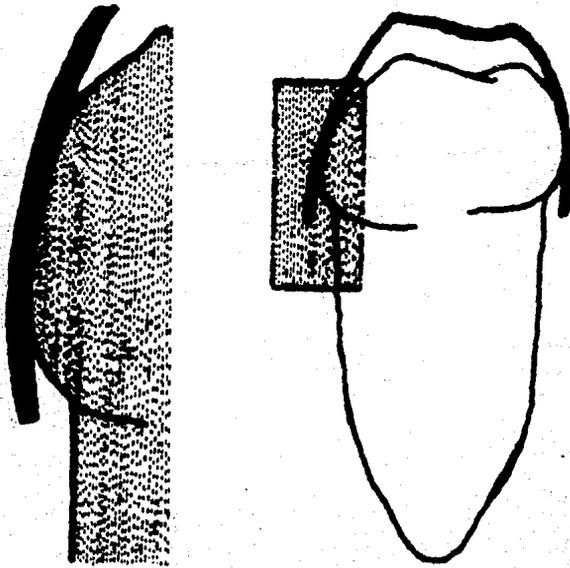
PUEDE MEDIRSE EL ANCHO MESIO-DISTAL, PREOPERATORIO DEL DIENTE QUE SE VA A RECUBRIR CON LA CORONA, POR MEDIO DE UN CALIBRADOR PARA SELECCIONAR LA CORONA DE ACERO DEL TAMAÑO ADECUADO.

LA CORONA QUE OFRECE DEMASIADA RESISTENCIA CUANDO SE TRATA DE QUITARLA O QUE REQUIERE PRESIÓN PARA SU COLOCACIÓN INICIAL, PROBABLEMENTE SEA DEMASIADO PEQUEÑA Y NO DE LUGAR A SU ULTERIOR RECORTADO, EN EL OTRO EXTREMO SERÁ IMPOSIBLE RECORTAR SATISFACTORIAMENTE UNA CORONA DE TAMAÑO DEMASIADO --- GRANDE, LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEBERA CONSIDERAR ASI -- MISMO LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL ESPACIO CUANDO SE COLOCAN CORONAS EN EL PRIMER MOLAR PRIMARIO, LA INTRODUCCIÓN EN EL ESPACIO DE UNA CORONA DE TAMAÑO EXCESIVO IMPEDIRA LA MIGRACIÓN MESIAL TEMPRANA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE INFERIOR -- DESDE LA OCLUSIÓN CÚSPIDE CON CÚSPIDE, A LA RELACIÓN DE ANGLE DE LA CLASE I, DE MODO SIMILAR LA CORONA DE ACERO DE TA-

MAÑO EXCESIVO Y DEMASIADO RECORTADA EN EL SEGUNDO MOLAR PRIMARIO IMPEDIRA LA NORMAL ERUPCIÓN DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

ADAPTACION Y RECORTADO DE LA CORONA.

LA FINALIDAD DE LA ADAPTACIÓN Y RECORTADO DE LA CORONA ES, RESPECTIVAMENTE, HACER QUE LOS BORDES DE ESTA QUEDEN EN EL SURCO GINGIVAL Y REPRODUCIR LA MORFOLOGÍA DENTARIA. TODAS LAS CORONAS PREPARADAS DE ANTEMANO PRECISAN SU ADAPTACIÓN Y RECORTADO, PARA CALCULAR CON CERTEZA LA REDUCCIÓN GINGIVAL -- SE HARÁ UNA MARCA EN LA CORONA A NIVEL DEL BORDE LIBRE DE LA ENCIA Y SE REDUCIRA LA CORONA CON TIJERAS CURVAS. ESTO SE HARÁ APARTANDOLA DE LA CARA DEL NIÑO PARA EVITAR EL PELIGRO DE QUE LOS RECORTES DE METAL PUDIERAN INTRODUCRISE EN UN OJO, EL RECORTADO DE LA CORONA REDUCIRA LA ALTURA OCLUSO GINGIVAL --- EFECTIVA DE ELLA Y DE ESTA MANERA QUEDARA LIGERAMENTE LARGA. - TODA LA PREPARACIÓN QUEDARÁ CUBIERTA POR LA CORONA, CUYOS BORDES SE ADAPTAN AL SURCO GINGIVAL LIBRE. (FIGURA 6-12 Y 6-13).



**FIG N^o 6-12 CORONA DE ACERO todavía no tra-
bajada colocado sobre el muñon.**

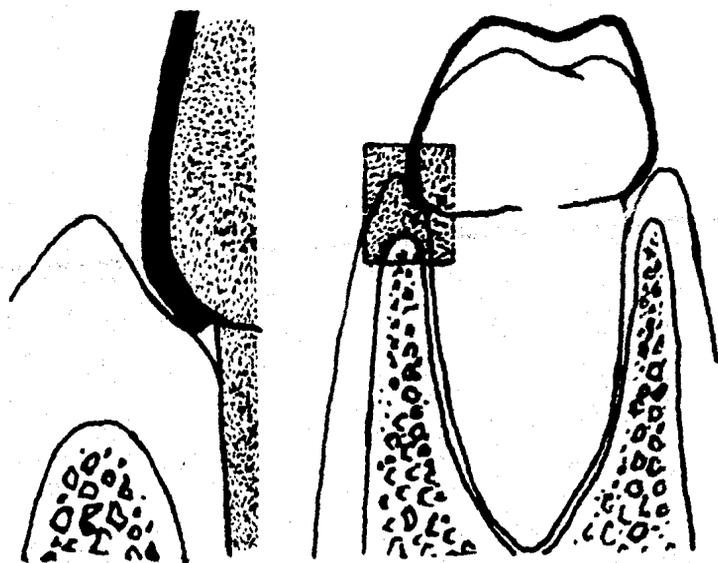


FIG. No-6-13 Ajuste correcto una vez recortada, desgastada y adaptada.

NO DEBE OBSERVARSE UNA ZONA DE ISQUEMIA DE LOS TEJIDOS DE LA ENCIA, QUE INDICARÍA LA EXCESIVA EXTENSIÓN DE LA MISMA-- SIN EMBARGO, CUANDO LA CARIES EXIGE UNA PREPARACIÓN SUBGINGIVAL, ES NECESARIO Y CONVENIENTE EXTENDER LOS BORDES HACIA API CAL, EL RECORTADO FINAL GINGIVAL SE HACE DESPUÉS DE RECORTAR LA CORONA Y SE LOGRA CON UNA PIEDRA, EL RECORTADO INICIAL DE LA CORONA SE HACE CON TIJERAS No. 114,.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE RECORTADO Y ADAPTACIÓN, SE PRUEBA LA CORONA CONTROLANDO LOS BORDES Y LA ADAPTACIÓN VI--- SUALMENTE CON UN EXPLORADOR.

LA ADAPTACIÓN DEL TERCIO GINGIVAL DE LA CORONA SE EFEC TÚA CON UNA PINZA 137, SI HAY NECESIDAD DE CONTORNEAR EN GINGIVAL DE LA CORONA SE UTILIZARA UNA PINZA UNITEK 800-412, (FI GURA 6-14).

COMO ES IMPOSIBLE BRUÑIR LOS BORDES DE LA CORONA EN LA BOCA, TODOS ESTOS PROCEDIMIENTOS SE REALIZARAN FUERA DE LA -- MISMA, LA CORONA TERMINADA PARA SU COLOCACIÓN DEBERÁ TENER -- UNA FORMA UNIFORME Y LISA SIN CAMBIOS NOTABLES EN SU CONTORNO

ES MÁ S FÁCIL EVALUAR LOS BORDES VESTIBULAR Y LINGUAL - QUE LA ADAPTACIÓN INTERPROXIMAL. SI AL PASAR UN HILO DENTAL - EN CERADO, ESTE SE DESHILACHA, ES QUE LA ADAPTACIÓN INTERPROXI MAL DE LA CORONA NO ES SATISFACTORIA, TAMBIEN CON SEDA SE CON TROLA LA PRESENCIA O NO DE UN BUEN CONTACTO.

UNA RADIOGRAFÍA DE ALETA MORDIBLE DIAGNOSTICA ANTES - DEL CEMENTADO UNA EXCELENTE EVALUACIÓN DE LA ADAPTACIÓN INTER PROXIMAL Y ES RECOMENDABLE PARA QUIENES DEBEN ADQUIRIR EXPE-- RIENCIA EN LA TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LA CORONA DE ACERO INO XIDABLE.

DURANTE LA ADAPTACIÓN DE PRUEBA Y EL CEMENTADO, SE CO- LOCARÁ LA CORONA EN LO POSIBLE DESDE LINGUAL ROTANDO HACIA -- VESTIBULAR, DE ESTA MANERA SE ABARCA MÁS FACILMENTE EL ESCA-- LON MÁXIMO DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR, CUANDO SE ROTA LA CO- RONA DESDE LINGUAL ROTANDO HACIA VESTIBULAR, SE PUEDE CONTRO- LAR ADAPTACIÓN INTERPROXIMAL MIRANDO EN ÁNGULO RECTO LA PREPA RACIÓN Y COMPARANDO LA PROFUNDIDAD Y CONTORNO DE LA CORONA, - CUANDO LOS BORDES DE LA CORONA PASAN ENCIMA DE LA BULBOSIDAD- CERVICAL DE LA SUPERFICIE VESTIBULAR, SE ESCUCHARÁ UN CHASQUI DO, ÉSTO ASEGURA LA RETENCIÓN DE LA CORONA, SE CONTROLARÁ LA- OCLUSIÓN PARA VER QUE LA CORONA NO MOLESTE, UNA REDUCCIÓN IN- SUFICIENTE DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DEL DIENTE O LOS ANGULOS- DE LINEA AGUDA DIFICULTARAN EL ASENTAMIENTO DE LA CORONA, EL- GROSOR DE UNA CORONA DE METAL NO PERMITE LA REDUCCIÓN, SIN PE LIGRO DE SU PERFORACIÓN; POR LO TANTO LA ADAPTACIÓN OCLUSAL - SE HARÁ POR MEDIO DE LA PREPARACIÓN DEL DIENTE PERMITIENDO, - ASI LA COLOCACIÓN DE LA CORONA MAS HACIA GINGIVAL.

PULIDO Y CEMENTADO:

ANTES DE CEMENTAR LA CORONA, SE DEBERÁ PULIR CON UN -- DISCO DE GOMA PARA LIMAR LAS IMPERFECCIONES, SE OBTIENE EL -- LUSTRE FINAL CON UN PAÑO IMPREGNADO CON ROJO INGLES, EL BORDE

DE LA CORONA DEBERÁ SER ROMO PORQUE SI ES AFILADO SE PRODUCIRAN BORDES QUE ACTUARAN COMO ZONA DE RETENCIÓN DE PLACA BACTERIANA, SE PASARÁ LENTAMENTE UNA RUEDA DE PIEDRA ANCHA HACIA EL CENTRO DE LA CORONA, ESTO MEJORA LA ADAPTACIÓN DE LA DE LA MISMA ACERCANDO EL METAL AL DIENTE SIN REDUCIR LA ALTURA DE LA CORONA.

SE COLOCARAN BASES PROTECTORAS DE LA PULPA EN LAS SUPERFICIES PROFUNDAS DE LA PREPARACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA EXISTIDO ANTERIORMENTE UN TRATAMIENTO PULPAR, YA QUE SERÍA INNECESARIO, EL MEDIO CEMENTANTE ES OXIFOSFATO DE ZINC, O UN CEMENTO IMPREGNADO CON FLUORURO. SE RECOMIENDA UNA CONSISTENCIA SIMILAR A LA QUE SE EMPLEA PARA CEMENTAR INCRUSTACIONES DE ORO, AUNQUE PUEDA UTILIZARSE UNA MEZCLA MÁS ESPESA CUANDO SÓLO SE CEMENTA UNA CORONA.

LAS CORONAS DE ACERO INOXIDABLE DEBEN CEMENTARSE EN DIENTES LIMPIOS Y SECOS; SE RECOMIENDA EL AISLAMIENTO CON ROLLOS DE ALGODÓN, SE PUEDE PASAR LA SEDA DENTAL POR EL ESPACIO INTERPROXIMAL ANTES DE QUE HAYA FRAGUADO EL CEMENTO PARA CONTRIBUIR DE ESTE MODO A LA ULTERIOR REMOCIÓN DEL QUE QUEDA EN EL ESPACIO SUBGINGIVAL INTERPROXIMAL, NO SE TOCARÁ LA CORONA DURANTE EL FRAGUADO Y SE HARA QUE EL NIÑO APLIQUE PRESIÓN POR MEDIO DE UN ROLLO DE ALGODÓN, EL EXCEDENTE DE CEMENTO EN EL SURCO GINGIVAL SE QUITARÁ COMPLETAMENTE CON UN EXPLORADOR.

MODIFICACIONES A LAS CORONAS DE ACERO INOXIDABLE.

CORONA DEMASIADO GRANDE PARA DIENTE

CUANDO LA CORONA ES DEMASIADO GRANDE Y NO ES POSIBLE ADAPTARLA A LOS MARGENES GINGIVALES, SE JUSTIFICA HACER UN CORTE VERTICAL EN LA PORCIÓN LINGUAL DE LA CORONA, UTILIZANDO PARA ELLO LAS TIJERAS CURVAS, EL CORTE DEBE ESTAR LOCALIZADO EN LA UNIÓN DE LAS SUPERFICIES LINGUAL Y OCLUSAL, POSTERIORMENTE SE SUPERPONEN MÁS DE LO NECESARIO LOS DOS CORTES LINGUALES A NIVEL GINGIVAL, LA PRESIÓN DE LOS DEDOS ES SUFICIENTE, LUEGO COLOQUE LA CORONA EN POSICIÓN SOBRE EL DIENTE, ESTO PERMITE DETERMINAR LA SUPERPOSICIÓN QUE REALMENTE SE NECESITA, TRACE UNA LÍNEA SOBRE LA CORONA A LO LARGO DEL BORDE SUPERPUESTO, A CONTINUACIÓN REMUEVA LA CORONA DEL DIENTE Y VUELVA A COLOCAR LOS DOS EXTREMOS PREVIAMENTE SUPERPUESTOS EN LA POSICIÓN INDICADA, UNA LUEGO LOS BORDES CON EL SOLDADOR DE PUNTO O CON UNA SOLDADURA DE PLATA, TERMINE LA ADAPTACIÓN DE LA CORONA TAL COMO FUE DESCRITA EN FORMA PREVIA.

DIENTE DEMASIADO GRANDE PARA LA CORONA.

SI NO ES POSIBLE COLOCAR SOBRE EL DIENTE LA CORONA DE MAYOR TAMAÑO UTILIZADO LAS TIJERAS CURVAS, HAGA UNA INCISIÓN VERTICAL EN LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA MISMA.

ESTA INCISIÓN DEBE ESTAR COLOCADA EN LA UNIÓN DE LAS SUPERFICIES LINGUAL Y OCLUSAL.

RECORTE UN PEDAZO DE MATERIAL DE BANDA DE UN ESPESOR DE .004, DE PULGADA, EL CUAL SE DEBE ADAPTAR A LA SUPERFICIE

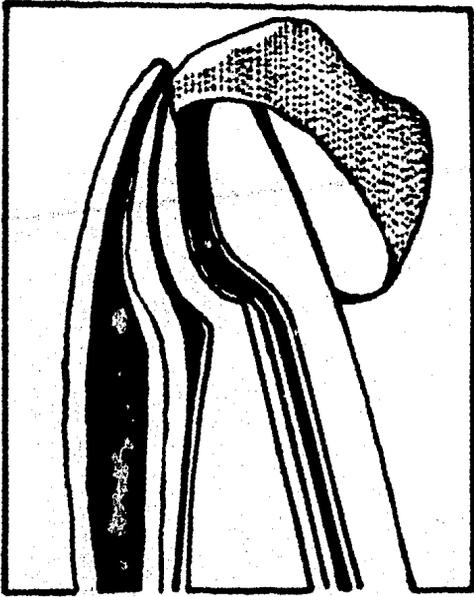


FIG. No- 6-14

**Las paredes rectas de -
la corona se contornean -
en forma Abombada,
con el alicate para contor-
neado grueso.**

LINGUAL DE LA CORONA UTILIZANDO EL SOLDADOR DE PUNTO SUELDE --
UNO DE LOS LADOS DE LA INCISIÓN.

EL MATERIAL DE BANDA DEBE CUBRIR LA TOTALIDAD DE LA IN-
CISIÓN HECHA A MEDIDA QUE LA CORONA AUMENTA DE AMPLITUD AL SER
COLOCADA SOBRE EL DIENTE, AL SOLDAR UN LADO DE MATERIAL, ESTE-
SE PUEDE DESPLAZAR DE LA BANDA EN LA POSICIÓN DESEADA, BUSCAN-
DO SU MEJOR UBICACIÓN, NO SOLAMENTE A NIVEL GINGIVAL, SINO TAM-
BIEN A NIVEL OCLUSAL.

LA CORONA SE DEBE PULIR LIGERAMENTE EN LINGUAL CON EL-
FIN DE EVITAR LACERACIÓN GINGIVAL, LUEGO COLOQUE LA CORONA SO-
BRE EL DIENTE, TRACE LA LÍNEA SOBRE LA SUPERFICIE LINGUAL A LO
LARGO DEL MARGEN DEL MATERIAL DE BANDA, REMUEVA LA CORONA Y EM-
PAREJE EL BORDE DEL MATERIAL DE BANDA EN LA LÍNEA PREVIAMENTE-
TRAZADA.

SUELDE EL MATERIAL DE BANDA A LA CORONA. PULA LA CORO-
NA; TERMINE EL CONTORNO DE LA MISMA TAL COMO FUE DESCRITO PRE--
VIAMENTE.

TAMBIEN HAY QUE TOMAR EN CUENTA LOS PUNTOS QUE SE MEN-
CIONARON ANTERIORMENTE, EN EL CAPÍTULO DE CORONAS PARA DIENTES
ANTERIORES, DEBIDO A SU IMPORTANCIA PARA LOGRAR TENER ÉXITO EN
ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS.

CONCLUSIONES

RESPECTO AL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS, NO PRECISAMENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL YA SEA EN LA CASA, EN LA ESCUELA, ETC., PUEDO ACLARAR QUE ESTÁ REGIDO POR LA EDUCACIÓN QUE LOS PADRES LES BRINDEN.

EL MIEDO DE LOS NIÑOS SOBRE LA ODONTOLOGÍA ES NORMAL, POR QUE ES UNA EXPERIENCIA DESCONOCIDA, AQUI EL CIRUJANO DENTISTA TIENE UNA GRAN PARTICIPACIÓN EN QUE EL NIÑO SEA UN BUEN PACIENTE O MAL PACIENTE, SE LE DEBE BRINDAR CARIÑO SEGURIDAD Y APOYO, HABLARLE SIEMPRE CON LA VERDAD Y NO MENTIR NI SOBORNARLO.

EL MIEDO ES UN GRAN ENEMIGO DEL CIRUJANO DENTISTA, PERO ES IMPORTANTE SABER QUE ESTE, CON LA EDAD PUEDE IR DESAPARECIENDO, POR EJEMPLO ES MÁS DIFÍCIL TRATAR A UN NIÑO MENOR DE CUATRO AÑOS DE EDAD, QUE A UN NIÑO MAYOR DE SEIS AÑOS DE EDAD, EXCEPTO CUANDO EXISTEN FOBIAS MARCADAS.

EL CONOCIMIENTO DE LA CRONOLOGIA DE LA ERUPCIÓN, ASÍ COMO LA MORFOLOGÍA DE LOS DIENTES ES UNA BASE PARA PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA INFANTIL, SABER QUE UN DIENTE ERUPCIONA A SU DEBIDO TIEMPO, POR VIA NORMAL O QUE SUS DIMENSIONES SE CONSIDERAN NORMALES O ANORMALES ES HABLAR DE CRONOLOGÍA Y MORFOLOGÍA. ASÍ TAMBIEN LAS RELACIONO CON LA ETIOLOGÍA (ESTUDIO DE LAS CAUSAS), SABRIENDO LA CAUSA PODEMOS LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO Y PRACTICAR EL TRATAMIENTO INDICADO.

AL CUIDAR LA SALUD DENTAL DEL NIÑO, LA PRESERVACIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS CON PULPAS LESIONADAS POR CARIES O TRAUMATISMO ES UN PROBLEMA DE IMPORTANCIA.

HAN SIDO PROPUESTAS MUCHAS TÉCNICAS, EL ODONTÓLOGO -- RECONOCERA NOMBRES TALES COMO RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO, - RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO, PULPOTOMIA, PULPECTOMIA. SE - HAN ACONSEJADO DIFERENTES DROGAS Y MEDICAMENTOS PARA SEGUIR - ESTAS TÉCNICAS Y SE HAN RECIBIDO INFORMES DE VARIOS GRADOS DE ÉXITO, DESGRACIADAMENTE, MUCHAS DE ESTAS TÉCNICAS HAN SIDO SO METIDAS A CONTROVERSIA Y SUS RESULTADOS SON IMPREDECIBLES.

SIN EMBARGO, EL OBJETO EN TERAPEUTICAS PULPARES REALIZADAS POR EL ODONTÓLOGO HA SIDO SIEMPRE EL MISMO, TRATAMIENTOS ACERTADOS DE PULPAS AFECTADAS POR CARIES, PARA QUE EL --- DIENTE PUEDA PERMANECER EN LA BOCA EN CONDICIONES SALUDABLES Y NO PATOLÓGICAS, PARA PODER CUMPLIR SU COMETIDO DE COMPONENTE ÚTIL EN LA DENTADURA PRIMARIA.

EL DIENTE PRIMARIO QUE HA SIDO PRESERVADO DE ESTA MANERA NO SOLO CUMPLIRA SU PAPEL MASTICATORIO, SINO QUE TAMBIEN ACTUARÁ DE EXCELENTE MANTENEDOR DE ESPACIO PARA LA DENTICIÓN-SECUNDARIA.

ES OBVIO QUE DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PULPAR DEBE -- LLEVARSE A CABO LA RESTAURACIÓN DEL DIENTE, SEGÚN SEA EL CASO CON: RESINA, AMALGAMA O ALGUNO DE LOS TIPOS DE CORONA ANTES - MENCIONADOS, Y ASI ADICIONALMENTE SE PUEDEN CONTROLAR MEJOR-- LOS FACTORES DE BIENESTAR, AUSENCIA DE INFECCIÓN, FONACIÓN, - PREVENCIÓN DE HABITOS ABERRANTES Y POR QUE NO DE "COMPLEJOS"--

OCASIONADOS POR BURLAS DE LOS DEMÁS O SIMPLEMENTE POR VERGUEN
ZA DE UNA MALA DENTADURA.

**" ESTA SERÁ MEDICINA PARA TU CUERPO,
LAS ENSEÑANZAS DE LA SABIDURIA ASEGURAN
VIDA Y BIENESTAR. SUS PRECEPTOS SON PARA
BENEFICIO DEL HOMBRE, ES SALUDABLE INCLUSO
PARA EL PROPIO CUERPO "**

PROVERBIOS 3-8, - 4-22.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Samuel Leyt.
Editorial Mundi S.A.I.C. Y F.

Julio 1980

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.

Endodoncia
Interamericana

Abril 1974.

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.

Odontología Pediatría.
Dr. John R. Mink.
Interamericana

Enero 1973.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Sidney Finn.
Interamericana
4a. Edición

Junio 1976.

MANUAL DE ENDODONCIA.

Guía Clínica
3a. Edición.
V. Preciado Z.
Cuellar Ediciones

Septiembre 1979

NUCLEO DE ODONTOPEDIATRIA.

Facultad de Odontología.
U.N.A.M. S.U.A.
Volumen II

1980.

LA CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES.

Eugene W. Skinner
Ralph W. Phillips.
6a. Edición
Editorial Mundi.
Paraguay 2100, Junio 895.
Buenos Aires.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

Mc. Donald Ralph E.
Editorial Mundi.
Argentina

1975.

ANATOMIA DENTAL.

Rafael Esponda Vila.

Textos Universitarios U.N.A.M.

México 1978.

APUNTES DE LA CLASE DE ODONTOLOGIA INFANTIL.

C.D.M.O. Ma. Elena L. Millán Sanchez.

Catedrático de la Facultad de Odontología.

U.N.A.M.